

Pirimkuli Tanrykuliev og Murad Tanrykuliev

Fremstilling av protese ved eksostoser i underkjeven

En kasusrapport fra russisk odontologisk praksis

Eksostoser, også kalt tori, er godartede benutvekster som blant annet kan forekomme på innsiden av underkjeven ved premolarene på én eller begge sider (symmetriske eksostoser). Når det er nødvendig å lage en avtagbar protese, utgjør eksostoser et betydelig praktisk problem fordi de er dekket med en tynn slimhinne som lett blir skadet av protesebasis. Til tross for at eksostoser har stor klinisk betydning, er det få publikasjoner innen protetikk om dette temaet (1,2).

Opp gjennom årene er det gjort flere studier av forekomst og art av disse benutvekstene. Etiologien er diskutert, blant annet om utvekstene er resultat av gjentatte traumatiske forstyrrelser av benvevet som følge av grov og hard mat, mens andre peker på eksostosers arvelighet og variasjon mellom folkeslag (3–7). Det er også gjort studier av tori i den norske befolkningen (8).

Kasus

Den pasienten som vi beskriver her var en kvinne på 75 år som hadde multiple eksostoser på begge sider i underkjeven (Figur 1). Hun anga hjertesykdom, og hadde fått utført delvis fjerning av magesekken grunnet magesår. Hun hadde begynt å miste tenner på grunn av karies med komplikasjoner ca. 30 år tidligere. Pasienten mente selv at benutvekstene i underkjeven var et resultat av traumatisk sammenbiting på grunn av patologisk sammentrekning av tyggemusklene under stivkrampesykdom.

Pasienten hadde innsunket underansikt og rhagader. Gapehøyden var normal, men det var ujevne bevegelser i kjeveleddet. Pasienten hadde høy gane. Hun hadde to fastsementerte broer fra 17–13 og 23, 24–27 som sto på støttekroner av metall. De gjenværende tennene (17, 13, 22, 23, 24, 27) var normalt faste. Alveolarkammen var jevn og slimhinnen var normal og tykk.



Figur 1. Pasienten, en kvinne 75 år, har flere symmetriske eksostoser med forskjellig form og størrelse i underkjeven.

I underkjeven hadde pasienten følgende tenner: 41–46 og 33. De gjenværende fortennene var patologisk slitte, men faste. Det var multiple eksostoser på lingvalsiden i underkjeven. Disse tok mye plass og ga begrenset plass for tungen. Slimhinnen over eksostosene var blekt rosa og festet til det underliggende benvevet (Figur 1).



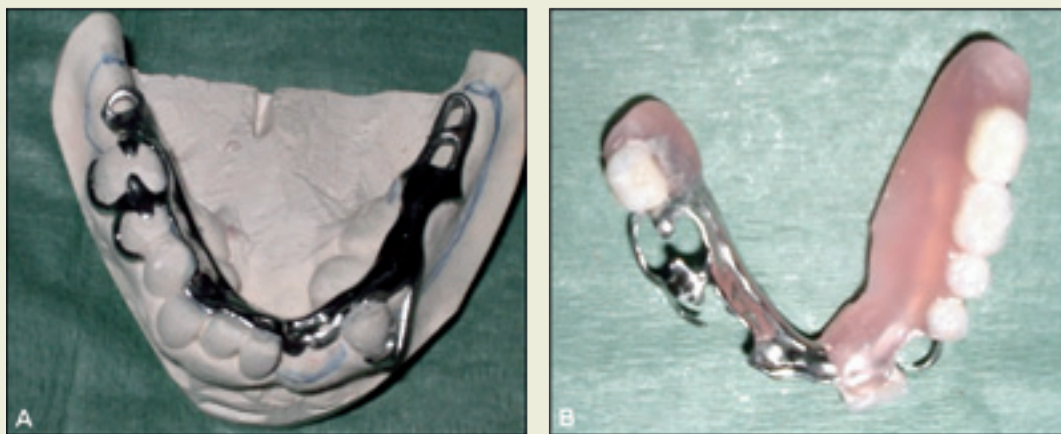
Figur 2. Gipsmodell av underkjeven. Eksostoser markert med fargeblyant.

Forfattere

Pirimkuli Tanrykuliev, professor i protetikk, dr. med., nå politisk flyktning i Norge

Murad Tanrykuliev, tannlege i protetikk

Forfatterne som har bakgrunn fra Turkmenistan, er nærmere omtalt i Tidende nr. 7, 2005.



Figur 3. A: Metallskjelett til protese på modell. B: Ferdig protese.

På den tannløse siden, i regio 37, 38, fantes to små benutvekster ved palpering. På den tannløse alveolærkammen var den største eksostosen på størrelse med en hasselnøtt. Den andre eksostosen satt tett inntil den første, med størrelse på $8 \times 10 \times 5$ mm.

