

PAPER DETAILS

TITLE: üst Çenede Protez öncesi Cerrahi Müdahaleler

AUTHORS: Aygen ILICALL

PAGES: 54-60

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/94368>

Üst Çenede Protez Öncesi Cerrahi Müdahaleler

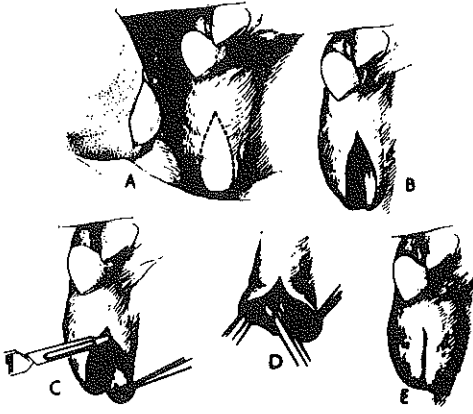
Aygen ILICALI (*)

Birçok vak'ada, üst çenede protezin başarı ile yapılıp kullanılmasına engel olan yerel durumlar ufak cerrahî müdahalelerle ortadan kaldırılabilir. Bunlardan birisi, tuber maxillae'nin cerrahi yolla düzeltilmesidir. Tuber maxillae dişsiz hastaların ekserisinde çok fazla geniştir. Birçok vak'ada bu geniş kısım fibrös dokunun fazlalığından veya kemiksel sebeplerden ileri gelir. Bazı durumlarda bu aşırı gelişme üst büyük azı dişlerinin etrafındaki periodontal hastalıklarla ilgilidir. Tuber maxillae'nin ameliyatla düzeltilmesinden sonra hastaya protez yapılmazsa, lezyon nüksedebilir. Tuber maxillae'nin düzeltilmesi basit bir iştir. Bu ameliyatla aşağıdaki hususlar sağlanmış olur :

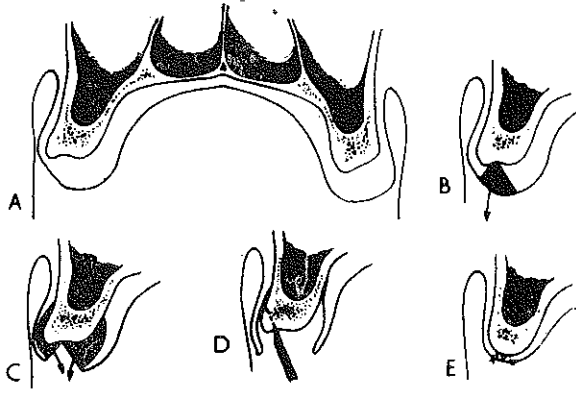
- 1) Üst ve alt protez kaideleri için uygun yer elde edilir.
- 2) Yükselen Ramus Mandibulae ile üst proc. alveolaris arasında yeterli saha sağlanır.
- 3) Aşırı derecede mobil yumuşak dokuların kaldırılmasıyla protez için sağlam bir zemin elde edilir (1, 2).

(*) İstanbul Diş Hekimliği Fakültesi, Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Kürsüsü.

Ameliyat lokal anestezi altında yapılır. İlk ensizyon proc. alveolaris boyunca arkadan öne doğru, üst küçük azı dişleri bölgesine kadar uzatılır (Resim 1 - 2 A). İkinci ensizyon, yanak tarafından yapılan ensizyondur ve dokuda bir elips meydana getirecek şekildedir. Birçok vak'ada bıçak fibrös doku içine âdeta gömülür. Eğer bu genişleme kemikten ileri geliyorsa, bıçak üstteki dokuları kestikten hemen sonra kemikle karşılaşır. Fibrös doku elips şeklinde kemiğe kadar kesildikten sonra kıvrık bir pean ile tutularak çıkarılır. Böylece, fibrös doku ile mukosanın ilişkisi kolayca görülür (Resim 2 B, C).



