

Skleroderma Ve Ankilozan Spondilitli Hastaya Tedavi Yaklaşımı: Vaka Raporu

Treatment Of A Patient With Scleroderma And Ankylosing Spondylitis: A Case Report

Emine Göncü Başaran, Emrah Ayna, Sedat Güven, Veysel Eratilla

Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Özet

Özet

Skleroderma nadir görülen kronik bir bağ dokusu hastalığıdır. Hastaların deri ve derialtı bağ dokusunda kollajen ve elastik lifler sayıca çoğalıp, deri sertleşir. Cildin gergin ve sert olması ağzın tam açılmamasına ve mikrostomiye sebep olur. Tükürük bezleri hasar gördüğü için ağız içinin çok kuru olması, ağız ve diş sağlığını korumayı zorlaştırır. Ankilozan Spondolit ise ağrılı, ilerleyici bir romatizmal hastalıktır. Temelde omurgayı etkilemekle beraber, diğer eklemleri, kiriş ve bağları da etkileyebilir. Ankilozan Spondolit genel olarak kemik erimesine yol açar. Ağız açıklığı sınırlı hastalarda ölçü almak oldukça zordur. Özellikle hareketli bölümlü protez yapımı ve protezi hasta ağızına yerleştirmek hekime güçlük çıkarır. Böyle hastalarda parçalı ve katlanabilir protezler tavsiye edilir. Bu vakada skleroderma ve ankilozan spondilitli bir hastanın üst çenesine iki parçadan oluşan hareketli bölümlü protez yapımı anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, ankilozan spondilit, hareketli bölümlü protez

Abstract

Scleroderma is a rare, chronic disorder of connective tissue. Collagen and elastic fibers in the patients' skin and subcutaneous connective tissue increase and skin hardens. Tense and rigid structure of the skin cause inability to open mouth and microstomie. The inside of the mouth's dry structure, because of the damaged salivary glands, makes it difficult to maintain oral and dental health. Ankylosing Spondylitis is a painful, progressive and rheumatological disease. It mainly affects the spine, although other joints, and ligaments and may also affect the beam. Ankylosing Spondylitis generally leads to osteoporosis. It is difficult to take impression from a patient who has microstomie. Especially, when removable partial denture is required, adaptation and preparing of prosthesis is not easy for clinician. Sectional and collapsible dentures have been described for these patients. In this case the construction of two pieces of maxillary removable partial denture is explained for a patient who has scleroderma ankylosing spondylitis.

Key words: Scleroderma, ankylosing spondylitis, removable partial denture

GİRİŞ

Skleroderma iç organlar ve deriyi içeren bağ dokuların anormal büyümesiyle karakterize bir grup semptomları içeren otoimmün romatizmal bir hastalıktır.¹

Skleroderma orijinali Yunanca olan sert- skleroz ve deri-derma sözcüklerinin bir araya gelmesiyle oluşmuştur. Skleroderma 1945 yılında Goetz tarafından progresif (ilerleyici) sistemik skleroz (PSS) olarak tanımlanan bir hastalık sürecinin ilk klinik tablosudur.² PSS Sjögren sendromu ve sistemik lupus eritematozusu içeren kronik

otoimmün hastalık grubundan bir tanesidir. Sistemik skleroz (SS) ve lokal skleroz(LS) olarak ikiye ayrılabilir. LS deriyi ve bazen daha derin dokuları tutar. Hastalığın görülebilir etkileri deri lezyonlarıdır. PSS kadınlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülür. Görülme yaşı ise 30-50 arasındadır.³ Deri altı kollajen çökelme-kireçlenme yüz derisinde düz, gergin, maske gibi yüz görünümüne sebep olur. Burun kanatları atrofiye uğrayabilir. Bunun sonucunda fare gibi bir yüz görünümü ve sıkıştırılmış bir burun görüntüsü oluşur.

Diğer önemli orofasiyal bulgular tükürük ve gözyaşı bezlerinin fibroze olması ve sonucunda kuru ağız ve ya ağız kuruluğu oluşmasıdır. Hastalarda göz kuruluğu gelişir. Bu durum kısmen problemlidir. Çünkü göz kapaklarının skarlaşması, kapaklardaki çatlakların kronik genişlemesine ve yetersiz kapanmaya sebep olur. Bununla beraber kuruma ve göz kuruluğu gelişir. Yetersiz tükürük akışkanlığı oral kavitedeki tamponlamayı riske atar, bakteriler tarafından asit üretilmesine izin verir ve dişlerde aşınmalara sebep olur. PSS nin klasik dental radyografik bulguları periodontal ligamentte ve periodontal ligaman aralığında kalınlaşma olduğunu göstermiştir. Ortopantomografa mandibula açısında bir düzleşme, “balina kuyruğu”na benzer bir görüntü izlenir. Nadiren manibular rezorpsiyona bağlı patolojik mandibula kırığı oluşabilir.⁴

