

Alt Çenede Protez Öncesi Cerrahi Müdahaleler

Aygen ILICALI (*)

Üst çenede olduğu gibi alt çenede de birçok yerel lezyonlar protez'in başarı ile yerine oturmasını engelleyebilir. Bunlar, oldukça ufak müdahaleler ile düzeltilebilir. Genişlemiş retromolar olanlar, tuber maxillaris'ler gibi de tashih edilebilirler.

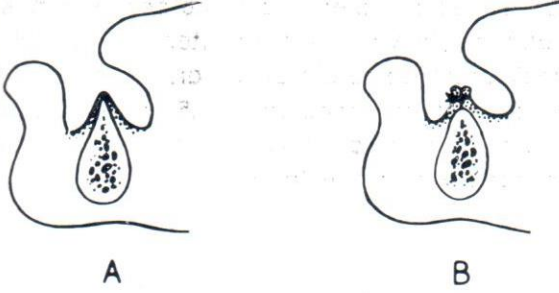
Keskin Kenarlar :

Özellikle alt kesici dişler bölgesinde görülürler. Lokal anestezi altında yumuşak kısımlar kesilip ayrıldıktan sonra kemiksel çıkıntılar kemik makasları ile kesilir veya frezlerle düzeltilir, kemik pürtükleri kemik törpüleri ile düzetildikten sonra yumuşak kısımlar birbirleriyle ucuca getirilerek dikilir (Resim I - A.B.) (4).

Torus Mandibularis :

Torus mandibularis bir egzostozdur. Alt çenenin iç yüzünde küçük azılar bölgesinde bir taraflı veya iki taraflı bulunur. Büyük azılara doğru uzanır. Bu ağız lezyonunun etyolojisi bilinmemektedir. Bunlar, eğer protez'in proc. alveolaris üzerine oturmasına engel oluyorsa, çıkarılırlar.

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



Resim 1 (Howe'den)

Ameliyat lokal anestezi altında yapılır. Torus mandibularis'in bulunduğu kısmın iç yüzünde Proc. alveolaris üzerinde, yumuşak dokuda bir ensizyon yapılır. Yumuşak doku ve periost kaldırılır. Egzoskoz frezlerle veya çekiç kullanılarak çıkarılır, kemik pürtükleri düzeltilir mucoperiostal lambo tekrar yerine dikilir (3, 4).

Protez Kenarı Uurları :

Bu lezyonlar da üst çenede olduğu gibi giderilirler.

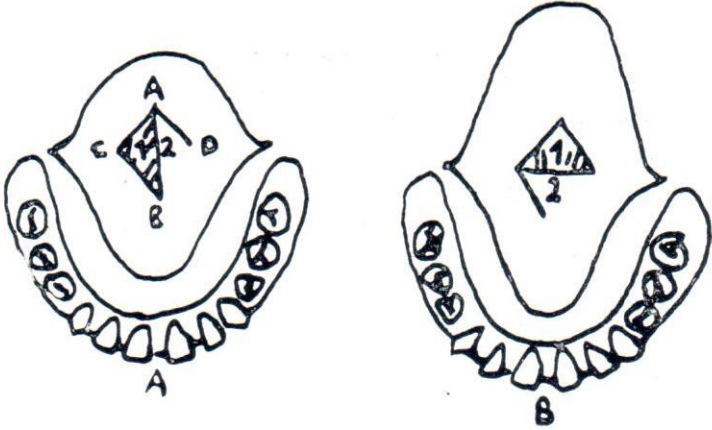
Yapışık Frenulumlar'ın Giderilmesi :

Lokal anestezi altında dil bir gazlı bez ile parmaklar arasında sıkıştırılarak yukarı doğru kaldırılır. Frenulum makas veya bistüriyle horizontal olarak kesilir. Bu kesiş dilin alt yüzeyinin ağız tabanına yapışan yer'ne kadar uzatılır. Künt bir elevatörle mukosa yukarı doğru disseke edilerek dil ucu serbestleştirilir. Bu şekilde çekilmiş olan dile yukarıdan aşağı tek tek dikişler konarak dikilir (Res'im 2) (5).



Resim 2 (Thoma'dan)

Frenulum'un olmadığı hallerde dili serbestleştirmek için (Z) plasty yapılır. Bunun için yine lokal anestezi altında dil, bir gazlı bez ile iki parmak arasında tutularak yukarı kaldırılır. Orta hat üzerinde yukarıdan aşağı doğru frenulumda 1,5 cm uzunluğunda bir ensizyon yapılır. Ensizyon'un alt ucundan sağa, üst ucundan sola doğru ensizyon daha yapılır (Resim 3).

