

Pacijentova oralna rehabilitacija s heilognatopalatoshizom

Denis Vojvodić¹
Vjekoslav Jerolimov²
Davor Jokić¹
Ante Lončar³

¹Zavod za stomatološku protetiku
Stomatološkog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu
¹Klinički zavod za
stomatološku protetiku
KB "Dubrava", Zagreb
²Klinika za kirurgiju čeljusti i
lica KB "Dubrava", Zagreb
³Dom zdravlja Črnomerec,
Zagreb

Sažetak

Iako se pacijenti s heilognatopalatoshizom ne viđaju baš svaki dan u polivalentnoj stomatološkoj ordinaciji, to ne znači da je njihova množina zanemariva. Protetsko zbrinuti takve pacijente zahtijeva dobro planiranje pri čemu se vodi računa o svim preostalim zubima i korijenima, deformaciji maksilarnih segmenta, rezidualnom palatinalnom defektu te disproporciji između veličine gornjeg i donjeg alveolarnoga grebena.

Autori opisuju protetsku terapiju pacijenta s heilognatopalatoshizom u kojoj uporabljaju korijenske kapice, modificiranu Dolder prečku, konus krunice, modificirane krunice i djelomičnu pomičnu protezu s metalnom bazom. Sve sa svrhom da se uspostavi zadovoljavajuća funkcija i estetika te što je moguće manji deformitet.

Ključne riječi: *heilognatopalatoshiza, oralna rehabilitacija.*

Acta Stomat Croat
2000; 325-328

PRIKAZ SLUČAJA
Priljeno: 25. listopada 2000.

Adresa za dopisivanje:

Doc.dr.sc. Denis Vojvodić
Klinički zavod za
stomatološku protetiku
KB "Dubrava"
Av. G. Šuška 6, 10000 Zagreb

Uvod

Iako u polivalentnoj stomatološkoj praksi ne susrećemo danomice pacijente s heilognatopalatoshizom (rascjep usne, alveolarnoga nastavka i čeljusti), to ne znači da je njihova množina zanemariva. Ta kongenitalna anomalija, jedna od najčešćih, javlja se u oko 1,5 promila novorođenčadi i dvostruko je češća u muške djece (1).

Etiologija rascjepa još se uvijek ne zna, no kao mogući uzroci navode se deficitarna ishrana i psihički stresovi trudnice, teratogeni agensi, zarazne bolesti (virusi), zračenje u trudnoći i nasljedni čimbenici (2,3) pa trećina do polovine pacijenata ima u obitelji pojavu te anomalije (1,2).

Nakon provedena kirurškog liječenja definitivna deformacija orofacijalnoga predjela ovisi o postojećem rascjepu i veličini izvorne deformacije maksilarnog alveolarnoga grebena, zjapu između maksilarnih segmenata, primijenjenoj kirurškoj tehnici, vrsnoći zahvata i naknadnom razvitku ožiljkastoga tkiva. Zato ponovljene operacije ponekad više povećaju deformitet (novo ožiljkasto tkivo) nego što korigiraju stanja. Zbog toga je bolje da je operativnih zahvata što manje. Operativni zahvati imaju drastičan negativan učinak na rast maksile (4), koja je smanjena u svim dimenzijama (5). Razvoj ožiljkastoga tkiva neki autori nazivaju i maksilarnom ankilozom (6). Posljedice su to teže što nastali ožiljci idu bliže zubima (7), a sve te

promjene konačno se odražavaju na tipičan konkavni oblik lica (8,9).

Da bi se riješio ovako kompleksan problem potreban je timski rad medicinskih i stomatoloških stručnjaka. S polja stomatologije u tome sudjeluju oralni kirurg, ortodont, pedodont i na kraju protetičar. Njegova zadaća je da nadoknadom izgubljenih zuba i dijelova alveolarnoga grebena uspostavi funkciju i estetiku, tj. da što je više moguće ublaži deformitete.

