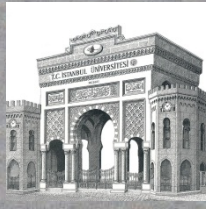




TRAVMA SONRASI MAKSİLLER ÖN BÖLGE REHABİLİTASYONU POST TRAUMATIC MAXILLARY ANTERIOR REGION REHABILITATION



Osman Küçükçakır¹, Zeynep Sabahat Yey¹, Merve Öztürk¹, Erol Cansız²

¹İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Travma sonrası en çok etkilenen kemikler arasında mandibula ikinci sırada yer almaktadır. Kondil kırıkları mandibular kırıklar içerisinde sık görülen kırıklardandır (1). Kondil kırıkları deplasmanlı, deplasmanlı, dislokasyonlu ve intrakapsüler kırıklar olmak üzere sınıflandırılırlar. Tedavileri ise cerrahi olan açık ve cerrahi olmayan kapalı redüksiyon teknikleridir.

Diş travmaları sıralamasında ise maksiller dişler açık ara önde yer almaktadır. Travma sonrası dişlerde avülsiyon, lüksasyon, intrüzyon, kuron-kök kırıkları gibi patolojiler gelişebilir. Travma sonrası kaybedilmiş dişin eksikliği hareketli bölümlü protezler, sabit köprü protezleri veya implant üstü protezler ile sağlanmaktadır (2).

Vaka Sunumu

25 yaşında kadın hasta kliniğimize bisikletle düşme sonrası sağ kondil bölgesinde ağrı ve dişlerindeki hareketlilik ve ağrı şikayetiyle başvurmuştur. Hastanın extraoral muayenesinde çene ucunda abrazyon, üst dudığında laserasyon, sağ mandibular kondil bölgesinin palpasyonu ağrı belirlenmiştir. İntraoral muayenesinde ise 21 nolu dişte avülsiyon, 11 ve 22 nolu dişlerde lüksasyon dolayısıyla mobilite, dişlerin normal kapanışta olduğu belirlenmiştir. Panoramik radyografisinde introral muayene bulgularına ilaveten sağ mandibula kondil başının deplase olmaksızın kırık hattı gözlenmiştir.

İntraoral ve ekstraoral muayenelerinin sonucunda kondil başının deplase olmaması dolayısıyla hastanın mobil dişlerinin repoze edilerek ark bar ile intermaksiller fiksasyonu tercih edilmiştir. Kondil iyileşmesi için 3 haftalık intermaksiller fiksasyonun kontroller sonucunda tamamlanmasına karar verilmiştir. Ancak hastanın 11 ve 22 nolu dişlerinin mobilitesi halen devam ettiği için çekimine karar verilmiştir.

Hastanın hem estetik hem de fonksiyonel mevcut durumu değerlendirilerek hastaya önerilen tedavi yöntemleri sonucunda hastaya mütabık kalınarak; öncelikle dokudaki yumuşak doku kalınlaşmasının sağlanarak iyileşmenin beklenmesi, sonrasında vestibül kemikteki eksikliğin tamamlanması için kemik ogmentasyonu işlemleri uygulaması ve implant uygulanarak sabit protetik tedavi ile işlemin sonlandırılmasını içeren yol haritası belirlenmiştir.

Hastanın 11 ve 22 nolu dişlerinin çekimiyle aynı seansta palatinalden bilateral rotasyonel pediküllü bağ dokusu flebi ile çekim soketleri ve vestibül bölgesinin hem kalınlaşması sağlanmış hem de iyileşmeye katkıda bulunulmuştur.

2 aylık yumuşak doku iyileşmesi sonrasında hastaya kemik kalınlığını artırmak için yönlendirilmiş kemik rejenerasyonu işlemi uygulanmıştır. Yönlendirilmiş kemik rejenerasyonu için yüzde elli xenogreft ile yüzde elli otojen greftten oluşan greft materyali, kollajen membran ve fiksasyon için mini vidalar kullanılmıştır. Ancak 6 aylık iyileşme sonrasında hastada implant yerleştirilmesi için yeterli kemik elde edilemediği tedavinin başarısız olduğu sonucuna varılmıştır. Mevcut durum ışığında hastaya anterior ilia krestin medialinden elde edilen otojen greft bloğu uygulanmasına karar verilmiştir. Komplikasyonsuz bir şekilde hastaya uygulanan greften 3 ay sonra hem implant yerleştirilmesi için hem de doku desteği için yeterli kalınlık elde edildiği sonucuna varılmıştır. Elde edilen kemik üzerinde uygulanacak protez referans alınarak 11 ve 22 nolu dişlerin gelecek bölgelere 2 adet implant uygulanmıştır.

İmplantların 3 aylık osteointegrasyon süresi beklendikten sonra gingiva former başlıklar takılmıştır. Bölgenin estetik bölge olması dolayısıyla önceki cerrahilerden kalan yumuşak dokuda gelişen düzensizliklerin giderilmesi ve siglaşmış olan vestibül derinliğin geri kazanılması için protez hekimi ile konsültasyon sonrasında vestibüloplasti işlemi ile uygulanmıştır.

Hastaya yumuşak doku iyileşmesi sonrasında 3 adet implantüstü zirkonya köprü protezi uygulanmıştır.