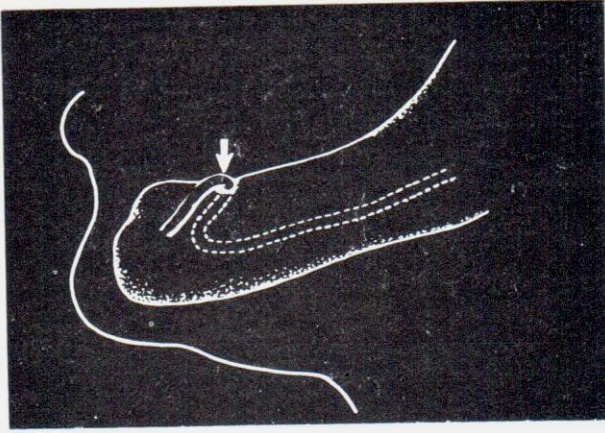


Resim 3 (Borçbakan'dan)

Bundan sonra A, B, C arası (1) (B) den itibaren d'sseke edilip ayrılır. Aynı iş (A) dan itibaren (2) lambosuna da tatbik edilir. Bundan sonra (1) şekilde çizgili lambonun (B) ucu sabit olan (C-A) kuyruğu üzerinde döndürülerek (D) noktasına, (2) lambonun serbestleştirilmiş olan (A) ucu sabit (B-D) kuyruğu üzerinde döndürülerek (C) noktasına dikilir (1).

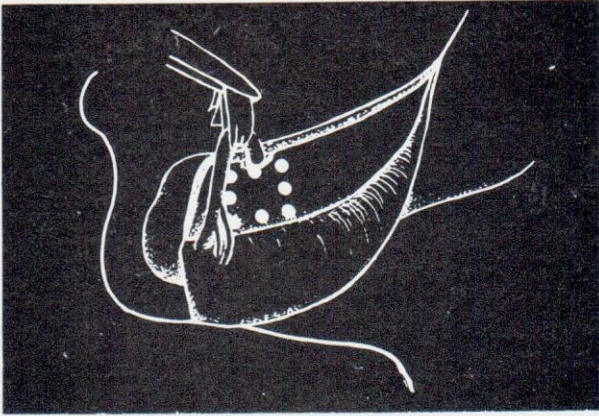
Alt çenenin rezorbsiyon'u ilerledikçe foramen mentale, proc alveolaris'in üst yüzüne gittikçe yaklaşmış olur. Dolayısıyla N. mentalis elle muayenede kolayca hissedilir ve kendisini örten ince mukosa'nın altında kıvrıntılı bir hal alır. Böyle durumlarda protez'in sinir üzerine yapacağı basınç şiddetli ağrılara sebep olur. Bilhassa, çiğneme esnasında beliren ağrılarla karakteristiktir. Bu durumda sinirin ameliyatla tekrar yerine getirilmesi gerekir (Resim 4a). Howe'ın tekniği bu iş için hem basit, hem de uygun bir tekniktir.

Sinir elle hissedilip, röntgenle foramen mentale'nin durumu saptandıktan sonra lokal anestezi altında büyük azılar bölgesinden ke-



Resim 4a (Howe'dan)

sici dişler sahasına kadar uzanan proc. alveolaris üzerinde bir ensizyon yapılır. Bu ensizyon, foramen mentale'den uzakta, biraz dil yüzüne doğru kıvrıktır. Ensizyonun uçlarından Labial ve Buccal sulcuslara doğru dik ensizyonlar uygulanır. Mucoperiostal lambo siniri zedelemeden dikkatlice kaldırılır. Anevrizma iğnesiyle sinirin altından basit bir şerit geçirilir ve bu şerit'in iki ucu hemostatik pens ile tutulur.

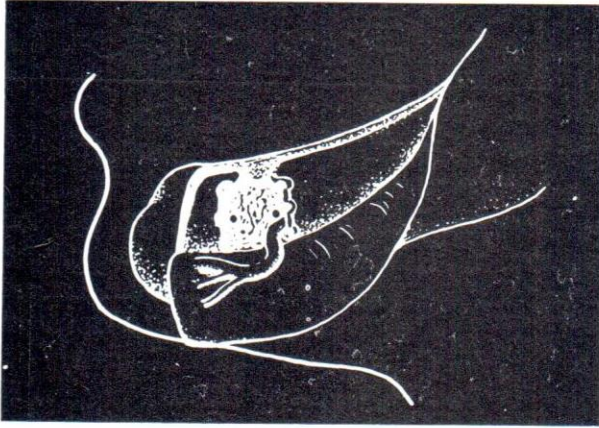


Resim 4b(Howe'dan)

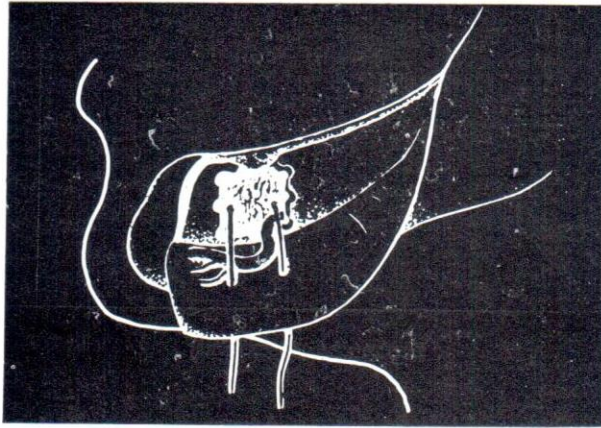
Foramen mentale'nin önünde ve altında kemiğin yanak yüzünde olmak üzere bir pencere meydana getirecek şekilde ufak frezlerle,

kemik (Resim 4,6) de görüldüğü gibi delinir. Bu delikler daha sonra birleştirilerek pencere açılır. Sinir kanaldan kurtarılır ve hafifçe aşağı doğru yerleştirilir. Sinirin repozisyon'u için ekseri N. İncisivus'un ayrılması gerekir (Resim 4c).

