

ÖZET

İnsanoğlunun en önemli fizyolojik fonksiyonlarından biri olan çiğneme, sindirim sisteminin başlangıcını teşkil eder. Bu hayati fonksiyon, travma, enfeksiyon ve hijyen yetersizliği, yanlış tedavi ve bunun gibi nedenlerle bozulabilir. Doğal dişleri korumak için gösterilen yoğun bilimsel çabalar ve özellikle son yıllarda elde edilen teknik ilerlemelere rağmen, diş kayıpları devam etmekte ve kısmen veya tamamen dişsiz hastaların çiğneme sisteminin protetik restorasyon ve rehabilitasyonuna gerek duyulmaktadır.

PREPROTETİK CERRAHİ

Çağdaş dişhekimliğinde protetik teknikler son derece aşama kaydetmiştir. Bu teknik ilerlemeler ve hekimlerin dikkatli çalışmalarına rağmen yapılan protezler zaman zaman hastalar tarafından kolaylıkla kullanılamamakta ve sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bunun başlıca sebebi her hastanın ideal bir ağız yapısına sahip olmamasıdır. Diş, mukoza, kas ve kemik dokularında zamanla meydana gelen veya doğumsal olan değişiklikler ve bozukluklar istenilen tarzda bir protezin yapılmasını güçleştirebilmektedir. Bu sebeple fonksiyon, fonasyon ve estetik amaçlarla uygulanan protetik aygıtları desteklemeye yönelik olarak mevcut ağız dokularının cerrahi hazırlığına sıklıkla ihtiyaç duyulmaktadır.

Preprotetik (protez öncesi) cerrahi; ağız, diş ve onları destekleyen kas kemik ve yumuşak dokularda ağızın proteze uygun hale getirilmesi için uygulanan cerrahi işlemlerdir.

Uzun yıllar, protez kullanımından doğan olumsuzluklar hekimleri bazı seçenekleri zorlamaya yöneltmiştir. Bu konu ile ilgili

sistemli ilk çalışmalar 19. yüzyılın ortalarında başlamış, 20. yüzyılın başında daha iyi şekillenmiştir. Yine aynı dönemde, 1. dünya savaşında yaralanmış kişilere, ağız içi defektlerin kapatılmasında çeşitli graff'lar uygulanmıştır. 20. yüzyılın içerisinde preprotetik cerrahi çalışmaları daha çok vestibül derinleştirmesi ve greft uygulamaları üzerine olmuştur. Son yıllarda değişik materyallerle augmentation uygulamaları da oldukça popüler hale gelmiştir.

Protez kullanan hastaların bir bölümünün, alveoler kreterlerin proteze doğal ve yeterli destek sağlayamadığı için rahat bir proteze sahip olamadıkları ortadadır. Eskiden hastaların çoğu bu tarzdeki protezleri başka bir seçenekleri olmadığı için kullanmaya devam ediyorlardı. Başka bir grup hasta ise dişsizliği yaşlılığın bir kaderi olarak kabul ediyor ve protez kullanmayı dahi düşünmüyorlardı. Günümüzde ise çoğu hasta (zellikle genç yaşta diş kaybına uğrayanlar) bu durumları kabullenmeyip problemlerine çözümler aramakta ve daha fazla tedavi seçeneklerinin ortaya konmasını arzulamaktadır. Sonuçta diş hekimleri imkanlarını, seçeneklerini zorlamakla yüz yüze gelmişlerdir.

Diş hekimleri bazı durumlarda çok iyi bir protezin dahi tek başına problemleri zmleyemeyeceğini bilirler. Cerrahi operasyonlardan tüm hastaların faydalanamayacağı bir gerçektir. Buna rağmen hastaya verilecek en iyi hizmetin protezi yapacak olan diş hekimi veya protez uzmanı ile çene cerrahının işbirliği ile mümkün olacağı unutulmamalıdır.

Her ağız yapısı protez yapımına uygun değildir. Dişsiz veya çok fazla diş kaybına uğramış bir ağızda protez yapımı için asgari şartlar aranır.

PROTEZ YAPIMINA UYGUN İDEAL BİR AĞIZ;

1. Protezin oturma alanları içinde veya çevresinde skar dokusu, yumuşak doku katlantıları ve hipertrofilere olmamalıdır.
2. Vertikal, transvers ve sagittal planda çenelerin ve alveoler kreterlerin ilişkileri birbirleri ile uyumlu olmalıdır.

