

JAN MALIK

Całościowa rehabilitacja chirurgiczno-protetyczna pacjenta po resekcji szczęki – opis przypadku

Integrated Surgery-Prosthetic Rehabilitation of a Patient after Maxilla Resection – Case Report

Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Artykuł przedstawia 28-letnią historię leczenia chirurgiczno-protetycznego pacjentki po operacji szczęki z powodu *epithelioma cuniculatum*. Konsekwencją leczenia chirurgicznego jest często deformacja tkanek i pojawienie się zaburzeń czynności układu stomatognatycznego. Postępowanie w leczeniu wymaga skojarzonego i etapowego leczenia wielospecjalistycznego. Wyróżnia się leczenie wczesne, następowe i późne. Przedstawiono rzadki przypadek rehabilitacji chirurgiczno-protetycznej; od operacji guza nowotworowego przez etapy leczenia pooperacyjnego wczesnego, następowego, aż do plastyki ubytku i leczenia protetycznego późnego (Dent. Med. Probl. 2005, 42, 2, 383–386).

Słowa kluczowe: protezy pooperacyjne.

Abstract

The paper presents 28-year long experience of the surgical-prosthetic treatment of a patient after maxilla operation because of *epithelioma cuniculatum*. Significant deformations of tissues, development of disfunctions of the stomatognathic system with concurrent biological unbalance of the oral cavity environment are frequently a consequence of the treatment. Clinical procedures in treatment require combined and stepwise multispecialistic treatment. Combined, stepwise and late treatments are distinguished. Author showed a rare case of surgeon-prosthetic treatment from the phase of cancer lump operation, over stages of early, follow post-surgical treatment, to plastic of shrinkage and late prosthetic treatment (Dent. Med. Probl. 2005, 42, 2, 383–386).

Key words: post-surgical protheses.

Duża zapadalność na nowotwory jamy ustnej powoduje, że rehabilitacja chirurgiczno-protetyczna po operacyjnym ich usunięciu stanowi trudny problem odtworzenia ubytków pooperacyjnych.

Konsekwencją leczenia chirurgicznego jest znaczna deformacja twarzy, pojawienie się zaburzeń mowy, żucia, oddychania, komunikacji jamy ustnej z jamą nosową. Leczenie wspomagające za pomocą radio- i chemioterapii jest też przyczyną wielu powikłań występujących w obrębie jamy ustnej i całego układu stomatognatycznego. Ciężkie zaburzenia morfologiczne, czynnościowe i estetyczne powodują, że chorzy jak najszybszej powinni być poddani całościowej rehabilitacji chirurgiczno-protetycznej. Wymaga ona jednak skojarzonego, wieloetapowego i wielospecjalistycznego leczenia.

W rehabilitacji protetycznej wyróżnia się następujące etapy leczenia:

- 1) leczenie natychmiastowe lub wczesne,
- 2) leczenie następowe,
- 3) leczenie późne.

W leczeniu natychmiastowym lub wczesnym stosuje się płytki pooperacyjne lub protezy do czasu całkowitego wygojenia się ubytku. Po całkowitym wygojeniu jamy pooperacyjnej pacjent otrzymuje ostateczną protezę poresekcijną. Jest to leczenie następowe. Leczenie późne dotyczy pacjentów po zabiegach plastyki ubytku pooperacyjnego, jest to jego zamknięcie lub zmniejszenie poprzez różnego rodzaju przeszczepy [1–3]. Przykładem jest opisany niżej rzadki przypadek całościowej wieloetapowej rehabilitacji chirurgiczno-protetycznej pacjentki po resekcji szczęki.

Opis przypadku

Pacjentka K. S. lat 36 została skierowana po raz pierwszy do Katedry i Zakładu Protetyki AM we Wrocławiu w 1976 r. po przebyciu resekcji szczęki z powodu *epithelioma cuniculatum* po stronie lewej. Badaniem wewnątrzustnym stwierdzono duży ubytek tkanek twardej szczęki z obecnością miejsc podchodzących, komunikację z jamą nosową, ściągające blizny policzka. Poza tym zaobserwowano zniekształcenie twarzy, zaburzoną funkcję mowy, żucia i połykania (ryc. 1, 2).

We wczesnym okresie leczenia protetycznego wykonano płytkę podniebienną pooperacyjną, której zadaniem było zamknięcie połączenia z jamą nosową, podtrzymanie opatrunku na czas gojenia się rany. Używanie płytki poprawiło też fonetykę, połykanie pokarmów oraz przyczyniło się do polepszenia psychicznego stanu pacjentki. Płytką podniebienną pacjentka posługiwała się przez około 3 miesiące do czasu całkowitego wygojenia się ubytku. Po tym okresie przystąpiono do wykonania mostu zespalającego ze sobą zęby 14. i 17., a następnie protezy poresekcyjnej z obturatorem. Była to częściowa proteza poresekcyjna z obturatorem kielichowatym, w całości wykonana z miękkiego tworzywa Coe-Super-Soft® (Kulzer), łączącego się chemicznie z płytą protezy. Sposób wykonania polegał na powieleniu modelu z czopem woskowym, oddającym kształt przyszłego kielicha obturatora, a następnie na jednoczesnym puszkowaniu protezy z obturatorem (ryc. 3).

