

YİRMİ YAŞ DIŞ ÇEKİMLERİ VE ÇEKİM TEKNİKLERİ

FATİH ÖZYÜRÜK

DIŞHEKİMİ

Bu yazımızda konuyu tecrübelerimin ışığı altında görsel ve şematik öğelerle destekliyerek anlatmaya çalıştım.

Faydalı olur ümidiyle:

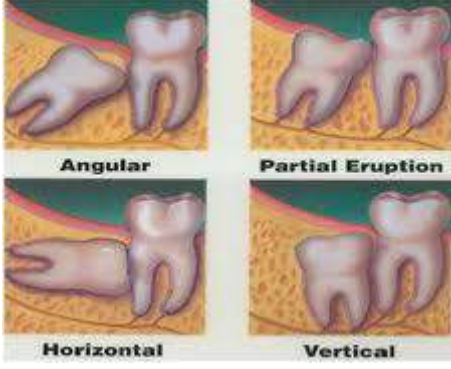
Tabiki burada alt ve üst çenede çeşitli pozisyonlarda gömülü kalan yirmi yaş dişlerinin çekimlerinden ve çekim tekniklerinden bahsedeceğiz.

Gömülü diş etyolojisine girip uzun uzun bahsetmektense kısaca:Genetik,local veya sistemik nedenlerden çıkma zamanı geldiğinde diş arkında yerini alamıyan veya yerini bulamayan dişlere gömülü diş diyoruz.

Yine yirmi yaş dişleri pozisyonlarına göre çeşitli araştırmacılar tarafından sınıflandırılmıştır.Detaya girmeden:

Alt yirmi yaş dişleri:

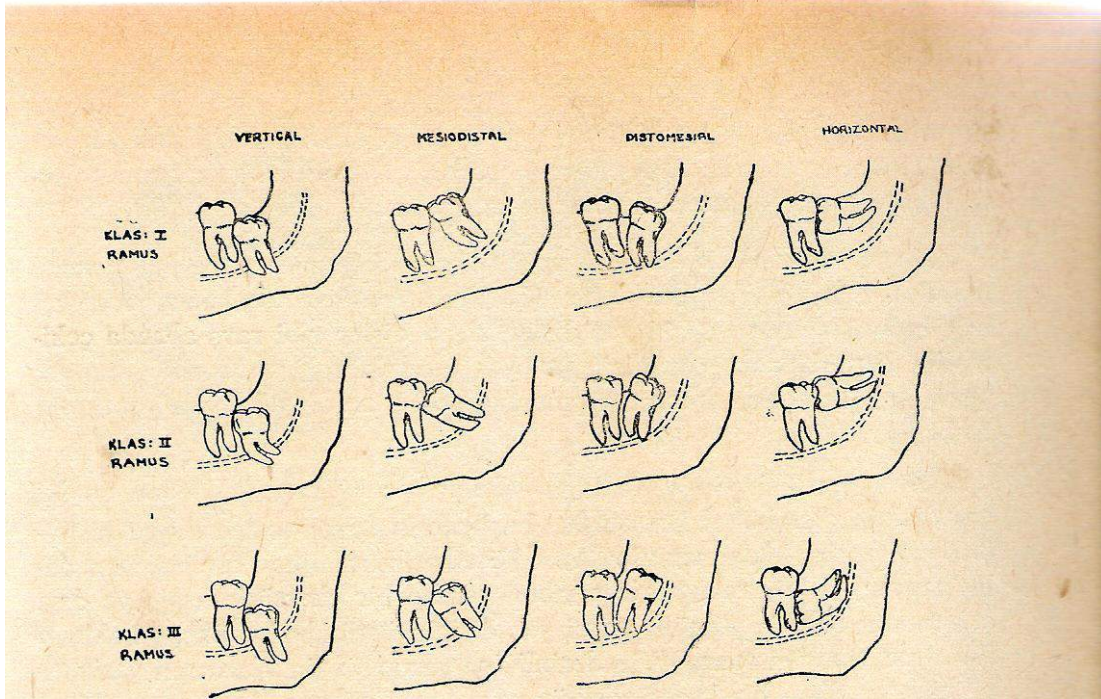
1926 da Winter sınıflandırması:



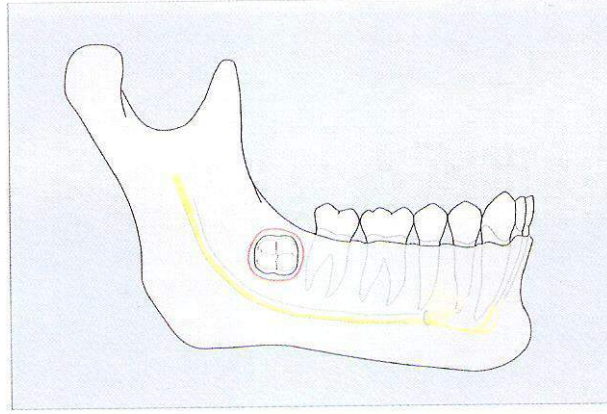
1-Vertical 2-Horizontal 3-Distoangular

4-Mesioangular 5-Buccaangular 6-lingoangular diye sınıflandırır.

Pell ve Grogory (1942) Alt çene ramusu ve ikinci büyük azı dişleri arasındaki mesafe ile alt sekizin mesiodistal boyutuna göre:



Klası-I- Klas-II- Klas-III olarak sınıflandırılır.Ayrıca bu dişler Transversal konumda bulunur.

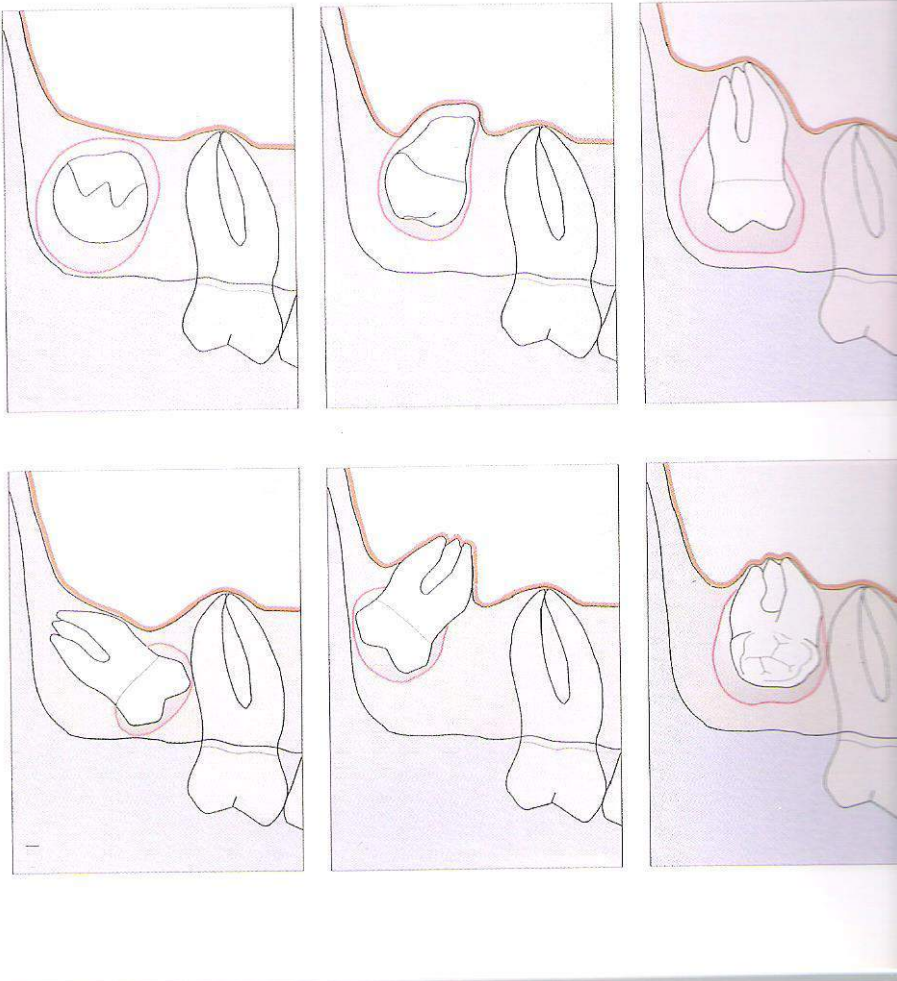


mandibulada

transversal görünüm.

ÜST ÇENE YİRMİ YAŞ DIŞLERİ:Burada gömülü dişler nispeten yumuşak olan tuberozitenin içindedir.Üst yirmi yaş dişini oniki

Yaş dişinin distaline göre değerlendirirsek:



1-Oniki yaş dişinin distali ile kron kronadır.

2-Yirmi yaş dişi daha derindedir ve oniki yaş dişinin distal yüzüyle kron boyun ilişkisindedir.

3-Üst yirmi yaş dişi çok derindedir,oniki yaş dişinin distal yüzüyle kron kök münasebetindedir.

4-Burdada transversal konum görülebilir.

Yine üst yirmi yaş dişleri oniki yaş dişinin distaline göre olan pozisyonlarına ve açılara görede değerlendirilir.

Ayrıca yirmi yaş dişlerinin tümü:

A-Mucoza retansiyonlu B-Yarı mucoza,yarı kemik retansiyonlu

C-Kemik retansiyonlu olarakta nitelendirilebilir.

Operasyon planlamasında ve uygulanacak yöntemlerde bu pozisyonların iyi incelenmesi gereklidir.

Bazı müellifler yirmi yaş dişlerinin ağızda tutulup faydalanabilirliklerinden bahsederlerse de,Ben her türlü şartta yirmi yaş dişinin olası komplikasyonları açısından tespit edildikleri anda alınması düşüncesindeyim.

Yirmi yaş dişlerinin operasyonlarının ;Bulut Altay'ın anlatımı ile

Cerrahi teknik ve zamanlama açısından değerlendirirsek:

1-Enükleasyon:Yirmi yaş dişinin germi 8-9 yaş aralarında radyolojik olarak tespit edilebilir ve basit bir küretajla elimine edilebilir.

2-Lateral trepanasyon:14-15 yaş sürecinde yine radyolojik olarak tespitten sonra henüz kök gelişimi olmamış,kalsifiye haldeki diş kronunun kemikte açılacak bir pencere ile elimine edilebilir.

3-Erüpsionu sağlama amacıyla üzerini açma:

Kısmi olarak sürmüş yirmi yaş dişinin üzerindeki perikronal doku,hem dişin fonksiyonel olması,hem de karşıt dişin yirmi yaş dişinin üzerindeki yumuşak dokuyu travmatize etmesini önlemek amacıyla local eksizyon veya elektrokoterizasyonla bertaraf edilmesidir.Genellikle pratik olduğu için Koterizasyonu tercih ediyoruz.

4-Tam cerrahi çekim:Gelişimini tamamlamış yirmi yaş dişinin gömülü kaldığı yerden alınmasıdır.

5-Transplantasyon:Yirmi yaş dişinin eksik olan 1-2 nolu azı dişlerinin yerine naklidir.(Çağımızda gelişen implant yöntemlerini düşünürsek bence transplantasyon zahmetli bir iştir.)

(Bakınız:Fatih Özyürük-Diş Transplantosyon u ve Gömülü Yirmi Dişi Olgusu)

OPERASYON ÖNCESİ DEĞERLENDİRMELER

Cerrahi işleme başlamadan önce panoramik veya lateral filimler ile bölge değerlendirilir ,komşu dişle olan ilişki incelenir.Bölgedeki kemik yapısı görüldükten ve operasyona karar verildikten sonra hastaya operasyon öncesi yapılması gerekli protokol uygulanır.