3. Alveoler kretler, lateral kuvvetlere karşı protezin ayrılmasına ve düşmesine engel olabilecek yükseklikte ve genişlikte olmalıdır. Kret açılı olmamalıdır.

4. Protez oturma sahalarında keskin kenarlar, kemik çıkıntıları ve girintileri olmamalı, üst yüzey düzgün olmalıdır.

5. Primer protez destek bölgesi için yeterli miktarda yapışık keratinize mukoza olmalıdır. Mukoza çok ince veya çok kalın olmamalı, gelen basıncı karşılayacak sertlikte olmalıdır. Mukoza hareketli olmamalıdır.

6. Vestibulum oris yeterli derinlikte olmalıdır.

7. Yüksek kas yapışıklıkları ve frenilum gibi protezin hareketliliğine neden olan yapılar bulunmamalıdır.

8. Majör ve minör tükrük bezleri normal fonksiyonunda olmalıdır.

9. Kret horizontal düzlemde kalmalı, okluzyon düzlemiyle ilişkisi uyumlu olmalıdır.

Yukardaki şartlara uymayan ağızlarda değişik metotlar denenerek protez yapılmaya çalışılır. Bu yöntemler yetersiz kalırsa cerrahide başvurulur. Cerrahide esas, lüzumsuz kemik ve yumuşak doku hasarı yapmamak, en az zararla azami tutuculuğu sağlamaktır.

AĞIZIN ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

Ağız, çene ve yüz bölgesinin anatomisini, fizyolojisini ve aralarındaki ilişkileri özellikle protez oturma sahalarını iyi bilmek preprotetik cerrahide esastır.

YÜZ

Kıkırdak ve kemikten oluşan sert dokular ve bunların üzerindeki yumuşak dokular yüzün iskeletini oluşturur. Herhangi bir nedenle dişler kaybedildiğinde gerek profil gerek antero-posterior görünümde bazı değişiklikler meydana gelir. Kafatası incelendiğinde maksiller dişlerin aşağıya ve dışa doğru eğimli olduğu görülür. Alt dişler üst dişlerin içerisinde ve gerisinde yer alır. Alveoler kretle birlikte üst dişleri örten üst dudak alt dudakın ilerisinde yer alarak normal bir nazolabiyal konturu oluşturur. Böylece profildeki ideal ilişki gerçekleşir. Bu ilişkinin sağlanamadığı hallerde üst dudak bölgesinde nazolabiyal açı daha derin ve farklı bir hal alarak profili normalden uzaklaştırabilir. Bunun yanısıra dudaklarda vertikal kırışıklıklar oluşabilir. Yapılan protetik müdahalenin başarılı olabilmesi için alt üst çene, dişler ve yumuşak dokuların yukarıdaki çerçeveler içerisinde belirli bir uyum göstermesi gereklidir.

MANDİBULA

Mandibula yüzün üçte bir alt kısmının çatısını oluşturur. At nalı şeklindeki yapısıyla dili çevreler. Dil ve ağız tabanının kemik desteğinin bir kısmını oluşturur. Mandibula cismi her iki tarafta yukarı ve geriye doğru eğimli olan yassı dörtgen şeklinde ramusla devam eder. Ramusun tepesinde arkada kondiler önde koronoid çıkıntı yer alır. Her iki kondil arada artiküler disk olmak üzere temporal kemiğin glenoid fossa ve artiküler tüberkülü ile eklem yapar.

Mandibula fonksiyonu nedeniyle maksilladan daha güçlüdür. En kalın bölgesi mental bölgedir. N. alveolaris inferior, ramus mandibulanın iç yüzünden mandibulanın korpusuna girer ve dişleri innerve ettikten sonra foramen mentaleden çıkar. Foramen mentale 1. ve 2. küçük azıların apekslerinin altında ve iki apeksin arasında yer alır ve protetik cerrahide önemli bir yer tutar.

MAKSİLLA

Maksilla çiğneme fonksiyonunun yarısını üslenen ve kafa kemiklerine sabit olarak bağlanmış, alt çeneye oranla daha az kortikal kemik içeren kısımdır. Komşuluğunu zygomatik , sfenoid , palatin , nazal, frontal, vomer ve etmoid kemik yapar. Maksillanın alveoler,

palatin, zigomatik ve frontal olmak üzere dört çıkıntısı vardır. Bu şekliyle içi boş bir pramit gibidir. Etmoid, vomer, sfenoid, palatin ve zigomatik kemikle yaptığı eklemlerle kranyuma kuvvetlice bağlanmıştır.

