

Leczenie protetyczne pacjenta po zabiegu resekcji części kostnej podniebienia – opis przypadku i roczna obserwacja

Prosthetic treatment of a patient after resection of the bony part of the palate – case report and one-year follow-up

Karolina Anna Krzemińska, Krzysztof Drobnik

I Poradnia Protetyki Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

1st Prosthodontics Clinic, Medical University of Lodz

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Beata Dejak

HASŁA INDEKSOWE:

nowotwory głowy i szyi, obturator, obserwacja, resekcja kości podniebienia

KEY WORDS:

head and neck cancer, obturator, observation, palatal bone resection

Streszczenie

W artykule opisano leczenie protetyczne pacjentki po wielokrotnych zabiegach wycięcia chrząstniakomięsaka wraz z jego wznosami. U pacjentki obecna była przetoka ustno-nosowa, która utrudniała jej funkcjonowanie w życiu codziennym. Podjęto decyzję o wykonaniu długoczasowego obturatora, zamykającego obecną przetokę ustno-nosową. W protetyce stomatologicznej w celu odbudowy braków tkanek miękkich i twardych w obrębie kości szczęk stosuje się obturatory. Ze względu na czas wykonania obturatory dzielą się na: natychmiastowe, wczesne i ostateczne. Natychmiastowe wykonywane są przed operacją otwierającą połączenie ustno-nosowe, zaś obturatory wczesne wykonywane są wtedy, kiedy lekarz protetyk nie miał możliwości pobrania wycisku/ skanu przed operacją resekcji. Obturatory wykonywane są z materiałów twardych, elastycznych lub twardych pokrytych miękkim tworzywem. Mogą być one zespolone z elementami precyzyjnymi łączonymi z filarami zębów własnych pacjenta lub zakotwiczone w oparciu o implanty zębowe.¹⁻⁵

W opisanym przypadku przedstawiono postępowanie podczas wykonania obturatora długoczasowego z tworzywa akrylowego a poparte roczną obserwacją.

Summary

The article describes the prosthetic treatment of a patient after multiple removal of chondrosarcoma and its recurrences. The patient experienced an oronasal fistula, which made her everyday life difficult. A decision was made to prepare a long-term obturator to close the current oro-nasal communication. In dental prosthetics, obturators are used to restore missing soft and hard tissues in the jaw bones. Considering the time of application, obturators are divided into: immediate, early and final. Immediate obturators are made before the operation that would lead to the oro-nasal communication, and early obturators are made when the prosthodontist was unable to take an impression/scan before the resection operation. Obturators are made of hard, flexible or hard materials covered with soft material. They can have precision elements attached to be supported on the patients natural abutments or anchored on dental implants.

The case described below presents the procedure for making a long-term obturator made of acrylic material, supported by one-year follow-up of the patient.

Opis przypadku

Do Poradni Protetyki Stomatologicznej zgłosiła się 50-letnia pacjentka, skierowana z Oddziału Zabiegowego Kliniki Nowotworów głowy i Szyi Narodowego Instytutu Onkologicznego w Warszawie, w celu wykonania obturatora podniebienia.

Pacjentka dostarczyła dokumentację medyczną z dotychczasowego leczenia, która wskazywała na odbyte liczne operacje, mające na celu wycięcie guza okolicy podniebienia z późniejszymi licznymi wznowami. Kontakt z pacjentką był utrudniony, ze względu na niewyraźną mowę.

Pacjentka podawała utrudnione spożywanie pokarmów, picie napojów i ogólne problemy w kontaktach międzyludzkich. Poinformowała również, że ostatnia operacja miała miejsce około 4 miesiące temu, co oznacza, że przez cały czas funkcjonowała z aktywną przetoką. Nie został wykonany do tej pory obturator pooperacyjny lub natychmiastowy.

W badaniu klinicznym stwierdzono obecność wszystkich zębów w szczęcie oraz braki częściowe w żuchwie. W okolicy podniebienia obecna była przetoka ustno-nosowa po resekcji kości podniebiennych o średnicy około 30mm (ryc. 1). Pobrano wyciski alginatowe na łyżkach standardowych- górny i dolny, oraz woskowy rejestrat zwarcia (ryc. 2, 3). Na kolejnej wizycie oddano pacjentce obturator wykonany z bezbarwnego akrylu, umocowany na zębach 16 i 26, za pomocą ortodontycznych klamer Adamsa. Płyta obturatora obejmowała całe podniebienie twarde, sięgając do podniebiennych powierzchni zębów. Zastosowany bezbarwny akryl umożliwia obserwację po-brzeża obecnej przetoki (ryc. 4, 5).⁶

Po oddaniu obturatora zauważono u pacjentki natychmiastową poprawę mowy. Na tej samej wizycie dokonano również niewielkich korekt w zwarcia płyty obturatora w pozycji zwarcia statycznego i dynamicznego (ryc. 6).



