

İmmediat Protezlerin Uygulamasında Değişik Cerrahi Müdahale Teknikleri Üzerinde Araştırmalar

A. Turan PIŞKIN

G İ R İ Ş :

Çok eski yıllardan beri çeşitli avantajları nedeniyle tatbikat sahası bulan immediat protezlerle ilgili çalışmalar son senelerde önemini yükseltmeye devam etmektedir.

Bu konudaki son araştırmalar immediat protezlerin yapımından önce alveoler kret hazırlığı üzerinde yoğunlaşmıştır.

Bizde de çeşitli bulgulara dayandırılarak daha iyi neticeler oluşturduğu ileri sürülen farklı cerrahi teknikler üzerinde karşılaştırmalı klinik araştırmalar yaparak immediat protezler öncesi alveoler kret hazırlığında kullanılabilen en verimli tekniği saptamaya çalıştık.

KONUyla İLGİLİ YAYINLAR

Protez öncesi (preprotetik) ağzın hazırlanması ile ilgili cerrahi bilgiler :

Alveoler kreterin yeniden şekillendirilmesi anlamına kullanılan

alveolektomi terimi son senelerde yerini alveoplasti terimine bırakmaktadır (37).

Alveolektomi Boucher tarafından alveoler kretin kısmen çıkarılması olarak tarif edilmiştir. Genel olarak dişlerin çekimini kolaylaştırmak, bir veya daha fazla dişlerin çekimini takiben alveoler kretindeki bozuklukları düzeltmek ve kreti proteze hazırlamak için kullanılır (1—2—37).

Alveolektomi ile ilgili çalışmalar ilk defa takriben bir asır önce Massachusset'te 1853 yılında A. T. Willard tarafından yayınlanmıştır (3—12—37).

Willard, yumuşak dokuların uc uca yaklaşmasına müsaade edecek şekilde alveoler kemik ve interdental dişeti papillalarını kaldırmıştır.

1876 da, Montreal'den W. George Bear, alveolektominin çok radikal bir şekli olan kendi usulünü yayınlamıştır (37).

1920 de Shearer, 1905 den beri uyguladığı bir teknik olan eksternal alveolektomiye yayınlamıştır (37).

Aralarında De Van'da olmak üzere birçok dişhekimi ve protez uzmanları 1920 senesi başlarında alveolektomiye tavsiye etmişlerdir (37).

Molt, 1923 senesinde bir cerrahi operasyonun fazla genişletilmesi ile oluşabilecek kötü neticelerden kaçınma ve sınırların korunması için model üzerinde operasyon öncesi dikkatli bir çalışma yapılmasını istedi (37).

1936 da O. T. Dean, ilk defa 1916 da kullandığı tamamen yeni bir metod olan interseptal alveolektomiye yayınladı. Dean, protez öncesi ağız cerrahisi sahasında diğer öncü cerrahlardan farklı olarak, kökler arası kemik medulası aleyhine, labial korteksin korunmasını müdafaa etmiştir. Birçok yazarlar, Dean'ın interseptal alveolektomi metodunun bilhassa immedat protez cerrahisinde iyi neticeler verdiğinde görüş birliğindedirler (6—15—37).

1960 da Obwegeser, maksillanın protrusyonu vakalarında Dean tekniğinin bir modifikasyonu üzerinde çalışmış ve ilerde esasları bildirilen yeni bir teknik ortaya atmıştır (25—37).

Alveoplastinin esasları ve prensipleri :

Alveoplastide bugün için geçerli iki temel esas vardır:

- 1 — Alveoler kret, protez yapımını kolaylaştırmak için kemik veya yumuşak doku kaldırılmak suretiyle şekillendirilir.
- 2 — Mümkün olduğu kadar kemiğin fazla kaldırılmasından kaçınılmalı ve bunun sonucu kemiğin fazla rezorpsiyonuna meydan verilmemelidir.

Bu iki ana prensibe şunlarda ilâve edilebilir :

Protez tekniğinde çiğneme kuvvetleri yükünün mümkün olduğu kadar geniş bir sahaya yayılması arzu edilir. Bunun için alveoler kretler Thoma ve Obwegeser'in müdafaa ettikleri gibi mümkün olduğu kadar U şeklinde olmalıdır. Eğer mümkünse küçülen yüzeylerde basınç dağılımı arttığından V şeklindeki kretten kaçınılmalıdır (15).