Fonksiyon gereği bazı kısımları kuvvetlendirilmiştir. Bu kısımlar sert damak, kanin çıkıntıları, apertura priformisin yan kenarları, frontal çıkıntı, zigomatik çıkıntı ve orbita kenarlarıdır. Bu destek sistem ve yapılar çiğneme kuvvetlerinin kranyuma iletilmesinde görevlidir.

Maksillanın içi boş olup buraya antrum yada maksiller sinüs denir. Bu boşluğun maksillanın ağırlığını azalttığı söylenir. Maksiller sinüsün hacmi yaklaşık 15-20 cc kadardır. Dişlerin kaybı sonucu fonksiyon eksikliği ile sinüs hacminde bazı değişiklikler olabilir. Bunun yanında travmalarda antero-lateral duvarının inceliği, üst duvarının zayıflığı, yaşlılarda alveoler rezorbsiyona bağlı (sarkik sinüs) hallerde maksillanın dayanıklılığını azaltır. Hatta birçok hallerde preprotetik cerrahiye zorlaştırır. Çekim komplikasyonlarına bağlı oluşan oro-antral fistüller de hastalar için ilave sorunlardır .

ALVEOLER KRETLELER

Alveoler kretlerin fonksiyonu doğal dişlere destek olmaktır. Alveoler kretler her bir soketin iç tarafında ve serbest kenarlarında ve kemiğin dış yüzeyinde oluşan apozisyonla büyür ve gelişirler. Kemiğin bu apozisyonal büyümesi dişlerin sürmelerine ve gelişmelerine bağlıdır. Gelişmiş dişlerin kökleri uzarken, alveoler yapı da bu gelişime ayak uydurur. Total veya parsiyel anodonti vakalarında alveoler kretlerin gelişimi yetersiz olur .

Maksilla ve mandibulada alveoler gelişimin kondilin büyümesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Kondillerin kırkırdak gelişimi nedeniyle ramusun uzunluğu artarken, mandibula maksillaya göre ileriye ve aşağıya doğru yer değiştirir. Bu şekilde maksiller ve mandibuler dişlerin sürebilmeleri için yer sağlanmış olur. Kondillerdeki tek veya çift taraflı anormal büyüme, mandibuler ve maksiller alveoler proseslerin boyutunu , şeklini ve dişlerin okluzyonunu etkileyebilir .

Okluzal aşınmanın telafisi için dişler sürmeye devam eder ve alveoler prosesler gelişimini sürdürür. Genellikle okluzal aşınmanın bu

şekilde kompanzasyonu yetersiz kalır. Bu yüzden yıllar sonra interokluzal mesafe artar. Dişler çekildiğinde karşı dental arktaki dişler boşluklara doğru fazlaca erüpsiyon yapabilir .

ÇEKİM BOŞLUKLARINDA İYİLEŞME

Çekim boşluklarının iyileşmesinde dört safha vardır. Çekim sonrası normal iyileşme fazında, kaviteyi dolduran kan pıhtılaşır (Koagülasyon). Pıhtı içerisinde bağ dokusu oluşur (Organizasyon), bağ dokusunun yerini taze kemik dokusu alır (Ossifikasyon), zaman ilerledikçe taze kemiğin yerini lamelli, sert olgun kemik dokusu alır (Rekonstrüksiyon).

DIŞSİZ ÇENELERDE KEMİK KAYBININ NEDENLERİ VE OLUŞUMU

Diş çekiminden sonraki alveoler kemik kaybı uzun süre sonra farkedildiğinden normal kabul edilmektedir. Ancak bazan bu kayıp hızlı ve aşırı miktarda olmaktadır. Bu durum etyolojide bazı faktörlerin yer aldığını düşündürmektedir. Kemik rezorbsiyonunun hızı yaş, cins ve ırka göre değişiklikler gösterir. Bazı araştırmalara göre beyaz kadınlarda diğer kadınlara göre daha hızlı kemik kaybı olduğu bulunmuştur. Siyah ırktan olanların ve asyalıların özellikle erkeklerinin yüksek kemik densitesine sahip olduklarından dolayı daha az kemik rezorbsiyonu meydana geldiği bulunmuştur. Buna karşılık bazı dişsiz beyaz kadınlarda fazlaca bir rezorbsiyon görülmezken diğer gruplardan bazı bireylerde görülebilmektedir. Bu da kemik atrofisini etkileyen birçok faktörlerin olduğunu göstermektedir.