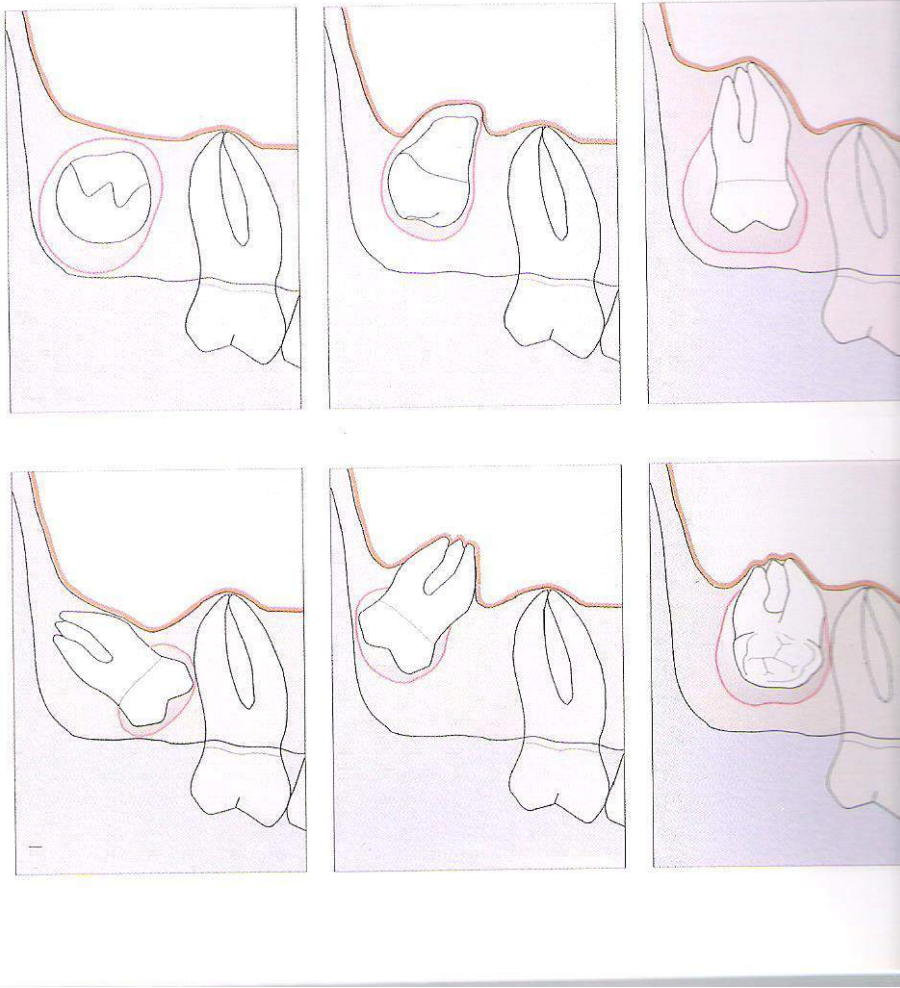
Her şeyden önce güzel bir anestezi yapılarak bölgenin tam olarak nervbloke edilmesi lazımdır.Üst çenede Maxiller ve Platinal bölgeden,altçenede Mandibular ve Mental anestezi genellikle yeterliyse de alt çenede buccal vestibul ve ağız tabanına locaregional anestezi de yapılabilir.

Not:Yirmi yaş dişinin abseli olması durumunda kanaatime göre üzerinde kapuşon ve kemik retansiyonu olmayan yirmi yaş diş post operatif takip önlemleri alınarak çıkartılabilir.

Bu uygulamada operasyonu yapan hekimin, diş kolayca çıkarılabileceğine ve anesteziyi sağlayabileceğine karar vermesi gerekir.Aksi halde absenin geçmesi ve soğuk halde müdehale gerekir.

Üst Gömülü Yirmi yaş dişlerinin çekimi

Maxiller üçüncü molarların gömülü kalması mandibulaya göre daha az rastlanır. Bu büyük ihtimalle maxillada dişlerin yerleşmesi için gereken boşluğun daha fazla olduğundanır. Maxiller üçüncü molarlar genellikle bukkale eğilimli ve mucozanın hemen altında bulunurlar. Bu bölgede perikronite sıklıkla rastlanmaz. Maxiller üçüncü molarla ikinci molarların köklerinin gerçe yapışıklığı nadiren görülür.



Üstte çeşitli gömülülük tipleri görülmektedir. Üst birinci sırada

Sol 1-Diş tomurcuğu Ortada 2-Tamamlanmamış diş kökü

Sağ 3-Normal yn ve konumda yerleşen gömülü diş.

Alt sırada:Sol1-Meziyale devrik diş Orta2-Distale devrik diş

Sağ3-Buccaplatinal yönde yerleşim.

Üst Gömülü Yirmiyaş Diş Çekimi ncesi Değerlendirmeler

1-Post operatif değerlendirmede her Őeyde nce Panoramik Film elimizde olmalıdır.Bazı durumlarda Lateral Sefolometrik ve Anteroposterior kafa filmleri gerekebilir.Gerekirse BT istenebilir. Ayrıca periapikal film kök Şekil ve konumunu daha iyi gösterir.Radyografik filimde Mandibuler kas yapıları genellikle maxilla üzerine superpoze olurlar.

Anatomi

Burda dikkat edilecek husus kemik oluşumları ile olan ilişki ve oniki yaş dişinin pozisyonudur.üst çene yirmi yaş dişinin arkasında içi sponjiyz kemikle dolu üst çene tuberositesi vardır.Bazı durumlarda diş ince bir kortical kemikle sarılı vaziyette tamamen tuberositenin içindedir.Bir diğer önemli husus gömülü üst üçüncü moların üst mesial tarafında üst çene sinüsü bulunur.Buradaki kemik kalınlığı çeşitli olup SİNÜSÜ PERFORE etme ihtimali vardır.

Üst çene buccalde yumuşak dokular yer alan yağ dokusu ve Cranial istikamette uzanan Posterior Superior Alveolar Artere dikkat etmek gereklidir. Paletenal arter bilindiği gibi Palatinal Foremenden çıkar. Maxiller ve Nasal sinüsler yakın olabilirler.

Anestezi

Burda üst molarlara yaptığımız rutin anestezi tekniğini uyguluyoruz. 1-Tüber anestezi 2-Platinal anestezi 3-Üst birinci moların vestibülünden infiltrasyon anestezisi.

Operasyon

Her şeyden önce bölgede yapacağımız insizyonla oluşturacağımız kemik yarası operasyon sonunda sıkıca kapatacağımız bir şekilde olmalıdır.

Üst üçüncü gömülü dişin kronları genellikle buccale yönelik olduğundan buccalde hazırlanacak bir fleple ulaşmak kolaydır.

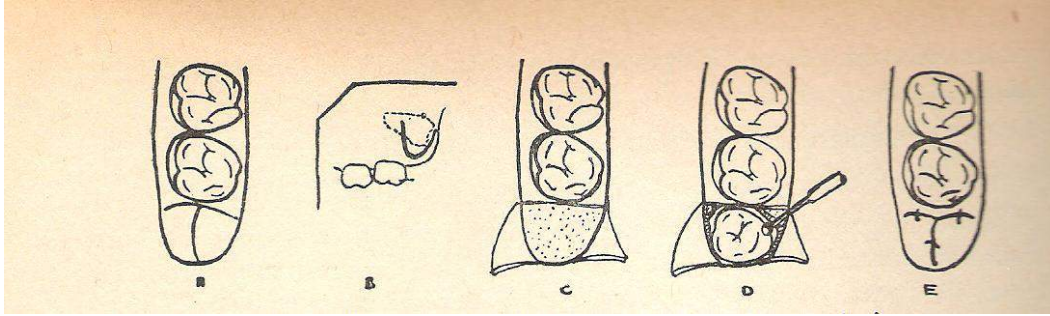
İkinci Moların mezialinden dik yönde yapılan bir kesi aynı dişin

Diş eti içinden distale doğru taşınır ve son olarak platinal yakın kısımda ,tüber üzerinde uzatılır. Maxiller sinüsün perfor edildiği durumlarda bu tip flepler komplikasyonsuz iyileşmeye sebep olurlar.

Bir çok çeşit mücoperiost insizyon tarif edilmiştir. Genellikle

Klasik (T) şeklinde insizyonlara pratikte daha çok rastlıyoruz.

Mucaperiyosteum lambosu kaldırılır ,yukarı ve içe doğru ekarte edilir.Burda dişin mucoza retansiyonlu veya kemik retansiyonlu olma durumu değerlendirilir.Şayet sadece mucoza retansiyonlu ise dişin mesial tarafından dikkatli bir şekilde bir Cryer elevatörü ile girilerek kuvvet sarf edilmeden diş distobuccal yönde hareket ettirilerek lükse edilmeye çalışılır Tüber maxillada kırıklara neden olmamak için kuvvet sadece distal doğrultuda uygulanmamalıdır.Genel olarak bu hareketimiz kolay işler çünkü tüberozitenin kemiği gayet yumuşaktır.

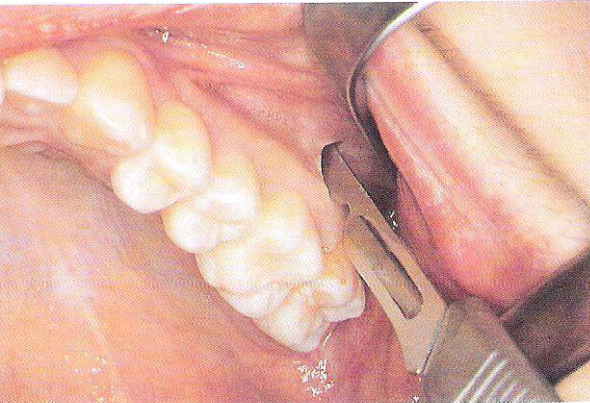
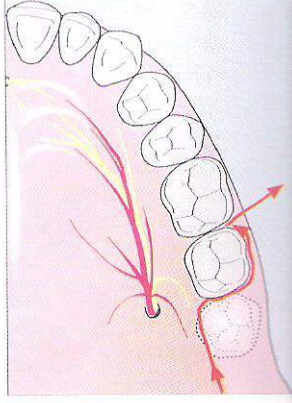


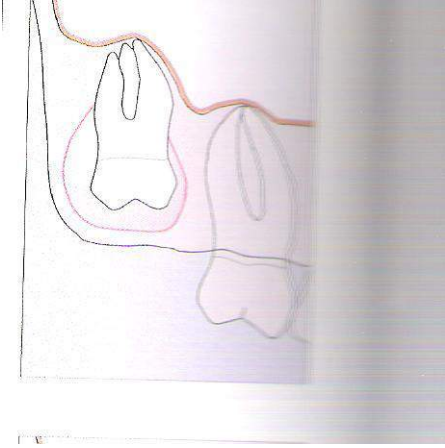
Yukarıda klasik (T) insizyonla yapılan bir işlem:a-Klasik insizyon b-Yukarıdaki vakalarda yapılacak insizyon c-muozanın açılması d-Kemiğin freze edilip(burada diş kemik retansiyonlu) dişin çıkarılması d-Sütür.

Aşağıda :

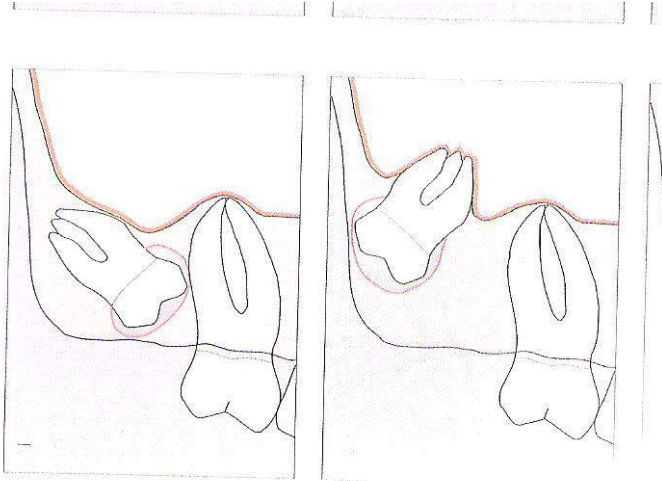
Üst 3 ün kronları buccale gelecek şekilde konumlandığından Buccalde hazırlanan bir flep yine ikinci moların mesialinden

dik yönle diş eti içinden distale uzanan flep gözükmemektedir.





Bu şekildeki gömülü dişin kronuna buccal yönden ulaşılarak platinala yerleştirilen cryer elavatörü ile distobuccale doğru lüxe edilmeye çalışılır.