Andirkatlar protezi engelliyekse çıkarılmalıdır. Diğer taraftan kret tutuculuk yönünden tamamiyle pürüzsüz olmamalıdır. De Van, Robert ve birçok yazarlar biraz düzgün olmayan kretleri tercih etmektedirler (25—37).

Hastanın yaşı dikkate alınmalıdır. Genç hastalarda kemik yaşlı hastalardaki kemikten daha spongioz olduğundan atrofik rezorpsiyona daha mütemayil olacak ve daha uzun süre zarar görecektir (37).

Genelleştirebileceğimiz bir netice olarak genç hastalarda kaldırılması gereken kemik miktarı daha az olacaktır. Genç hastalar ağrının temizliği için protezlerini çıkarmaktan çok sıkılırlar, neticede daha fazla kemik rezorpsiyonu ve yumuşak doku proliferasyonu ile karşılaşılırlar.

Yaşlı hastalarda ve açık yerde çalışan kişilerde (inşaatçı, çiftçi vs). protezlerin arasına çıkarılmasındaki isteksizlik daha az olduğundan bu tipteki zorluklarla az karşılaştıkları görülmüştür (37).

Bir alveoplastiyi takiben gelecekteki rezorpsiyonu tahmin etmek güçtür. Sünger yapılı kemikte rezorpsiyon, kompakt kemikten daha geniş ve hızlı oluşur. Bu nedenle fazla kemik kaldırılması düşünüldüğünde kemiğin kompakt tabakasının korunulması gerekir. Bu Dean'ın interkortikal alveoplasti tekniğinin esasıdır (23—37).

Genellikle geciktirilen bir alveolektomide kemik kaldırımı, diş çekimini takiben hemen yapılan kemik düzenlemesinden daha azdır. Akut periodontitis vakalarında alveoplasti tehir edilmelidir (37).

Alveoplasti tipleri :

1 — Alveoler sıkıştırma : Alveoplasti şekillerinden en kolay ve çabuk olanı iç ve dış kortikal tabakaları parmakla sıkıştırma. Bu en fazla genç hastalarda tesirli olmasına rağmen bütün çekim işlemlerini takiben yapılmalıdır.

Sıkıştırma alveoler kret genişliğini azalttığı gibi protezin takılıp çıkarılması ile ilgili birçok kemik andırkat müşkülâtlarını da kaldırır. Daha sonra mukozaya konan bir dikiş ile yumuşak doku ve kemikler yeni şeklinde tutulabilir (15—37).

2 — Basit alveoplasti: Labial kortikal kenar ve daha az sıklıkla lingual alveol kenarının küçültülmesi isteniyorsa bu mümkün olduğu kadar basit yapılmalıdır. Bir Ronger kesici pensi ile alveoler kret paralel olarak uygun miktarda kemik kaldırılır (16—37).

Northwestern Üniversitesinde Schram, arzulanan kemik kaldırım miktarının sadece yarısının kaldırılmasını teklif etmiştir (37).

Uzamış dişler etrafındaki alveol kemikte sivrime ve uzama vardır. Bu nedenle böyle dişlerin çekimini takiben alveol çukur kenarlarında vertikal yönde de kısaltma yapmak gerekir. Maksiller sinus sıklıkla maksiller tüber sahasına genişlediğinden bu bölgedeki vertikal küçültme zordur. Bu vakalarda sinus tabanında kemik bırakılmasına çok dikkat etmek gerekir.

Maksiller sinusun fazla genişlediği durumlarda Mohnac tarafından tarif edilen alveoler kretin sinus içine geçirilmesi şeklindeki maksiller osteotomi tatbik edilir (37).

3 — Labial kortikal alveoplasti: Alveoplastide en eski ve geçerli metod dış kortikal kemiğin azaltılmasıdır. Birçok seneler bu teknik küçük ve dar alveoler kret bırakma şeklinde uygulandı. Bu metod Dean ve Obwegeser'in interkortikal alveoplasti tekniklerinden daha basittir.

Fakat neticelerin birkaç sene geçtikten sonra iyi olmadığı saptanmıştır. Müdahale edilecek kemik sahasının heriki tarafından birer cm lik mesafeye kadar uzanan kalın bir mukoperiostal flap kaldırılır. Ronger pensi veya Blumenthal ronger forsepsi ile alveol kenarından sivri, protezi engelliycek küçük kemik parçaları koparılarak çıkarılır. Ronger pensinin keskin olması gerekir. Böylece kemik geniş parçalar halinde ezilmeden kaldırılır. Bu işlemten sonra bir ke-

mik törpüsü ile veya rond frezler ile kemiğe düzgün ve muntazam bir şekil verilir. Daha sonra mukoperiost yerine yerleştirilir. Kökler arası septumlar üzerinden dikişler konur.