Açılan pencerenin etrafındaki kemik düzletildikten sonra ekartör sinir ile frez arasına yerleştirilip kemik kavitesin'in biraz üzerinde in gual yüze doğru kemikte ve mucoperiosteum'de iki delik açılır (Resim 4c).



Resim c — Resim 4d.



Naylon dikiş buccal mucoperiostal lambodan, sinirin üzerinden ve kemikteki iki delikten de geçirildikten sonra buccal mucoperiostal lambodan dışarı çıkarılır (Resim 4d). Ufak parça polythene tüpleri dikişin antero-posterior kısımlarına yerleştirilir. Bunun sebebi, dikişin yumuşak kısımları kesmesine engel olmandır. Yara ipek ipliklerle dikilerek kapatılır. Sonra naylon iplik çok sıkı olmamak kaydıyla düğümlenir. Böylece sinirin yukarı fırlamasına engel olunur. Operasyondan bir hafta sonra dikişler alınır. Labial hissin ameliyattan sonra düzensiz bir hâl alacağını evvelce hastaya söylemelidir. Bu durum bir ay kadar devam eder.

Sulcus derinliğini arttırmak için birçok metod vardır. Sulcus lingualis'in derinleştirilmesinde ilk def'a Downton bir metod kullanmıştır. Alt çenede linea mylohyoidea bazen hem proc. alveolaris'e yakın, hem de 3. büyük azılar bölgesinde çıkıntılıdır. Bilhassa arkaya doğru olan yüksekli ve sivrilik protez'den dolayı hem ağrı yapabilir, hem de yükseklik dolayısıyla sulcus lingualis'in derinliğini kaybettirerek, protezin tutuculuğunu azaltıcı rol oynar.

Howe, Downton'un tekniğinde bir modifikasyon yaparak aşağıdaki basit ameliyat tekniğini saptamıştır (3).

Bu teknik genel anesteziye ihtiyaç olmadan yapılabilen bir operasyondur. (Resim 5)'de görüldüğü gibi retromolar bölgede proc. alveolaris'in buccal yüzüne doğru biraz dönük, arkada buccal yüzden lingual'e doğru dik bir ensizyon yapılır. Linea mylohyoidea ve M. Mylohyoideus görülünceye kadar lambo kaldırılır. Bir çekişle linea mylohyoidea'nın en bariz kısmı kesilir. Hemostatik pens ile serbest

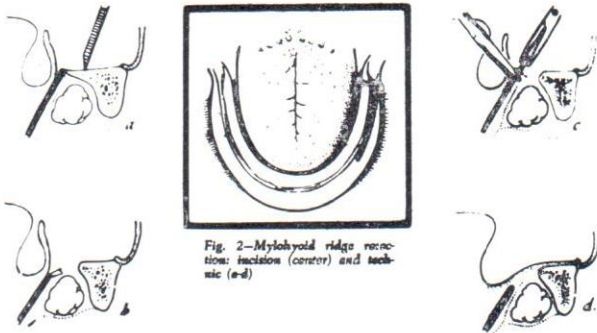


Fig. 2—Mylohyoid ridge resection: incision (corator) and technique (a-d)

Resim 5 (Howe'dan)

kalan M. Mylohyoideus ucundaki kesilen kemik tutulur. Kemik bir makasla kesilerek alınır. Alt çenede kesilen line mylohyoidea üzerindeki kemik pürtükleri düzeltilir. Adale aşağı doğru yerleştirilip ambo dikişlerle kapatılır (Resim 5 a,b,c,d). Bir hafta sonra dikişler alınır (2, 4).

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Boçbakan, C.** : Ağız ve Çene Hastalıkları Şirurjisi. 3. Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, 212-214, 1973.
- 2 — **Downton, D.** : Mylo-hyoid Ridge Resection. D. Record., 74 : 212, July-Aug., 1954.
- 3 — **Howe, G. L.** : Surgical Aids to Full Denture Construction. In Modern Trends in Dental Surgery, Marrant, G. A. ed. Bulterworth & Co. Ltd., London, 963.
- 4 — **Howe, G. L.** : Surgical Preparation of the Mandible for Prosthesis J. Orol Surg., Ocnest & Hosp. Dr. Serv., Vol. 22, March, 1964.
- 5 — **Thoma, K. H.** : Orol Surgery, The C. V. Mosby Company, St Louis, Vol. 1 : 223-226, 1948.