W wyniku leczenia protetycznego uzyskano poprawę wyglądu, fonetyki i sprawności żucia, co poprawiło samopoczucie pacjentki. Obturator kielichowaty z miękkiego tworzywa zabezpieczał obrzeże ubytku przed nadmiernym uciskiem i zamykał połączenie z jamą nosową.

W okresie siedmiu lat obserwacji, mimo zastosowania obturatora, u pacjentki stwierdzono komunikację z jamą nosową, co powodowało nieżyty i dyskomfort. Z tego względu rozważano możliwość zamknięcia komunikacji przez plastykę ubytku. Taką możliwość konsultowano wielokrotnie w Klinice Chirurgii Szczękowej AM w Warszawie. Po przeprowadzeniu koniecznych badań dodatkowych i stwierdzeniu braku nawrotu nowotworu, w 1988 r. przeprowadzono w czterech etapach zabieg przeszczepu płata skórno-mięśniowego z klatki piersiowej do ubytku jamy ustnej. Operacja przeszczepu zakończyła się pełnym powodzeniem. Uwolniło to pacjentkę od uciążliwego nieżytu nosa, wycieku ze strony ubytku, co poprawiło funkcję żucia, mowy oraz komfort psychiczny (ryc. 4, 5).

W wyniku zmiany podłoża i utraty ostatniego zęba własnego pacjentka zgłosiła się do kolejnego etapu rehabilitacji. W bezzębnej szczęce w miejscu



Ryc. 1. Pacjentka przed operacją

Fig. 1. The patient before the operation



Ryc. 2. Pacjentka po operacji

Fig. 2. The patient after the operation



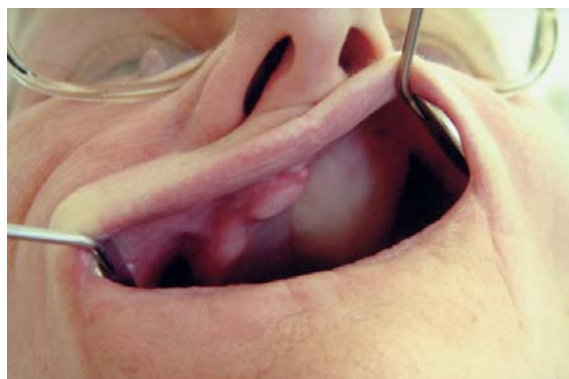
Ryc. 3. Proteza z obturatorem kielichowatym

Fig. 3. Prosthesis with a chalice obturator

ubytku stwierdzono miękkie i podatne na ucisk przeszczep skórny uwypuklony ponad zachowane twarde podłoże podniebienia. Tak trudne podłoże protezy wymagało specjalnego postępowania w etapach klinicznych i laboratoryjnych. Dotyczyło to



Ryc. 4. Pacjentka po przeszczepie – zewnątrzustne
Fig. 4. The patient after the transplant – extraoral



Ryc. 5. Pacjentka po przeszczepie – wewnątrzustne
Fig. 5. The patient after the transplant – intraoral



Ryc. 6. Model szczęki po przeszczepie – obszar przeszczepu

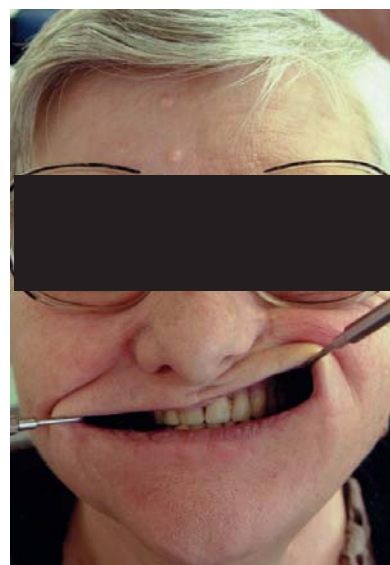
Fig. 6. A model of maxilla after the transplant – the area of transplant

zwłaszcza wycisku anatomicznego i czynnościowego szczęki. Chodziło o to, aby jak najmniej zmienić obszar przeszczepu, bardzo podatny na odkształcenie, podczas wycisków. Zastosowano wycisk anato-



Ryc. 7. Proteza całkowita po przeszczepie

Fig. 7. Total prosthesis after the transplant



Ryc. 8. Proteza *in situ*

Fig. 8. Prosthesis *in situ*

miczny odciażający podłoże. Wycisk anatomiczny wykonano na standardowej łyżce perforowanej z tworzywa, stosując masę alginową o rzadszej konsystencji. Łyżkę indywidualną wykonano z odciążeniem, odsuwając ją od modelu w miejscu przeszczepu o 2 mm i była w tym miejscu perforowana. Całkowitą protezę pooperacyjną wykonano według ogólnie przyjętych zasad, w pełnym zrównoważonym zwarcie z protezą częściową dolną. W kolejnych badaniach kontrolnych proteza wykazywała dobre utrzymanie na podłożu (ryc. 6–8).

