

# DUDAK DAMAK YARIKLARINDA PROTETİK TEDAVİ - BİR OLGU BİLDİRİMİ -

## PROTHETIC REHABILITATION OF CLEFT LIP AND PALATE -A Case Report-

Zeynep AYTEPE (\*), Reha SEZGİN (\*\*), Elif SEPET (\*\*\*)

**Anahtar Kelimeler: Dudak damak yarığı, obtüratör, protetik rehabilitasyon**

Bu makalede, dudak damak yarığı olan bir hastanın protetik rehabilitasyonu anlatıldı. Yarık dudak damaklı hastanın diş sağlığını korumak, ortodontistin prostodontistin, oral cerrahın, pedodontistin sorumluluğu altındadır.

Protetik tedavinin amacı ise, maxiller segmentlerde ve dişlerde, ameliyat ve ortodontik tedaviden sonra nüksü önlemek, çiğneme, konuşma ve estetik rehabilitasyonu sağlamaktır.

**Key Words: Cleft lip and palate, obturator, prothetic rehabilitation**

*In this article, the prothetic rehabilitation of a cleft lip and palate patient is explained. The orthodontist, the prosthodontist, the oral surgeon, the pedodontist all contribute in the responsibility of maintaining the dental health of the cleft lip and palate patient.*

*The purpose of prothetic treatment is to prevent the relapse of the maxillary segments and the teeth after surgical and orthodontic correction, as well as the rehabilitation of mastication, speech and aesthetics.*

**D**udak, damak yarığı ya da her ikisi birden, insanlardaki konjenital malformasyonların önemli bir bölümünü oluşturur. Yarık dudak, yarık damakla birlikte veya tek başına, yaklaşık 1/1000 doğumda görülmektedir. Bu anomali, embriyolojik yaşam sırasında, özellikle daha burjonların birleşmediği devrelerde, embriyon üzerine etki eden faktörler nedeniyle görülmektedir. Etyolojik etkenler arasında ilk sırayı kalıtım ve akraba evliliği almaktadır. Gebeliğin ilk aylarında geçirilen viral enfeksiyonlar, Thalidomid, CS, insülin gibi ilaçların kullanımı, aşırı A vitamini alınması, radyasyon, stres ve gebeliğe bağlı aşırı kusma da diğer etyolojik etkenler arasındadır (2,6,10).

Dudak damak yarıklı hastaların tedavileri, doğumdan hemen sonra başlar ve çeşitli sağlık elemanlarının birlikte yaklaşımıyla gerçekleşir. Bu hastalara, 3 aylıkken dudak, 18-24 aylıkken damak ameliyatı ya-

pılmaktadır (2,4). Yeni doğmuş dudak damak yarıklı bebeğin, emme güclüğü nedeniyle beslenme sorunu vardır. Erişkin hastalar ise konuşma zorluğu ve psikolojik sorunlarından dolayı, protetik tedaviden hemen sonra bir konuşma terapisi ve psikologa ihtiyaç gösterirler (6).

17. yüzyıldan beri dişhekimleri yarık damaklı hastalar için protezler yapmışlardır. Günümüzde ise plastik cerrahi, protez gereksinimini en aza indirmeye çalışmaktadır (5).

Yarık dudak damaklı hastalar prealveolar bölgede, genellikle konum ve biçim bozukluğu gösteren dişlere sahiptirler. Ayrıca gene bu bölgede artı diş sıklığı da oldukça yüksektir. Sürmüş dişlerde ise hipokalifikasyon ve çürükler görülmektedir. Derin dentin çürüklerinden dolayı, bu dişlerin endodontik ve protetik tedavisi, bazı durumlarda da çekimi gerekebilir (2,3,10). Premaxilla, post maxiller bölümlerle sadece

(\*) İ.Ü. Dişhek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı öğretim Üyesi

(\*\*) Serbest Dişhekim

(\*\*\*) İ.Ü. Dişhek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

fibröz dokularla bağlantılı olabilir. Yarık hattına komşu olan dişlerde ise kökü saran kemik desteği son derece sınırlıdır (4,2).