Ryc. 1. Badanie pacjenta – widoczna przetoka ustno-nosowa.



Ryc. 2. Wycisk alginatowy.

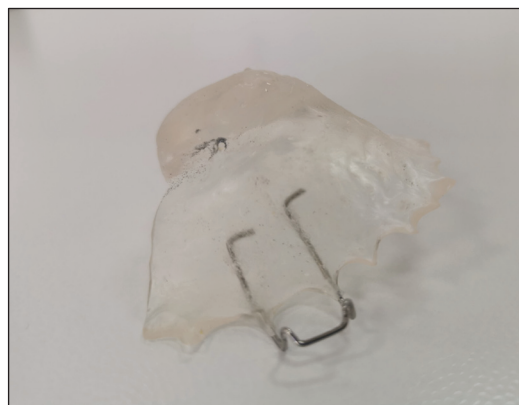


Ryc. 3. Wycisk alginatowy.

Po tygodniu pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną, konieczna była korekta obturatora w obrębie dystalnej jego części. Obecne było zaczerwienienie w okolicy dogardłowego brzegu przetoki. Na kolejnej wizycie kontrolnej pacjentka podała znaczną poprawę



Ryc. 4. Obturator na modelu gipsowym.



Ryc. 5. Obturator.



Ryc. 6. Obturator w jamie ustnej pacjenta.



Ryc. 7. Obecna przestrzeń między tylną częścią obturatora a podniebieniem.

w podstawowych czynnościach, takich jak spożywanie pokarmów, mówienie, oddychanie, co spowodowało znaczne polepszenie jej funkcjonowania w społeczeństwie.

Pacjentka zgłosiła się na kontrolę po 5 miesiącach. Podawała przedostawanie się pokarmów i płynów do jamy nosowej przez dotylną część obturatora. Klinicznie stwierdzono 2 milimetrową nieszczelność. Było to prawdopodobnie spowodowane uciskiem brzegu płyty obturatora na brzeg otworu przetoki i w konsekwencji obkurczeniem się tkanek miękkich. Podjęto decyzję o pobraniu wycisku podścielającego w celu wydłużenia zasięgu płyty obturatora (ryc. 7, 8).

Na kolejnej wizycie oddano gotowy obturator z wydłużonym tylnym brzegiem. Tydzień później pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną



Ryc. 8. Wycisk alginatowy z obturatorem.

– podała znaczną poprawę i niepotrzebna okazała się korekta.

Kolejna wizyta kontrolna odbyła się po 5 miesiącach, na której pacjentka nie zgłosiła żadnych dolegliwości, dotyczących

użytkowania obturatora, podała jednak że miała kolejny zabieg chirurgiczny, dotyczący wycięcia zmian nowotworowych w obrębie podstawy czaszki.

Klinicznie obecna przetoka uległa nieznacz- nemu powiększeniu. Różnicę można dostrzec bezpośrednio, obserwując układ masy akrylo- wej w obturatorze, a prześwitującym pod nim podniebieniem twardym. Pacjentka objęta jest stałym leczeniem specjalistycznym i jest pod stałą obserwacją.

Podsumowanie

Nowotwory masywu szczękowo-sitowe- go stanowią ok. 0,5% wszystkich nowotwo- rów i 3% guzów głowy i szyi. Guzy te doty- czą przede wszystkim mężczyzn między 5-tą a 7-mą dekadą życia. Zazwyczaj umiejscowio- ne są w zatoce szczękowej (50-70%), w jamie nosowej lub komórkach sitowych.⁷

Chrzęstniakomięsak (chondrosarcoma) jest drugim co do częstości występowania nowo- tworem złośliwym kośćca. Najczęściej umiej- scawia się w obrębie miednicy, kości udowej, ramiennej oraz żeber. W kościach twarzoczasz- ki stanowi 10–12% wszystkich opisanych przy- padków.⁸

Leczenie pacjentów onkologicznych po re- sekcjach jest bardzo trudne, ze względu na różnorodny stan tkanek twardych, miękkich, jak i stan psychosomatyczny samego pacjenta.

Chcąc zaproponować odpowiednie leczenie, należy dokonać krytycznej oceny możliwości, jakie może uzyskać pacjent, bowiem występują- ce liczne wznovy oraz wieloogniskowy rozwój choroby, może utrudnić leczenie pacjenta i ra- dykalnie spowodować zmianę planu leczenia.

