

Süt Dişlerinin Çekimi Problemi ve Çekim tekniği

Dr. Altan GÜLHAN

I. B Ö L Ü M

SÜT DİŞİ ÇEKİMİNİN ENDİKASYON VE KONTRENDİKASYONLARI

Süt dişlerinin çekimi veya fizyolojik düşme zamanlarına kadar ağızda muhafaza edilmesi problemi, her dişhekimini zaman zaman düşünmeye yöneltten önemli bir problemdir. Buna verilecek cevap zorunlu kalmadıkça aslâ çocukta diş çekimine yanaşmamak olacaktır. Çekim ancak istisnâî bir çare olmalıdır.

Bu sorun, dişhekiminin ebeveynle işbirliğine yönelmesiyle çözülebilir. Bu bakımdan, özellikle, dişhekimine ancak şikâyeti olduğu zaman başvuran kişilerin meydana getirdikleri toplumlarda hekimin görevi daha da güçleşmektedir. Böyle bir ortamda yetişen çocuğun diş durumu incelenecek olursa, çoğunlukla dişlerinin büyük bir kısmının harab olduğu ve bazılarının daha önce çekildiği, 6 yaş dişinin henüz sürmesini tamamlamadan çürüdüğü göze çarpar. Böylece hekimin çabasını daha da güçleştirecek önemli sorunlar ortaya çıkmış olur.

Bu bölümde öncelikle süt dişi çekiminin mahzurları üzerinde duracak, sonra, çekimin zorunlu olduğu ve ortodontik amaçlarla yapılan süt dişi çekimlerini ele alacağız.

(*) İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Konservatif diş tedavisi kürsüsü, Pedodonti doçenti

1. Süt dişi çekiminin mahzurları:

Süt dişleri arkadlar üzerinde 6-9 yıllık bir süre için yer alırlar. Çiğneme ve şu halde beslenme için gerekli olduklarından fizyolojik düşme zamanlarına, yani alttaki daimi dişin kendi yerini almaya hazır olduğu zamana kadar ağızda kalmalıdır.

Eğer bir süt azısı bahis konusu ise, erken çekimi, çocuğu önemli bir çiğneme alanından yoksun bırakır. Ayrıca mesio-distal ve vertikal diş dengesi bozulmuştur. Komşu ve antagonist dişler çekilen dişin yerini doldurmaya çalışırlar. Distaldeki dişin mesial'e doğru hareketi genellikle daha hassastır. Çekilen diş 2. süt azısı ise 6 yaş dişinin bu mesializasyon dolayısıyla öne doğru versiyon yaptığı görülür.

Bu hareket üst çenede, bilhassa bir alt distal maloklüzyon varsa, daha önemlidir. Bu deplasmanlar yüzünden, yer azlığı dolayısıyla alttaki daimi diş jermeleri normal gelişimlerini yapamazlar. Gömük kalır veya vestibüler ya da palatinal olarak gelişirler.

Kesici ve kaninlerin erken çekimi çene kemiğinin ön bölgesinin gelişimini frenleyerek retro-alveoli'ye sebep olurlar. Eğer müdahale tek taraflı ise, bütün kesiciler çekim yerine doğru yatarlar ve dolayısıyla, düzeltilmesi nazik bir iş olan kesici noktasının yer değiştirmesine yol açarlar.

Kökleri tamamen rezorbe olmamış kadük bir dişin çekiminden sonra, çekim boşluğunu dolduracak olan sikatrisiyel karakterdeki kemiksel doku, alttaki daimi diş jermelinin gelişimini geciktirir.

Nihayet, her zaman tatbiki mümkün olmayan anestezi başarılı bile olsa, süt azılarının diverjan kökleri dolayısıyla, çekimleri sırasında çenenin patlaması gibi bir his uyandırır. Bu durum da, çocukta uzun yıllar, bazan ömür boyu saklayacağı acı anılara sebep olur.

2. Çekimin zorunlu olduğu vak'alar:

Hasta diş çocuğun sağlığı konusunda tehlike teşkil ediyorsa ve tedavisi imkânsızsa çekimi gerekir. Enfekte ve, çürük veya fistül yolu ile çocuğun rahat yutmasına yol açan bir dişin ağızda bırakılması hiçbir şekilde kabul edilemez.

Süt dişlerini ilgilendirdiği taktirde çekim, mümkünse, kadük dişin yanındaki daimi diş arkad üzerindeki yerini aldıktan sonra yapılmalıdır. Erken çekimin sonuçlarından endişe ediliyorsa daimi dişin gelişimi için gerekli yerin temini bakımından bir yer tutucuya başvurmak şarttır.

Hastasının ağız sağlığından sorumlu olan dişhekimini ancak, çocuğun genel sağlığından sorumlu olan hekim karşısında boyun eğmelidir. Süt dişi çekimini zorunlu kılan patolojik durumları şöyle sıralayabiliriz :

1. Dento-maksiller tromalar : Uygun zamanı bekleyerek oyalamak, son derecede konservatör olmak gerekir. Tedavi ve çekim kararı verilirken ayrıca dişin yaşı göz önüne alınır.

2. Çürük ve lokal komplikasyonları : Çekim konservatör tedavinin hududuna bağlıdır.

- diş lezyonları ve peridanter lezyonlara ,
- bunların gelişim derecelerine,
- diş lezyonlarının uzaktaki muhtemel belirtilerine,
- sebep dişin yaşına ve anatomisine göre değişir.

Pratikte, süt kesicilerinin yüzeyel ve çok defa punktiform çürükleri, özellikle çocuk uysal olmadığı takdirde nadiren tedavi edilirler. 5 yaşından önce, çürük veya troma sonucu ölmüş kesici ve kaninler, röntgen muayenesinden sonra imkânı varsa tedavi edilip rekonstitüsyonları yapılmalıdır.

Çürüğün had komplikasyonu kesinlikle çekimi gerektirmez. Çok defa, vak'aya göre, ara yüzü dolduran kalıntıların temizlenmesi birikmiş gaz veya cerahatin dışarı akışını kolaylaştırmak üzere pulpa odasının genişçe açılması çocuğu rahatlatır ve ileride yapılacak tedaviye hazırlık mahiyetindedir. Çekim ancak tedavi eden dişhekiminin kesin kararı üzerine gerçekleştirilir.

3. Servikal adenopatiler: Çürük bir süt dişinin sebep olduğu servikal bir adenopati karşısında çekime gidilir. Bununla beraber bu çekim, adenopatinin muhtemel diğer sebeplerini araştırmaya engel olmamalıdır (tüberküloz, rinofarengeal bir sebep v.s.).

4. Genel bir mikrop enfeksiyonu (Streptokoksik) : Bu gibi durumlarda, yaşları ne olursa olsun, pulpası ölü ve enfekte dişlerin çekimi zorunludur.