Omówienie

Powodzenie rehabilitacji pacjentów po zabiegach resekcji zależy w dużej mierze od rozległości ubytków, obecności własnych zębów i stopnia uszkodzenia układu stomatognatycznego. Dlatego też chirurgiczne zabiegi rekonstrukcyjne i stosowanie różnych przeszczepów poprawia warunki podłoża protetycznego i przyspiesza proces rehabilitacji. Potrzebna jest całkowita pewność o skutecz-

ności leczenia, a pacjent nie może bać się kolejnych zabiegów oraz musi być przekonany o polepszeniu komfortu psychicznego i odżywiania [4–7].

Obserwacja pacjentki przez 28 lat wykazała, że dobre zabezpieczenie operowanego podłoża przez wykonanie obturatora z miękkiego tworzywa oraz częste wizyty kontrolne szybciej prowadzą do decyzji o zamknięciu ubytku pooperacyjnego.

Opisany rzadki przypadek całościowej rehabilitacji chirurgiczno-protetycznej świadczy o tym, że oprócz wykonania uzupełnień protetycznych, powinna ona obejmować polepszenie niepełnowartościowego podłoża protetycznego za pomocą przeszczepu [8–12].

Piśmiennictwo

- [1] CIECHOWICZ B., RUSINIAK-KUBIK K.: Zasady rehabilitacji protetycznej po rozległych zabiegach onkologicznych wykonywanych w obrębie części twarzowych czaszki. *Czas. Stomat.* 1996, 49, 280–286.
- [2] MC ANDREW P. G.: Oral cancer and precancer treatment. *Brit. Dent. J.* 1990, 10, 191–196.
- [3] PAWEŁA T., MALIK J., WIĘCKIEWICZ W.: Współpraca chirurga z protetykiem w rehabilitacji po operacjach nowotworów szczęk. *Wrocł. Stomat.* 1981, 65–68.
- [4] MALIK J.: Leczenie protetyczne pacjentów po resekcji szczęki lub żuchwy. *Prot. Stomat.* 1980, 30, 343–348.
- [5] MALIK J.: Leczenie protetyczne pacjenta po częściowej resekcji szczęki. *Wrocł. Stomat.* 1974, 85–89.
- [6] ROLSKI D., DOLEGACZ A., GÓRSKA R., MIERZWIŃSKA-NASTALSKA E.: Zespołowe leczenie pacjentów po zabiegach chirurgicznych z powodu nowotworów w obrębie części twarzowej czaszki – opis przypadków. *Prot. Stomat.* 2003, 53, 142–151.
- [7] WIĘCKIEWICZ W., KOMORSKI A., ZEŃCZAK-WIĘCKIEWICZ D., ŁAWIŃSKI M.: Leczenie chirurgiczno-protetyczne pacjenta z *chondrosarcoma mezenchymale* szczęki. *Prot. Stomat.* 2001, 51, 355–359.
- [8] PISKORSKI P., GRAF A.: Leczenie protetyczne po resekcji szczęki z zastosowaniem wszczepów śródkostnych. *Prot. Stomat.* 1994, 44, 131–133.
- [9] BLACK W.: Surgical obturation using a gated prosthesis. *J. Prosthet. Dent.* 1992, 62, 339–345.
- [10] WIĘCKIEWICZ W., PŁONKA B.: Rehabilitacja protetyczna pacjenta po operacyjnym usunięciu guza czaszki i gałki ocznej. *Prot. Stomat.* 1998, 48, 329–332.
- [11] TAYLOR T.D., FYLER A., LA VALLE W. E.: Alternative obturation for the maxillectomy patient with severely limited mandibular opening. *J. Prosthet. Dent.* 1985, 59, 85–90.
- [12] RUSINIAK K., CIECHOWICZ B.: Postępowanie lecznicze w rehabilitacji protetycznej po leczeniu nowotworów i operacjach w obrębie twarzoczaszki. *Prot. Stomat.* 1996, 46, 204–210.

Adres do korespondencji:

Jan Malik
Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej AM
ul. Krakowska 26
50-425 Wrocław
tel.: +48 71 784 02 78

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.01.2005 r.

Po recenzji: 18.03.2005 r.

Zaakceptowano do druku: 11.04.2005 r.

Received: 7.01.2005

Revised: 18.03.2005

Accepted: 11.04.2005