Bu çip alveoplasti diş çekimini takiben yapılan protez öncesi cerrahi tekniklerinden en fazla kullanılanıdır (23—37).

4 — Dean'ın alveoplastisi: Dean tekniği birçok biyolojik prensiplere dayandırılır.

a — Protezin tatbikatını kolaylaştırmak için labial alveoler kenar çıkıntıları küçültür.

b — Kas bağlantıları bozulmaz.

c — Periost salim kalır.

d — Kortikal tabaka, elverişli kanla beslenen yaşayabilen bir kemik grefti gibi muhafaza edilir.

e — Kortikal kemik korunduğundan post operatif rezorpsiyon azaltılmış olur.

Dean, kretin arka kısmının hazırlanmasında tüber sahasının sağlam tutulmasını ve öncelikle arka molar dişlerin çıkarılmasını teklif etti.

Kanin dişlere bağlı korteksin kırılmasını önlemek için bu dişler kesicilerden önce çıkarılır.

Dişlerin çekiminden sonra kökler arası kemik septumlar bir ronger forsepsi ile kaldırılmalıdır. Labial korteksin palatal yönde hareketini kolaylaştırmak için bazı tedbirler gerekir. Dean bir keski ile alveol içinden, kortikal tabakanın apikal bölgede kırılmasını teklif etti (37).

Böylece labial korteks mukoperiost ile bağlı olarak serbest hareket eden bir kemik grefti halini alır. Apikaldeki horizontal kırık hattı düzgün bir labial yüz temini için alveol içinden kemik törpüsü ile düzeltilmelidir.

Dean bu tekniği kretlerin ön kısmında olduğu kadar kretlerin arka kısmında da kullanmıştır (15—37).

0 — Mac Kay tekniği : Bu teknikte kemiğin kortikal ve bukkal tabakaları hiç kaldırılmamaktadır. Ronger forsepsi ile septumlar

arası kemikten uygun miktarda kemik kaldırılır. Böylece gerilimden uzak bir kemik «onlay» elde edilir.

Korteksin labial kısmı andırkat sahalarının üzerinden serbestleştirilir ve bir homopen kemik grefti gibi krete tekrar adapte edilir (26).

Protezin stabilitesi, dokuda en az bir rezorpsiyon oluşumu ve süratli bir iyileşmenin temini için maksimum periodontal membran bırakılması lüzumludur.

Bu teknikte kemiğin kortikal tabakası, mukoperiost ve kas bağlantıları zarara uğramaz. Teknik aynı zamanda maksimum periodontal membran mevcudiyetine imkân verirken bu iyileşmede esastır.

Labial korteks onlay, serbestleştirme olmadan kuvvet tatbiki ile sıkıştırılırsa sıklıkla kemikte basınç nekrozu veya yumuşak dokuda nekroz husule getirir.

Bu tekniğin esası uygun miktarda intraseptal kemik kaldırarak bir kemik onlay elde etmektir. Bu işlem sırasında bir keski veya ronger forsepsi kullanılarak andırkat konturlarının altından korteksin labial kısmı serbestleştirilir.

Korteksin labial kısmı, korteksin bukkal kısmından ters dar bir V şeklinde kemik çıkarımı ile ayrılır.

Bu işlem kanın veya kan kesici bölgede uygulanır. Labiokortikal onlay bilhare homojen bir kemik grefti elde etmek üzere gerilimsiz olarak krete adapte edilir. Böylece kemik labial tabakası tümüyle serbestleştirilmiş olur. Labial plâğin tekrar geriye adaptasyonundan önce alveol çukurlarının içi ve keskin kemik kenarları düzeltilir, temizlenir.

Alveoler çukurlarda infeksiyon mevcut olmadıkça küretaj yapılmamalıdır. Böylece daha fazla periodontal doku korunur.

Protez ağıza tatbik edildiğinde eğer proteze engel olan labial frenilum mevcut ise protez kenarlarının rahatlığı için frenilektomi yapılır ve protez ağıza yerleştirilir.

Protez cerrahiyi takiben 15-20 dakika sonra çıkarılarak temizlenir, kanama noktaları varsa kontrol edilir ve protez 24 saatlik bir devre için tekrar ağıza yerleştirilir (2—26—37).

(Devamı Gelecek Sayıda)