5. Polialveoliz juvenil (Parodontit genotipik, diabet juvenil, acrodini) : Bu şıkta süt dişi veya dişlerinin çekim endikasyonları paruli, sellülit gibi iltihabi belirtilere göre konulur.

6. Maksiller tümörler :

a) Selim tümörler : Gömük bir dişin perikoronar kisti ameliyatı esnasında bir veya birçok süt dişi çekimi operasyonunun birinci zamanı olabilir. CHATELLIER ve MUGNIER süt dişinin çekiminden önce vestibüler bir ensizyonla kistin dekolmanını tercih etmektedirler.

Diğer selim tümörler bir veya birçok süt dişinin çekimini gerektirebilirler: histolojik şekiller ne olursa olsun epulis'ler (fibröz, anjiomatöz, myeloplakslı), dişli solid adamantinom, çocukta daha sık görülen kistik psödo-ameloblastom.

Granülom eozinofil, çenelerde lokalize olabilen en basit histiositoz X vak'alarında mobil diş veya dişlerin çekimini küretaj ve sistematik histo-patolojik muayene takip etmelidir.

b) Habis tümörler : Habis bir retiküloz olan LATTERER-SIWE hastalığında, çekimler ancak biopsi çerçevesinde veya çok mobil oldukları zaman yapılmalıdır.

Bir xantomose crano-hypophysaire olan HAND-SCHULLER-CRISTIAN hastalığı ve reticulo-sarcome'da da durum aynıdır.

Leucose'ların modern tedavisi çekim konusunda dişhekiminin davranışını değiştirmiştir: hafiflemeler esnasında, süt dişlerinin çekimi, antibiotik altında yapılmalıdır. Aksine hastalığın alevlenmesi esnasında her türlü çekim kesinlikle kontr-endikedir.

7. Hemostaz bozuklukları : Baskı ile ve mutad hemostatiklerle kolayca tedavi edilebilen küçük hemostatik bozukluklar haricinde üç hastalık gözönünde tutulmalıdır :

— WILLEBRANDT hastalığı : Süt dişlerinin çekimi hastahane ve taze plasma perfusion'u altında yapılmalıdır.

— HEMOPHILIE : Tedavi edilmemiş bütün ölü süt dişlerinin çekimi olduğu kadar, dişetine komşu diş çürüklerinin tedavisi isogroupe ve iso-Rh taze kan perfusion'u gerektirir ve ağız yolu ile antibiotik tedavisi faydalıdır. Hasta, yarası tam sikatrize olana kadar hastahane de kalacak ve antihemofilik tedavi tatbik edilecektir.

— THROMBOPATHIE : Trombinik kompleksi meydana getiren ne kadar faktör varsa, thrombopathie'ler de o kadar çeşitlidirler. Şüphede halinde süt dişlerinin çekimi için, burada da en iyi metod taze kan perfusion'udur.

3. Ortodontik tedavi amacı ile yapılan süt dişi çekimleri :

Mesio-version pozisyonunda gelişen bir 6 yaş dişi önündeki ikin-

ci süt azısının kuru tarafından bloke edilmiş durumda ise bu süt azısı çekilebilir. Bu taktirde, birinci büyük azının mesial'e doğru versiyon'unun düzeltmek ve öndeki dişlerin bu boşluğa ilerlemelerini önlemek üzere bir ortodontik tedaviye başvurmak gerekir.

Süt azıları, küçük azıların gelişimine engel olacak bir sekonder enklüzyon gösteriyorlarsa çekimleri yapılabilir. Ancak daimi dişin varlığını gösteren bir röntgen muayenesinden sonra müdahaleye girilmelidir.

Yan kesicilerin gelişimine karşı koyan süt kaninleri, ortodontik tedavi esnasında çekilebilirler. Daimi dişler için gerekli yer daha sonra, tedavi sırasında elde edilir. Eğer çocuk bir ortodontik tedaviye tabi tutulmayacaksa bu çareye başvurmamalıdır. Gerçekten bu vak'ada, daimi lateral, kanine yer bırakmayacak şekilde birinci süt azısı ile kontakt halindedir. İlk önce SIFFERE ve daha sonra çeşitli müellifler tarafından kullanılan mu metodda daha sonra kaninin gelişimini sağlamak üzere birinci küçük azı çekilir. IZARD, çekime başvurduğu için bu pratiği tehlikeli olarak kabul eder. Bir endognathie ve retroalveolie tedavisi esnasında süt kaninin prematüre çekimi ancak, ark danterin yan kısımları ekspansiyonla ve kesici bölgesi, kesicilerin vestibülizasyonu ile genişletildiği taktirde etkili olabilir.

G. VILLAIN, de NEVREZE, alt distal maloklüzyon tedavisi esnasında, 6 yaş dişinin mesializasyonuna yardım için, eğer küçük azı jermeleri teşekkül etmişse, ikinci alt süt azısının çekimi tavsiye ederler.

Normal değişme süresi geçtiği halde, süt azısı hala arkad üzerindeki yerini muhafaza ediyorsa, çekim ancak, alttaki daimi dişin varlığı röntgenle tesbit edildikten sonra gerçekleştirilmelidir. Jerm yokluğu halinde süt dişinin muhafazasına çalışılır. Aksi halde bu dişin çekimi artiküle bozukluklarına sebep olur.

Sayı anomalisi bahis konusu olduğunda süt dişi çekimine başvurulabilir. Sürnünerer süt dişleri çok istisnai olduklarından bilhassa süt dişinin yerini alacak olan daimi diş ajenezisi bahis konusudur. Çoğunlukla bu problem, ikinci süt azısı ve lateral için bir röntgen kontrolünden sonra kendisini ortaya koyar.

Hacim anomalilerinde, yani, zahiri veya gerçek bir makrodonti'ye bağlı dizarmoni dento-maksiller bahis konusu olduğunda kesicilerin bir sıraya gelmesi için, süt kanin ve birinci azılarının serî çekimi ve birinci küçük azıların jermektomisi gerçekleştirilebilir.

Bütün bu nosyonlara ilâve olarak, bir süt dişi çekimi endikasyonu :

- diş bölgesinin yaşı,
- kök rezorbsiyonunun derecesi,
- dento-maksiller armoni veya dizarmoni durumu,
- diş dizisinin bütünü gözönüne alınarak konmalıdır.

II. B Ö L Ü M

SÜT DİŞİ ÇEKİMİ TEKNİĞİ (x)

A. ANESTEZİ

Her çeşit vak'ada, çekim yapılacak çocuğun psikolojik durumu hakkında yeterli bilgi edinmek gerekir. Burada anestezinin çeşitli tipleri üzerinde kısaca duracağız.

