

# Hibrit Protezler: Hekimler İçin Cankurtaran Bir Tedavi Çözümü



Dental implantlar artık diş hekimlerinin günlük uygulamaları arasında kendine yer bulmuş ve oldukça da başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak biz klinisyenleri implantolojide en çok zorlayan durumların başında düzensiz alveoler kret rezorpsiyonlarının neden olduğu estetik açıdan zorlayıcı bölgeler gelmektedir. Bu yazıda kemik kaybına bağlı aşırı interalveoler mesafe olduğu durumlarda (Resim 1 ve 2) hibrit protez yapımıyla bu sorunun nasıl üstesinden gelinebileceği anlatılmaktadır. Hibrit protezler hem tam diş eksikliğinde, hem de kısmi, yani bölgesel diş eksikliklerinde rahatlıkla

kullanılabilir. Diş eksikliği her ne kadar koruyucu diş hekimliğinin önem kazanması sayesinde azalacak beklentisi yaygın olsa da, yaşam sürelerinin uzaması nedeniyle dişsizlik toplumda halen önemli bir sorun olmaya devam edecek gibi görünmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri İstatistik Dairesi verilerine göre, 2020 yılına kadar erişkin nüfusu 187 milyondan 245 139 000'a yükselecek ve artış 55-74 yaş arası nüfusta %86 olacak. Her ne kadar o tarihe dek dişsizlik oranı %30 civarında azalma gösterecekse de yaşlı nüfusta gerçekleşecek büyük sayı-



Resim 1



Resim 2

sal artış dişsiz hasta açısından artışı önleyemeyecek gibi görünmektedir.<sup>(4)</sup> Bu nedenle, dişsizlik için en iyi tedavi arayışı devam etmelidir.

Hasta ağzının görünür bölgesinde, bilindiği gibi, dişlerin (beyaz estetik) dişeti (pembe estetik) ile uyumu estetiğin anahtarlarının başında gelmektedir. Hibrit protezlerde ideal diş boyutlarına sadık kalınabilmesi, geri kalan doku eksikliğinin de istendiği boyutlarda dişeti renginde restoratif malzemeyle giderilebilmesi bu tedavi yöntemini ideal bir alternatif olarak protetik diş hekimliğine sunmaktadır (Resim 3) <sup>(2, 3, 4, 5)</sup>.



Resim 3



Resim 4

Bu avantajlarının yanında hibrit protezlerin implantların açılı veya hatalı konumda olmasından etkilenmemesi de çok önemli bir faktördür (Resim 4). Zaman zaman implantlar planlama eksikliğinden olduğu kadar zorunluluktan ve istenerek açılı yerleştirilmiş olabilmektedir. Pahalı, daha fazla zaman gerektiren ve zor olan sinüs lift yerine açılı implantların kullanımı literatürde de yer almaktadır. Bir çalışmada 2 ila 7 senelik bir takip süresinde 25 hastada açılı implantlar, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında aynı başarı oranını göstermişlerdir.<sup>(6)</sup>

Maksiller sinüs veya mental foramen gibi anatomik yapılardan kaçınmak için daha meziyale yerleştirilmek zorunda kalınan implantların restorasyonu sırasında kantileverlerin kullanımı şart olabilmektedir. English, en bukkaldekiyle en posteriordaki

implantın sagittal izdüşümü arasındaki mesafenin bir buçuk katı kadar uzunlukta kantilever uzatılabileceğini, ancak kötü kemik kalitesi söz konusu olduğunda uzunluğun azaltılması gerekeceğini bildirmiştir.<sup>(7)</sup>

Hareketli implant üstü protezlerle kıyaslandığında hibrit protezlerin tek avantajı hastanın fonksiyon açısından rahat etmesi değildir. Yapılan bir çalışmada 4-39 aylık takipte hibrit protezlerde tamir gereksinimi çok daha az bulunmuştur.<sup>(8)</sup> Ayrıca, bir mekanik sorun nedeniyle veya bir yumuşak doku iltihabı durumunda rahatlıkla hekim tarafından çıkarılabilmektedir ki bu da önemli bir avantaj oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hastaların, hibrit protezlerin hareketli implant üstü protezlere göre stabilite ve çiğneme kabiliyeti sağlamaları açısından çok daha etkin olduğunu bildirdikleri rapor edilmiştir.<sup>(9)</sup> Aynı hastalar hibrit protezler sayesinde havuç veya elma gibi sert gıdaları rahatlıkla yiyebildiklerini bildirmişlerdir.