På høyre side av underkjeven var det en rekke av eksostoser av forskjellig størrelse i området rundt 43–46. Bak molarområdet var det ved palpering funnet en liten, skjult eksostose. Alle de store og mellomstore eksostosene var dekket med en tynn slimhinne som var tett sammenvokst med benvevet, noe som ville gjøre det vanskelig å skille slimhinnen fra benvevet ved eventuell fjerning av ben. Det var også smerter i forbindelse med noen av eksostosene.

Pasienten ble henvist til spesialist i kirurgi, men operasjonen ble ikke gjennomført, og hun kom tilbake for å få laget proteser.

Planlegging og gjennomføring av protese fremstillingen

Protetisk rehabilitering av resttanssett i overkjeven var ikke vanskelig, i motsetning til rehabiliteringen av underkjeven. Det at det fantes tenner igjen på høyre side av underkjeven gjorde det mulig å bruke dem som støtte for en bøyekonstruksjon med flerledds-, uavbrutt overliggende klammer. De gjenværende tennene var patologisk slitte, og de multiple eksostosene gjorde det umulig å legge barren mellom tannkjøttkanten og munnhulebunnen, og å legge basiskanter opp til protesens nedre grense under tungen (Figur 2).

For å gjenopprette en hel tannrad i overkjeven ble det nødvendig å lage kroner av metall på tennene 17, 13, 21, 22, 27 for opplegg for en partialprotese. I underkjeven laget man metallkroner på tennene 46, 45, 44, 43, 42, 41 og 33. Metallkronene på tennene 41, 42 og 44, 45 ble sammenloddet. På kronene til 45 og 46 ble det laget fordyppninger for oppleggsklammere. På den linguale overflaten av alle metallkronene ble det laget utsparinger til støtte for metallskjelettet. Det ble laget en klammer for kronen på 33, og 45 og 46. På grunn av eksostosene ble det nødvendig å lage en hel metallplate som støttet seg på lingvalflatene (Figur 3A). Andre defekter ble fylt med kompositt plast.

Den ferdige protesen ble lagt på proteseunderlaget, mens de indre kantene av den nedre protesedelen ble avsluttet like ved den linguale prominensen til de store eksostosene (Figur 3B). Det ble oppnådd en god fiksering av protesen i underkjeven, og tyggeb belastningen ble godt fordelt mellom pilartenner og protesebasis (Figur 4).

Drøfting

Vi skiller mellom skjulte, små, mellomstore og store eksostoser. De skjulte eksostosene kan kun kjønn ved palpering. De små eksostosene er synlige, opptil 3 mm i diameter. De mellomstore er over 3 mm i diameter. De store eksostosene er på størrelse med en liten hasselnøtt, og de er lokalisert i området rundt flere tenner i underkjeven. Noen pasienter er ikke klar over at de har eksostoser.

Vi mener at symmetriske, avrundede eksostoser med glatt overflate kan være en gunstig faktor ved fiksering av protesen. Ved riktig utført avrundning og polering av basiskanten i de områder som støtter seg på eksostosene, eventuelt i kombinasjon med myke materialer, kan pasienten bruke protese uten problemer (2). Eksostoser er mindre utsatt for atrofi enn alveoldelen av kjevebenet, noe som gjør det mulig å bruke dem som en ekstrastøtte for tannprotesens basis. Har pasienten flere mellomstore og store eksostoser, er det vanskelig å lage en avtagbar plateprotese uten en kirurgisk korreksjon.

Konklusjon

I klinisk praksis innen protetikk møter man iblant pasienter som har eksostoser på innsiden av underkjevebenet. Eksostosenes lokalisering, form og størrelse er ulike hos forskjellige pasienter. Derfor kre-



Figur 4. Protesen på plass i pasientens munn.

ves det en individuell tilnærming i hvert enkelt tilfelle når man skal velge terapi. Vår erfaring fra de mange pasientene vi har behandlet i Russland har vist at det oftest er hensiktsmessig å bevare eksostoser og bruke dem som en mulig ekstra støtte for avtakbare proteser.

Referanser

1. Boucher CO. Swenson's Complete Dentures. 5th ed. Saint Louis: Mosby; 1964.
2. Abrams S. Complete denture covering mandibular tori using three base materials: A case report. J Can Dent Assoc 2000; 66: 494–6.
3. Furst C. Torus mandibularis bei den Eksimos and anderen Rassen. Anat Anz 1908; 32: 295.
4. Suzuki M, Sakai T. A family study of torus palatinus and torus mandibularis. Am J Phys Anthropol 1960; 18: 263–72.
5. Shah DS, Sanghavi SJ, Shah RM, Chavda JO. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in 1000 patients. Indian J Dent Res 1992; 3: 107–10.
6. Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. Aust Dent J 1995; 40: 318–21.
7. Chohayeb AA, Volpe AR. Occurrence of torus palatinus and mandibularis among women of different ethnic groups. Am J Dent 2001; 14: 278–80.
8. Haugen LK. Palatine and mandibular tori. A morphologic study in the current Norwegian population. Acta Odontol Scand 1992; 65–77.

Adresse: Pirmkuli Tanrykuliev, Hansteensgate 3, 0253 Oslo.
E-post: beshirkala@mail.ru