İlaveten fasiyal ve mukozal fibrozis mikrostomiya nedeniyle ağız erişimini riske atar. Mikrostomiya bu hastalarda ağız açıklığını %70 sınırlar.⁵ Bunun sonucu olarak oral hijyen ve hareketli bölümlü protezlerin yapımı sınırlı erişim, mukobukkal kıvrımların sıkışması veya yok olması nedeniyle oldukça güçtür.⁴ Ankilozan spondilit (AS); omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen, ağrı ve sertliğe yol açan ve sıklıkla eklem ankilozuna dönüşen ve axial iskeletin iltihabıyla karakterize kronik, otoimmün ve ilerici iltihabi bir hastalıktır.^{6,7}

AS yüzyıllardır bilim adamları ve klinisyenler için kompleks ve tahmin edilmesi zor bir bulmaca gibidir. Hastalık daha çok erkeklerde ergenliğin geç zamanları ve yetişkinliğin erken zamanlarında görülür. Erkekler bayanlara oranla 2-3 kat daha fazla AS’ e maruz kalırlar. Başlangıç semptomu tipik sinsi bir sancı şeklindedir.^{8,9}



Resim 1. Ağız içi görünüm

Bazı hastalarda kemik hassasiyeti; ağrı ve sertlikle birlikte öncelikli şikayetlerden olabilir. Temel fiziksel bulgusu; fleksiyonun kısıtlanıp, lomber omurganın genişlemesi ve göğsün ekspansiyonu ile karakterize spinal hareket kısıtlanmasıdır.¹⁰

Geri dönüşümsüz bir zarar oluşmadan AS’in teşhisi zordur.¹¹ Radyolojik değişiklikler hastalığın işleyişini

gösterir bundan dolayı radyografik sakroilitis genellikle AS’in bazı evrelerinde bazı noktalarda görülür. Bununla birlikte; radyografide görülebilen bu değişiklikler görülene kadar hastalığın üzerinden yıllar geçmiş olabilir.¹⁰

Klinik olarak yıkım görülene dek uzun yıllar gizli şekilde ilerler, iltihabi sırt ağrısı (sakroilitis) ve spinal hareket kaybı meydana gelir. Periferik ve ekstra-artikular semptomlar aynı zamanda oluşabilir. İlerlemiş AS’li hastalar; iş yapamamaya ve hastalık ruh haline bağlı olarak üretkenlik kaybı ve azalmış yaşam kalitesi durumuna sahiptirler. Buna ek olarak; AS tedavisi sağlık kaynakları üzerinde yıpratıcı bir etkiye sahiptir. Bundan dolayı; AS’in direk ve indirek tedavi masrafları oldukça yüksektir.¹⁰

Parçalı ve katlanabilir protezler ağız açıklığı sınırlı hastalarda tavsiye edilir.¹² McCord¹³ ve ark santral dişlerin arkasında 1 mm çapında paslanmaz çelik çubuk ile birleştirilen 2 parçalı bir maxiller protezi kullanmıştır. Cura ve ark¹⁴ sağ ve sol olmak üzere 2 parçadan oluşan ve ön grup dişlerin ayrı bir kaide ile bu iki parçalı proteze monte edildiği bir protez yapmıştır. Yenisey ve ark¹⁵, Agüloğlu ve ark¹⁶ 2 parçadan oluşan bir mandibuler protezi anlatmışlardır.

Bu vaka skleroderma ve ankilozan spondilitli bir hastanın protetik rehabilitasyonunu anlatmaktadır.

OLGU

46 yaşında erkek hasta eksik dişlerinden kaynaklanan fonksiyonel ve estetik yetersizlikle kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde hastanın skleroderma ve ankilozan spondilit hastası olduğu öğrenildi. Yapılan muayenede hastanın alt ve üst çenesinde eksik dişler olduğu saptandı. (Resim 1) Her iki çeneye hareketli



Resim 2. Modeller üzerinde metal kaideler

bölümlü protez endikasyonu konuldu. Hastanın mevcut sistemik hastalıklardan dolayı ağız açıklığında kısıtlanma olduğu gözlemlendi. Ağız açıklığı 25 mm ile sınırlıydı. Bu nedenle üst çeneye iki parçadan bir hareketli bölümlü protez planlandı. Alt çene için ise tek parçadan oluşan bir protezin yeterli olacağı saptandı.

Protez Yapım Aşamaları:

Hastanın ilk ölçüsü alınırken üst çene için mevcut olan standart kaşıkların yetersizliği sonucu katı kıvamlı

elastomerik ölçü maddesi el ile desteklenerek hastanın ağzına yerleştirildi. Alınan ölçüden model elde edildi ve özel ölçü kaşığı tasarlandı. İkinci ölçüden model elde edildi ve sağ ve sol olmak üzere iki parçalı bir hareketli bölümlü protez planlandı. Ana bağlayıcı olarak U plak seçildi. Protez bağlantısı olarak rijit bir sürgü tercih edildi.