Dişeti yüksekliği fazla olan ve farklı dişeti yüksekliği olan dayanak seçenekleri sunmayan implant sistemlerinde vida retansiyonu simantasyona göre ayrıca avantaj sağlamaktadır, çünkü derinde kalan kuren kenarından taşan siman artıklarının temizlenememesi sorunu da bertaraf edilmiş olur.

Dezavantaj olarak sayılabilecek bir özellik, protezin dokuya bakan yüzeylerinin hasta tarafından çok iyi bir şekilde temizlenmesi gerekliliğidir. Bu amaçla, hastanın daha rahat temizleyebilmesi amacıyla doku yüzeyi çok parlak ve dışbükey olmalıdır (Resim 5). Protezin dokuya bakan tarafının içbükey veya gıda artıklarına retansiyon yaratacak şekilde hazırlanması kokuya ve yumuşak doku enfeksiyonuna neden olabilmektedir. Protezin doku yüzeyi, barlarda olduğu gibi, yumuşak dokudan 1.5 mm kadar uzak olmalıdır. Aksi durumda dokularda hipertrofik bir cevap oluşabilir. Yapılan hasta değerlendirme çalışmalarında hastalar hibrit protezlerin hareketli implant üstü protezlere göre daha zor temizlendiklerini bildirmişlerdir.<sup>(9)</sup>



Resim 5



Dr. Diş Hekimi  
Selda Arat Bilhan



Dr. Diş Hekimi  
Hakan Bilhan

Istanbul Üniversitesi, Dişhekimliği  
Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi A.D.  
bilhan@istanbul.edu.tr



Resim 6



Resim 7



Resim 8



Resim 9



Resim 10



Resim 11



Resim 12

Geleneksel olarak hibrit protezler metal bir altyapının üzerine pembe akrilik ve takım dişlerin yerleştirilmesiyle oluşturulurken (Resim 6), boyanma ve aşınmalardan daha minimum etkilenmesi amacıyla ve estetiğin daha kalıcı olması için porselen de kullanılabilir. Daha doğal bir görünüm için kesik diş formunda oluşturulan metal altyapılar üzerine metal porselen kuronlar yapılarak, pembe estetik dişeti rengi restoratif materyal (GC Gradia) ile hazırlanabilir (Resim 7, 8, 9 ve 10). Hekimin tercihine bağlı olarak veya kullanılan implant sisteminin oklüzal vidalı bir seçenek sunmaması nedeniyle, simante edilen hibrit protezler de yapılabilir.

Sonuç olarak, hibrit protezlerle kaybedilen gerek sert gerekse yumuşak dokular en iyi şekilde yerine koyulabilir ve estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin-kar sonuçlar elde edilebilir (Resim 11 ve 12). ■

#### KAYNAKLAR

1. Weintraub JA, Burt BA. Oral health status in the United States: tooth loss and edentulism. *J Dent Educ* 1985; 49: 368-376.
2. Sadowsky SJ. The implant-supported prosthesis for the edentulous arch: Design considerations. *J Prosthet Dent* 1997; 78: 28-33.
3. Parel SM, Balshi T], Sullivan DY, Cardenas ER. Gingiva[ augmentation for osseointegrated implant prostheses. *J Prosthet Dent* 1986; 56: 208-211.
4. Lewis S, Sharma A, Nishimura R. Treatment of edentulous maxillae with osseointegrated implants. *J Prosthet Dent* 1992; 68: 503-508.
5. Lindquist LW, Rockler B, Carlsson GE. Bone resorption around fixtures in edentulous patients treated with mandibular fixed tissue-integrated prostheses. *J Prosthet Dent* 1998; 59: 59-63.
6. Aparicio C, Perales P, Rangert B. Tilted implants as an alternative to maxillary sinus grafting: a clinical, radiologic, and periostudy. *Clin Implant Dent Relat Res* 2001; 3: 39-49.
7. English CE. Critical A-P spread. *Implant Soc* 1990; 1: 2-3.
8. Walton JN, MacEntee MI. A retrospective study on the maintenance and repair of implant-supported prostheses. *Int J Prosthodont* 1993; 6: 451-455.
9. Feine JS, de Grandmont P, Boudrias P, Brien N, LaMarche C, Taché R, Lund JP. Within-subject comparisons of implant-supported mandibular prostheses: choice of prosthesis. *J Dent Res* 1994; 73: 1105-1111.