Prikaz slučaja

Djevojka u dobi od 23 godine s kirurški i ortodontski tretiranim unilateralnim rascjepom usne i nepca pregledana je na Kliničkom zavodu za stomatološku protetiku pri KB "Dubrava". Vidljivi su ožiljci gornje usne i karakterističan pseudo-progeni profil lica s kolapsom vrška nosa (Slika 1). Stanje zubala pri prijmu: u gornjoj čeljusti nedostaju medijalni i lateralni sjekutić lijevo (mjesto rascjepa), desni i lijevi drugi premolar, desni drugi molar. Medijalni i lateralni sjekutić desno i desni kanin bez krunice su zuba i endodontski nesaniрани (Slika 2). U donjoj čeljusti nedostaju lateralni sjekutić lijevo i



Slika 1. Pacijentičin profil prije protetske rehabilitacije
Figure 1. Patient's profile before prosthetic rehabilitation



Slika 2. Stanje u ustima prije protetske rehabilitacije
Figure 2. Situation in the mouth before prosthetic rehabilitation

drugi premolar lijevo, a desni je lateralni sjekutić bez krunice i endodontski loše ispunjen (Slika 2). Mogućnost žvakanja i estetika pacijentice bili su vrlo loši zbog manjka zuba i karakteristično smanjene veličine gornje čeljusti. Učinjena je endodontska sanacija svih avitalnih zuba. Ispreparirani su korijenski kanali medijalnog i lateralnog desnoga gornjeg sjekutića i desnoga kanina za sidrenje korijenskih kapica, te preostali gornji premolari i molari za krunice.

Učinjen je otisak kitastim silikonskim materijalom (Optosil P, Bayer Dental, Leverkusen, Njemačka) i nakon toga je na palatinalni defekt postavljena vazelinska gaza koja onemogućuje da sekundarni otisni materijal niske viskoznosti (Xantopren L, Bayer Dental, Leverkusen, Njemačka) uđe u palatinalni defekt. Ako bi dio niskoviskoznoga materijala ušao u područje palatinalnog defekta njegov tanak dio mogao bi puknuti kada se vadi otisak i zaostati u defektu, što može izazvati teškoće pri uklanjanju toga zaostalog dijela otisnog materijala (10). Međutim, otisak palatinalnog defekta uopće nije potreban za izradbu protetskoga rada.

Na gornjemu lijevom kaninu i gornjemu lijevom prvom premolaru izrađene su konus krunice, a na gornjim prvim molarima (obostrano) i gornjemu desnom prvom premolaru modificirane fasetirane krunice s fasetiranim međučlanom na mjestu gornjega desnoga drugog premolara. Visina međučluskog odnosa određena je prema pravilu 3 mm niže od položaja fiziološkog mirovanja (11). Na gornjim endodontski saniranim zubima (desni medijalni i lateralni incizivi i očnjak) izrađene su

korijenske kapice povezane modificiranom Dolder prečkom (Servo Dental, Hagen, Njemačka). To je rješenje izabrano kako bi se postigla dobra retencija i estetika, jer ono daje veću slobodu za postavljanje zuba i povoljnije opterećenje korjenova nosača (Slika 3) (12,13,14). Svi metalni dijelovi fiksno-protetskih konstrukcija izliveni su iz platinskog zlata (18+8, Rafinerija plemenitih kovina, Zagreb, Hrvatska). Preko tih protetskih radova ponovno je uzet korekturni silikonski otisak na već spomenut način (Slika 4) kako bi se izradila metalna baza djelomične proteze iz Co-Cr legure (Remanium GM 380, Dentaurum, Pforzheim, Njemačka). Vanjske konus krunice zalemljene su metalnom bazom



Slika 3. Fiksno-protetski radovi u gornjoj čeljusti: modificirane krunice, unutarnji teleskopi i korijenske kapice s modificiranom Dolder prečkom
Figure 3. Fixed prosthodontic appliances in the upper jaw: modified crowns, inner telescope and root copings