1. Anestezisiz çekim

En çok rastlanılan vak'a, yeterli ritalize uğramış bir süt dişinin durumudur. Çocuk dişini kendisi çeker veya diş kendiliğinden mobil bir hale gelmiş fakat henüz yerindedir. Müdahale edilmediği takdirde bazan alttaki jermin yönünü değiştirebilir.

Herşeyden önce bu ritalizin derecesini tayin etmelidir. Bunun için, eğer çocuk korkarsa dişi kendisine sallatılır veya çocuğun itimadını kazanarak hekim kendisi sallantı derecesini kontrol eder. Çok kere hafif bir dokunma, bir süt azısı için bile yeterlidir. Diş basit bir dişeti bağlantısı ile yerinde duruyordur, bazan ise tam ritalize uğramamış bir kök bahis konusudur. Tecrübesi olmayan genç bir hekim için, röntgen kontrolü yerindedir: her zaman kökün durumunu göstermez, fakat kökü gösterdiği takdirde, kırılmaya sebep olacak bir hareket yapmaktan hekimi alıkoyar.

Aksine, ritaliz yeterli ve ahenkli ise, basit bir elevatör hareketi dişi yerinden fırlatmaya yeterlidir. Eğer, muayene sırasında bir dekolman bölgesi tesbit edilmişse, bu bölgede kuronun altına sokulan basit bir presel kâfi gelir.

(x) Bu kısım Dr. MUGNIER'den alınmıştır.

İkinci vak'a, hemen hemen veya tamamen rizalize uğramasına rağmen, 6 yaş dişi ile birinci süt azısı arasına sıkışmış olan ikinci süt azısının çekimidir: diş kesin bir şekilde hareketsiz bununla beraber düşme zamanı bazan geçmiştir. Üst çeneye nazaran alt çenede daha çok rastlanılan bu blokaj, 6 yaş dişinin mesializasyonundan ileri gelen bir dento-maksiller dizarmoni sonucudur. Köklerin tamamen rezorbe olduğu anlaşılırsa çekim, anestezisiz ve elvatörsüz gerçekleştirilebilir. Dişi iyice kavrayıp, sert olmayan fakat çabuk bir hareketle çekimini yapmalıdır.

Bir diğer vak'a, şartlara göre değişecek olandır: çocuk gerçek bir paniğe kapılmıştır ve hâkim olunamayan hareketlerde bulunur. Bu durumda lokal anestezi sadece imkânsız olmayıp tehlikelidir de. En iyisi çekimi, bir premedikasyon'la gelecek seansa bırakmaktır. Fakat bu da her zaman mümkün değildir. Eğer süt dişi mobil ve rizaliz yeterli ise çekim anestezisiz olarak yapılır. Çocuk sıkı bir şekilde tutulur, hekim hataya düşmeyecek şekilde herşeyi önceden ayarlamıştır. Bu taktirde çocuk, kendi davranışı ile çekimin iyi geçmesi arasındaki ilgiyi mükemmel bir şekilde kavrayabilir.

2. Lokal Anestezi

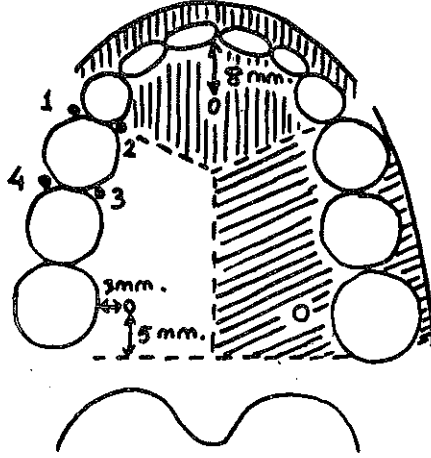
Çocukta en çok kullanılan metoddur. Çok defa gerekli bilgiyi verdikten sonra çocuk tarafından kabul edilir. Hareketin başarısı çocuğun psikosomatik davranışına bağlıdır.

Birinci zaman (Kontakt anestezi) : Yetişkinde olduğundan daha zorunludur. Anesteziğe batırılmış bir pamuk yerine spray'i tercih etmelidir. Ağızın çekim yapılacak tarafına bir kompres yerleştirmek ve bunu ısırtmak iyi bir tedbirdir. Böylece likidin ağızın diğer taraflarına yayılması ve bazan da yutulması önlenmiş olur. Yutulma genellikle mixte dişlenme veya geçici olarak dişsiz devrede olan çocuklarda görülür. Ağızın çalkalanmasından sonra 30 ar saniye aralıklarla 3 jet yeterlidir. İnfiltrasyon yapılabilir.

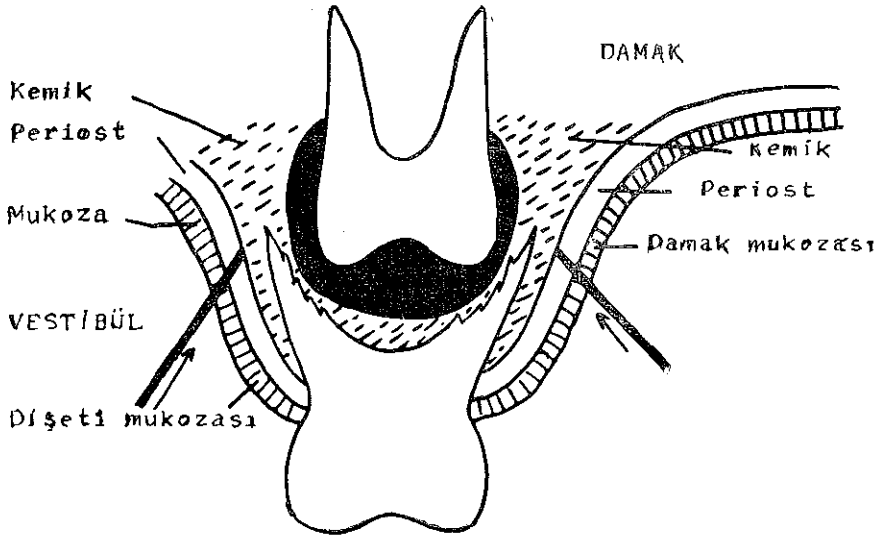
İkinci zaman (İnfiltrasyon yolu ile lokal anestezi). Bu iş için karpül şırıngası tercih etmelidir. Böylece enjekte edilen likidin miktarı daha kolay tayin edilebilir.

Çocuğun periost'u yetişkine nisbetle daha kolay ayrılabilindiğinden periost altı anestezi daha kolay yapılır. Hattâ bazan iğne permeabl bir kemiğe nüfuz edebilir. Ayrıca, genç bir diş bölgesinde iğne kolayca periodonsiyuma girer ve kök boyunca derine doğru kayar. Çocukta diş çekimi için yapılan anestezi periferik ve tam olmalıdır.

