

S. FRENKOTOMİ

Aşın büyüme ve alveol kemiğin kaybolması olan hastalarda dişsiz eğilimde total protezin tutuculuğunda olumsuz yönde etki etmesi yanında geniş yaşlarda oral kesellerin ortasını oluşturan keselleri yönetmekten kurtarır.

Preprothetik Cerrahinin Pratikte

Uygulanış İmkani

Ali GÖKÇİMEN (*)

GİRİŞ

Total veya parsiyel protezde başarılı olmak için ağız cerrahisi ile protezi tatbik eden diş hekimi arasında iyi işbirliği yapılması gerekmektedir. Üst ve alt çenede gerek patolojik gerekse anatomik durumdaki doku kitleleri (osteom, fibrom, frenulum, vs.) protezin oturmasına, tutuculuğuna olumsuz yönde etki eder.

Bazı durumlarda protez yapmadan evvel gerekli cerrahi müdahalelerde bulunmak gerekir. Çene röntgenleri yapılarak gömük diş, kök artıkları olup olmadığı, alveol kemiğinin durumu tesbit edilmelidir. Gömük dişler, kök artıkları varsa çıkarılmalı ayrıca protezin tutuculuğuna engel olan fibrom, hiperplastik teşekküller, mukosa bandları vs. ortadan kaldırılmalıdır. Ancak bu tedbirler alındıktan sonra protezle ilgili işlemlere geçmek yerinde olur.

Bu tip cerrahi müdahaleler ülkemizde sayıları çok az olan merkezler (daha ziyade üniversite diş hekimliği cerrahi klinikleri) tarafından yapılmaktadır. Diş hekimlerinin böyle cerrahi işlemleri ya kendileri tarafından (eğer bu konuda gerekli eğitimi almışlarsa) ya da özel

(*) Diş hekimi / İsvicre.

olarak bu işlerle uğraşan meslektaşlarına havale etmeleri gerekir. Fakat bazı cerrahi tedavilerde bulunmak hastanın diş hekimine olan güvenini artırması yönünden önemli olduğu gibi, hastaları büyük merkezlere yollamaktan kurtarmaktadır.

2. FRENEKTOMİE

Aşırı büyümüş ve alveol kemerine kadar gelmiş olan frenulumları dişsiz ağızlarda total protezin tutuculuğuna olumsuz yönde etki etmesi yanında genç yaşlarda orta kesiciler arasının açılmasına sebep olurlar.

Operasyon safhaları : (Resim 1, A—F)

— İnfiltrasyon anestezisi iki taraflı kanin dişlerine kadar uzatılır. Resim 1 A frenulumun genel durumu.

— İnce bir arter kıscacıyla yada uygun bir kıscakla frenulumun derin yerinden tutulur. Bistürüyle kıscacın altından ve ona paralel olmak üzere mukoza parçası kesilip çıkarılır. Resim 1 B frenulumun tutuluşu.

— Teşekkül eden yara boşluğunda bulunan doku lifcikleri ince uçlu bir makasla kesilerek burası derinleştirilir. Resim 1 C mukoza parçası çıkartıldıktan sonraki durum ve doku lifcikleri.

— Anatomik bir penseyle mukosa kenarlarından dikkatlice tutularak birbirine getirilmeye çalışılır. Eğer gelmiyorsa ince uçlu bir makasla veya bistürüyle mukoza kenarlarının altından 5 mm kadar gidilerek bu kısım mobil hale getirilir. Resim 1 D mukoza kenarlarının birbirine çekilişi.

— 4-0 lık uygun bir iplikle yukardan başlanarak vertikal tek düğümlü dikişle dikilerek ortaya kadar gelinir. Aynı tarzda alt taraftan yukarı ortaya doğru. Resim 1 E orta vertikal dikişler.

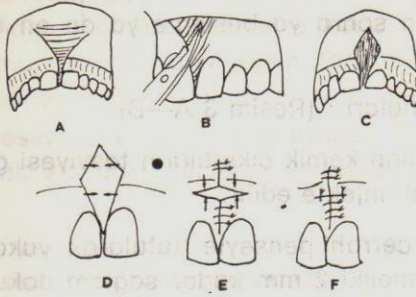
— Ortada bulunan açıklık bu kez horizontal iki taraflı birer dikişle dikilir. Resim 1 F horizontal dikişler ve son durum.

— Dikişler 5-7 gün bekletildikten sonra alınır.

3. AVEOLAR KORREKTUR

Protezin daha iyi oturması ve protez vuruklarının önlenmesi için alveolar krette bulunan kemik çıkıntıların tasviyesi gerekir.

Operasyon safhaları : (Resim 2, A—C)



Resim : 1 — Frenektomie safhaları A—F.

— Alt çenede mandibüler, üst çenede tuber, icabı halinde ek olarak infiltrasyon anestezisi maksada kafi gelir.

— İlk önce vestibül derininden başlanarak alveol sırtına kadar varan ve alveolar sırtından gelen incisionla geniş açı yapabilecek vestibülden incision yapılır. Ve sonra alveol kreti üzerindeki mukosa kesilir. Burası vestibülden gelen kısım ile birleştirilir. Resim 2 A yapılan incision.

— Periost kaldırıcı keskiyle mukosa-periost parçası dikkatlice kaldırılarak bu bölge açılır. Resim 2 B açılan muko-periost parça.

— Orta büyüklükte yuvarlak uçlu bir frezle fizyolojik su tatbiki altında kemik çıkıntıları kaldırılarak burası pürüzsüz hale getirilir.

— Dikiş için gene 4-0 lık iplikle, evvela muko-periost parçası ile alveoldeki mukosa kısımlarının köşeleri dikilerek başlanılır. Sonra vestibül ve alveolar kret dikilir. Resim 2 C dikişler ve son durum.