Slika 4. Silikonski otisak s vazelinskom gazom na mjestu palatinalnoga defekta
Figure 4. Silicone impression with vaseline gauze put over the palatal defect

djelomične proteze i također je ugrađena patrica modificirane Dolder prečke. Akrilatni zubi postavljeni su na metalnu bazu djelomične proteze tako da se postigne što bolja interkuspidacija sa zubnim nizom donje čeljusti, gdje je napravljen most klasične konstrukcije s polimernim fasetama (Chromasit, Ivoclar, Schaan, Liechtenstein) (Slika 5). Unatoč izraženom deformitetu, protetski rad ima zadovoljavajuću okluziju i estetiku, umanjujući pacijentov konkavan oblik profila (Slika 6).



Slika 5. Definitivna protetska rekonstrukcija
Figure 5. Definitive prosthetic reconstruction



Slika 6. Pacijentčin profil nakon protetske rehabilitacije
Figure 6. Patient's profile after prosthetic rehabilitation

Zaključak

Za uspješan protetski tretman pacijenata s rascijepom nužno je sačuvati što više preostalih zuba i/ili naizgled neuporabivih korijena kako bi se postigla dobra retencija protetskoga rada. Tijekom planiranja protetskoga rada valja također paziti na deformaciju maksilarnih segmenata, eventualni palatinalni rezidualni defekt i disproporciju između maksilarnog i mandibularnog alveolarnoga grebena. Dobro isplanirana protetska terapija omogućiti će dobru funkciju i zadovoljavajuću estetiku pacijenata s rascijepom.

Literatura

1. MOYERS RE. Handbook of orthodontics. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1988:19-27.
2. EPKER BN, FISH LC. Dentofacial deformities. Integrated orthodontics and surgical correction. St. Louis: CV Mosby, 1986:642-709.
3. KJAER I. Human prenatal craniofacial development related to brain development under normal pathologic conditions. Acta Odontol Scand 1995;53:135-43.
4. FRIEDE H, JOHANSONN B. Adolescent facial morphology of bone-grafted cleft lip and palate patients. Scand J Plast Reconstr Surg 1982;16:41-53.
5. GRABER TM. Craniofacial morphology in cleft palate and cleft lip deformities. Surg Gynec Obstet 1949;88:359-69.
6. ROSS RB. The clinical implications of facial growth in cleft lip and palate. Cleft Palate J 1970;7:37-47.
7. FRIEDE H, PERSSON E-C, LILJA J, ELANDER A, LOHMANDER-AGERSKOV A, SOEDERPALM E. Maxillary dental arch and occlusion in patients with repaired clefts of the secondary palate. Scand J Plast Reconstr Surg 1993;27:297-305.
8. FRIEDE H, PRUZANSKY S. Long-term effects of premaxillary setback on facial skeletal profile in complete bilateral cleft lip and palate. Cleft Palate J 1985;22:97-105.
9. FRIEDE H. Abnormal facial growth. Acta Odontol Scand 1995;53:203-9.
10. VOJVODIĆ D, JEROLIMOV V, ČELEBIĆ A. Prosthetic rehabilitation of a cleft palate patient. J Prosthet Dent 1996;76:230-2.
11. POSSELT U. Intermaxillary relations. In: Sharry JJ. editor. Complete Denture Prosthodontics. New York: McGraw-Hill Book Company Inc. 1962:187-217.
12. BASKER RM, HARRISON A, RALPH JP, WATSON CJ. Overdentures in general dental practice. 3rd ed. London: British Dental Journal 1993:49-65.
13. SHIMODAIRA K, YOSHIDA H, MIZUKAMI M, FUNAKUBO T. Obturator prosthesis conforming to movement of the soft palate. J Prosthet Dent 1994;71:547-51.
14. SIDDIQUI AA, TOLJANIC JA. Adaptation to removable prosthesis. J Prosthet Dent 1993;70:283-4.