Resim 1 — (Howe'dan)



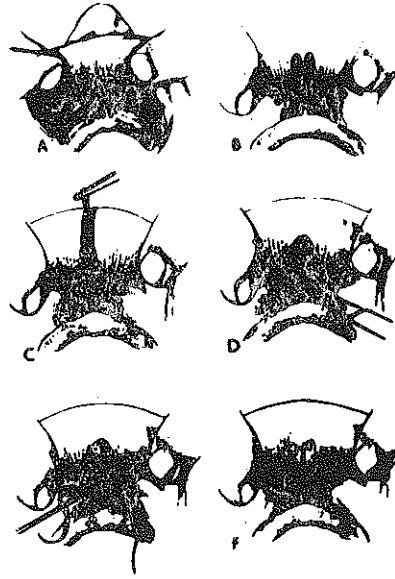
Resim 2 — (Howe'dan)

Yanak ve damak tarafındaki bu fibrös doku ensizyonla mukosa-
dan ayrılarak çıkarılır. Gerekiyorsa kemik, kemik törpüsü ile düzel-
tilir, (Resim 2 D). Mucoperiostal lambo'da bir fazlalık varsa düzelti-
lir; sonra uçlar bir araya getirilip dikilir (Resim 2 E). Eğer hastanın
üst protez'i varsa zinc-oxide veya coe-pak ile bu kısımlar örtülerek
protez ağıza yerleştirilir. Dikişler bir hafta sonra alınır (2).

Frenulum ve Fibrös Bandlar :

Frenulum'un protez'in tutuculuğuna engel olduğu bir gerçektir.
Frenulum ortodontik amaç ile ortadan kaldırılıyorsa, orta çizgideki
bütün fibrös dokunun kaldırılması gerekir. Frenulum, protez'e engel
olduğu için kaldırılıyorsa, fibrös band elimine edilmeli ve derinleş-
tirilen alveol yumuşak doku ile örtülmelidir. Bu iki durumu birbirin-
den ayırmak için, protetik amaçla yapılan ameliyatlarda «Frenoplasty»
terimi kullanılır. «Frenectomy» ise ortodontik gaye için yapılan ame-
liyata verilen isimdir (1, 2).

Protetik amaçla düzenlenen frenulum ameliyatı şu şekilde yapı-
lır :



Resim 3 — (Howe'dan)

Ameliyat lokal anestezi altında yapılır. Bir asistan dudağı yukarı doğru kaldırır (Resim 3 A) (3, 4).

Fibrös bandin kemiğe yapıştığı yerde her iki taraftaki mukosa aadağa kadar kesilir (Resim 3 B). Fibrös band'ın alt ucu homostatik pens ile tutulur ve bütün band kesilip çıkartılır (Resim 3 C). Mukosa'nın kenarları alttaki dokudan ayırıldıktan sonra, yine fibrös artıklar periost'a doğru kaldırılır (Resim 3 D). Sonunda mukosa periost'a ipek iplikle dikilir (Resim 3 E, F).

Bir de (Z) plasty denilen teknik vardır. Bununla da yumuşak dokuların düzeltilmesi mümkündür.

Fibrös Düğümler :

Proteze engel olan faktörlerdendir. Literatürde bunlar üzerinde fazla durulmamıştır. Bunlar mucoperiosteum'a yapışırlar ve basınç altında ağrılı olurlar. Bir protez'in irritasyonu ile veya alttaki kemiksel çıkıntıdan dolayı meydana gelirler. Bu lezyonlar da lokal anestezi altında geniş yuvarlak frezlerle kaldırılır. Yara granulasyon'a terk edilir. Böyle vak'alarda, eğer altta patolojik bir saha veya kemik çıkıntısı varsa, yumuşak doku lambosu yapılır, yara dikişlerle kapatılır (2).

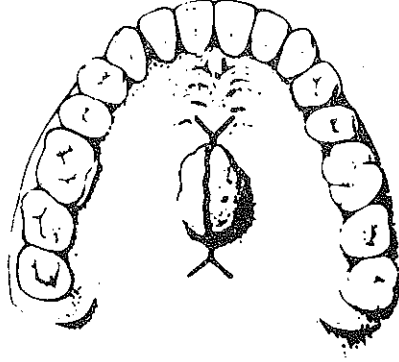
Torus Palatinus :

Torus palatinus sert damakta orta çizgi üzerindeki bir exostozdur. Protetik yönden güçlük çıkartabilir. Bazen de protetik gerek olmadan torus'un çıkarılması icabeder. Protez'inbasıncı altında ağrıya sebep olabilirler. Ameliyatı: Lokal anestezi altında (Resim 4) de görülen ensizyonla lezyon, antero posterior ve transvers olarak frezlerle kesilir ve çıkarılır. Mucoperiostal lambo'lar gevşek olarak dikilir (1).

