Rehabilitacja protetyczna pacjenta po resekcji szczęki z powodu nowotworu – opis przypadku*

Prosthetic rehabilitation of patient after maxilla resection due to neoplasm – case report

Robert Nieborak[1], Dariusz Rolski[1], Elżbieta Mierzwińska-Nastalska[1], Stanisław Starościak[2], Jacek Lenartowicz[2]

[1] Z Katedry Protetyki Stomatologicznej IS Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. *E. Mierzwińska-Nastalska*

[2] Z Klinki Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie
Kierownik: dr hab. n. med. *A. Kawecki*

HASŁA INDEKSOWE:
resekcja szczęki, nowotwory, obturator

KEY WORDS:
maxilla resection, neoplasms, obturator

Streszczenie

Rehabilitacja układu stomatognatycznego w grupie pacjentów z ubytkami po operacjach z powodu nowotworów jest niezwykle trudna. W pracy przedstawiono leczenie protetyczne odbudowujące utracone tkanki w wyniku resekcji szczęki. W celu zwiększenia stabilizacji i retencji pooperacyjnej protezy z obturatorem włączono pozostałe po radioterapii i następnie przygotowane endodontycznie uzębienie własne pacjenta. W prezentowanym przypadku opisano korzyści płynące z wykonania pooperacyjnej protezy szkieletowej z obturatorem z wykorzystaniem do umocowania protezy koronowych zaczepów precyzyjnych.

Summary

Rehabilitation of patients after surgical removal of neoplasms is very difficult therapies of the stomatognathic system. A prosthetic rehabilitation for functional restoration of the maxillectomy defect utilizes the remaining dentition to maximize the support, stability, and retention of an obturator is presented in this article. The following case report illustrate the benefits of obturator framework prosthesis supported on crowns with precision atachments.

Współczesne leczenie nowotworów złośliwych polega na chirurgicznym usunięciu guza wraz z dość szerokim marginesem zdrowych tkanek otaczających zmianę. W uzupełnieniu leczenia chirurgicznego nowotworów złośliwych stosowana jest radio i/lub chemioterapia.

Zmiany w obrębie pola protetycznego spowodowane leczeniem chirurgicznym, powikłane skutkami ubocznymi terapii wspomagającej, niekorzystnie wpływają na przebieg rehabilitacji protetycznej i często są czynnikiem decydującym o wynikach terapii w grupie pacjentów leczonych z powodu nowotworów (1, 2, 3).

Odpowiednie wykorzystanie pozostałego uzębienia pacjenta po operacji, nawet przy niekorzystnej topografii ubytku pooperacyjnego, a także prawidłowe wielospecjalistyczne postępowanie lecznicze w odniesieniu do pozostałych zębów i tkanek przyzębia, daje możliwość uzyskania dobrego efektu czynnościowego i estetycznego pooperacyjnych uzupełnień protetycznych (1, 2, 4, 5).

*Praca realizowana w ramach projektu badawczego N N403122740, finansowanego ze środków NCN.

Opis przypadku

Pacjent S.S. lat 58, został skierowany do w celu wykonania w trybie natychmiastowym pooperacyjnej płytki obturacyjnej przed resekcją szczęki po stronie prawej z powodu mięsaka (*osteosarcoma*).

Po określeniu zasięgu operacji, opracowano wcześniej przygotowane modele robocze, na których wykonano akrylową płytkę obturacyjną (ryc. 1). Po operacji w trakcie uzupełniającej leczenie chirurgiczne chemioterapii płytkę obturacyjną kilkukrotnie korygowano i podścielano materiałem elastycznym dla ochrony niepełnowartościowych tkanek pola protetycznego (ryc. 2).

Po ustabilizowaniu się podłoża protetycznego podjęto decyzję o kontynuacji rehabilitacji protetycznej (ryc. 3). Po leczeniu endodontycznym pozostałych zębów własnych pacjenta (11, 21, 22, 23, 24, 26), wykonano wkłady koronowo korzeniowe (ryc. 4), które były podbudową dla zespolonych metalowo-ceramicznych koron protetycznych. Na powierzchniach podniebiennych koron zaprojektowano łoża dla podparć okludalnych pooperacyjnej protezy szkieletowej górnej (ryc. 5). Dodatkowo, korony zblokowane zaopatrzone zostały w zaczepy precyzyjne typu Ot-cap systemu Rhein'83. Po osadzeniu stałych uzupełnień protetycznych w szczęce (ryc. 6), wykonano następnie pooperacyjną pro-

Ryc. 1. Płytka obturacyjna użytkowana przez pacjenta w pierwszym etapie leczenia.

