

Rehabilitacja narządu żucia dorosłych pacjentów z rozszczepem podniebienia nie leczonych wcześniej protetycznie – opis przypadków*

Masticatory system rehabilitation of adult cleft palate patients without prior prosthodontic treatment. A case report*

Michał Wawrzyniak¹, Maciej Koralewski¹, Wiesław Hędzerek¹, Renata Michalska², Jarosław Plewik²

¹ Katedra Protetyki Stomatologicznej, Klinika Protetyki, Uniwersytet Medyczny im. K Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. W. Hędzerek

² Pracownia Techniki Dentystycznej, Uniwersytet Medyczny im. K Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. W. Hędzerek

HASŁA INDEKSOWE:

rozszerzenie podniebienia, leczenie protetyczne, obturatory

KEY WORDS:

cleft palate, prosthetic treatment, obturators

Streszczenie

Wstęp. Leczenie pacjentów dorosłych z rozszerzeniem podniebienia jest skomplikowane i stanowi wyzwanie zawodowe dla stomatologów. Większość z tych osób wymaga rehabilitacji protetycznej, pomimo wcześniejszego leczenia chirurgicznego i ortodontycznego. Zakres odbudowy zależy od rodzaju wady, a także ubytku tkanek miękkich i twardych. Szczególną grupę stanowią pacjenci którzy zgłaszają się w celu leczenia protetycznego po raz pierwszy dopiero w wieku dorosłym. Osoby te nie użytkowały wcześniej uzupełnień protetycznych i zaadaptowały się do swojej wady.

Cel pracy. W pracy przedstawiono rehabilitację protetyczną dwóch dorosłych pacjentów z rozszerzeniem podniebienia, którzy dotychczas nie byli poddani rehabilitacji protetycznej.

Materiał i metody. W leczeniu zastosowano protezy ruchome całkowite z obturatorem oraz protezę szkieletową, nakładową szczęki. Zastosowane rozwiązania protetyczne spowodowały poprawę mowy i estetyki twarzy, a poprzez to komfortu życia.

Summary

Background. Treatment of adult patients with cleft palate is a complex process and challenging for dentists. Most of these people require prosthetic rehabilitation, despite previous surgery and orthodontic treatment. The range of recovery depends on the type of defect, and loss of soft and hard tissues. Patients referred to the prosthetic treatment for the first time in adulthood form a specific group. They have never before used any dentures and have somehow adapted to their defect.

Aim of the study. This paper presents two cases of prosthetic rehabilitations of adult patients with cleft palate who have not yet been subjected to prosthetic rehabilitation.

Material and methods. A complete denture with obturator and overdenture prosthesis was used in the treatment.

Results. The use of dentures resulted in the improvement of speech and facial aesthetics. In consequence the patients' quality of life was also enhanced.

*Praca wygłoszona na XXVII Konferencji Sekcji Protetyki PTS, Wrocław, 25-27.VI.2009 r.

Wstęp

Rozszczep podniebienia jest jedną z najczęściej występujących wrodzonych wad rozwojowych. W populacji polskiej wada ta występuje ze średnią częstością 1 przypadku na 800 żywych urodzeń (1). Etiologia rozszczepu nie jest do końca poznana, prawdopodobnie jest ona wieloczynnikowa (2). Ważną rolę odgrywają predyspozycje genetyczne i czynniki środowiskowe. Sposób leczenia jest uzależniony od rozległości wady. Złożona sytuacja kliniczna chorych wymaga leczenia wielospecjalistycznego. Pomimo programów leczniczych i coraz większej świadomości społeczeństwa, pewna część pacjentów z tego typu wadami, poddaje się leczeniu protetycznemu dopiero w wieku dorosłym.

Leczenie tej grupy pacjentów jest skomplikowane. Większość z nich wymaga rehabilitacji protetycznej, pomimo wcześniejszego leczenia chirurgicznego i ortodontycznego. Zasięg odbudowy zależy od rodzaju wady, a także od rozległości ubytku tkanek miękkich i twardych (3, 4, 5). Niedostateczny rozwój szczęki wymusza przebudowę warunków zgryzowych oraz zmniejszenia dysproporcji pomiędzy szczęką a żuchwą (6).

W wielu przypadkach istnieje konieczność zamknięcia połączenia jamy ustnej z jamą nosową. W pracy przedstawiono rehabilitację protetyczną dwóch dorosłych pacjentów z rozszczepem podniebienia, którzy dotychczas nie byli poddani leczeniu protetycznemu. W ich leczeniu zastosowano protezy ruchome całkowite oraz protezę typu „overdenture”.