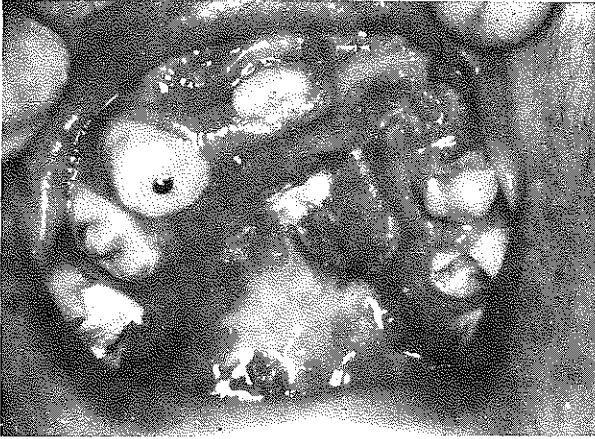
Erken yaşlarda dudak damak yarığı ameliyatı geçirmiş hastalarda anatomik anomaliye ilaveten ameliyatın sikatrisi ve palatinal bölgede derin dişeti cepleri görülebilir(7).

Protetik tedavi yaparken; destek kemiğin durumu, dişlerin boyutları, sallantı dereceleri ve pozisyonları dikkate alınmalıdır (5). Protetik tedavinin amacı; maxiller segmentlerde ve dişlerde ameliyat ve ortodontik tedaviden sonra nüksü önlemek, çiğneme, konuşma ve estetik rehabilitasyonu sağlamaktır (3,5,7,9).

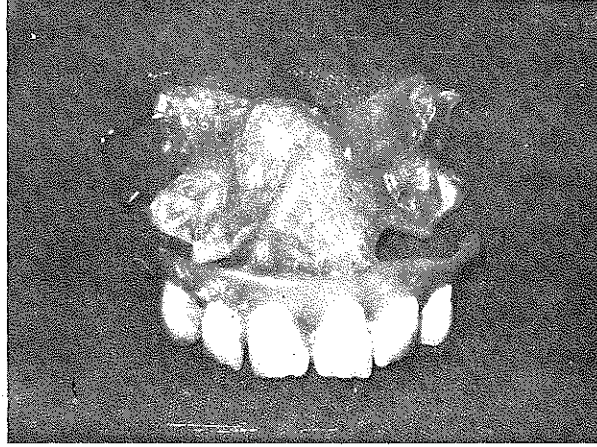
#### OLGU

16 yaşındaki erkek hastamızdan alınan anamnezde, ilk ameliyatının 1 yaşındayken bir ortopedist tarafından gerçekleştirildiği, ancak, estetik ve fonksi-

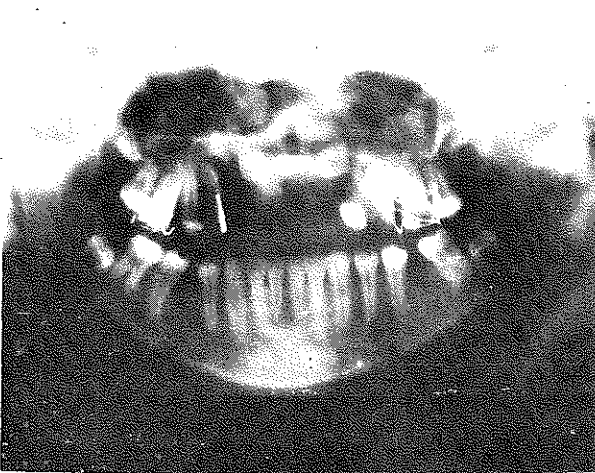
yonel işlevlerinin düzelmediği görülerek bu kez 6 yaşında İ.Ü. İst. Tıp. Fak. Plastik Cerrahi bölümünde ikinci bir ameliyat geçirdiği anlaşıldı. Klinik incelemede, sert damakta, burun boşluğu ile ilişkisi olan bir fistül, alt ve üst çenede ise yaygın çürükler gözlemlendi (Resim 1-2). Hastanın son derece eski ve üzerinde çeşitli retantif bölgeler oluşmuş müteharrik bir protezi 5 seneden beri kullandığı görüldü (Resim 3). Overdenture şeklindeki bu protezden dolayı küçük ve büyük azı dişlerinin tam olarak süremediği gözlemlendi. Tedavide ilk aşama olarak hasta, diş ve dişeti temizliği konusunda motive edildi. Üst sol santral dişin, biçim bozukluğu, hipokalsifikasyon, çürük ve mobilite nedeniyle çekimine karar verildi. Çürük görülen dişlerin konservatif ve endodontik tedavileri gerçekleştirildi. Planlanan protez, hem estetiği ve fonasyonu düzenleyici, hem de sürekli eksüdanın aktığı fistül ağızını kapatacak bir obtüratör içermesi şeklinde idi.



