

Zastosowanie niekonwencjonalnej protezy szkieletowej w rehabilitacji protetycznej pacjenta z rozszczepem podniebienia (opis przypadku)

Prosthetic rehabilitation of patient with cleft palate using unconventional removable denture: A case report

Magdalena Żóltak-Staroń¹, Renata Szymańska-Kozula², Zdzisław Bereznowski¹

¹ Z Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej GUM

² Z Gdańskiego Centrum Stomatologicznego

Kierownik: dr hab. n. med. Z. Bereznowski, prof. ndzw. GUM

HASŁA INDEKSOWE:

rozzszczep podniebienia, leczenie protetyczne

KEY WORDS:

cleft palate, prosthetic treatment

Streszczenie

W pracy przedstawiono sposób rehabilitacji protetycznej pacjenta z rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego z zastosowaniem umocowanej za pomocą precyzyjnych elementów retencyjnych protezy szkieletowej.

Summary

The article illustrates prosthetic rehabilitation of patient with cleft palate using removable partial denture with extracoronary precision attachments.

Rozszczep podniebienia pierwotnego i wtórnego należy do najczęściej występujących wad rozwojowych twarzoczaszki. Leczenie rozszczepów wymaga długiego, wielospecjalistycznego postępowania, współpracy m.in. pediatry, neonatologa, chirurga plastyka, ortodonta, logopedy, foniatri i protetyka (1, 2, 3, 4). Leczenie protetyczne jest końcowym etapem rehabilitacji i polega na uzupełnieniu brakujących struktur anatomicznych, przywróceniu prawidłowej funkcji żucia i mowy oraz zabezpieczeniu pacjenta przed powstaniem wtórnych dysfunkcji układu stomatognatycznego. Poprzez przywrócenie funkcji mowy, żucia, poprawę estetyki twarzy leczenie protetyczne podnosi jakość życia pacjentów, powoduje poprawę ich stanu psychicznego i umożliwia lepsze kontakty z otoczeniem (3, 4, 5). Wybór metody leczenia protetycznego jest uzależniony od warunków miejscowych, istniejących w

jamie ustnej po zakończonym leczeniu chirurgiczno-ortodontycznym (2, 3, 4, 6, 7, 8).

Morfologia rozszczepów jest niepowtarzalna i różnorodna. Powoduje to poważne trudności w konwencjonalnym leczeniu protetycznym. Problemy terapeutyczne stwarzają szczeliny rozszczepu, ruchoma kość przysieczna, ruchome fragmenty podłoża śluzówkowego, blizny po zabiegach operacyjnych, niski przyczep wargi górnej, nieprawidłowy przebieg czerwień wargowej, wzmożone napięcie mięśnia okrężnego ust, skrócenie wargi górnej, zaburzenia dotyczące zębów – wrodzony brak zawiązków zębów, ustawienie zębów w łuku, występowanie zębów atypowych, obecność zębów nadliczbowych czy zaburzenia mineralizacji zębów. Najczęściej rozszczepom towarzyszy zgryz otwarty, krzyżowy, głęboki, niedorozwój szczęki czy przodozgrzyz (9).

W artykule przedstawiono opis przypadku leczenia protetycznego pacjenta po rozszczepie lewostronnym podniebienia pierwotnego i wtórnego. Leczenie przeprowadzono w Poradni Protetyki i Implantoprotetyki Stomatologicznej SCS GUMed. Pacjent lat 18 zgłosił się do poradni w 2007r. po zakończonym leczeniu ortodontycznym. Operację plastyczną rozszczepu wargi przeżył w dzieciństwie mając 0.5 roku, operację zamknięcia rozszczepu podniebienia w wieku 1,5 roku. W wieku 4 lat, ze względu na brak mowy, wykonano kolejną operację rozszczepu podniebienia polegającą na wydłużeniu podniebienia miękkiego. Leczenie ortodontyczne u pacjenta rozpoczęto w wieku 5 lat. Przez siedem lat pacjent leczony był z zastosowaniem aparatów ruchomych. Od 12 roku życia pacjent był leczony aparatem stałym. Leczenie ortodontyczne zakończono w 2007 r. Po zdjęciu aparatu pacjentowi wykonano płytkę retencyjną.