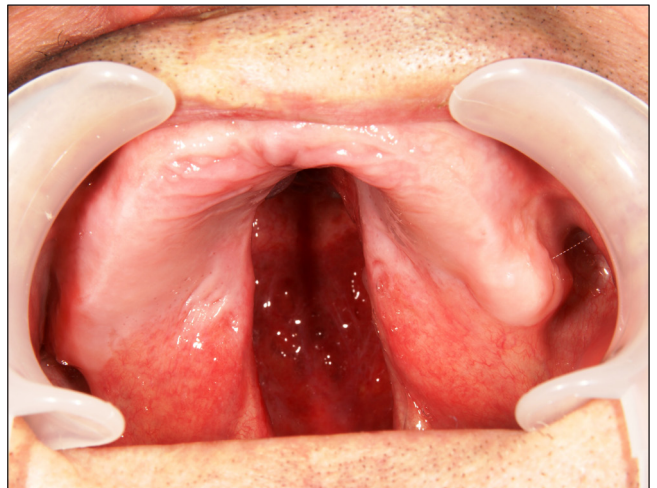
Przypadek 1

Pacjent P. L. w wieku 74 lat zgłosił się do kliniki celem wykonania uzupełnienia braków zębowych.

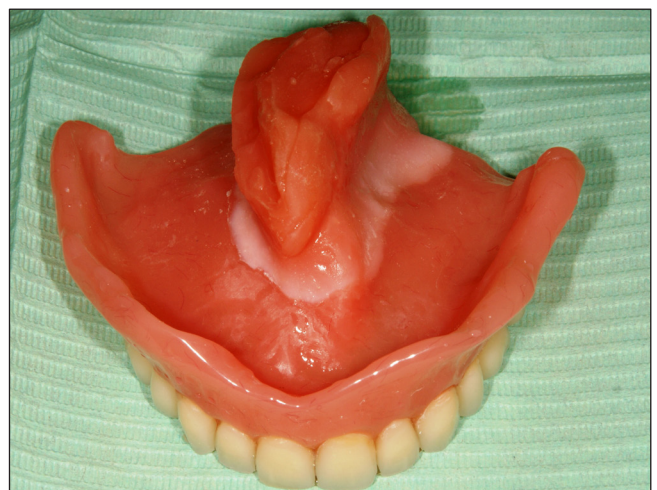
W wywiadzie pacjent informował o wykonanych ekstrakcjach zębów spowodowanych powikłaną chorobą próchnicową, oraz o braku wcześniejszego leczenia protetycznego. Pacjent posiadał bliznę na wardze górnej i wyrostku zębodołowym szczęki, będącą pozostałością leczenia chirurgicznego, przeprowadzonego w dzieciństwie. Badaniem fizykalnym stwierdzono bezzębne wyrostki szczęki i żuchwy, oraz całkowity, obustronny rozszczep podniebienia wtórnego manifestujący się rozległym ubytkiem podniebienia twardego i brakiem

podniebienia miękkiego (ryc. 1). Wada w życiu codziennym wywoływała dysfunkcję połykania oraz szczególnie uciążliwą dla pacjenta niewyraźną mowę z tzw. nosowaniem. W trakcie leczenia wystąpiły trudności z ustaleniem prawidłowej relacji centralnej i wysokości zwarcia. Spowodowane to było długotrwałym brakiem zębów, nie uzupełnionych protezami. Żucie pokarmów ułatwiały dobrze zachowane wyrostki zębodołowe i wydętne guzy wyrostków zębodołowych szczęki.

U pacjenta w wyniku postępowania protetycznego, poprzedzonego analizą modeli diagnostycznych, zdjęć rtg i wstępną rejestracją zwarcia, wykonano dwie protezy całkowite szczęki i żuchwy, wg ogólnie przyjętych zasad (7), odbudowujące ubytki tkanek twardych i miękkich w szczęcie oraz



Ryc. 1. Zdjęcie wewnątrzustne – widoczny ubytek tkanek podniebienia twardego i miękkiego.



Ryc. 2. Wykonana proteza z obturatorem.



Ryc. 3. Zdjęcie wewnątrzustne – osadzona proteza w jamie ustnej.



Ryc. 4. Zdjęcie wewnątrzustne – przed leczeniem.

odtworzyć pełne łuki zębowe (ryc. 2 i 3). Proteza szczęki posiadała dodatkowo obturator z miękkiego tworzywa akrylowego – Molloplast B (Dental GmbH & Co. KG), zamykający połączenie jamy ustnej z jamą nosową, który jednocześnie poprawiał retencję uzupełnienia. Kształtowanie czynnościowe obturatora odbywało się w trakcie czynności połykania, artykulacji mowy, ruchów odchylania głowy oraz oddychania (8). Zaskakująca była bardzo dobra i szybka adaptacja do protez. Pacjent był zadowolony z uzyskanej poprawy funkcji żucia, połykania i wymowy, a szczególnie z zamknięcia połączenia jamy ustnej z jamą nosową.