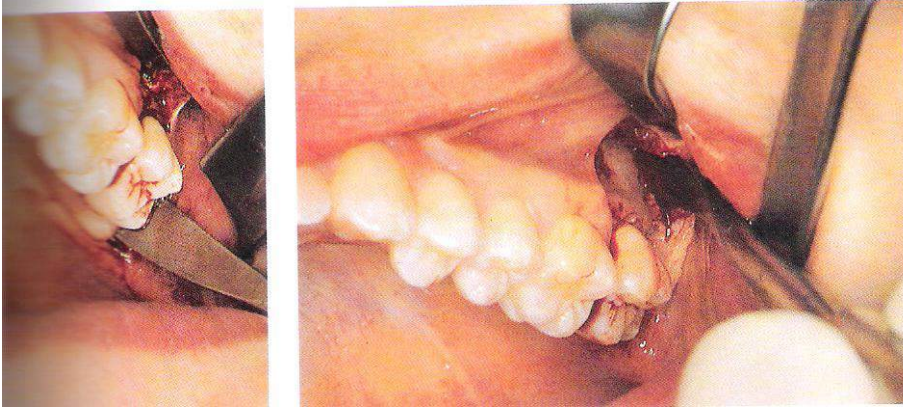
Üçüncü molar ile ikinci molar çok yakınsalar ,kron ile kökün anatomik yapıya göre kesilerek çıkarılması gerekir.Elavatörle uygulanacak kuvvet her zaman apicalden kronele doğru olması gerekir.

Eğer ikinci molar diş ile temasta ise üçüncü moların mutlaka

kesilerek parçalar halinde çıkarılması gereklidir. Eğer temas yoksa cryer elevatörü platinal yönden kullanılarak diş lüxe edilir.

Ostektomi:

Kaldırılan mücoperiost flep langenbeck ekartörü ile cerrahi alandan uzaklaştırılır.

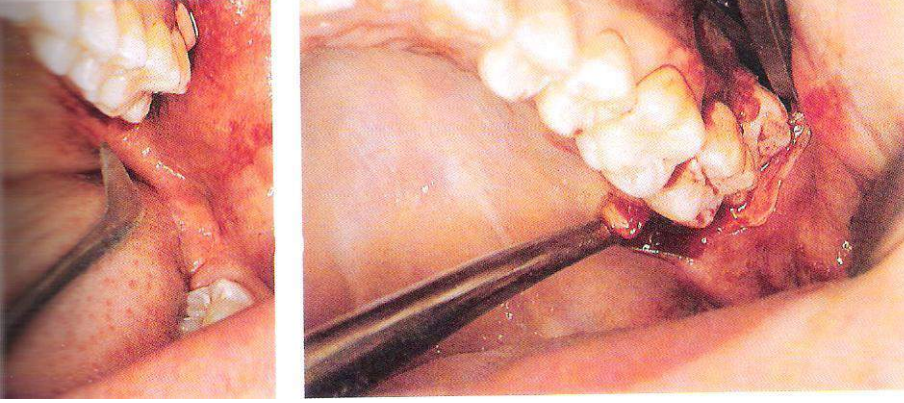


Osteoktomy

süresince bir periost elevatörü yumuşak dokuları korumak için kemiğe dayalı tutulmalıdır.(sol da) Periost elevatörünün tüber bölgesindeki konumu.

Diş çekimi:

Gömülülük durumunda çekim için yeterli alan sağlandıktan sonra platinalle yerleştirilen cryer elevatörü distobuccal yönde fazla baskı yapmadan hareketlendirilir.



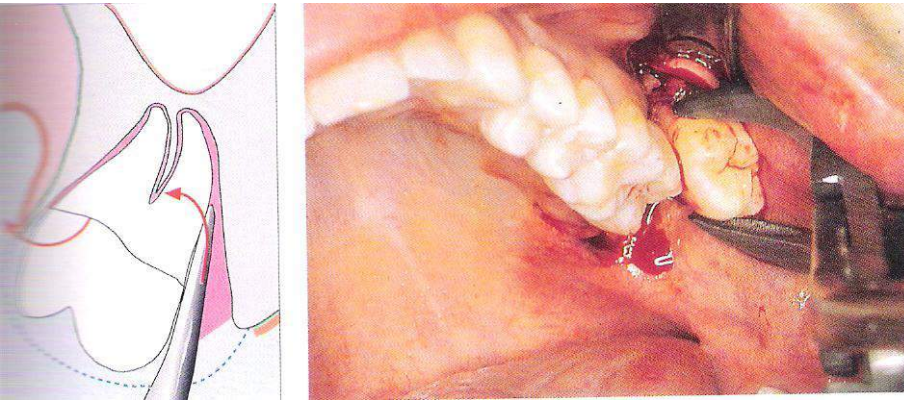
Cryer ele-

vatörünün dişin platinaldeki pozisyonu üstte gözüktüyor.

Yumuşak dokuların korunması:

Diş uygun bir davya ile tutularak çıkarırken,ekartör dişin

Yumuşak dokuya kaçmaması için yerinde tutulmalıdır.



Elevatörün

Platinal yerleşimi ve dişin çıkarılma yönü(kırmızı oklar)

Bu usullerin dışında sinüs maxilla nın içinden girilerek dişin

çıkarılmasını zorunlu kılan haller vardır.

Dişsiz çenelerde gömülü üst yirmi yaş dişleri:

Dişsiz olan çenelerde genellikle gömülü yirmi yaş dişleri rontgenle görülür. Bu tip hastalar ileri yaşlarda dişlerini çekirmiş olduklarından yirmi yaş dişlerinin orijinal pozisyonlarında bir bir değişiklik olmaz. Sadece alveol çıkıntısının veya kenarının protez kullanmaktan doğan travmatik resorpsionu sonucu bir müddet sonra yapılmış protezin altında yirmi yaş dişinin uçunun görülmesi mümkündür. Bütün bunlardan dolayı bize genellikle protez için müracaat eden hastaların bir panoramik filmi almakta kanaatimce fayda vardır.

Bazende oniki yaş dişi ile yirmi yaş dişi gömülü kalmıştır. Veya On iki yaş dişi normal çıkmış buna mukabilen dördüncü büyük Azı denen süpernümerer bir diş daha oluşarak gömülü kalmıştır. Bu nadir durumda dahi uygulama tekniği, insizyonu biraz uzatmaktan başka değişiklik göstermez.

Çekilecek olan dişin kökleri açılsa buccal yönden yanaşmalıdır. Dişi kesmek gerektiğinde buccal yönden diş kronunda bir oluk hazırlayıp bir elavatorle diş ikiye bölünür. Gerekliyse dişin kökleri de yine aynı yönden kesilerek cryer elevatörü ile çı-

karılır.

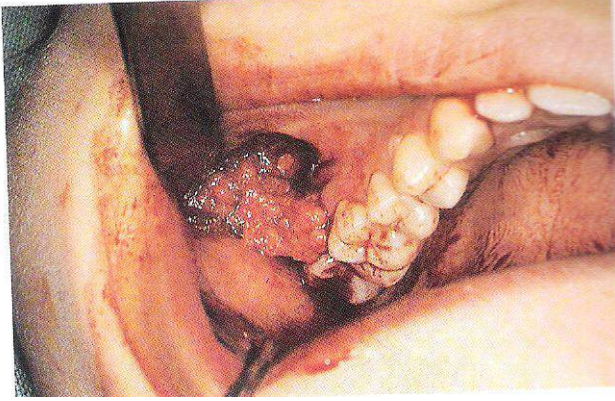
Yara tedavisi ve bakımı:

Operasyon sonunda oluşabilecek bir sinüs perforasyonu çekim boşluğu künt bir aletle kontrol edilip ayrıca hastanın burununu kapatıp hava vermesi manevrasıyla tespit edilebilir. Bu durumda flepler dikilirken daha sıkı kapatılmalıdır. Yine çekim yerinde keskin kenarlar düzleştirilip, folikül artıkları çevre periyodontium a zarar vermeden temizlenmelidir. Ayrıca hasta aksırırken ağzını açması önerilip, amfizem riski olan hastalarda antibiotik uygulanmalıdır. (Ben rutin olarak postop, antibiotik , ödem çözücü ve ağrı kesiciyle birlikte hastalarımı ağız gargaralarında öneriyorum) Maxiller kemik iyi kanlanan trabecüllü yapıda olduğundan çabuk iyileşir. Yaranın günlük bakıma ihtiyacı yoktur, bir hafta sonra dikişler alınır.

Operasyon sırasında oluşabilen komplikasyonlar:

Çalışma sırasında tüberde yumuşak dokularda kanama olabilir vestibulden konan bir tampon hemostazı sağlar. Damar hasarı oluşmuşsa resorbe olabilen bir dikişle bağlanmalıdır.

Cerrahi aspiratör kullanırken,bağ dokusunun altındaki yağ

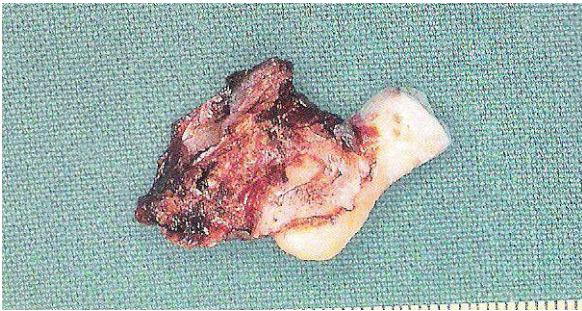


dokusunun çıkmamasına dik-

kat edilmeli ve buccal yağ dokusu titizlikle yerine konmalıdır.

Tüber kırığı:

Çekim sırasında tüberin distalinde olabilecek kırıklar sinüs Perferasyonlarına neden olabilir.Kırık tüber yerinden çıkmamışsa yerinde birekılarak sıkı bir fleple tespit edilir.



Tamamen kopmuşsa parça çıkarılıp sıkı bir fleple kapatılmalıdır.

Kök yapışılığı:Burda diş çekiminde komşu ikinci molarında çekimi gerekir.Bu durum oprasyon öncesi hastaya anlatılıp

Onayının alınması gereklidir.

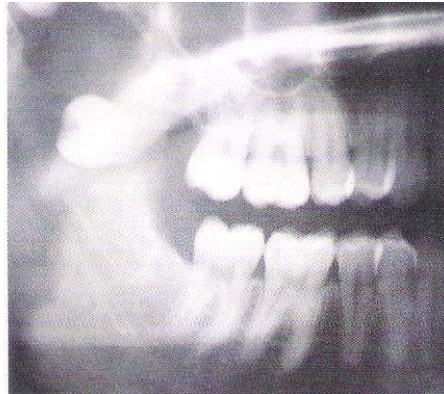
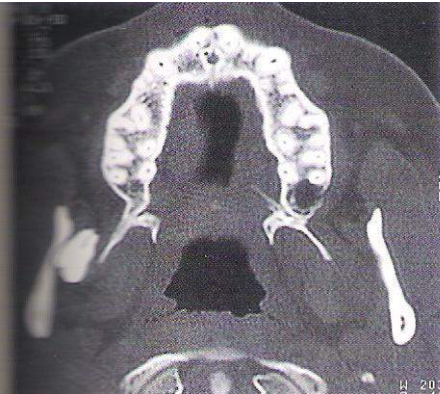


Radyografide

Gerçek yapışıklık gösteren ikinci ve üçüncü molar görülüyor.

Kökün anatomik boşluklara kaçması:

Eğer diş sinüs boşluğuna itilmişse, çıkarılmalıdır. Böyle durumda antibiotik tedavisine başlanmalıdır. Diş vestibul yumuşak dokular içine itilmişse radyografi ile yeri tespit edilir çıkarılma protokolu uygulanır.