Sadece, kontakt anestezi ile hafifletilmiş olan ilk iğne derin olup diğerleri gitgide sathi yapılan dört iğne yeterlidir (iki vestibüler, iki lingual). (Şekil : 1) de, periferik anestezi için takip edilecek sıra rak'amlarla gösterilmektedir. En öndeki, yani en iyi girilebilir vestibüler noktadan başlamak uygundur.



(Şekil : 1)



(Şekil : 2)

Belli bir alışkanlıktan sonra, apikal rezorbsiyon bölgesinde, lingual ve vestibüler taraftan birer periost altı anestezi yeterli olabilir (Şekil : 2). Mukozaya eğik tutulan iğne, hiçbir şekilde, içerisinde daimi diş jerminin perikoronar torbasının bulunduğu kemiğe kadar ilerlememelidir.

Çekilmesi gereken dişin hemen altında bulunan diş torbasına girmekten kaçınmak şu dört sebepten ötürü gereklidir :

1) Torba içersine giren likidin basıncı ağrı verir.

2) Yoğun bir kemik bölgesinden sonra diş torbasının çevrelediği permeabl bir bölgeye aniden giriş, çocuğun şuarsuz bir hareketine, itimadını kaybetmesine, bazan iğnenin kırılmasına yol açar. Bu konuda özellikle, normal düşme yaşından sonra arkad üzerinde persiste kalan süt azılarından çekinmelidir: çok defa, infiltrasyonu daha nazik kılan bir parsiyel ankiloz bahis konusudur.

3) Kuron kireçlenmesinin ancak, kurunun total olarak sürmesinden sonra tamamlanacağını hatırlamak gerekir. Şu halde gelişimini tamamlamamış olan kuron üzerine gelen likidin ani basıncı onu zedeleyebilir.

4) Genç organların büyük savunma özelliklerine rağmen, torbanın enfeksiyon riski de göz önünde tutulmalıdır.

3. Tronküler Anestezi

a) N. Maxillaire supérieur

N. Maxillaire supérieur'un tronküler anestezisi çocukta kullanılmaz. Eğer yüzün üst bölgesinde önemli bir müdahale yapılacaksa, genel anestezi altında çalışmak daha uygundur. Sous-orbitaire sinir de çıkış yerinde pek uyuşturulmaz. Bununla beraber çocukta, üst çene sinirinin diğer dallarını çeşitli çıkış yerlerinde uyuşturmak mümkündür.

Canal palatin postérieur'den anestezi, birinci büyük azının yerini almasından sonra yapılmalıdır ve endikasyonları bu azı bölgesinin gelişmesi ile orantılı olarak artar. Anestezi premoler ve molar bölgesini kapsar. Çok gerilerde gelişmiş gömük kanin vak'asında asıl anesteziye yardımcı yapılabilir. İşaret noktası, arkad üzerinde en arkada bulunan (yaşa göre 1., 2. veya 3. azı) birkaç mm. daha içerisinde ve parmakla kolayca farkedilebilen sert damağın arka kenarın 5 mm. kadar önünde bulunur. Şu halde bu noktanın üst çenelerin ar-

kaya doğru gelişimini takip ettiğini söylemek yerinde olur (Şekil: 1) de anestezi noktası ve eğik çizgilerle anestezinin yayılma alanı gösterilmiştir.

Canal palatin antérieur'den anestezi Naso-palatin siniri uyuşturur. Şu halde, damağın ön kısmında yapılacak işlemlerde bu tip anestezi den faydalanılır. Bu müdahalelerin başında sünnümerer diş jermeleri ve palatinal pozisyondaki gömük dişler gelir. İşaret noktası, orta kesicilerin arka yüzlerinin 8 mm. kadar gerisinde ve orta çizgi üzerinde kolayca bulunur. Anestezinin yayılma alanı (Şekil: 1) de dik çizgilerle gösterilmiştir.

b) N. Maxillaire inférieur (Şekil: 3)

Foramen ovale: Çocukta pek nadir yapılmasına rağmen, iç ve arka bölgedeki bir flegmondan ötürü gelen bir trismus vak'asında tatbik edilebilir. Flegmon aynı zamanda, mikropları dağıtma tehlikesi yüzünden spix dikeninden tronküler anestezi yapmaya da kontrendikedir. İşaret noktası yetişkinlerdeki gibidir: Sigmoide girintisinin ortasından intra-müsküler iğne, deriye dik olarak zigomanın alt kenarı hizasından 2 cm. derinliğe kadar sokulur. 2 cc. lik bir anestezi solüsyonu, masseter sinirleri uyuşturarak, trismus'un giderilmesi için yeterlidir. Solüsyonun geri kalanı, bir damar içersine girilip girilmediği kontrol edildikten sonra, çocukta 4 cm., yetişkinde 5 cm. derinliğe enjekte edilir (BERCHER metodu).

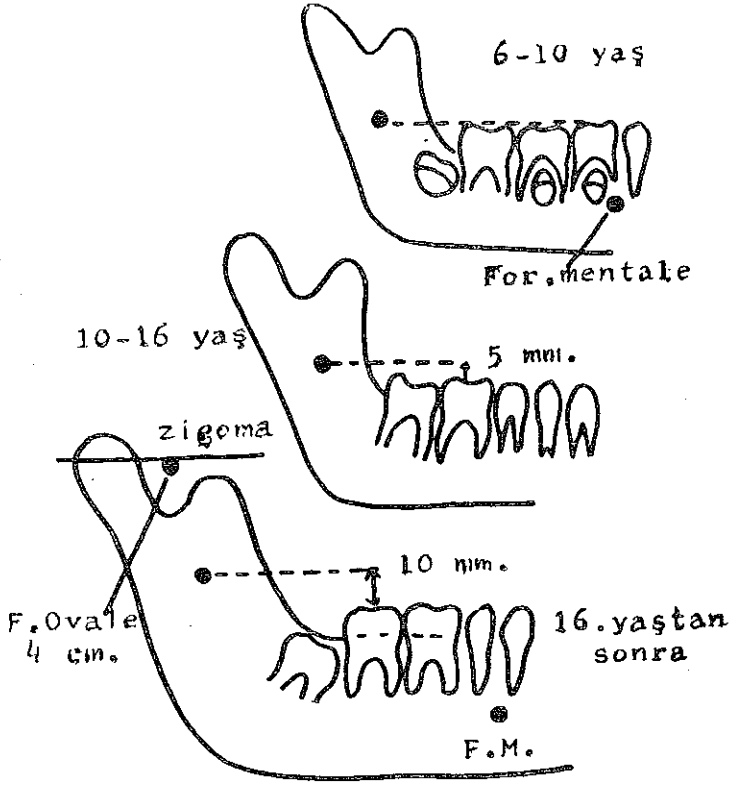
Spix dikenini: Çocukta en fazla kullanılan metoddur. Alt çene kemiğinin corpus ve ramus'un ve diş arkadlarının gelişimi ile Spix dikenini geriler ve yükselir (Şekil: 3). İşaret noktaları ortalama olarak şöyledir:

— 6-10 yaş arasında, aşağı yukarı, 6 yaş dişinin oklüzal yüzünden geçen düzlem üzerinde ve trigone rétro-molaire'in ön planını ortalama olarak 10 mm. kadar arkasındadır.