Ryc. 5. Zdjęcie wewnątrzustne – zgryz pacjenta.

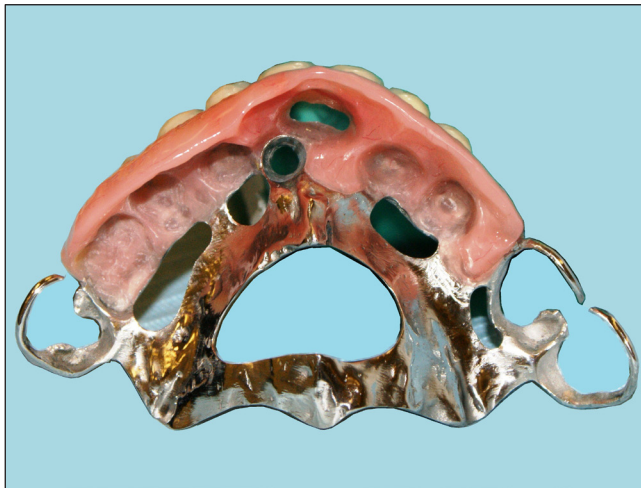
Przypadek 2

Pacjent O. S. lat 41. W badaniu klinicznym stwierdzono stan po operacji całkowitego, obustronnego rozszczepu podniebienia pierwotnego oraz bliznę na wardze i wyrostku zębodołowym. Szczegółowe badanie stomatologiczne wykazało brak zębów: 15, 12, 21, 22, 24, ząb nadliczbowy mesiodens zlokalizowany w kości przysiecznej, zaburzone wyrzynanie zębów o nieprawidłowej budowie oraz pełne uzębienie w żuchwie (ryc. 4). Wada rozwojowa spowodowała duży ujemny nagryz poziomy w postaci zgryzu krzyżowego w odcinku od zębów 16 do zęba 26 (ryc. 5). W roku 2007 pacjent przeszedł operację przeszczepu kości do szczeliny w wyrostku zębodołowym.

W tym przypadku zaproponowano i wykonano rozwiązanie poprawiające funkcję żucia, rysy twarzy i estetykę w postaci protezy niekonwencjonalnej.



Ryc. 6. Odlany szkielet protezy na modelu gipsowym.



Ryc. 7. Górna proteza szkieletowa nakładowa.



Ryc. 8. Zdjęcie wewnątrzustne – proteza na podłożu protetycznym.

Decyzja o leczeniu została poprzedzona analizą warunków okluzyjnych i zdjęć rtg oraz dokładnym omówieniem rehabilitacji protetycznej. Wykonano protezę szkieletową, nakładową szczęki, której powierzchnia dośluzówkowa pokrywa korony zębów naturalnych z wyjątkiem zębów 16, 17 i 27 na których są wykonane klamry (ryc. 6 i 7). Natomiast zewnętrzna powierzchnia szkieletu protezy stanowi element zaczepowy dla zębów sztucznych i jest dostosowana do zwarcia w jamie ustnej (ryc. 8).

Podsumowanie

Trudne warunki protezowania będące następstwem wad rozwojowych stwarzają problemy w

kompleksowej rehabilitacji układu stomatognatycznego. Kłopoty z użytkowaniem uzupełnień protetycznych w postaci nie zawsze zadowalającej pacjenta retencji i stabilizacji tych uzupełnień, oraz zaburzonej estetyki, mogą pogarszać samoocenę oraz subiektywnie obniżać ich jakość życia (9, 10). Uzyskanie efektu w pełni satysfakcjonującego pacjenta oraz lekarza, tak pod względem funkcjonalnym jak i estetycznym jest trudne, a w części przypadków niemożliwe.