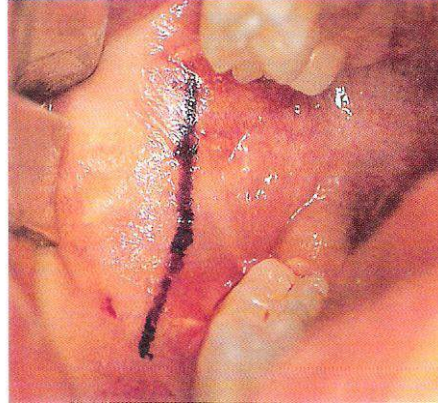
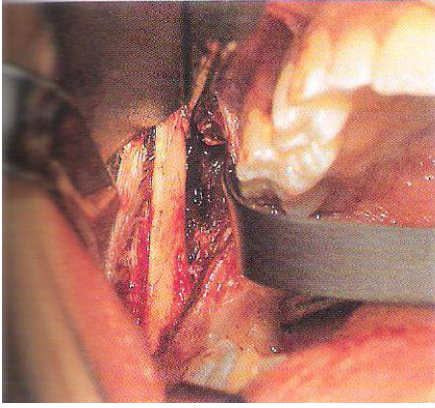


Mandibula

Ramusu ile lateral pterigoid çıkıntı arasındaki üçüncü molar

BT görüntüsü.Sağ da dişin infratemporal fossada yerleşiminin radyografisi.

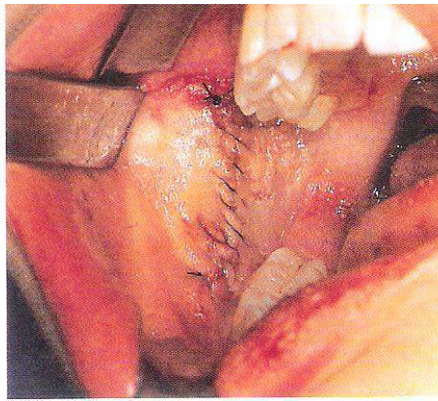
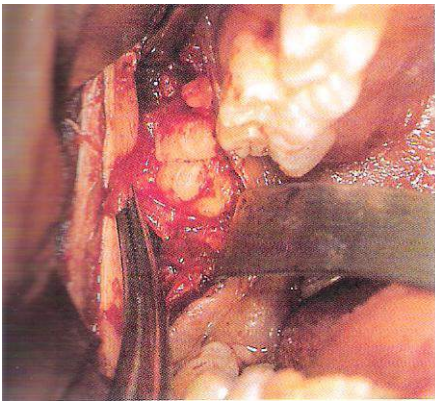
Dişin infratemporal fossadan çıkarılmasında hasta genel anesteziye alınır.



Yumuşak doku

Flebi hazırlandıktan sonra künt bir aletin ucu diş hissedilir.İnsizyon mandibulada yükselen ramus üzerindeki mucozadan Yapılır.

Diş elmas uclu bir pensle ile dikkatlice tutularak çıkarılır.



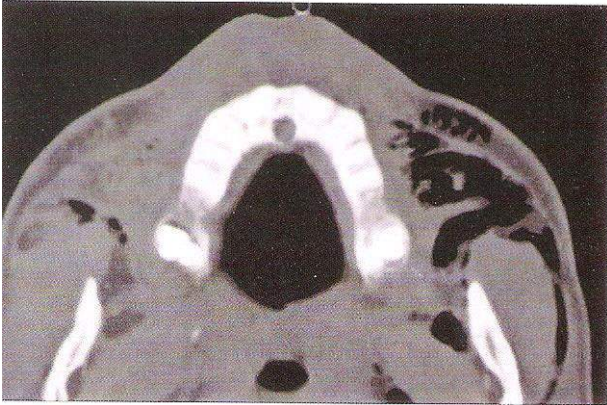
Yumuşak doku

yarası itina ile kapatılmalıdır.

Operasyon sonu komplikasyonlar:

Cerrahi işlemi takiben gelişen enfeksiyonlar en sık rastlanandır Operasyon sonu hematoma gelişirse bir dikiş açılarak drenaj sağlanır.Uzun süren cerrahi uygulamalar,yumuşak doku travması ve hematoma oluşumları sonrasında apse oluşumu görülebilir.Apseler,retromaxiller,infratemporal fossa ve hatta göz bölgesinde yayılabilir.Cerrahi tedaviye başlanmalıdır.

Sinus boşluğu açıldığı ve periostun zedelendiği hallerde yumuşak dokular içine hava kaçabilir.Hastada baskıda hassasiyet,hızla gelişen şişlik ve krepitus belirtileri bulunur.Aşağıdaki BT de sol tarafta yumuşak dokular arasına yayılan havanın görüntüsü gözüküyor.Bu hasta şişliğin çekimden birkaç saat sonra burnunu boşaltırken oluşan basınçla aniden başladığını ifade etmektedir.



Gömülü Mandibuler Üçüncü Molar Dişlerin Çekim

Teknikleri;



Alt yirmi yaş dişlerinin cerrahi çekimleri incelerken üç temel unsuru değerlendirirsek, Bunlar:

1-Dişin şekli 2-Dişin pozisyonu 3-Dişin etrafındaki dokuların durumu. Mandibuler üçüncü molarların cerrahi çekimi en çok uygulanan ayaktan bir müdehaledir. Bu gurubtaki mandubuler sürmemiş dişlerin görülme oranı yaklaşık %84 tür. Dişin pozisyonuna bağlı olarak %97 si olduğu gibi kalır. (Venta'1993). Sürmemiş mand.3 moların görülme sıklığı büyük bir ihtimalle molar dişlerin kaybının azalmasına bağlı olarak artmaktadır. (Rajasuo ve ark.1993) Dişlerin gömülü kalması nedeni olarak büyüme ile ilgili olanlarla retromolar bölge darlıkları söylenebilir.

Sürmemiş mandibular üçüncü moların çekim endikasyonları:

1-Perikronit 2-Olası enfeksiyon kaynakları 3-Yer darlığı 4-Çürük, pulputis 5-Küçük kistler 6-Nedeni belli olmayan yüz ağrı-

Lar 7-Pataolojik gelişim ile mandibulada olası kırık tehlikesi.

8-Bazı ağız içi potetik tedavilerde hazırlık amacıyla.

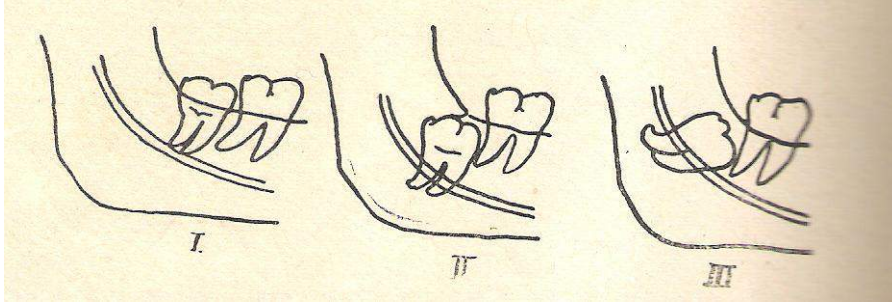
Gömülü üçüncü molar dişlerin çekilmesi için en uygun zamanlama (Pajorola ve Sailer 1994 e göre)Komplikasyon riskinin en alt seviyede olduğu 18-25 yaş arasındır.

Operasyon öncesinde hastanın tüm riskler konusunda bilgilendirilmesi gereklidir.Operasyon sonrası çevre bölgede ödematöz,şişlik,ağız açmada zorluk gibi geçici problemlerin olabileceği hastaya anlatılmalıdır.

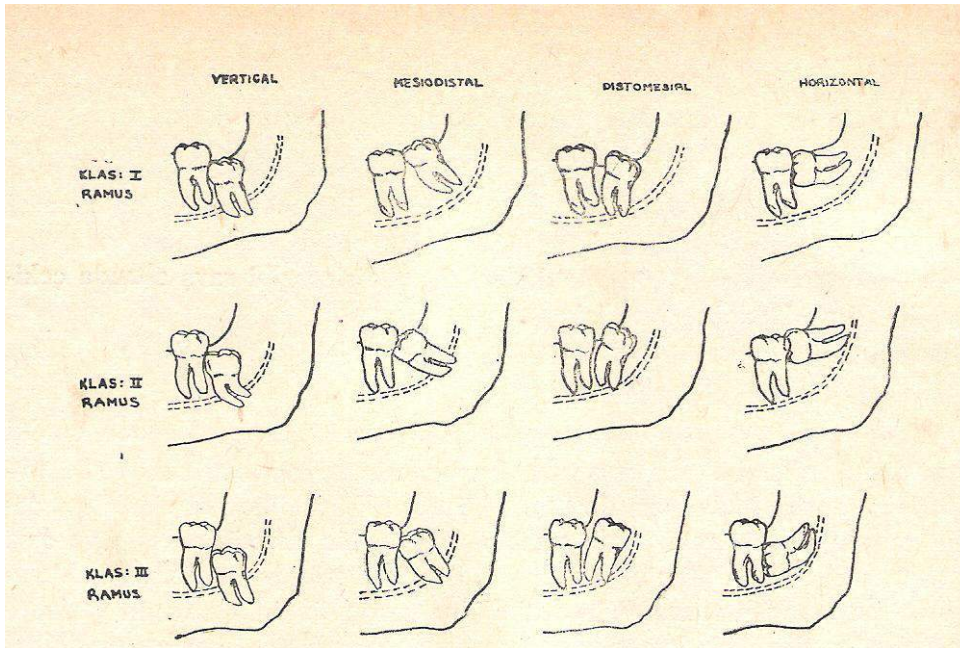
Çeşitli tiplerde alt gömülü yirmi yaş dişleri vardır.

Müdahale edilecek yirmi yaş dişinin konumu,komşu dişlerle ilişkisi.kök yapısıdeğerlendirilmelidir.

Operasyona başlamadan önce,işlemi yapacak cerrah Klinik Duruma ve radyografik görüntüye göre yapacağı müdahalenin Planını yapmalıdır.Aşağıda ramusa göre yirmi yaş dişlerinin şematik olarak yerleşimleri görülmektedir.



Aşağıda çeşitli tiplerde alt yirmi yaş dişleri görülüyor.



Bu şekillerin dışında gene oluşumlarına göre tomurcuk, az gelişmiş köklü, ve transvers pozisyonda veya çeşitli anamolik şekilde alt yirmi yaş dişleri görülebilir. Bu sebepten değerlendirmede radyografi çok önemlidir. Eğer diş mandibuler kanal ile çok yakın ilişkide ise Frontal tomografi veya radial kesitli bilgisayarlı tomografi istanabilir.

ALETLER:

Çeşitli tipte düz elavatörler

Sağ ve sol Cryer elavatörü

Cerrahi piyasemen ve anguldurva

Kök davyası

Çeşitli cerrahi frezler

BÖLGENİN ANATOMİSİ:

Burda dişin kök şekli,kron ve köklerin sinirlerle olan ilişkisi önemlidir.

Dikkat edeceğimiz: İnferior alveolar sinir :Bu sinirle üçüncü

Molar ilişkisine çok dikkat edelim.Gerekirse kronal BT istenebilir.

Lingual sinir:Bu sinirin retromolar kemikle ilişkisi çok değişkendir önceden belilenemez.Dile mandibulanın iç yüzünden Yumuşak dokuları geçerek girer.

ANESTEZİ:

Alt molarlara yaptığımız anestezi protocolu geçerlidir.

İnferior alveolar sinir bloğu,buccal sinirin infiltrasyon anestezisi. Vestibulerden infiltrasyon anestezisi genelde yeterlidir.