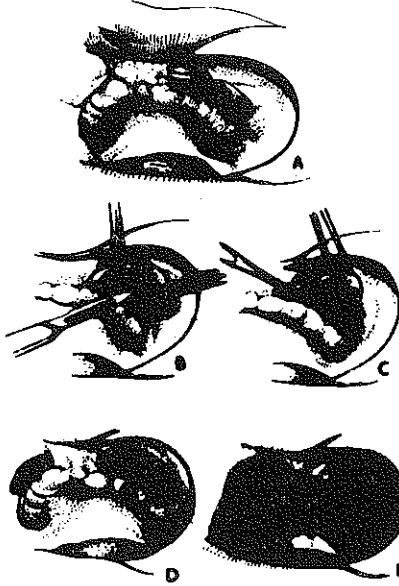
Protez Kenarı Uurları :

Bu lezyonlar ağıza iyi uymayan protezleri kullanmaktan meydana gelirler. Erken teşhis edildiklerinde çok ufak olduklarından, pro-

tez'i bir müddet kullanmamakla kendiliklerinden kaybolurlar. Ameliyatlarında bu arzu edilmeyen lezyonları kaldırırken başka bir prote-
tik güçüğe sebep olmamak gerekir. Protez kenarı urları genellikle



Resim 4 — (Howe'dan)



Resim 5 — (Howe'dan)

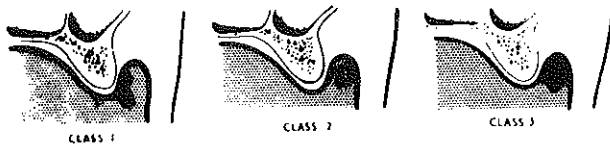
büyük alveoler rezorbsiyon ile birlikte bulunurlar. Dolayısıyla, çıkarılmalarından sonra geriye kalan dar sulcus'u muhafaza etmek yerinde olur. Aşağıdaki teknik bu iş için uygun bir tekniktir : Lokal anestezi yapıldıktan sonra, lezyon pensler ile tutulur (Resim 5 B). Kaidedeki mukosa kesilir ve periostal elevator ile ayrılır. Çok yapışık olan kısım dikkatle ayrılmalıdır (Resim 5 B, C) (1, 2).

Kesilip ayrılan bu lezyon çıkarılır. Protez kenarı urları 3 grupta incelenir.

Clas I : Granüloma tamamen mucoperiosteum üzerindedir.

Clas II : Granüloma yanağın, dudağın veya ağız zemininin mukosa'sına oturur.

Clas III : Mukosa'nın isnadini bozan ve bağlantılar gösteren durumdur (Resim 6).



Resim 6 — (Howe'dan)

İçine siyah gutapercha veya zinc-oxide yerleştirmiş bir plâk'la açıkta olan periost örtülecek olursa, Class I durumunda olan lezyonlar minimal eskar ile iyileşirler. Bu plâk operasyondan sonra bir hafta kullanılır (Resim 5 G).

Class II durumunda olan lezyonlar; geniş undercut'lar yapıldıktan sonra açığa çıkan adaleyi mukosa elâstikiyeti uygun şekilde kapatabiliyorsa, yara, Class I'deki gibi iyileşir.

Çok geniş class II ve class III lezyonlarının çıkarılmasından sonra mesodermal doku ile bu kısmın kapatılması akla gelirse de, zaten güç yapılan iş, başarısızlığa uğrar veya sulcus labialis tarafımızdan bozulmuş, daraltılmış olur. Böyle vak'alarda mukosa fazla

gerilmemeli, ensizyon mümkün olduğu kadar büyük yapılmalıdır. Mukosa yeni şeklinde muhafaza edilip, altındaki adaleye dikilmelidir. Bu şekilde eskar dokusunun teşekkülünü ve sulcus kaybını azamî derecede azaltmış oluruz.

Çok geniş class III vak'alarında, bazen defektin epitelyal inlay ile kapatılması daha iyi netice verir.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Howe, G. L.**; Surgical Aids to Full Denture Construction. In Modern Trends in Dental Surgery, Marrant G. A. ed. Butterworth & Co. Ltd., London, 102 - 105 1963.
- 2 — **Howe, G. L.** : Surgical Aids to Denture Construction. Minor Oral Surgery, John Wright & Sons Ltd., Bristol., 192 - 209, 1966.
- 3 — **Lee, J. H. and Downton, D.** : Frenoplasty. J. Prosth. Dent., 8 : 19 - 21, 1958.
- 4 — **Thoma, K. H.** : Oral Surgery, The C V. Mosby Company, St Louis., Vol. 1 : 179 - 222, 1948.