Dişsiz çenede kemik kaybı fizyolojisi: Kemik kaybı denince akla önce atrofi ve rezorbsiyon terimleri gelir. Bu olaylar zaman içerisinde kişide yeniden şekillenme (Remodelling) olayını ortaya koyar. **Remodelling** üç safhadan meydana gelir. 1. Aktivasyon 2. Rezorbsiyon 3. Formasyon. Bu üç safha iskeletin her yerinde, spesifik lokalizasyon, yaş, metabolik aktivite ve lokal stres gibi bazı nedenlere göre değişik oranlarda devamlı olarak meydana gelir .

Aktivasyon: Lokal veya sistemik stimuluslarla başlar ve remodelling'in birinci safhasını teşkil eder. Aktivasyon remodelling olayının diğer etaplarını da stimule eder.

Rezorbsiyon: Osteoklastların kemik yüzeyine tutunması ile başlar. Rezorbsiyon trabeküler kemiğin dış yüzünde, kompakt kemiğin havers sisteminin dış yüzünde olur. Bu rezorbsiyon gelen basınca paralel meydana gelir. Bunu organik matriks depozisyonu

takip eder. Organik matriks kalsifikasyondan sonraki kemiğin direncinden sorumludur. Rezorbsiyon basınç olmasada meydana gelir ancak bu kadar organize değildir. Değişik faktörler rezorbsiyon miktarını etkiler.

Formasyon: Lokal mezenşimal hücrelerin osteoblastlara farklılaşması ve organik matrikse yayılması ile başlar. Yedi gün sonra mineralizasyon başlar. Formasyon rezorbe olan kemiğin tamiri bitinceye kadar devam eder. Bunun zamanı kompakt kemikte üç ay, trabeküler kemikte iki aydır.

Remodelling, büyüme bittikten sonra da değişik etkenler altında hayat boyu devam eder.

DİŞSİZ ÇENEDE KEMİK KAYBINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Genel ve lokal olarak sınıflandırılabilir .

Lokal faktörler:

Lokal faktörlerin başında özellikle çekim travması gelir. Bu açıdan diş çekimi işleminin çok dikkatli yapılması ve alveoler kemiğin mümkün olduğunca korunması çok yerinde bir davranış olur. Çekim esnasında elevatör çok dikkatli kullanılmalı, lingual veya bukkal kortikal kemik korunmalıdır. Eğer kemik duvar çatlamışsa parmak basıncı ile yerine getirilmelidir. Bu duvarlardan birinin kaybı sözkonusu olursa ilerde rezorbsiyon kaçınılmaz olur. Eğer alveoloplasti yapmak mutlaka gerekiyorsa, işlem mümkün olan en az kemik kaybı ile

bitirilmeye çalışılmalıdır. Yüz morfolojisi de direkt ya da indirekt yoldan alveoler kret kaybını etkiler. Uzun yüz tipindeki hastaların özellikle ön ve yan alveoler kretleri vertikal planda uzundur. İkinci bir durum mandibula açısı küçük olanlar yani küçük yüzlü bireylerde önde koparma ve ısırma kuvveti oldukça fazladır. Bu durumun diş kaybı sonrası alveoler rezorbsiyonu artırabileceği savunulmaktadır.

Okluzyondaki problemler kemik rezorbsiyonunu artırır. Kemik kaybını etkileyen faktörlerden en önemlisi kötü yapılmış yada çok uzun süre kullanılan protezlerdir. Diş gıcırdatma ve diş sıkma gibi kötü alışkanlıklar da etkili olur. Sonuç olarak uyumsuz protezler alveoler kemik kaybını artırır.

Genel faktörler:

I. Sistemik kemik hastalıkları

1) Osteoporozis

- a. Senil osteoporozis
- b. Menepoz sonrası görülen osteoporoz
- c. Cushing sendromu

2) Osteomalasiya

- a. D vitamini yetmezliği
- b. Renal osteodistrofi
- c. Sekonder hiperparatiroidizm

3) Kötü beslenme veya beslenme yetersizliği

II. Endokrin hastalıkları

- 1) Diabetes mellitus
- 2) Primer ve sekonder hiperparatiroidizm
- 3) Alkolizm
- 4) Dializ gerektiren renal bozukluklar

III. İlaç tedavileri

- 1) Kronik kortikosteroid tedavisi
- 2) Kronik heparin tedavisi
- 3) Antikonvülsanlar
- 4) İmmünosupresanlar

KEMİK KAYBI İLE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Özellikle kadınlarda ve yaşlı kişilerde biyoplastik aktivitenin azalması ile zamanla normal kemiğin yerini yağlı yapıda bir kemik dokusu alır.