Wykonanie płyty lub protezy z obturatorem umożliwia pacjentom wyraźną mowę, łatwość w porozumiewaniu się z innymi, ułatwia spo- żywanie pokarmów i picie płynów. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do lepszej jakości życia pacjenta.⁹⁻¹⁴

W przypadku leczenia ubytków kości szczęk, po zabiegach resekcyjnych należy objąć pa- cjęnta stałą obserwacją, bowiem kliniczny stan może być zmienny, a w przypadku leczenia pacjenta z przetoką ustno-nosową konieczne może być podścielenie lub wykonanie nowego obturatora.¹⁵⁻¹⁷

Piśmiennictwo

1. *Shetty PP, Chowdhary R, Shetty PP*: A maxil- lofacial prosthetic obturator using precision attachments. *Indian J Dent Res* 2020; 31(5): 799-802.
2. *Dos Santos DM, de Caxias FP, Bitencourt SB, Turcio KH, Pesqueira AA, Goiato MC*: Oral rehabilitation of patients after maxillectomy. A systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2018; 56(4): 256-266.
3. *Ahmed ZU, Flynn J, Riedel ER, Huryn JM, Rosen EB*: Definitive maxillary obturator prosthesis: Timelines for fabrication and follow-up. *Spec Care Dentist* 2020; 40(3): 315-319.
4. *Nieborak R, Mateńko D, Rolski D, Mierzwińska-Nastalska E*: Rehabilitacja im- plantoprotetyczna pacjenta po resekcji szczęki i radioterapii opis przypadku. *Protet Stomatol* 2023; 73(4): 365-371.
5. *Cybulska A, Rolski D*: Historia sposobów odbudowy protetycznej ubytków w obrębie części twarzowej czaszki od czasów staro- żytnych do współczesnych. *Protet Stomatol* 2022; 72(3): 288-296.
6. *Lyons KM, Cannon RD, Beumer J, Bakr MM, Love RM*: The Role of Biofilms and Material Surface Characteristics in Microbial Adhesion to Maxillary Obturator Materials: A Literature Review. *Cleft Palate Cranio J* 2020; 57(4): 487-498.
7. *Salvador AH, Beabout JW, Dahlin DC*: Mesenchymal chondrosarcoma: observations on 30 new cases. *Cancer* 1971; 28: 605-615.
8. *Nowaczyk M*. Nowotwory niezłośliwe – ce-

- chy kliniczne i podział. W: Onkologia szczękowo- twarzowa – wybrane zagadnienia kliniczne. Lewandowski L (red.). Wydawnictwo Naukowe UM Poznań 2008.
9. *Bhushan P, Thenumkal E, Khosla E, Bharath VUS, Varma RA, Govindankutty RK*: Assessment of Acoustic and Nasalance Improvement in Maxillary Obturator Patients Using PRAAT Software: An In Vivo Study. *J Contemp Dent Pract* 2024; 25(7): 656-660.
 10. *Acharya A, Patro TK, Dhal A, Garhnayak L, Kumar U*: Comparative Evaluation of Functional and Quality of Life Outcomes in Conventional and Soft-Liner Relined Obturators for Patients With Maxillofacial Defects. *Cureus* 2024; 16(10): e72405.
 11. *Artopoulou II, Karademas EC, Papadogeorgakis N, Papathanasiou I, Polyzois G*: Effects of sociodemographic, treatment variables, and medical characteristics on quality of life of patients with maxillectomy restored with obturator prostheses. *J Prosthet Dent* 2017; 118(6): 783-789.
 12. *Ali MM, Khalifa N, Alhajj MN*: Quality of life and problems associated with obturators of patients with maxillectomies. *Head Face Med* 2018; 14(1): 2.
 13. *Brandão TB, Vechiato Filho AJ, Batista VE, de Oliveira MC, Santos-Silva AR*: Obturator prostheses versus free tissue transfers: A systematic review of the optimal approach to improving the quality of life for patients with maxillary defects. *J Prosthet Dent* 2016; 115(2): 247-253.
 14. *Said MM, Otomaru T, Yeerken Y, Taniguchi H*: Masticatory function and oral health-related quality of life in patients after partial maxillectomies with closed or open defects. *J Prosthet Dent* 2017; 118(1): 108-112.
 15. *Cybulska A, Dominiak K, Mydlak A, Kostrzewa-Janicka J*: Natychmiastowa płytko obturacyjna i jej modyfikacja w technologii CAD/CAM dla pacjenta po resekcji tkanek podniebienia z powodu nowotworu – opis przypadku. *Protet Stomatol* 2024; 74(2): 153-157.
 16. *Cybulska A, Mierzwińska-Nastalska E, Kostrzewa-Janicka J*: Płytko obturacyjna w technologii druku 3D dla pacjenta po resekcji szczęki z powodu nowotworu – opis przypadku. *Protet Stomatol* 2024; 74(3): 232-237.
 17. *Saadellaoui I, Nasri B, Bekri S, Labidi A, Rezigui S, Mansour L*: Velo-palatal obturator prosthesis after maxillectomy following squamous cell carcinoma: a case report. *Protet Stomatol* 2024; 74(3): 238-248.
- Zaakceptowano do druku: 8.06.2025 r.
Adres autorów: 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251.
© Zarząd Główny PTS 2025.