— 10-16 yaş arasında, 6 yaş dişinin oklüzal yüzünden geçen düzlemin 5 mm. kadar üzerinde ve trigone'un ön planının 12 mm. gerisindedir.

— 16 yaşından sonra durum tedricen, yetişkindeki, oklüzal plan'ın 1 cm. yukarısı ve trigone'un 14 mm. gerisindeki yerini alır.

İğne, karşı tarafın kanin-küçük azı aralığından geçen bir doğru üzerinde, trigone'un iç kenarında olarak bir defada girmeli ve kemiğin iç yüzüne kadar ilerlemelidir, 1/2 cc .lik enjekte edilip sonra iğ-



(Şekil : 3)

ne yaşa tekabül eden derinliğe kadar sokulur bu yavaş hareket esnasında aynı zamanda likit azar azar enjekte edilir. İstenilen derinliğe varıldığında, iğne ilk oblik durumuna getirilir ve iğnenin damara girip girmediği kontrol edildikten sonra likidin geri kalan kısmı enjekte edilir. Anestezi küçük azı ve azılar bölgesinde etkilidir.

Foramen mentale : Şahsi değişiklikleri oldukça fazladır. Çocukta bazan birinci süt azı ve kanini arasında bulunur, yetişkinde 1. ve 2. küçük azılar arasında olmak üzere daha gerilerdedir.

Sağ ve sol iki foramen mentale anestezisi ile bütün kesici kanin blokunun uyuşturulması elde edilir ve bu bölgede uzun süren işlemlere girilebilir. (Spix dikeninde çift taraflı anestezisi ise tavsiye edilmez.)

4. Genel Anestezi

Anormal ve aşırı sınırlı çocuklarda birden fazla çekim yapılacağı zaman çok defa zorunludur. Tekniği anesteziist'lerin çalışma alanına girer.

5. Base Anestezisi

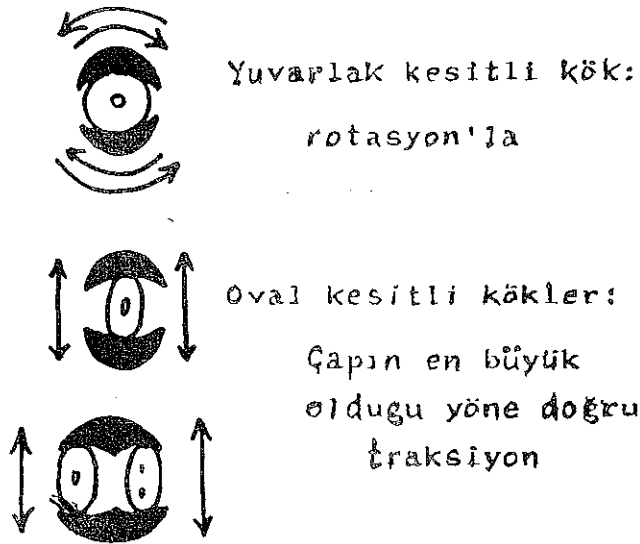
Etkileri bir çocuktan diğerine değişip, bazan şuur ve reflekslerin kalkmasına sebep olmaktadır. Şu halde bu tip anestezi ancak emniyet tedbirlerinin alınabileceği bir hastahane ve ameliyat odasında, gerçek bir narkoz imkânının mümkün olduğu hallerde yapılmalıdır.

B. ÇEKİM TEKNİĞİ

Bir taraftan süt dişlerinin anatomisini tanımak ve diğer taraftan da sebep dişe ait kök anomalilerini tesbit etmek gerekir.

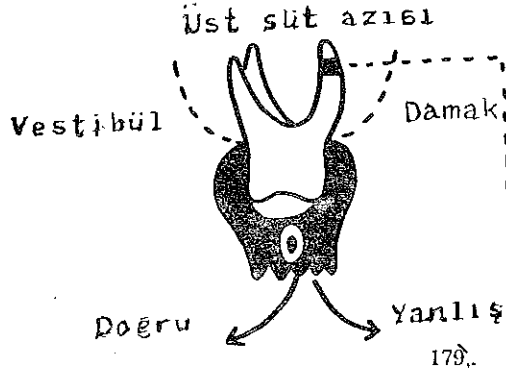
1. Rizalize Uğramamış Süt Dişi

Bu durumda, kökün enine kesiti yuvarlak olan dişler, yani üst kesiciler ve alt üst kaninler rotasyon hareketi ile çekilirler (Şekil : 4)



(Şekil : 4)

Enine kesitleri oval olan kökler için traksiyon hareketi, çapın en büyük olduğu yönde yapılır, yani luksasyon lingo-vestibüler : alt kesiciler ve bilhassa mesio-distal yönde kıvrımları ve incelikleri pek bariz olan alt azılarda (Şekil : 4-5)



(Şekil : 5)

Nihayet, köklerin kıvrıklıkları ve birbirleri ile birleşme açıları göz önüne alınmalıdır. Bu bakımdan, üst azılar palatinal kökün ayrıklığı ve içbükeyliği dolayısıyla dışarı doğru lükse edilmelidirler (Şekil : 8). Bu bakımdan röntgen faydalıdır. Normal düşme zamanından sonra arkad üzerinde kalan her süt dişi röntgen gerektirir, böylece şu anomaliler açığa çıkarılabilir: uzun kök mevcudiyeti, alttaki diş jermının yokluğu, regional odontojen bozuklukları (meselâ sünnümerer dişler).

2. Kırılğan Kuronlar

Oldukça sık rastlanmaları ve çekim esnasında bazı tedbirlerin alınması gerektiğinden, burada bahsedilmesi yerinde olur. Herşeyden önce, en fazla çürüğe maruz kalan süt azıları bahis konusudur.

Genellikle, öklüzal veya aproksimal bir çürükle kuronu harab olmuş veya geniş bir dolgu taşıyan bir süt azısı ile karşılaşılır. Yanyana iki arayüz kavitesine aynı seansta konulan ve matrisiz olarak yapılan amalgamlar birbirleriyle birleşerek çekimi komplike bir hale getirirler.

Bu tip dişler, normal sendesmotomi'den sonra kerpetenle daha derinden kavranmalıdır. Kerpetenin uçları dişin bifurkasyon bölgesine kadar girmelidir. Bazan kuronun frontal olarak seksiyonu gerekir. Kuronları kırılğan alt azılar için, öküz boynuzu denilen kerpetenler çok uygundur.