Resim 1: 16 yaşındaki hastamızın ağız içi görünümü.



Resim 3: Hastanın 5 seneden beri kullandığı ağız protezi.



Resim 2: Hastanın panoramik radyografisi.



Resim 4: Destek dişlere uygulanan veneer krunların görünümü.

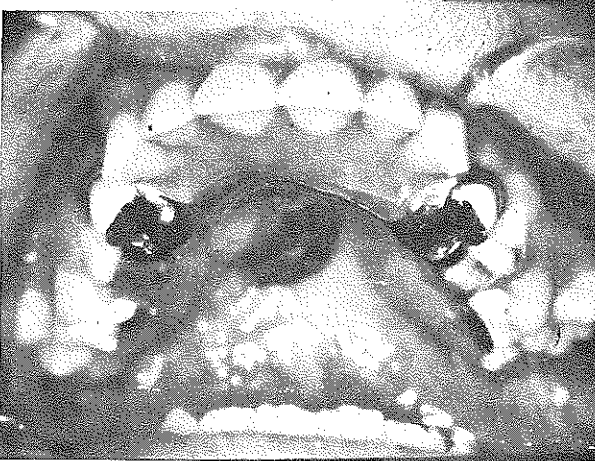
Destek olacak dişlerden, üst sol kanine uygulanan veneer kuronla, bu dişe küçük azı formu verildi. Destek dişlere uygulanan veneer kuronların mesial ve palatinalinde dikey birer oluk bulunmaktadır (Resim 4). Bu oluklar, hassas bağlantıların dişi kısımlarıdır. Bağlantının erkek kısımları ise proteze bağlı birer sürgü şeklindedir. Kuronlar ajüste edildikten sonra protez için kuronlarla birlikte ölçü alınıp, alçı model hazırlandı ve iskelet planlaması yapıldı. Metal dökümü obtüratör ve kroşeler birlikte olarak tek parça halinde gerçekleştirildi (Resim 5-6-7). Mumlu kapanış alınarak hastada kaybolmuş olan vestibül derinliği yeniden oluşturulup protezin bitimine gidildi.

### TARTIŞMA

Erken yaşta ortodontik, cerrahi ve koruyucu diş tedavisi görmüş yarık damaklı hastaların protetik te-



Resim 5: Damak perforasyonunu kapatan ve vestibül derinliğini sağlayan protezin görünümü.



Resim 6: Protezin ağız içindeki görünümü.

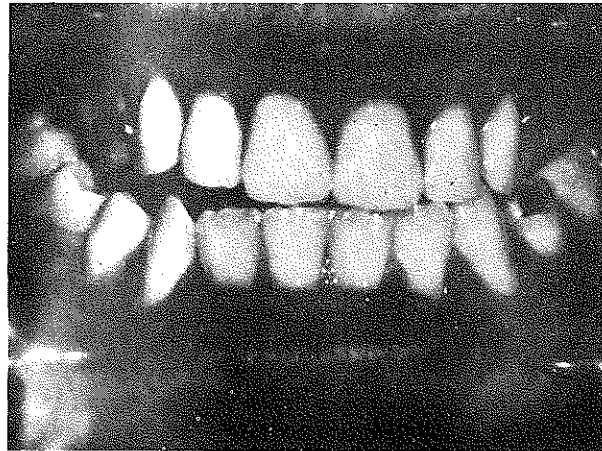
daviye gereksinimi minimal düzeydedir. Yumuşak ve sert doku kaybının fazla olduğu vakalarda ve gerekli işlemlerin zamanında yapılmadığı olgularda ise geniş protetik tedaviye gereksinim vardır (1,3,4,5,7).