KESİ:

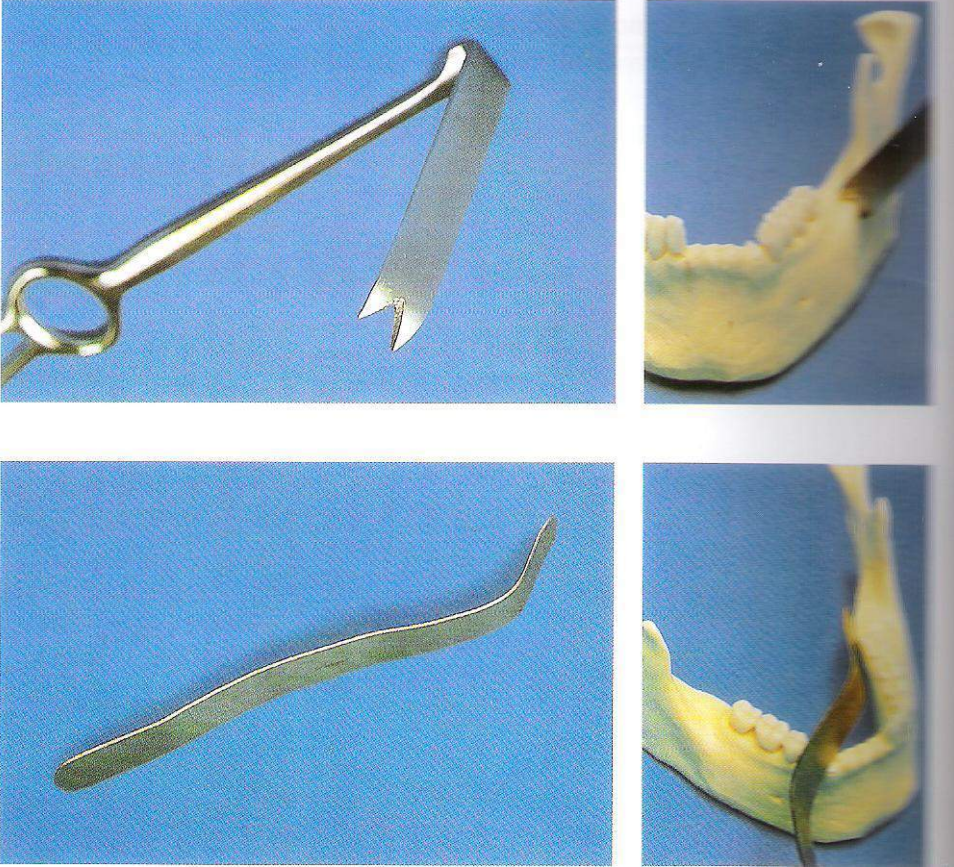
Kesi yapılırken lingual yaralanma olmaması için yükselen ramus üzerinde ki mucoza baş parmak ile gergin bir şekilde tutulur. Mucoperiostal flebin şekli operasyon sonu hesap edilerek oluşturulmalıdır. Her zaman kesiyi kapatmıyabilir açık yara şeklinde bırakabiliriz, bunuda hesap etmemiz gerekir.

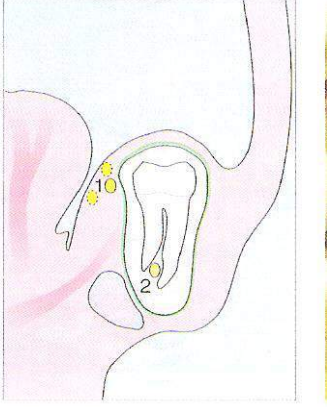
Kesi yükselen ramustan ikinci molar dişin distobuccal kenarına kadar uzanır ve diş arkı ile buccale doğru döner. Kesi bisturi kemik üzerinden kaldırılmadan bitirilmeli, bisturi ucu ile lingual taraf a zarar verimemelidir.

İkinci moların diş eti içinden distale doğru yapılacak bir kesi, Lingual sinir zedelenmesine ve hasarına neden olabilir, diğer taraftan ikinci moların distalinden dik olarak meziale açılı yapılan kesiler o bölgede kemiğin açık kalmasına neden olabileceğinden açık yara iyileşmesi yapılacak hastalarda uygun değildir.

Ağız içinde ve bilhassa mandibula nın molar bölgesinde çalışırken çevre dokulara zarar vermemek için kullandığımız bazı ekartörler vardır. Aşağıda üstte gözüken Minnesota ekartörüdür. Bu buccal yumuşak dokuları ekarte etmek için kullanılır. Uç kısmındaki çentik yükselen ramusa yerleştirilir. Diğer gözüken ve bölge anatomisine göre şekil verilebilen, lingual yumu-

şak dokuları koruma amacıyla kullanılan esnek ekartördür.

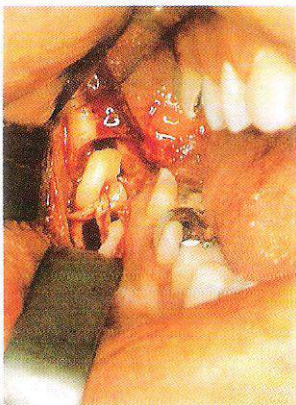
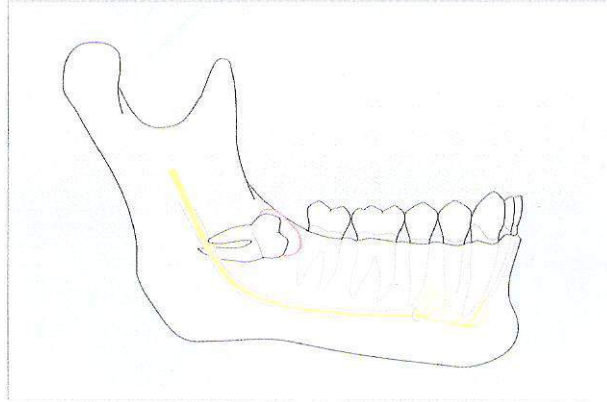
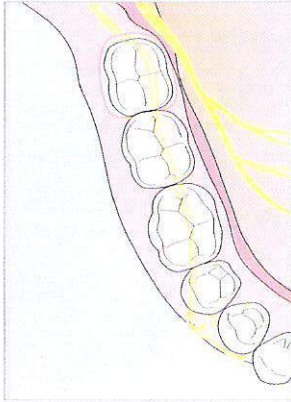




Yanda lingual sinirin sık görülen yerleşimleri

1-Lingual sinir 2-inferior alveoler sinir

Mandibular sinir alt üçüncü molarla farklı yakın ilişkiler gösterebilir.



Üst

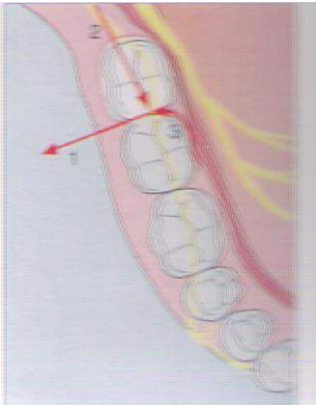
yanda hem lingual hemde mandibular sinirin bölgedeki seyri gözüküyor.

Altındaki panoramik görüntüde mandibular kanalın alt yirmi yaş dişinin distali civarında kıvrıldığı görülmektedir.Sol resimde ise alveolar sinirin üçüncü moların kökleri arasından geçtiği görülmektedir.Sinire hasar vermemek için kökler kesilerek çıkarılmalıdır.

OPERASYON:

Yukarıda bahsedilen konuların ışığı altında son bir radiografik değerlendirmeden sonra, Mandibular molar bölge anestezi protocolüne göre anestezi yapılır.

Mandibular üçüncü molar dişler :Vestibulde bir mukoperiost Flebi hazırlayıp,bukkalde yapılacak osteektomi işlemi ile çekilir.Aşağıdaki şekilde 1-vestibulde dik kesi 2-Yükselen ramustaki kesi 3-yedi nonun vestibulinde dişeti kesisi görülüyor.

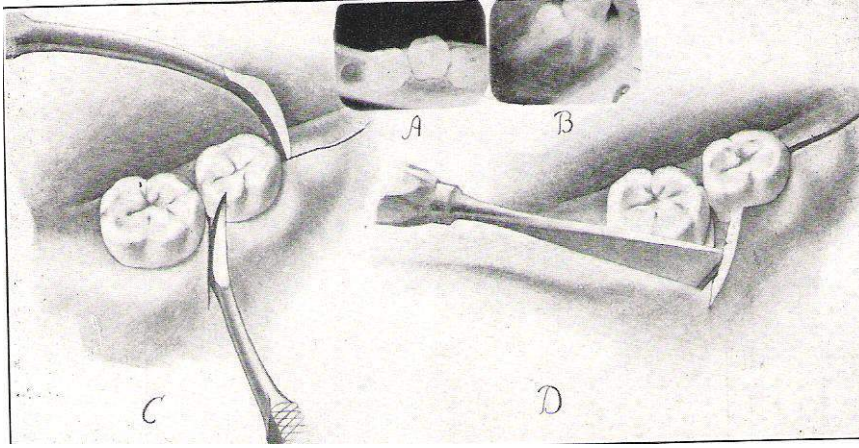


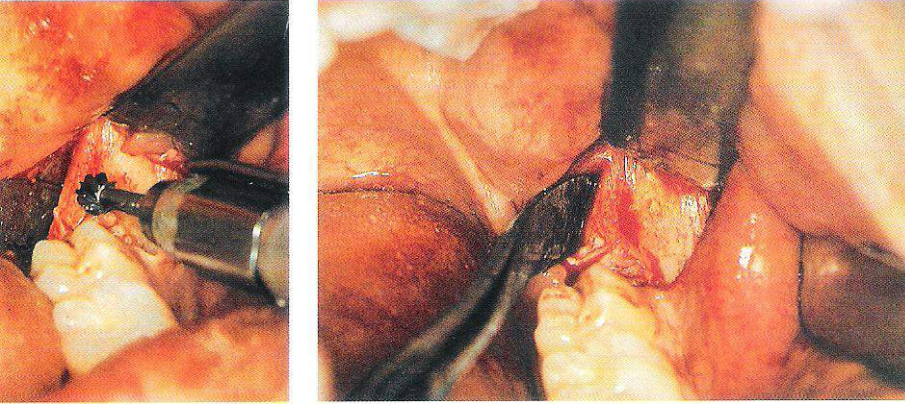
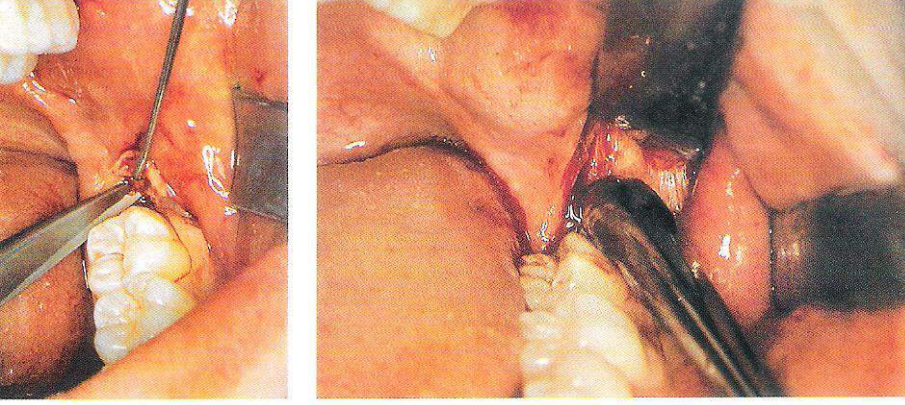
Mükoperiost kemik yüzeyinden sıyrılarak hazırlanan doku flebi yükselen ramusa doğru açılır.İkinci mo-

Lar dişin lingualindeki keside dikkatli olunmalıdır.

Aşağıda mesioanguler tip üçüncü alt gömülü dişe yapılan kesi ve flebin hazırlanması Şematik olarak görölmektedir.

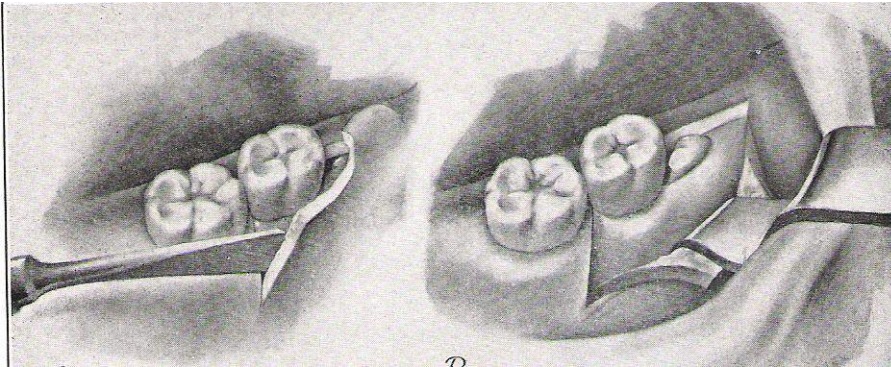
Bu işlemler sırasında civar dokuların hasar görmemesi ve korunması yukarıda bahsettiğimiz ekartörler yardımıyla mümkündür.