Jednym z głównych problemów klinicznych u pacjentów dorosłych z rozszczepem podniebienia jest niezamknięte połączenie z jamą nosową (11). Brak tkanek podniebienia można uzupełnić poprzez wykonanie obturatora (12). Kolejną trudnością jest ograniczenie wzrostu szczęki wynikające z braku ciągłości tkanek, a także ściągającego oddziaływania blizn pooperacyjnych, które manifestuje się wadami zgryzu i „zapadnięciem” górnej wargi. Wykonując protezę nakładową można częściowo zniwelować ten niedostatek tkanek poprawiając estetykę i funkcję (13, 14). Każdy przypadek kliniczny należy rozpatrywać indywidualnie. Rehabilitacja protetyczna wymaga zastosowania różnego typu uzupełnień w zależności od sytuacji klinicznej. Warunkami prawidłowego funkcjonowania wykonanych uzupełnień protetycznych jest systematyczna opieka nad pacjentem z rozszczepem przed zabiegiem operacyjnym i po zabiegu oraz potrzeba przestrzegania higieny jamy ustnej (15).

Zastosowane rozwiązania protetyczne w w/w przypadkach poprawiły mowę i estetykę twarzy, a poprzez to w odczuciu pacjentów ich komfort życia.

Piśmiennictwo

1. Tuna S. H., Pekkan G., Keyf F.: A method for positioning the premaxilla during impression making for a patient with bilateral cleft lip and palate: a clinical report. *J. Prosthet. Dent.*, 2006, 96, 4, 233-236.
2. Sierpińska T., Gołębiowska M., Borys J., Bugała-Musiatawicz B., Piotrowski L., Rybak S., Grabowska S. Z.: Interdyscyplinarne leczenie pacjentów z rozszczepami wargi i podniebienia. *Protet. Stomatol.*, 2005, 55, 6, 436-440.
3. Desjardins R. P.: Obturator prosthesis design for

- maxillary defect. *J. Prosthet. Dent.*, 1978, 39: 424-435.
4. *Parr G. R., Tharp G. E., Ran A. O.*: Prosthodontic principles in the framework design of maxillary obturator protheses. *J. Prosthet. Dent.*, 1989, 62, 205-212.
 5. *Sigurgeirsdottir E., Minsely G. E., Rothenberger S. L.*: Incorporation of an ERA attachment for obturator framework design: A clinical report. *J. Prosthet. Dent.*, 2002, 87, 477-480.
 6. *Szeląg J., Matthews-Brzozowska T.*: Leczenie skojarzone pacjenta z rozszczepem podniebienia i brakiem siekacza bocznego w szczęcie – opis przypadku. *Protet. Stomatol.*, 2004, LIV, 5, 328-332.
 7. *Spiechowicz E.*: Protetyka Stomatologiczna – podręcznik dla studentów stomatologii, PZWL, 2006.
 8. *Nieborak R., Rolski D., Mierzwińska-Nastalska E., Kostrzewa-Janicka J., Starościak S.*: Rehabilitacja protetyczna pacjentów z ubytkami podniebienia miękkiego po operacjach nowotworów części twarzowej czaszki – opis przypadków. *Protet. Stomatol.*, 2010, LX, 1, 50-54.
 9. *Wiens J., Wiens R., Taylor T.*: Psychological management of the maxillofacial prosthetic patient. In: Taylor TD, editor. *Clinical maxillofacial prosthetics*. Chicago: Quintessence, 2000, 1-13.
 10. *Mese A. and Ozdemir E.*: Removable Partial Denture in a Cleft Lip and Palate Patient: A Case Report. *J. Korean Med. Sci.*, 2008, 23, 924-927.
 11. *Bhat A. M.*: Prosthetic rehabilitation of a completely edentulous patient with palatal insufficiency. *Indian J. Dent. Res.*, 2007, 18, 35-37.
 12. *Muszalski B., Hędzielek W., Gajdus P.*: Skuteczność obturatora w różnych sytuacjach pooperacyjnych w bezzębnej szczęcie. *Pozn. Stom.*, 1999, 26, 153-159.
 13. *Michalski W., Zadarska M., Michniowski Z., Michalski P.*: Postępowanie protetyczne w leczeniu poroszczepowego ciężkiego niedorozwoju szczęki. *Protet. Stomatol.*, 2003, 53, 6, 348-357.
 14. *Grabikowska-Prowans K., Uchacz H., Krysiński Z., Szteke O.*: Leczenie Pacjentów z rozszczepem wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia twardego częściowymi protezami pokrywającymi. *Protet. Stomatol.*, 1998, 48, 7-11.
 15. *Majewski S., Wiśniewska G., Orczykowska M., Majewski P.*: Przebieg i wyniki etapowego leczenia protetycznego i implantoprotetycznego po częściowej resekcji szczęki i podniebienia twardego na podstawie 33-letniego okresu obserwacyjnego. *Implantoprotetyka*, 2009, T. 10, 2, 9-13.

Zaakceptowano do druku: 1.VI.2012 r.

Adres autorów: 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70.

© Zarząd Główny PTS 2012.