Ryc. 2. Zdjęcie wewnątrzustne – tymczsowe uzupełnienie protetyczne w jamie ustnej.

Ryc. 3. Zdjęcie wewnątrzustne – stan po ustabilizowaniu się tkanek podłoża protetycznego, widoczny rozległy ubytek podniebienia po stronie prawej.

Ryc. 4. Zdjęcie wewnątrzustne – wkłady koronowo – korzeniowe po endodontycznym przygotowaniu zębów 11, 21, 22, 23, 24, 26.

Ryc. 5. Zdjęcie wewnątrzustne – podbudowa metalowa koron złożonych z widocznymi elementami retencyjnymi typu Ot-cap Rhein '83.

Ryc. 6. Zdjęcie wewnątrzustne – korony złożone metalowo – ceramiczne na zębach 11, 21, 22, 23, 24, 26.

Ryc. 7. Proteza pooperacyjna szkieletowa górna z obturatorem podścielonym masą elastyczną.

Ryc. 8. Zdjęcie wewnątrzustne – pacjent zaopatrzony w długoczasowe uzupełnienia protetyczne.

tezę szkieletową górną z obturatorem (ryc. 7), z wykorzystaniem jako elementów utrzymujących, zaczepów precyzyjnych połączonych z koronami zblokowanymi (ryc. 8, 9). Obturator protezy pooperacyjnej podścielono elastyczną masą w celu jego uszczelnienia i ochrony niepełnowartościowych tkanek podłoża protetycznego i pooperacyjnego ubytku.

Podsumowanie

Osiągnięty stan po ustabilizowaniu się tkanek podłoża protetycznego oraz zachowane zęby własne pacjenta, pozostałe po operacji i po leczeniu uzupełniającym, odpowiednio przygotowane zachowawczo i endodontycznie, pozwoliły na wdrożenie leczenia protetycznego z zastosowaniem uzupełnień stałych i szkieletowej protezy pooperacyjnej zaopatrzonej w obturator. Dzięki modyfikacji kształtu koron i zastosowaniu elementów retencyjnych uzyskano bardzo dobrą stabilizację i retencję pooperacyjnej protezy szkieletowej z obturatorem, co pozwoliło na znaczną poprawę funkcji mowy, żucia i połykania oraz ochronę śluzówkowego i kostnego podłoża protetycznego.

Zadawalająca stabilizacja protezy z obturatorem,

osiągnięta dzięki zastosowanej modyfikacji koron protetycznych, pozwoliła na zachowanie tkanek podłoża protetycznego bez, często obserwowanych w tego typu przypadkach odleżyn i otarć. Dzięki temu wrażliwe tkanki podłoża protetycznego po terapii wspomagającej, pozostawały w dobrym stanie klinicznym, bez cech zapalenia. Mniejsza ilość wizyt kontrolnych związana z brakiem dolegliwości bólowych powodowanych traumatogennym oddziaływaniem protezy, była kolejną korzyścią z przeprowadzenia tego typu leczenia. Zastosowanie zaczepów precyzyjnych w odcinku przednim pozwoliło na wyeliminowanie metalowych, widocznych klamer i uzyskanie zadowalającego efektu estetycznego.

Piśmiennictwo

1. *Keyf F.*: Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. J. Oral Rehabil., 2001, 28, 821-829.
2. *Kornblith A. B., Zlotolow I. M., Gooen J., Huryn J. M., Lerner T., Strong E. W., Shah J. P., Spiro R. H., Holland J. C.*: Quality of life of maxillectomy patients using an obturator prosthesis Head & Neck, 1996,18, 323-334.
3. *Koyama S., Sasaki K., Inai T., Watanabe M.*: Effects of defect configuration, size and remaining teeth on masticatory function in post-maxillectomy patients. J. Oral Rehabil., 2005, 32, 635-641.
4. *Aramany M. A.*: Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part II: Design principles. 1978 [classical article]. J. Prosthet. Dent., 2001, 86, 562-568.
5. *Aramany M. A.*: Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: classification. J. Prosthet. Dent., 1978, 5, 554-557.

Zaakceptowano do druku 15.XII.2011 r.
Adres autorów: 02-006 Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.
© Zarząd Główny PTS 2012.