Mandibulada rezorbsiyonla birlikte mental foramen alveoler kretin tepe noktalarına doğru yer değiştirir. Cerrahi graft , implant ve protez uygulamalarını güçleştirir. Kısmi dişsizlik de rezorbsiyonu artıran sebeplerdendir. Mesela alt ön dişleri mevcut olan hasta üst total protez kullanıyorsa anterior maksillada fazla rezorbsiyona neden olur.

Çok ileri rezorbe mandibulanın üst yüzeyi bazan konkav hale gelir, buna negatif kret de denir. Bu konkav yüzey mandibulanın alt kenar kortikal tabakasının üst tarafına tekabül eder. Yine geniyal tüberküller mandibüler kret tepesinde olacak şekilde rezorbsiyon olabilir. Buraya gelen protez basıncı ağırlara yol açar .

Aşırı periyodontal harabiyete bağlı kemik kayıpları da ilerde aşırı rezorbsiyona yol açar. Çok fazla diş kaybı olan hastalarda geride kalan tek tük dişleri saran alveol, uzun süre direkt basınca maruz kalmış rezorbe kret yüzlerinin üst seviyesinde ada gibi kalır.

Mandibulanın otorotasyonu ile mandibula öne ve yukarı yer değiştirerek vertikal boyut kaybına yol açar. Yine kemik kaybının devam etmesi ile bıçak sırtı şeklinde kretler oluşur. Kas tutunmalarında önemli bir yer değiştirme olmadığından buralar kret tepesine çok yakın hale gelir. Fonksiyonla kaslar gerilir kretten daha yukarıya çıkar.

Maksillada aşırı rezorbsiyon sonucu palatinal derinlik oldukça azalır. Nazopalatin damar sinir paketi alveoler kretin tepesine gelebilir. Anterior nazal çıkıntı da krete yaklaşarak protez kullanımını zorlaştırıcı rol oynar.

Maksillada rezorbsiyon dıştan içe ve aşağıdan yukarı doğru olduğundan zamanla üst dudak desteği de azalır. Bu şekilde

mandibuladaki değişikliklerle beraber çene ilişkileri sanki klas III gibi olur.

Genellikle mandibulada maksilladan daha fazla alveoler kemik kaybı olur. Ayrıca kemik kaybı oranının birinci yılda daha fazla olduğu ve kemik rezorbsiyonu miktarının ön bölgede arka bölgelerden daha fazla olduğu çeşitli araştırmalarla tespit edilmiştir. Çekimden sonra suni dişler kullanılarak hemen fonksiyon sağlandığında kemik kaybı oranının azaldığı görülmüştür. Dişlerin çekiminden sonra yapılacak olan ideal bir protez ile alveoler kretin fonksiyonel stimülasyonu sağlanır ve kemik atrofisi de azalır .

ORAL MUKOZA

Ağız mukozasının çizgili squamöz epiteli devamlı bir yüzey oluşturur. Bu epitelin koruyucu etkisi büyük ölçüde keratinize oluşuna ve epitel hücrelerinin pullanma ve dökülmelerine bağlıdır.

Yanak epitelinin bir dereceye kadar keratinize olmasına karşın, sert damak ve dişeti epiteli tam keratinizasyon gösterir.

Dişeti cebi keratinize değildir. Ancak burada savunma olmadığı anlamı çıkarılamaz. Buradaki mekanik savunma , buradaki epitelin ağızın diğer bölgelerine oranla daha fazla desquame olması ve reepitelizasyonun süratli olmasıdır. Ayrıca bu bölgedeki dişeti sıvısının içeriden dışarıya doğru olan devamlı akıntının rolünü unutmamak gerekir.