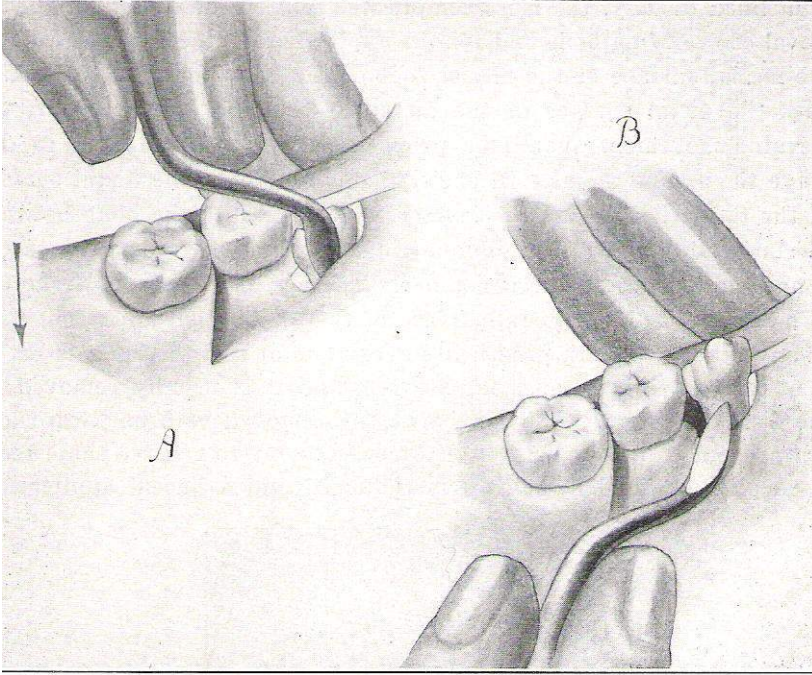
Üstte ayrıca minnesota ve esnek ekartör kullanışları görülmektedir.

Mesioanguler tip dişe yapılan



devam edersek

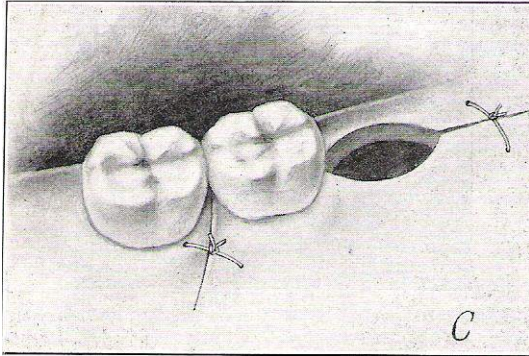
müdahaleye



Şekilde

görüldüğü gibi gömülü diş yerinden çıkarılır.

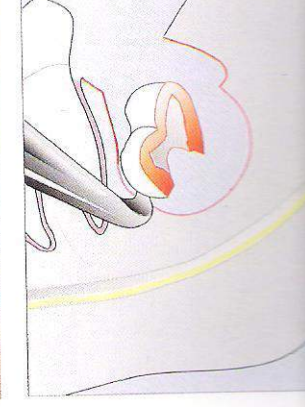
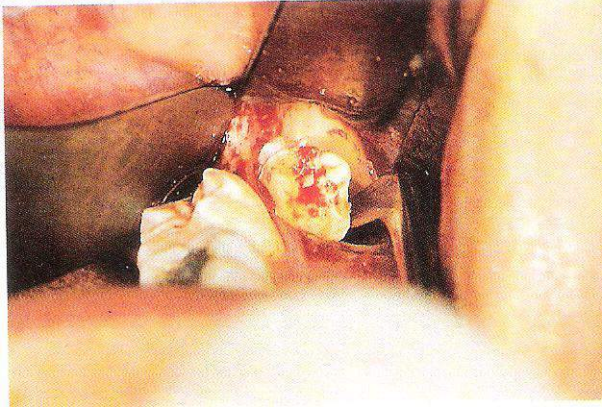
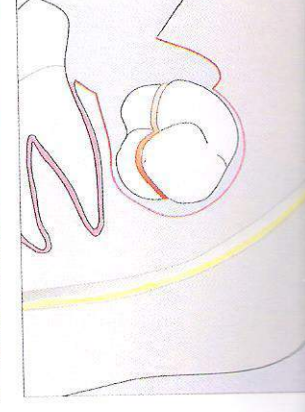
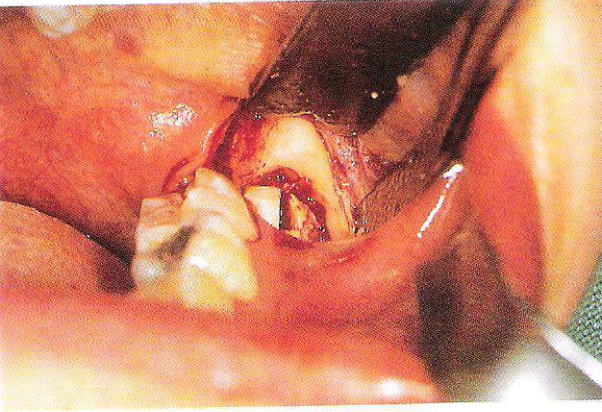
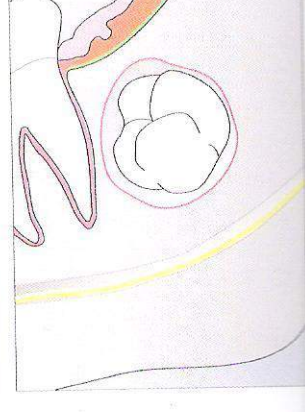
Daha sonrada yaptığımız kesi suture edilir.



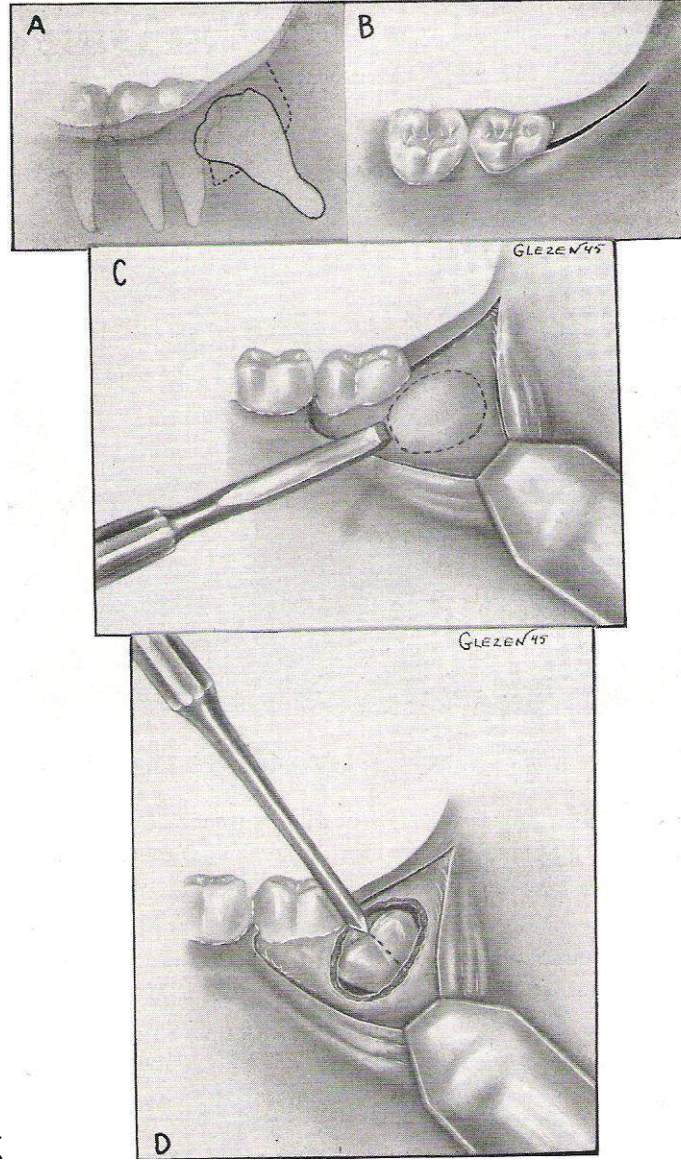
Diş Çekimi Müdahale Tipleri:

Burda 14 yaşında kökleri oluşmamış ve memran boşluğunda yer alan bir dişi incelersek:

Önce panoramik radyografi ve dişin şematik görünümü



Bukkal alanda yaptığımız ossektomiye takiben (Burda elavatörle müdahaleden kaçalım zira diş alveol içinde yuvarlanır.) dişi okluzalinden Aşağı doğru ikiye bölüyoruz. Daha sonra cryer elavatörü ile kesilen parçaları çıkarıyoruz. Burada karpit frez kullanmayı tercih ediyoruz.



Bir başka çek
glezenden alınmıştır)

im,(şema

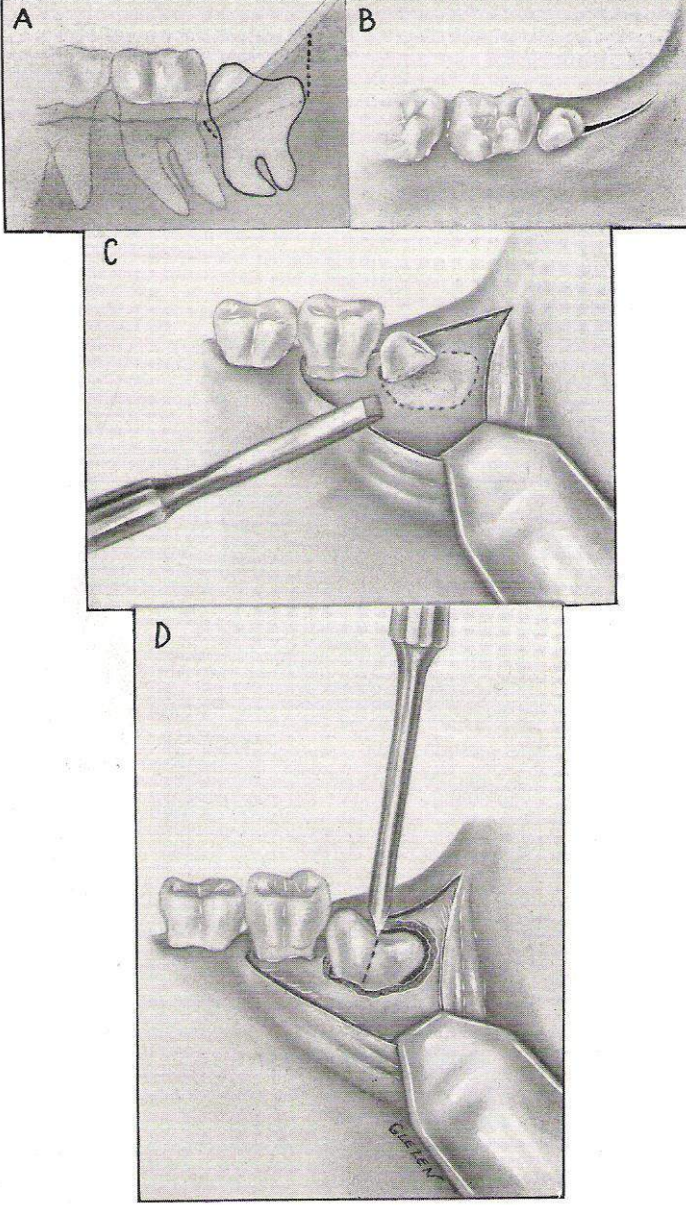
A-Dişin pozisyonu

B-İnsizyon

C-Osteotomi

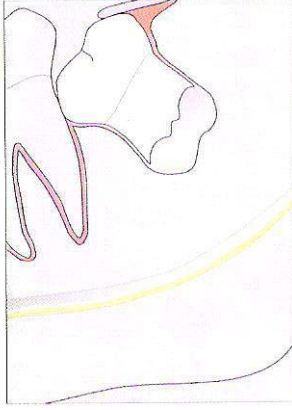
D-Dişin bölünmesi

Distoanguler bir pozisyonu incelersek:



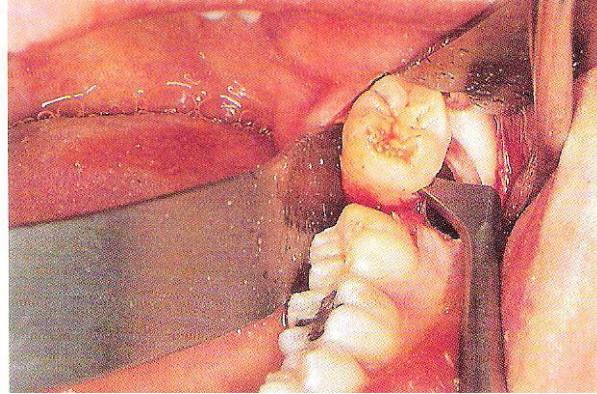
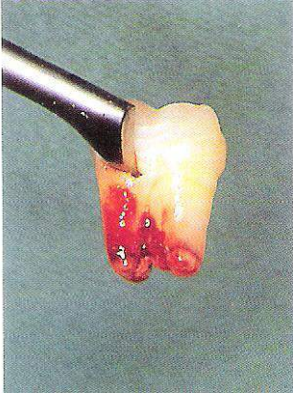
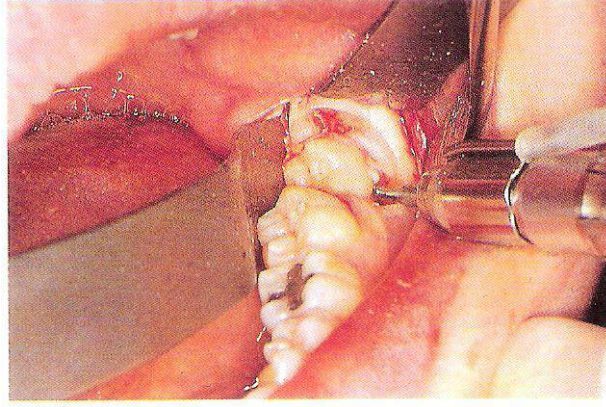
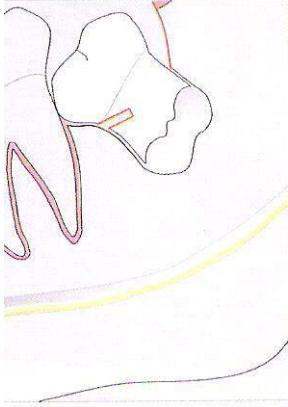
Aynı protocolle dişi
bölerek çekime hazırlıyoruz.(şema glezenden alınmıştır)

Bir başka çekim aşağıda olduğu gibi:Radiografide 18 yaşında bir hastaya ait kök gelimini tamamlamamış bir gömülü üçüncü molar görülmektedir.Ortodontik amaçla çekilmesi istenmektedir.



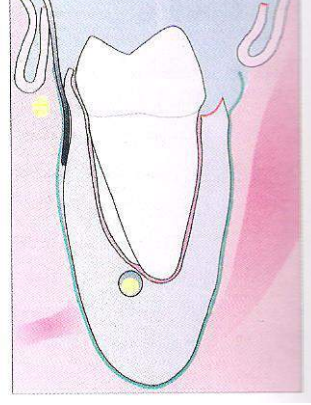
Burda buccal

Ve distal osteokyomiye takiben dişin mesial kısmından bir oluk hazırlanır.Bu oluğa takılan bir cryer elavatörü yardımıyla diş yükseltilerek alınır



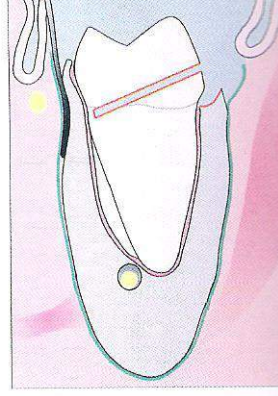
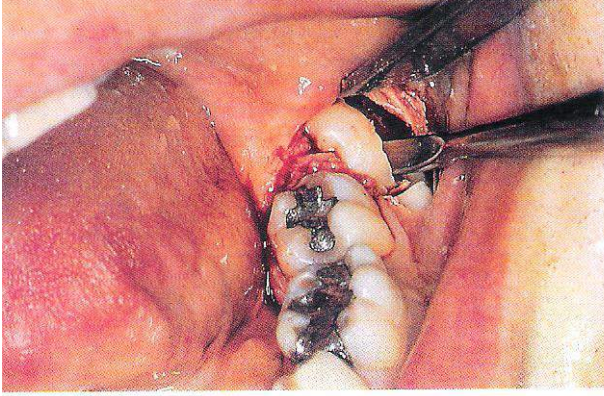
Bir başka çekimde vertical konumda bulunan gömülü bir üçüncü moları değerlendirelim.İncelememizdeki dişin kök

Uçları mandibular kanala uzanmaktadır.Operasyon sunucunda bir duyu bozukluğu gelişebilir.



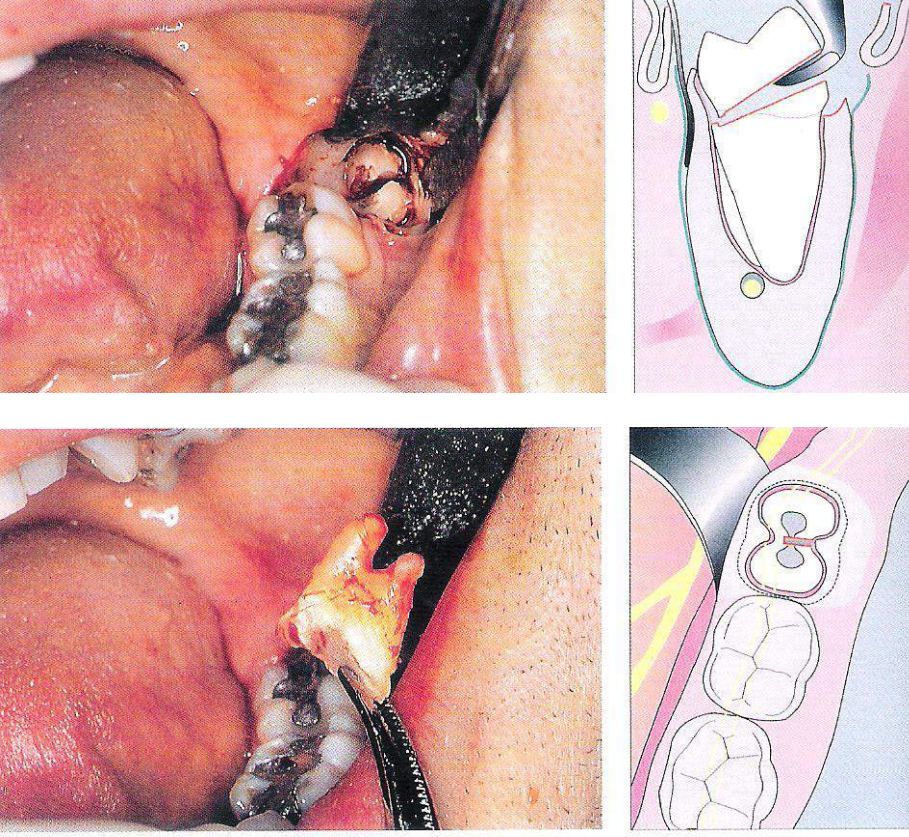
Buccal flep i

kaldırdıktan sonra,üste minnesota,lingualde ise yumuşak dokuları ve lingual siniri korumak için esnek ekartör kullanırım.Önce kronun kökle birleştiği noktadan fissur frezle kesip bir elavatörle kronu çıkaralım.

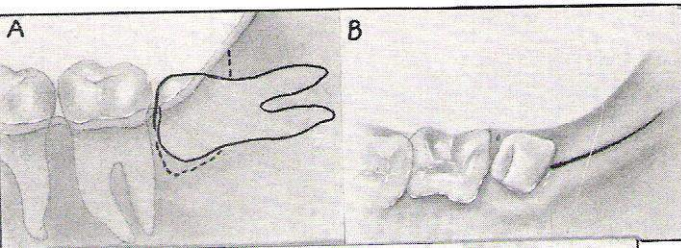


Daha sonra

kök şekillerine bağlı başka kesiler yapılır ,genellikle ben dişleri Vertical istikamette ,horizontal olarak ikiye ayırıyorum.Opresyon boyunca esnek ekartör lingualde durursa bir emniyet sübabı olur.Aşağıda kronun kökten ayrılması ve sonraki oluk kesileri görülmektedir.Kökler kesildikten sonra lüxe edilip çevre dokular korunarak bir creyer elavatörü vasıtasıyla(bazende köklere yerleştirilmiş tirnef yardımıyla)çıkarılabilir.

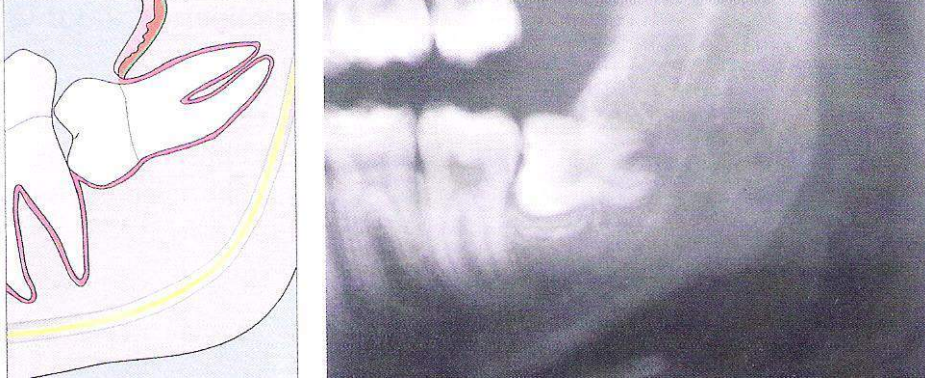


Şimdide horizontal pozisyonda 2ci molar dişe devrik bir gömülü 3 no yu inceliyelim.Aşağıda kısmen mucoza ve kısmen kemik retansiyonlu gömülü diş,

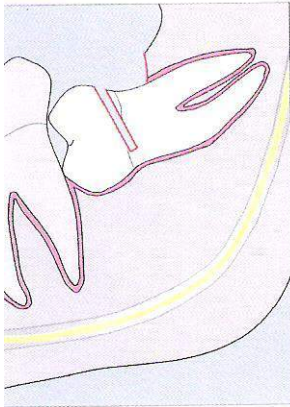


ve yine aşağıda görüldüğü panoramik radiografisi görülen gömülü diş kronuna hemen komşu olan kemikte kronik iltihaba bağlı olarak gelişen sklerotik alana sahip bir gömülü

Dişi inceleyelim.



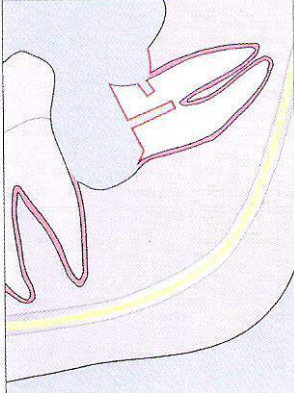
Değerlendirmemizi yaptıktan sonra krona buccal yönden yaklaşarak vertical yönde keseriz.Sonra kronu çıkarırız yalnız esnek ekartör lingulde koruma görevine devam etmelidir.



Daha sonra kökleri keseriz.