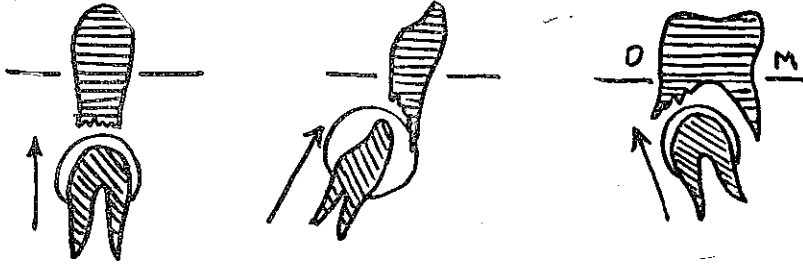
Genel olarak, çocuklar için özel olarak yapılmış, yetişkinlerinkine göre daha küçük boyutlu kerpetenler kullanmak yerindedir.

3. Rizalize Uğramış Dişler

Fizyolojik rizalizin süt dişlerinin çekimini kolaylaştırdığı âşikârdır: rezorbsiyonun tamamlandığı durumlarda, bir çekib bile bahis konusu değildir. Bazan çocuk parmağı ile itmek suretiyle dişi kendisi çıkarır.

Bununla beraber, fizyolojik rizaliz her zaman normal bir şekilde meydana gelmez. BOUYSSOU—LEPP—ZEROSI, diş rezorbsiyonu sırasında aktivite ve dinlenme fazlarında alternans nosyonu üzerinde durmuşlardır. Şu halde rezorbsiyon ve appozisyon, süt dişlerinin tedricî eliminasyonuna iştirak eden iki biyolojik olaydır. Bu iki fenomenin patolojik sapmaları ayrı ayrı veya birlikte olarak ortaya çıkabilirler. Bunun sonucunda da kök ankilozları meydana gelir. Süt dişinin, bir ortodontik protezin mekanik etkisi veya bir dizarmoni dento-maksiller esnasında ortaya çıkan mezializasyon neticesi bloke edilmesi, kök ankilozunun en çok görülen sebeplerinden birisidir.

Kaide olarak rizaliz'in yönü, süt dişi kök veya köklerinin alttaki daimi diş jermi ile olan ilgisine bağlıdır (Şekil : 6).



(Şekil : 6)

Jerm hemen altta ise, rizalizin yönü süt kökünün eksenine doğrudur. Aslında bu tip rizaliz pek sık görülmez. Çoğunlukla jerm, süt kökününkünden farklı bir plan üzerindedir ve rizalizin doğrultusu da , daimi diş kökünün eksenine nazaran az veya çok obliktir. Bu tip rizalizin en iyi misali, tek köklü bir süt dişinin düdük (sifflet) tarzındaki rizalizidir. Birçok vak'ada, daimi jermeler, süt köklerine nisbetle lingual pozisyonda olduklarından, rizalizin, süt kuru yönünde arkadan öne doğru yapıldığını belirtmek gerekir. Bu düdük şeklindeki, az çok sivri rezorbsiyonlar çok köklü dişler bölgesinde de görülebirlirler.

Eğer ramplasman jerm sütün dişi kökünden oldukça uzakta, yani ektopik pozisyonda ise, rizaliz çok az veya hiç meydana gelmez. Bu halde rizaliz, jerm yokluğu durumunda görüldüğü gibidir ve meydana geldiği takdirde de açıklanması çok güç diğer faktörlerin etkisi altındadır.

Bir kökün orta kısmının marginal rezorbsiyonu, çekim sırasında fraktüre yol açan en belirli sebeplerdendir. Sütün azılarında olduğu kadar tek köklü sütün dişlerinde de görülür ve en çok 2. sütün azıları bu hâdiseye sahne olurlar. Bu iki azı arkad üzerinde en çok kalan dişler olup diğer taraftan ramplasman jermin bunlarda nisbeten daha fazla disto-versiyon göstermesi, distal kökün patolojik rezorbsiyonuna yol açar. Distal kökün öne doğru konkavlığı da kırılmalık için fazladan bir sebeptir. Üst sütün azılarında bu tip rezorbsiyon daha enderdir.

Çok defa lingual pozisyonda olan ramplasman jerm dolayısı ile, tek köklü dişlerin patolojik rezorbsiyonlarını röntgen üzerinde tesbit etmek çok güçtür. Bazan rezorbsiyon daha lateraldir. Nadiren kök ve kuronun birleşme bölgesinden başlar. Bu takdirde alttaki jerm anormal bir pozisyondadır.

Gerçekten, bir sütün dişi çekimi esnasında fraktür meydana gelmesi, uzun köklü genç dişlerden çok, biraz rizalize uğramış olanlarda görülür. Olgun ve bilhassa kadüsite yaşını geçmiş dişlerde rizaliz ve ankiroz, kökün kalan kısmının mobilizasyon imkânını ortadan kaldırarak onu kırılmalık hale getirmiştir.

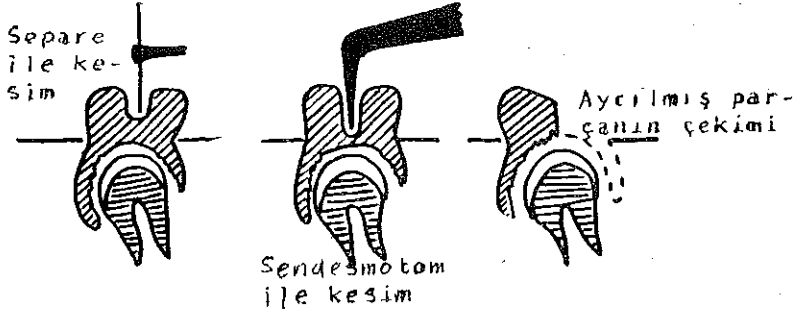
Traksiyon kök eğriliğini dikkate alarak yapılmalıdır. Tek köklüler için hareketin yumuşak olması gerekir. Traksiyonda ayrıca rizalizin yönüne de dikkat edilir (Şekil : 7).



(Şekil : 7)

İki köklü alt azılar için, bir separe veya frez yardımı ile kuronun frontal seksiyonu çoğunlukla faydalıdır. Eğer distal kök, rizaliz yü-

zünden kırılğan halde ise, önce bir alt kesici veya küçük azı davyesi ile mesial kök çıkarılır, sonra distal kök, yukarıda bahsedilen prensip gereğinde vestibüle doğru itilerek alınır. Bazan, ritalize olmamış köklerin anormal derecede ayrıık olmaları da bu seperasyonu gerektirir (Şekil : 8).