Ohyama, Benington ve Ali, yarık dudak damaklı hastaların protetik tedavilerinde karşılaşılan sorunları şöyle sıralamışlardır (1,3,7).

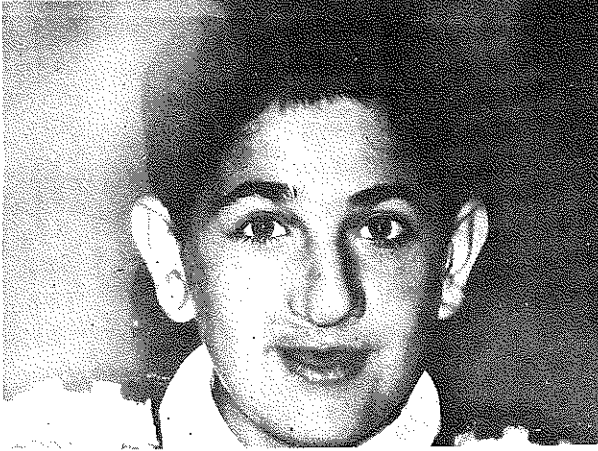
- Alt ve üst çene arasında uyumsuzluk
- Malformasyon, malpozisyon ve dişlerin devrilmeleri
- Damak ya da alveol kretinde yarıkla beraber kayıp dişler
- Diş çürükleri
- Operasyon sonrası sıkatris oluşumu
- Gergin dudak
- Cerrahi başarısızlıklar ve kalıcı fistüller

Core, Olin ve Benington, sert ve yumuşak doku kaybının minimal olduğu vakalarda sabit protezleri önermektedirler (5,2,7). Genelde sabit protezlerin hareketli protezlere üstünlüğü kabul edilmiştir. Çiğneme, konuşma fonksiyonları, estetik görünüm ve oral hijyen sabit protezlerde daha iyidir ve hasta tarafından da daha iyi tolere edilir (5,7).

Khan, yumuşak damaktaki defektlerin kapatılmasında, konuşma sırasında nasal kaçıışı önlemek ve yiyecek sızıntısını engellemek için genellikle hareketli bir parsiyel proteze eklenmiş palatal obtüratörlerden yararlanılması görüşündedir (9). Hareketli bir protezin uygulanmasının kaçınılmaz olduğu vakalarda ise rigid destekler elde edilmelidir.



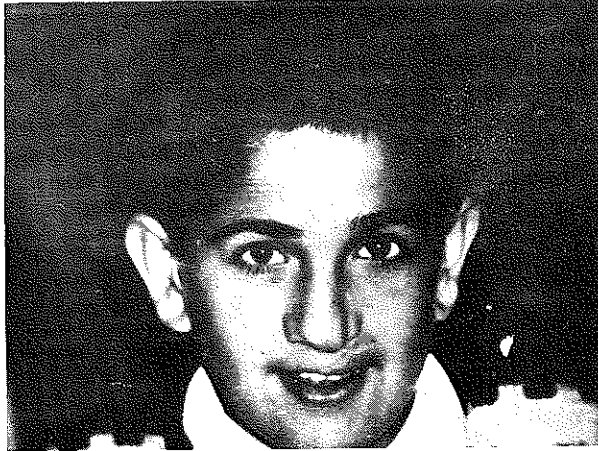
Resim 7: Ağız içindeki protezin kapanış durumundaki görüntüsü.



**Resim 8: Hastanın protez öncesi cepheden görünüşü**



**Resim 10: Hastanın protez öncesi profil görüntüsü.**



**Resim 9: Hastanın protez sonrası cepheden görüntüsü**



**Resim 11: Hastanın protez sonrası profil görünümü.**

Bennigton, Ali ve Core, yarık dudak damaklı hastaların dudaklarının estetik rehabilitasyonunun, ön dişlerin, hareketli protezlerde olabildiğince labiale dizilmesi ya da sabit bir proteze eklenen hareketli bir labial kısım ile gerçekleştirilebileceğini bildirmişlerdir.