Resim 3. Ağız içinde prova

Prova aşamasında model üzerinde kontroller yapıldıktan sonra (Resim 2) üst çenede metal kaideler tek tek hastanın ağzına yerleştirilerek ağız içinde birleştirildi. Alt çene için hazırlanan metal kaidede yerleştirildikten sonra kontroller yapıldı (Resim 3) ve mevcut dişlerin rehberliğinde kapanış alındı. Dişli prova safhasında gereken düzenlemeler yapıldıktan sonra protez bitirildi. (Resim 4,5) Hastaya ve refakatçisine protezin nasıl kullanılacağı ve nasıl temizleneceği anlatıldı.



Resim 4. Üst protez

TARTIŞMA

Sklerodermalı hastalarda derideki kalınlaşma sonucu ağız açıklığının kısıtlanması protetik rehabilitasyonu zorlaştıran en önemli etkidir. Protez yapım aşamalarını çok titizlikle ve özel ekipmanlarla yapılması gerekmektedir. Birden fazla parçadan oluşan bölümsel protezler bu tür hastalarda tercih edilmektedir. Bu parçalar kopçalar, çubuklar, mıknatıslar, sürgüler ve teleskop sistemler gibi çeşitli mekanizmalarla birleştirilebilir.^{12,17-19}



Resim 5. Protez tamamlandıktan sonra ağız içi görünüm

Ankilozan spondilit tek başına genel oral durumu etkilememekle birlikte ileri derece kemik erimesinin görülmesi protez hastaları için başlı başına bir risktir. Ayrıca hastalığın oldukça ağrılı seyretmesi ve skleroderma ile birlikte hareket kısıtlılığına yol açması hastanın genel yaşamını zorlaştırmaktadır. Bu hastada üst çene için sağ ve sol olmak üzere iki parçadan oluşan ve hasta ağzında birleştirilebilen 2 parçalı bir protez uygulandı. Hastanın estetik ve fonksiyonel kaybı protetik olarak mümkün olduğunca düzenlenerek hastanın motivasyonu sağlandı. Ayrıca oral hijyenin önemi mevcut dişlerin korunması açısından vurgulanarak protezin bakımı ve kullanımı konusunda hasta ve refakatçisi bilgilendirildi.

Kaynaklar

1. National Institutes of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disorder (2001). Handbook on Health—Scleroderma. National Institutes of Health, The United States Department of Health and Human Service.
http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Scleroderma/default.asp
2. Goetz RH. Pathology of progressive systemic sclerosis with special reference to changes in the viscera. *Clin Proc (S. Africa)* 1945; 4:337–42.
3. Steen VD, Medsger TA Jr. Epidemiology and natural history of systemic sclerosis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16:1–10.
4. Albilal JB, Lam DK, Blanas N, Clokie CM, Sándor GK. Small mouths ... Big problems? A review of scleroderma and its oral health implications. *J Can Dent Assoc* 2007 Nov;73:831-6.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2002. p. 137.
6. Sieper J, Rudwaleit M, Khan MA, Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:401–17.

7. Pompeu JE, Romano RS, Pompeu SM, Lima SM. Static and dynamic balance in subjects with ankylosing spondylitis: literature review. *Rev Bras Reumato* .2012 May-Jun;52:409-16.
8. Braun J, Sieper J. Inception cohorts for spondyloarthropathies. *Z Rheumatol* 2000;59:117–21.
9. Zink A, Braun J, Listing J, Wollenhaupt J. Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis—results from the German rheumatological database. *J Rheumatol* 2000;27:613–22.
10. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis* 2002 Dec;61 Suppl 3:8-18.
11. Mau W, Zeidler, Mau R, Majewski A, Freyschmidt J, Stangel W, et al. Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis. Results of a 10-year followup. *J Rheumatol* 1988;15:1109–14.
12. Conroy B, Reitzik M. Prosthetic restoration in microstomia. *J Prosthet Dent* 1971;26:324-7.
13. McCord JF, Tyson KW, Blair IS. A sectional complete denture for a patient with microstomia. *J Prosthet Dent* 1989;61:645-647.
14. Cura C, Cotert HS, User A. Fabrication of a sectional impression tray and sectional complete denture for a patient with microstomia and trismus: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2003;89:540-543.
15. Yenisey M, Külünk T, Kurt Ş, Ural Ç. A prosthodontic management alternative for scleroderma patients. *J of Oral Rehab* 2005;32; 696–700.
16. Ağuloğlu S, Ayna E, Ünlü G. Sklerodermalı Bir Hastanın Protetik Rehabilitasyonu: Bir Olgu Raporu. *7Tepe Klinik* 2010;4;43-46
17. Suzuki Y, Abe M, Hosoi T et al. Sectional collapsed denture for a partially edentulous patient with microstomia: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2000;84:256-259
18. Luebke RJ: Sectional impression tray for patients with constricted oral opening. *J Prosthet Dent* 1984;52: 135-137
19. Watanabe I, Tanaka Y, Ohkubo C, et al: Application of cast iron-platinum magnetic attachment to sectional collapsed complete dentures for an edentulous patient with microstomia: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2002;88:73-77

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Emine GÖNCÜ BAŞARAN

Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı 21280 Diyarbakır Türkiye

Tel : +90 532 260 20 00; +90 412 248 81 01

E-posta : eminegb@hotmail.com