Badanie zewnątrzustne wykazało zaburzenie symetrii twarzy spowodowane blizną pooperacyjną w okolicy podnosowej i wargi górnej po stronie lewej, skrócenie wargi górnej, wzmożone napięcie mięśnia okrężnego ust.

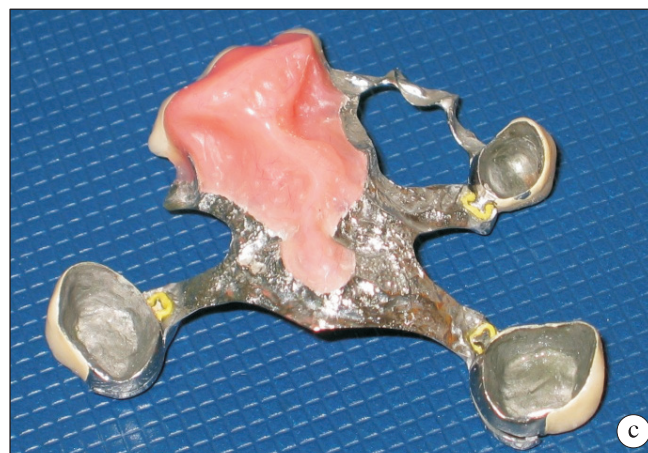
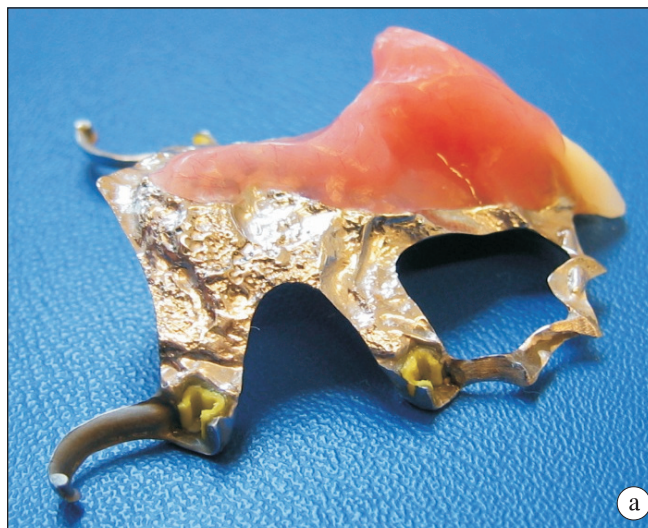
Na podstawie badania wewnątrzustnego stwierdzono stan po rozszczepie wargi, wyrostka i podniebienia po stronie lewej, brak zębów 22, 24. Ząb 23 przesunął się w miejsce zęba 24 pozostawiając lukę dla trzech zębów. Stwierdzono również zgryz otwarty w odcinku przednim, zgryz krzyżowy po stronie lewej oraz niezgodność linii pośrodkowej górnego i dolnego łuku zębowego. W okolicy roz-



Ryc. 1. Stan przed leczeniem protetycznym.

szczepu stwierdzono duży ubytek kości wyrostka zębodołowego, przy zachowanej ciągłości tkanki kostnej, spłylenie przedsionka jamy ustnej pokrytej pooperacyjną bliznowaciejącą błoną śluzową (ryc. 1). Stan uzębienia i przyzębia bez zastrzeżeń. Higiena jamy ustnej idealna.

Warunki anatomiczne podłoża protetycznego uniemożliwiły podjęcie leczenia implantologicznego jak również wykonanie klasycznego mostu protetycznego. Zaplanowano więc wykonanie bezklamrowej protezy szkieletowej z elementami precyzyjnymi – zasuwami f-my Bredent (ryc. 2a, b).



Ryc. 2 a,b,c, Uzupełnienia protetyczne zastosowane w rehabilitacji protetycznej.