Tartışma

Kondil kırıklarında uygulanacak tedavi yaklaşımını kırığın seviyesi ve şekli belirler(3). Yetişkinlerde kırık sonucu uygulanacak 2-4 haftalık kapalı redüksiyon; açık redüksiyon işlemleri ile benzer estetik ve fonksiyonel sonuçlar vermesi, skar oluşumu önlenmesi ve fizyol sinir hasarına sebep olmaması dolayısıyla kondil kırıklarında tercih edilir (4). Ancak ramus boyunca kısımla, maloklüzyon, mandibula hareketlerinde kısıtlılık, proksimal kısmın fazla açılmasına gibi durumlarda açık redüksiyon endikedir (1). Kapalı redüksiyon ark barlar ile yapılabildiği gibi daha rahat bir yaşam kalitesi sunan intermaksiller fiksasyon vidaları ile de yapılabilmektedir (5)

Travma sonrası gelişmiş olan diş eksiklerinin rehabilite edilmesinde implant tedavisi oldukça başarılıdır. Böylelikle komşu dişler estetik sağlanması için doku bütünlüğünü kaybetmemiş olur.(2)

Estetik bölgede dental implantların başarısından söz edebilmemiz için yumuşak doku, sert doku ve protezin birbiriyle harmonik uyumu gereklidir. Yumuşak doku hem estetik hem de fonksiyon üzerine etkilidir. İmplant çevresi yumuşak dokuyu artırmak için serbest dişi grefti veya serbest subepitelyal bağ dokusu grefti kullanılmasına ilaveten; ikinci bir cerrahi alanın ortadan kaldırıldığı, daha fazla tahmin edilebilirliği olan ve greft beslenmesinin bozulmadığı rotasyonel pediküllü bağ dokusu flep tekniği de uygulanabilir (6)

Yönlendirilmiş kemik rejenerasyonu, yumuşak doku invazyonunu engellemek için koruyucu bir bariyer membran kullanan bir kemik grefti prosedürüdür (7). Wang ve Boyapatinin tanımladığı primer kapanma, anjiogenez, boşluğun korunması ve stabiliteinin sağlanması ilkeleri prosedürün temelini oluşturur (8). Farklı kaynaklardan kemik greftleri, rezorbe olabilen ve olmayan membran materyalleri, fiksasyon vidaları işlem için gerekli materyallerdendir. İşlem sonrası doku dehiscensi ve membranın açığa çıkması postoperatif enfeksiyon, yetersiz kemik iyileşmesi ve greft kaybına sebep olan genel komplikasyonlardır. Doku dehiscensi nedenleri yetersiz flep tasarımı, yumuşak doku gerilimi, aşırı greft materyali, geçici protez, çiğneme veya diş fırçalama nedeniyle travmadır (7).

İleri cerrahi tekniklerle elde edilen otojen kaynaklı anterior ilia blok greftlerin başarı oranı oldukça yüksektir. Osteojenik yapısının yanında hacimsel olarak öngörülen rezorpsiyon seviyeleri, atrofik maksillanın rekonstrüksiyonu ve işlemden 3 ay sonrasında implant yerleştirilmesine izin vermesi dolayısıyla rekonstrüksiyon için uygun materyal olduğunu göstermektedir. Rezorpsiyon oranı ise implantın yerleştirilmesi ve yüklenmesiyle azalma eğilimindedir (9).

Sonuç

Maksiller anterior bölge travma sonucu estetik ve fonksiyon yeniden elde edilmesi önceden planlama gerektiren tedaviler bütünüdür. Travmanın akut süreci atlandıktan sonra bölgenin hastaya geri iade edilmesi temel prensiptir. Dolayısıyla eksik olan dokunun geri kazandırılması en doğru yöntemi verecektir. Doku artırımı için birçok yöntem birbirinin yerine yapılabildiği gibi birbirine ilave de yapılabilmektedir. Bu bakış açılarıyla biz vakamızda başlangıçta yumuşak dokuyu artırmak ve bitişte dokunun son şeklinin verilmesi için yumuşak doku plastik cerrahileriyle birlikte kemik oluşturmak adına başarısız olduğumuz ancak hastada daha az morbidite oluşturan yönlendirilmiş kemik rejenerasyonu ve yetersizliği gidermek için ilia krest blok grefti prosedürlerini uyguladık.

Kaynakça

1. Bolat İ.E., Tekin U., Kondil kırıklarında tedavi yaklaşımları, EÜ Dişhek Fak Derg 2020; 41. 2: 169-178.
2. Anderson L., Enami-Kuistiansen I., Ho J., Single-tooth implant treatment in the anterior region of the maxilla for treatment of tooth loss after trauma: a retrospective clinical and interview study, Dental Traumatology 2003; 19: 126-131
3. Büyükyüz N., Ögüt M., Uyumaz N., Öztürk M., Alt Çene Kondil Kırıkları ve Tedavi Yöntemleri, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi, Cilt: 44, Sayı: 1 Sayfa: 55-61, 2010
4. Haug RH, Brandt MT. Closed Reduction, Open Reduction, and Endoscopic Assistance: Current Thoughts on the Management of Mandibular Condyle Fractures. Plast Reconstr Surg. 2007;120
5. Rozeboom AVJ, Dubois L, Bos RRM, Spijker R de LJ. Closed treatment of unilateral mandibular condyle fractures in adults: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017;46(4):456-464
6. Zuh O., Hürzeler M., 2012, Plastic-Esthetic Periodontal and Implant Surgery_ A Microsurgical Approach, 2012 Quintessence Publishing Co., Ltd, ISBN 978-1-85097-226-6
7. Kim Y.Kim, Jeong-Kui Ku, Guided bone regeneration, J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2020;46:361-366
8. Wang HL, Boyapati L., "PASS" principles for predictable bone regeneration, Implant Dent 2006;15:8-17.
9. Cansız E., Haq J., Manisalı M., Cakar S., Gültekin B.A., Long-term evaluation of three-dimensional volumetric changes of augmented severely atrophic maxilla by anterior iliac crest bone grafting, J Stomatol Oral Maxillofac Surg., 2020.