Bizim olgumuzda hastanın yaşının küçük olmasından dolayı, sabit protez endikasyonu koyulamamıştır. Sert damaktaki fistül varlığı nedeniyle, planlanan protez, hem estetiği ve fonasyonu düzenleyici hareketli bir protez hem de fistül ağızını kapatacak bir obtüratör içermesi şeklindedir. Hassas bağlantılı protezlerde tutuculuğun oluk ve sürgü arasındaki sürtünme yüzeyi ile doğru orantılı olarak arttığı göz önüne alınırsa, hastaya uygulanan protez, kroşelerin de katkısıyla, hem dikey basıncı premaxiller bölgeden uzaklaştırarak dişlerden karşıladı, hem de protezin vestibülo-

palatinal yöndeki devrilmesi önlenerek obtüratörün damağa batmaması sağlanmış oldu.

Hastamızda, doku desteği söz konusu olmadığından, protez desteği oklüzal tırnaklar yoluyla destek dişlerden karşılanmıştır. Kemik kaybı olan ve destek dokuların yetersiz olduğu olgumuzda, destek dişlerin tork ve eğilme kuvvetlerine maruz kalmaması ve protezin dokulardan uzaklaşmaması için destek dişlere kroşe uygulanmıştır. Ayrıca olgumuzda, Bennigton, Core ve Alhi'nin görüşünden farklı olarak dudakların estetik rehabilitasyonu akril parçanın vestibül oluğa doğru yükseltilmesi ile sağlandı. (Resim 8-9-10-11) Hastamızın iki ay sonraki kontrolünde küçük ve büyük azı dişleri sürerek normal duruma geldiği görüldü. İlerki yaşlarda değişen oklüzyona göre hastanın aynı teknikle protezinin yenilenmesine karar verildi.

## SONUÇ

Yarık dudak damaklı hastaların diş ve ağız sağlığını korumak, ortodontistin, oral cerrahın, pedodontistin ve prostodontistin birlikte çözümleyebilecekleri

kompleks bir sorundur. Erken yaşlarda yapılan doğru cerrahi girişimler bu hastalarda ilerki yaşlarda protez gereksinimini en aza indirmektedir. Bu hastaların tedavilerinde ekip çalışması başarıyı arttıran en önemli etkidir.

## KAYNAKLAR

1- Ali, A., Lock, J.: *Cleft Palate Rehabilitation Using A Resin-Bonded Split-Post Prothesis*, J. Prost.Dent., 61:395,1989

2- Olin, H.W., Schweiger, J.W.: *Dental Rehabilitation of the Cleft lip and cleft palate patient*. Recons. Plas.Sur., 1484-1504,1978

3- Ohyama, T.: *Prostodontic Consideration for Patients with Cleft Lip and Palate* Int. Dent.J., 36:140,1986.

4- Markoviç,M.: *The Role of the ortodontist in the treatment of adolescents with orofacial cleft*. Int. Dent.J., 36:131,1985.

5- Core, W.: *Anterior Fixed prosthetics for Cleft Palate Patients*. Quint. 15:July, 721,1984.

6- Akça, Ş., Demiralp,S.,Or, S.: *Damak yarıklı hastalarda obturatör uygulanması ve Ponasyon tedavisi*, Plas. ve Rek. Cer. Der. 1 ,81,1977.

7- Benington, I., Watson, I., Jenkins, W.M., Allan, G.: *Restorative Treatment of the cleft palate patient*, Br. Dent.J., 16: 147,1979.

8- Çalikkocaoğlu, S.: *Bölümlü protezler*, 1981

9- Kahan, Z.: *Soft palate obturatör prosthesis made with visible light-cured resin*, J. Prost.Dent. 62: 671,1989.

10- Pinkham, J.R.: *The handicapped patient*. In Braham,R.L., and Morris, M.E. (editori) *Textbook of pediatric dentistry*, Williams and Wilkins, Baltimore/Lonydon, 1980.

## YAZIŞMA ADRESİ:

Doç. Dr. ZEYNEP AYTEPE  
İ. Ü. DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
PEDODONTİ ANABİLİM DALI  
34390 ÇAPA - İSTANBUL