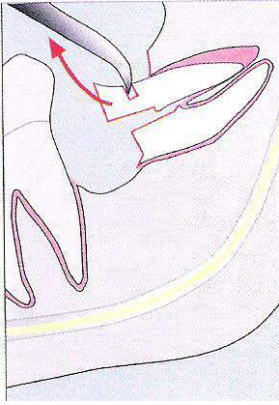
Köklerin ayrılması için horizontal istikamette fissur frez yardımıyla kesimi yaparız.(aşağıda görüldüğü gibi)Yine şekilde olduğu gibi köklere Cryer elevatörünün yerleşebileceği

daha küçük oluklar açarız.



Kökleri böldükten sonra hazırladığımız küçük

oluklara Cryer elevatörünü yerleştirip kökleri çıkarırız.

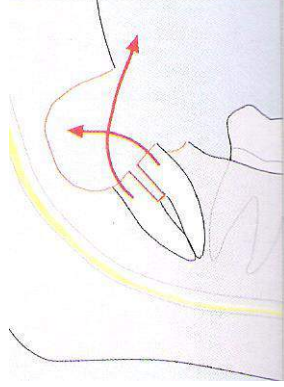


Gömülü diş distale devrik olabilir.



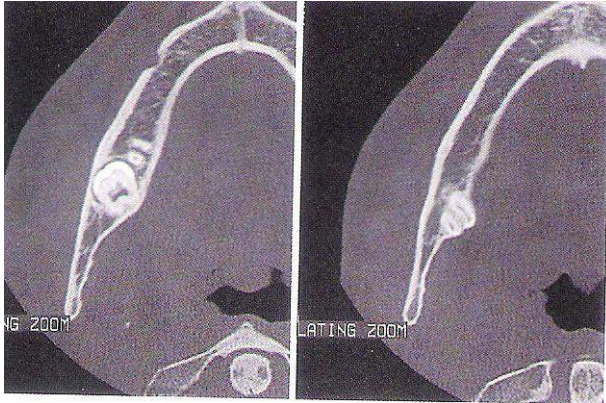
Diş kökü ile mandibular kanal arasındaki çok yakın ilişki görülmekte ayrıca dişin mesialinde derin bir çürük gözükmemekte. Daha önce uyguladığımız metod-

ların ışığında kronu çıkarıyoruz.Kronu çıkarınca olan boşluğa

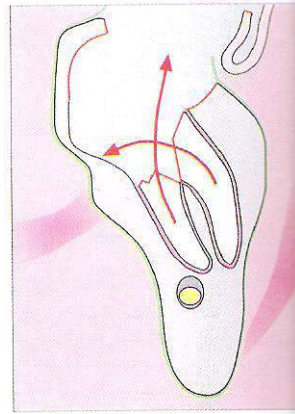
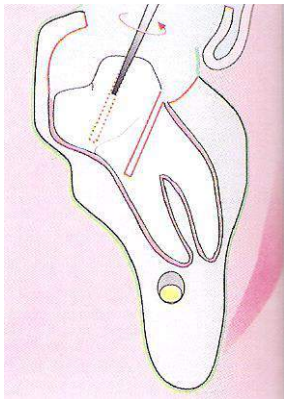


kökleri yükseltebiliriz

Asağıdaki BT de görüldüğü üzere alveol kret içinde yatay yönde yerleşen gömülü 3.cü molar gözükmemekte,Enfeksiyon odağı olduğu için çekilecektir.



Buccalde hazırlanan fleple ulaşılan diş kronu daha önce anlattığımız metodlarla kesilip



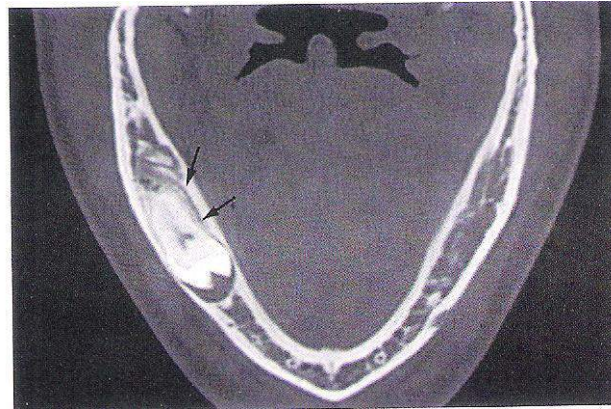
çıkartılır.

Kökler eğimlerine göre farklı yönlerde hareketlendirilip alınır.

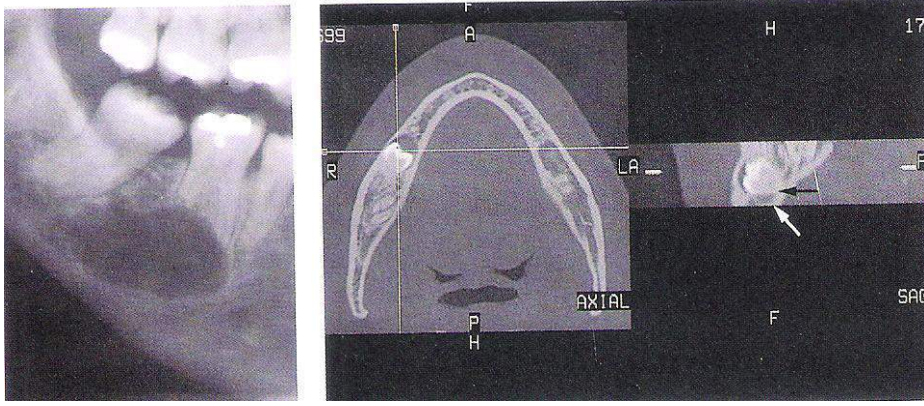


Ektopik yerleşimler ve Patolojiler:

Sıradışı yerleşimli anormal gömülü üçüncü molarların operasyonlarından önce dikkatli bir klinik ve radyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Burada hekimin bilgi, beceri ve tecrübesi çok önemlidir. Bazen yapılması gereken işlemler çok karışıktır ve çok sayıda farklı teknik kullanmak gerekebilir. bazende hastanın hospitalize edilerek müdahale gerekebilir.



Üstte görülen mandibuler üçüncü nolar bir kist boşluğu içinde yer alıp mandibular kanala çok yakındır. Rontgende ikinci moların distal kökündeki rezorpsionu görülmektedir. Çekimden 7 ay sonra alınan Aksiyal BT görüntüsü:

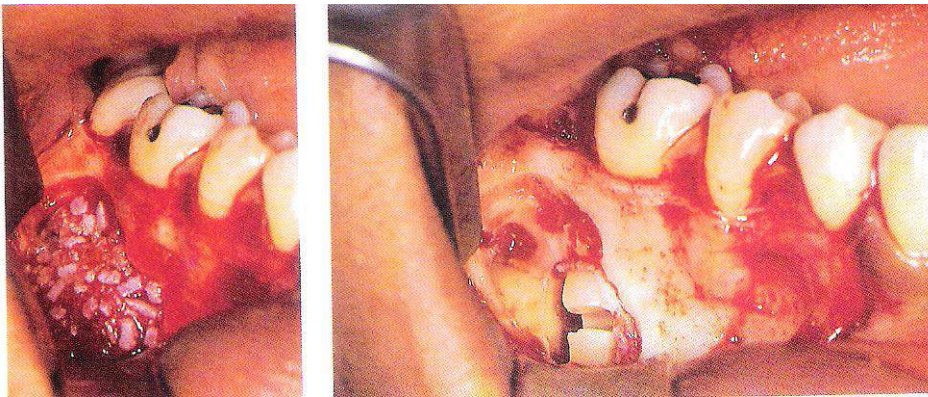


Sagittal yönde

Alınan kesitlerde gömülü diş ile mandibular kanal arasındaki ilişki net şekilde görülmektedir.

Yukardaki işlemde buccal yönde geniş bir flep hazırlanarak diş Kronu ve kökü parçalar halinde çıkarılmış ve inferior alveolar sinir lingual ve kuadal yönde takip edilmiştir.

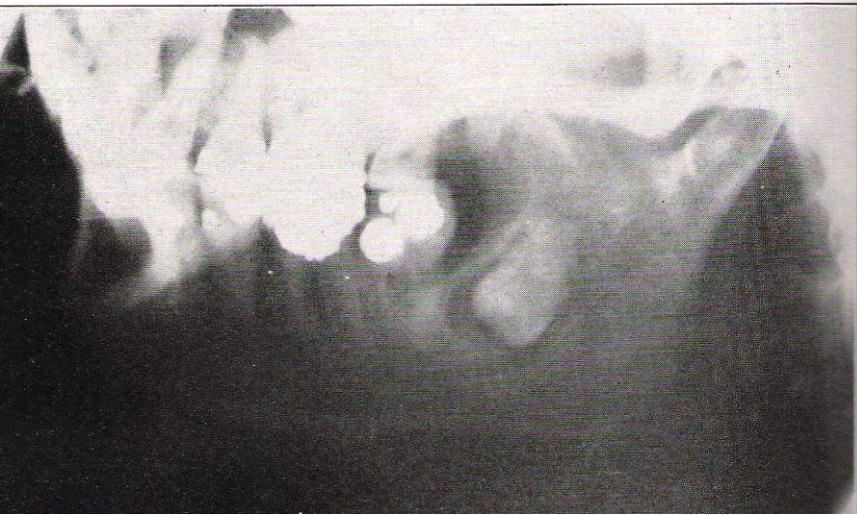
Geniş kemik defekti primer kapatılmadan önce liyofilize kıkır-



dam kemikle

doldurulmuştur.

Aşağıda kendi çıkardığım değişik tipte gömülü dişler in radio-
Grafileri görülmekte





OPERASYON SONRASI ÇEKİM ALANININ KONTROLÜ

Alt yirmiyaş dişinin çekimi sonucunda kırılma olduysa bütün parçaların çıkarıldığından emin olunmalıdır. Fölikül dokuları bölgeden uzaklaştırılmalıdır. Komşu dişin (ikinci moların) kökünü distalinde kalan ligamanlar çıkarılmamalıdır. Elavatör çalışması sırasında zedelenmiş veya çalışmaya bağlı oluşan keskin kemik kenarları düzeltimelidir. Sonra lojda kalabilen bütün artıkları yıkayıp uzaklaştırmalıdır. Bukkale çevrilmiş olan mucoperiostal fleb kemik parçalarının üzerini örtmelidir.

Alveol boşluğunda oluşacak koagülasyon dokusunu korumak için flebin üzerine vazilinli tampon konur. Bir hafta sonra hastanın çağrılıp pansumanın yenilenmesi gerekebilir.

Hasta takip edilirken bazen erken veya geçikmiş enfeksiyonlar dikkati çeker. Şikayet oluştuğunda hastadan radiografi almak yol göstericidir. Geniş kemik osteektomisi yapılan çekimlerde

sonraki bir ay içinde kemikte fractür oluşabilir.

İyileşme sırasında ağız hijyenine dikkat etmesi hastaya önerilir. Bazı ağız gargaralar verilebilir. İyileşme sürecinde yumuşak gıdalar önerilmesi uygundur. Bir başka dikkat edilmesi gereken husus sinir hasarı veya operasyon sonu kanama komşu dişte hasasiyet gibi görülebilir. Bu durumda Reperasyon veya koruyucu cerrahi protocoeller uygulanabilir.

KAYNAKLAR:

Aison, E.L.: Impacted Teeth in Their Relation to Psychoneuroses

J. Am. Dent. A. 13:972

Barnes, V.A.: Dental impaction and prevention treatment, Dent. Cosmos 54:63

Barret, A.W.: Impacted Mandibular third molars, Tr, Odont. Soc Gr. Brit 31:118

Borçbakan cihat: Ağız ve Çene Hastalıkları Şirurjisi S:155-167

Cryer, M.H.: Impacted Teeth, Their Diagnosis, Liberation and Extraction Internat. Dent. J. 25:321

Color Atlas of Dental Medecin-Oral Surgery for the general Dentist:

Hermann F. Sailer and gion F.Pajarola.(thieme Stuttgrat-New York-1999 –Ağız Cerrahisi Atlası-Reha .Kişnişci-Hakan H.Tüz Palme Yayınları)

Kells, E.C:The impacted third molar,Dent.Cosmos 58:101

Winter, G.B:Impacted Mandibular Third Molar ,St.Louis

Winter,Leo :Textbook of exodontis,St.Louis.The C.V Mosby Co