(Şekil : 8)

Üç köklü üst süt azıları için, bazan palatinal kökle proksimal köklerden birisini birinci ve geri kalan proksimal kökü ikinci zamanda çekmek mümkündür.

III. B Ö L Ü M

SÜT DİŞİ ÇEKİMİNİN KOMPLİKASYONLARI A. LOKAL VE REGIONAL KOMPLİKASYONLAR

Tromatik olan lezyonların az veya çok uzak olarak meydana getirebildikleri sonuçlardır.

a) Süt dişi kök ve kuron kırıkları

Çekim sırasında meydana gelen kök ve kuron kırıklarından daha önce bahsedildi. Bilhassa kök kırıkları, alttaki jermin gelişimini frenlemek veya yönünü değiştirmek şeklinde onun üzerinde etkili olduğundan önemlidir.

Kök kırılması halinde davranış: Eğer kırık parça yüzeysel ise, dik katli bir elevatör hareketi ile çıkarılabilir. Bazan orak şeklinde bir temizlik aleti elevatörden daha iyi iş görür.

Bazı hallerde frez kullanılması, kırık parça ile kemik arasında bir çukur açmaya yarar. Yalnız frezin kullanılması belirli bir el alışkanlığını gerektirir. Alttaki jermi zedelemek tehlikesi vardır. Bazan komşu kök bile zedelenilebilir. Eğer kırık parça gerçekten alttaki krunun yükselmesini kesin bir şekilde önlüyorsa, klâsik alveolektomi'de olduğu gibi vestibüler bir mukoza lambosundan sonra kökü meydana çıkarmak üzere o bölgedeki kemik kaldırılır. Alveol kemiği alttaki dişin egressyonu ile yeniden teşekkül eder. Yalnız kırık parçasının tamamen ankiloze olmaması gerekir. Eğer bu bakımdan şüphe varsa ve hekim bu tip müdahalelere alışkın değilse alveolektomi'den kaçınmalıdır. Özellikle infra pozisyondaki süt azılarından kaçınmak lâzımdır. Böyle dişlerin ankilozu, hemen daima egression yetersizliği için belirli bir sebeptir. Dişin sekonder olarak reinclusion'u vak'asında, aslında induction bozukluğuna bağlı olabilen bir egression bahis konusudur.

Kırık parçası ufak, az derin ve ankiloze olmadığı takdirde eliminasyon alttaki dişin egression'u ile yapılır.



(Şekil : 9)

Bu faktörlerin, yani hacim ve şekil, derinlik, ankiloz, alttaki jermi pozisyonu faktörleri kırık parçasının geleceğini tayin eder (Şekil : 9). Bazan kırık parçası dişetini delip yükselir, bazan iki diş arasında ve derinde gömük olarak kalır. STAFNE, 1937 de, böyle gömük bir kök etrafında gelişen bir kistten bahsetmiştir.

b) Komşu dokuların lezyonları

Daha seyrek görülürler ve çoğunlukla bir teknik hatadan ileri gelirler. Çekim anında dişetinin yırtılması, çekimden önce dişetinin dikkatli bir şekilde ayrılmasına bağlıdır. Fazla el alışkanlığı yoksa

ve kökün rezorbsiyonu tam şekilde değilse, dişetin köleden ayrılma işlemi sistematik bir şekilde yapılmalıdır. Bu işlem, birbirlerini takip eden darbeler halinde değil, biri vestibüler, diğeri lingual iki net hareketle yapılmalıdır.

Kemik kısmına ait kırık, çoğunlukla, hekimin nazarı itibare almadığı bir ankiloz olayına bağlıdır. Bilhassa, alt çenede küçük azı bölgesinde, fena çekilmiş süt azılarının sekelleri olan alveol sekellerine sık sık rastlanır. Bu lezyonlar bilhassa vestibüler tarafta barizdirler. Kemiği ve dişetini kabartan bu sikatrisiyel bölgeler, alttaki veya komşu jermilerin sürme bozukluklarına ve daha sonra da artiküle bozukluklarına sebep olurlar.

Nadir olarak, bir alet kayması neticesi ağız tabanı işe karışabilir. Sebep ne olursa olsun, sonuç her zaman sikatrisiyel bir köprüdür. Genellikle ağız bu tip lezyonlara dayanıklıdır, fakat bir kyste mucoide sebebi olabilirler.

— Komşu dişlerin lezyonları :

Komşu dişleri sağlam ve normal pozisyonda iseler, süt dişinin çekimi esnasında bu dişlere ait lezyonların görülmesi enderdir. Şu halde, komşu dişler çürük, dolgulu veya malpozisyonda iseler özel bir dikkat gerekir. Özel bir durum: ön bölge dişlerinin sıkışıklığı halinde, süt kaninlerinin çekimidir. Dento-maksiller disarmoni'nin belli başlı delili olan ve sık rastlanılan bu çapraşıklık, süt kaninlerinin, daimi yan kesicilere yer sağlanması sebebiyle, 7-8 yaşına doğru çekimlerini zorunlu kılar (özellikle alt kaninler).

Bu yaşta kaninler ritalize henüz başlamışlardır ve kuron kerpeten ile iyi bir şekilde davranmalıdır. Uçları ince olduğundan alt kök davyesi bu iş için uygundur: torsiyon hareketi esnasında eğer sürmeye başlamışsa yan kesicinin mesial kenarına bakmalıdır, eğer yan kesici henüz dişeti altında ise, gene de bu noktayı göz önünde tutmalıdır. Gerçekten birçok defalar, sert hareket neticesi bu dişe ait çatlaklar veya kuronda parsiyel kırıklar müşahade etmek mümkündür.

— Ramplasman dişe ait lezyonlar :

Diş torbası : Anestezi esnasında torbaya girilebilir. Bu konudan daha önce bahsedildi. Veya çekim anında torba yırtılıp açılabilir: burada bir kaza değil başka bir olayın işe karışması bahis konusudur. Genellikle, hattâ çekilen süt dişi enfekte bile olsa diş torbasının yırtılmadan dolayı bir enfeksiyona uğraması enderdir.

Jermin kuronu. Bazı durumlarda, güç bir süt dişi çekimini takiben alttaki diş jerminin kuronunda tromatik lokal displazi'lere rastlamak mümkündür.

Jermin lüksasyonu: Ender olmakla beraber görülebilir. Daha çok ritalize uğramamış ve istakoz kıskacı şeklindeki kökleri ile alttaki diş jermini kavrayan süt azı çekimlerinde meydana gelebilir.