Zakotwiczenie protezy zaplanowano na trzech zębach filarowych 16, 13 i 26, na których wykonano korony metalowo-ceramiczne z matrycami zasuw zlokalizowanymi na podniebiennych powierzchniach koron (ryc. 2c, d). Uzyskano korzystny efekt funkcjonalny i estetyczny (ryc. 3, 4). Zastosowanie



Ryc. 3. Zdjęcie wewnątrzustne z zacementowanymi koronami protetycznymi.



Ryc. 4. Zdjęcie wewnątrzustne z protezą szkieletową.

precyzyjnych elementów retencyjnych zapewniło dobrą retencję i stabilizację protezy na podłożu oraz komfort jej użytkowania.

Po czterech latach użytkowania uzupełnienia protetycznego nie stwierdzono jakichkolwiek uszkodzeń konstrukcji protezy, retencja protezy jest nadal zadawalająca. Nie stwierdzono również żadnych zmian patologicznych w podłożu protetycznym. Znaczącym czynnikiem w utrzymaniu dobrej kondycji podłoża protetycznego i całej jamy



Ryc. 5. Stan po leczeniu protetycznym.

ustnej jest utrzymanie przez pacjenta doskonałej higieny jamy ustnej i stałe, co pół roku wizyty kontrolne w gabinecie stomatologicznym.

Podsumowanie

Rehabilitacja protetyczna pacjentów z rozszczepami wargi, podniebienia pierwotnego i wtórnego ze względu na złożony charakter zaburzeń morfologicznych w większości przypadków stwarza poważne problemy w planowaniu i wykonaniu konwencjonalnych uzupełnień protetycznych. W przypadkach braku możliwości rehabilitacji protetycznej z zastosowaniem protez stałych wykonanie protezy szkieletowej z zastosowaniem niekonwencjonalnych zakotwiczeń protezy powinno być metodą z wyboru. Zastosowanie elementów precyzyjnych do utrzymania protezy szkieletowej na podłożu protetycznym w sposób istotny poprawia funkcję protezy oraz efekt estetyczny leczenia, co ma ogromne znaczenie dla poprawy stanu psychosomatycznego pacjenta (10).

Piśmiennictwo

1. *Siwiecki K., Wiejek J.*: Doświadczenia własne w kompleksowym leczeniu rozszczepów podniebienia pierwotnego i wtórnego. *Rocznik Med.*, 1997, V, 2, 133-138.
2. *Panna-Babicz B., Matraszek H.*: Protetyczna rehabilitacja pacjentów z rozszczepem podniebienia – przypadki własne. *Implantoprotetyka*. 2005, VI, 4 9-12.
3. *Bartkowski S. B.*: Chirurgia szczękowo-twarzowa. CMUJ, Kraków 1996.

4. *Szpringer–Nodzak M.*: Stomatologia wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1993.
5. *Kamińska A., Bregula L.*: Leczenie protetyczne pacjentów dorosłych z rozszczepami. TPS, 2006, 34-36.
6. *Stós B., Chowanec A.*: Protetyczna rehabilitacja pacjentów dorosłych po rozszczepach podniebienia pierwotnego i wtórnego. Protet. Stomatol., 1997, XLVII, 4, 221-224.
7. *Prośba-Mackiewicz M.* i wsp.: Leczenie protetyczne pacjentów z rozszczepami podniebienia. Część I – zasady leczenia. Protet. Stomatol., 1994, XLIV, 6, 326-328.
8. *Prośba-Mackiewicz M.* i wsp.: Leczenie protetyczne z rozszczepami podniebienia. Część II – opis przypadków. Protet. Stomatol., 1994, XLIV, 6, 329-333.
9. *Dobies K., Biedrzycki A., Rodak K.*: Pooperacyjne leczenie protetyczne (przypadki własne). Protet. Stomatol., 1997, XLVII, 2, 101-105.
10. *Koczorowski R., Dorocka-Bobkowska B.*: Alternatywne metody rehabilitacji protetycznej pacjentów z rozszczepami wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia. Magazyn Stomatologiczny, 2001, 7-8, 121-126.

Zaakceptowano do druku: 27.I.2011 r.

Adres autorów: 80-208 Gdańsk, ul. E. Orzeszkowej 18.

© Zarząd Główny PTS 2011.