— İplikler bir hafta sonra alınır.



Resim : 2 — Alveolar korrektür A—C

4. FİBRÖS DOKU EXZİSİYONU

Vestibülde bulunan fibrös dokular protez tahrişleri sonucu meydana gelirler. Uzun süre takılan total protezler çene kemiğinin atrophiesi nedeniyle gevşerler. Böylelikle çenede aşırı emici teysir-

lerle, basınçlar oluşur. Buda fibrös doku oluşunun nedenidir. Fibrös dokular çıkarıldıktan sonra ya besleme ya da en iyisi yeni protez yapmaktır.

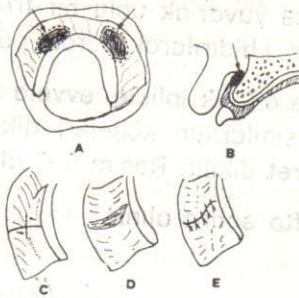
Operasyon safhaları : (Resim 3 A—B)

alveolar krette bulunan kemik çıkıntıların tasviyesi gerekir. altına kadar gidilerek injekte edilir.

— Fibrös doku cerrahi penseyle tutularak yukarı doğru çekilir. Bistüriyle öyle kesilmeliki 2 mm kadar sağlam doku kısmınıda içine alsın. Resim 3 A iki taraflı üst çenede fibrös dokular, noktalı yerler, okla işaretli incision yeri.

— Doku çıkarılırken periosta kadar inmemek, yani periostu zedelememek.

— Yarayı dikmeden sekonder iyileşmeye bırakmak. Vestibül derinliğini kaybetmemesi için bu bölge gazlı bezle tampona edilir. Üstüne hastanın protezi yerleştirilir. Diğer bir metoddta yumuşak hale getirilen stenç protez kenarlarına konulur böylece hastadan ölçü alınır. Stenç gelen yerlere gazlı bez yerleştirilir. Protez ağıza konulur. Resim 3 B protez ve tamponun durumu ağızda. Ok gazlı tamponu gösteriyor.



Resim : 3 — Fibrös doku çıkarılması: A—B ve mukosa bandının tasviyesi C—E.

5. MUKOSA BANDLARININ ÇIKARILIŞI

Aşırı gelişmiş olan mukosa bantları protezlerin tutuculuğunu bozarlar.

Operasyon safhaları : (Resim 3 C—E)

— İnfiltrasyon anestezisi burda yeterlidir.

— Mukosa bandının direkt üstünden çapraz olarak, kemiğe kadar varmayan periostun birkaç milimetre kadar yukarısında kalan tabminen 10 mm mukosa incisionu yapılır. Resim 3 C alveol krete paralel mukosa kesintisi, oklarla gösterilen yer.

— Yara bölgesine arter kısıpacıyla tutulan küçük bir gazlı bezle basılarak ve makasla doku lifcikleri kesilerek yara bölgesi derinleştirilir.

— Böylelikle yaklaşık olarak oval tarzında yara meydana gelir. Resim 3 D mukosa parçası çıkarıldıktan sonra hasil olan yara.

— Dikişler için 4-0 lık iplikler kullanılır. Yara tek tek düğümlerle dikişir. 5-7 gün sonra dikişler alınır. Resim 3 E son durum.

E. FİBROMLAR

Fibromlar sık olarak üst çenede büyük azılar bölgesinde simetrik olarak, daha seyrek olarak alt çenededirler.

Operasyon safhaları : (Resim 4 A—F)

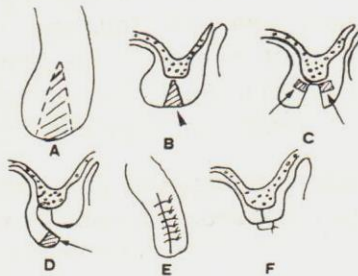
— Tuber anestezisi ve infiltrasyon anestezisi yapılır.

— Alveol krette önden başlayıp arkaya kadar varan kama şeklinde ve periosta kadar inmeyen incision yapılır. Bu kısım çıkarılır. Resim 4 A ve B kama şeklindeki incision ve çıkarılan kitle.

— Fibromun büyüklüğüne göre alt kısımlardan da bir miktar daha kitle kesilerek alınır ki yüksek olan alveol kret normal seviyeye gelsin. Resim 4 C iki taraflı çıkarılan doku kitlesi, okla işaretli.

— Mukosa kısımları tekrar alveol üzerine yerleştirilir. Fazla gelen kısımlar varsa kesilir. Resim 4 D kesilen fazla kısım, okla işaretli.

— Yara yerleri dikişir. Dikişler bir hafta sonra alınır. Tam yara iyileştikten sonra protez yapılması yerindedir. Resim 4 E ve F son durum.



Resim : 4 — Fibrom çıkarılışı A—F.

Ö Z E T

Bu yazıda preprothekike cerrahisinin protezlerdeki önemine değinilip, alveolar korrektur, fibrös doku, frenulum, mukosa bandlarının çıkarılması detaylı olarak anlatıldı.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde die Wichtigkeit der preprothetische Chirurgie und die Verbesserung der Alveolarkamm, die Entfernung der Schleimhautfalten, der Lippenband und der Fibroma geschieldert.

SUMMARY

This papers explains the importance of prosthetic surgery and the improvement of cutting or removal of frenulum and fibroma.

LİTERATÜR

- 1 — **Perkün, Filiz** : Çene ortopedisi 3, i. Ü. D. F. yayınları No. 17, 1977.
- 2 — **Sandallı, Peker** : Dişeti iltihabı ve tedavileri, 1971.
- 3 — **Zembilci, Gazanfer** : Total Protez, 1972.