Bilhassa, bir perikoronar kist varsa jermin subluksasyon veya luksasyonu daha mümkündür. Nihayet, çekim tümoral bir bölgede yapılıyorsa, süt dişi ile birlikte ramplasman jerm de lükse olabilir. Bir diğer vak'a da retansiyona uğramış süt azılarının durumudur: alçak pozisyonları ve blokajları dolayısıyla çekimleri esnasında özel bir dikkat gerektirirler.

c) Erken çekim komplikasyonları

— Tek bir süt dişi : Kaideden olarak, bir disarmoni dentomaksiller halinde müşahade edilirler ve şematik olarak iki devrede ve çekilen süt dişi ne kadar gençse o kadar net olarak kendilerini gösterirler. Birinci devre komşu dişlerin durumuna, ikinci devre ramplasman jermin gelişimine etki eder.

Birinci örnek : Genç bir süt kaninin çekimi, boşluğu kısmen dolduracak şekilde komşu dişlerin versiyonuna yol açar. İkinci devrede ramplasman jerm yön değiştirir veya gömük kalır.

İkinci örnek : Genç bir ikinci süt azısının çekimi, 6 yaş dişinin az veya çok mesio-versiyonuna yol açar. İkinci devrede, ikinci küçük azı yön değiştirir veya gömük kalır.

Üçüncü örnek : Bir ikinci alt süt azısının erken çekimi antagonist dişin engresyonuna yol açar.

— Birçok süt dişi: Önemi çekilen diş sayısına, dişsiz bölgelerin simetrik olup olmamasına, linguo-fasial kasların denge ve dengesizliklerine bağlı olan kapanış bozuklukları ortaya çıkar.

Birinci örnek: Antagonist dişlerin egression'u, anormal dis glismanı planlarının ortaya çıkması, bilhassa istirahat anında dil dişler arasına yayılıyorsa, herhangi bir yönde lateromandibuli'ye sebep olabilirler.

İkinci örnek: Azıların simetrik olarak çekilmesi, en aşırı şekilde sekiz süt azısı birden çekilmişse, azıların değişim durumunun kaybolması sonucu bir mandibul proglismanına yol açar.

**d) Habis tümör esnasında çekilen süt dişine
ait komplikasyonlar**

Radyolojik olarak anormal durum gösteren bir kemik içersine yerleşmiş olup, yaşından önce anormal bir sallantı gösteren bir veya birçok süt dişinin çekiminin histolojik bir muayeneyi gerektirdiğini hatırlatalım.

**e) Hemostaz bozuklukları gösteren bir çocukta süt dişi
çekimine bağlı komplikasyonlar**

Bir çocukta ilk süt dişi çekimi daima çocuğun geçmişi hakkında ebeveynin sorguya çekilmesini gerektirir. Fransa'da SOULIE tarafından ortaya atılmış WILLEBRAND hastalığının ilk incelenmesi esnasında, vak'aların çoğunda ilk çekimin ortaya çıkarıcı sebep olduğu görülmüştür.

Zahiren normal görülen tamamlayıcı muayenelere rağmen, bir hemoraji ortaya çıkabilir. Hemostatik kullanarak veya kullanmaksızın yapılan kompressiyon ilk ve ekseriya en iyi çaredir. Şüpheli olan ve kanamanın devamlı olduğu hallerde, hemostaz'ın birinci veya ikinci zamanı üzerinde etkili, genel kan durdurucu araçlardan da faydalanmalıdır: Dicynone, Reptilase, Thrombase, Acide amino-caproidiques (Hemocaprol-Capramol).

2. GENEL KOMPLİKASYONLAR

Bilhassa, kronik poliartrit gösteren çocuklarda, enfekte süt dişlerinin çekimi uzak bölgelerde komplikasyona yol açan bir bakteriyemi'ye sebep olabilir. Süt dişleri üzerinde granülom ender olarak ortaya çıkarılmakla beraber görülebilir.

Genellikle, genel bir hastalık teşhisi konulmuşsa, hiçbir süt dişi antibiyotiksiz çekilmemelidir. Enfekte süt dişlerini çekimi stafilokok ve streptokokların sebep olduğu bu enfeksiyon vak'alarının yanında, bazan senelerce sürebilen az veya çok yaygın osteit'lerin ortaya çıkmasından sorumludurlar. İstisnai olarak, bir şankr inokülasyonuna sebep olan süt dişleri görülmüştür. Şüpheli durumlarda eğer çekimden kaçınılamıyacaksa, antibiyotik ve spesifik ilaçlar ile çocuğu hazırlamak yerinde olur.

Sonuç olarak, bir süt dişi çekiminin her zaman basit ve adi bir işlem olmadığını söyleyebiliriz.

Endikasyonlar ve kontrendikasyonlar metodik olarak konulmalıdır.

lar. Çekim öncesi tedbirler ve teknik kesin olmalıdır. Zira, bir süt dişi çekiminin, dento-maksiller gelişim esnasında yapılan ve gerek estetik gerekse fonksiyon bakımından yeterli bir daimi diş dizisinin yerleşmesine engel olmayacak bir tedavi işlemi olduğunu aslâ unutmamalıdır.

R E S U M E

Dans cet article, on présente, en trois chapitre, les indications et contre-indications de l'extraction des dents temporaires, la technique d'extraction et les complications locales, régionales et générales.

L I T E R A T Ü R

- 1 — **Bordais, M.** : Traitements Dentaires Sous Anesthésie Générale Chez l'Enfant. La Pédiodontie Française, Vol. 1, 1967.
- 2 — **Bouyssou, Lepp et Zerossi** : Résorptions Dentaire et Biologie Osseuse. Sciences et Lettres Edit. Belgique, 1965.
- 3 — **Chateau, J. M.** : Orthopédie Dento-Faciale. 4. ed. Julien Pré. Ed. 1970.
- 4 — **Marmasse, A.** : Dentisterie Opératoire. Tome I. 4. Ed. Julien Prélat Edit. 1969.
- 5 — **Meyer, E.** : Faut-il Extraire ou Conserver les Dents Temporaires. La Pédiodontie Française. Vol. 2, 1968.
- 6 — **Monteil, M.** : Dans Quelles Circonstances a-t-on le Droit d'Extraire des Dents Chez un Enfant. A.O.S. No. 34, 1956.
- 7 — **Mugnier, A.** : Les Kystes Mucoïdes des Parois Buccales Chez l'Enfant La Médecine Infantile. No. 5, 1965.
- 8 — **Mugnier, A. et Chikhani, P.** : Rapport sur les Indications et les contre-indications de l'Extraction des Dents Temporaires. XX. Congrès de Stomatologie. Paris, 1967.
- 9 — **Mugnier, A. et Mcortgat, P.** : Migrations Distales des Prémolaires Après l'Extraction des Dents de six ans. A.O.S. No. 78, 1967.
- 10 — **Mugnier, A.** : Extractions des Dents Temporaires, Indications et Technique. A.O.S. No. 82, 1967.
- 11 — **Tauveron, P.** : L'Extraction de la Première Molaire Permanente, Thèse, 1946. Strasbourg.