Mukozanın defans yeteneği, epiteldeki ve bazal membrandaki bariyerlere bağlıdır. Epitel bariyerinin epitel hücrelerindeki yüzeysel plazma membranının granüllerle kaplı membran birleşimine bağlı olduğu düşünölmektedir. Bu membranla kaplı granüller morfolojik olarak birbirine benzememekle beraber hem keratinize hemde nonkeratinize oral epitelde mevcuttur. Büyük moleküllu materyaller bu bariyeri aşamaz, ayrıca bu bariyer basit bir geçirgen değildir. Zira bu bariyer insülin için bir engelken dekstran için değildir (İnsülin: 5000

mol., Dekstran: 20000 mol.). Buna ek olarak mukozadaki materyellerin hareketlerinin yönlerinde farklılık görülebilir (49).

Oral kavitedeki mukozanın komponenti olan epitel ve bağ dokusunda dikkate değer farklılıklar vardır. Sert damağın ön kısmındaki mukoza kalın ve yoğundur. Epiteliyal tabaka yüzeysel retepeglere ve nisbeten ince keratinize yüzeylere sahiptir. Bağ dokusu epitel yüzeyini kuvvetle periyosta bağlayan yoğun kollagen liflerden meydana gelir. Sert damağın arka kısmında, orta hat hariç olmak üzere, içinde müköz bezler bulunan bağ dokusu miktarı fazladır. Orta hattaki palatinal mukoza genellikle incedir. Bağ dokusu azdır. Bu durum özellikle palatinal torus üzerindeki mukoza için söz konusudur. Palatal mukoza gibi gingiva bağ dokusu da yoğundur ve kollagen fibrillerle dişlerin köklerindeki semente ve alveoler proseslerin periyostuna sıkıca tutunur. Dişeti rengini vaskülarite, submukoza yoğunluğu, epitelin keratinizasyon miktarı ve normal irksal pigmentasyon tayin eder (52, 70).

Palatinal mukoza mastikatör mukoza olarak ta adlandırılır. Fonksiyonel ihtiyaçtan dolayı keratinizasyon meydana gelmiş ve altındaki kemiğe sıkıca yapışmıştır. Ağız tabanı, dudak ve yanak mukozası, altındaki kaslara, gevşek olarak serbestce hareket edebilecek şekilde tutunmuştur.

Dudakların, yanakların, vestibül kısmın, ağız tabanının ve alveoler proseslerin müköz membranı dişetinden önemli derecede farklıdır. Daha az keratinize olup retepeg'ler kısa ve geniştir. Submukoza içindeki, dişetinde bulunmayan elastik bağ dokusunun miktarı farklıdır. Buna rağmen dişeti, altındaki periyosta sıkıca yapışır.

Alveoler ve vestibuler mukoza, altındaki kemik ve kaslara gevşek olarak, serbestçe hareket edebilecek şekilde yapışmıştır (93).

Mandibuler alveoler proseslerin sonunda, ramusla birleştiği yerde bulunan retromolar saha dişeti ve ağız mukozasının özellik kazanmış kısmıdır. Bu doku retromolar müköz bezleri içeren ağız mukozası ve retromolar gingival papilla tarafından oluşturulur. Gingival glandüler mukoza altında, mandibuler retromolar üçgenin yoğun kortikal kemiği bulunur. Birçok kişide temporal kas

tendonlarının alt lifleri bu bölgede bulunur. Retromolar saha parsiyel protezin distal uzantısını veya mandibuler total protezin arka sınırlarını desteklemeye uygundur. Hareketli mandibuler protezin arka sınırları iyi yapılmazsa bu bölgede kemik rezorbsiyonu söz konusu olur. Retromolar sahanın başka önemli fonksiyonları vardır. Dişli bireylerde retromolar gingival papilla en son molar dişin hemen distalindedir. Dişsiz ağızlarda retromolar saha mandibuler okluzal yüzeyin arkasında sonlandığı yerde bulunur.

Dişlerin kaybından sonra vertikal kemik rezorbsiyonu meydana geldiğinde, genellikle bir o kadarda dişeti kaybı vardır. İleri atrofi vakalarında mandibulada alveoler prosesin tepesi boyunca sadece az miktarda gingival doku kalır. Bu nedenle gingivanın oluşturduğu tepede sanki yanak ve dudak mukozası ağız tabanı ile devam ediyor gibidir. Bu gibi durumlarda protez için yeterli retansiyon hemen hemen mümkün değildir. Birçok vakada alveoler kemik kaybının hızı dişetinde görülenden daha fazladır. Bu yüzden kretilerin tepesinde bulunan dişeti, yumuşak, serbest ve hareketlidir. Bu gevşek dokuların doğru bir şekilde ölçüsünü almak dişhekimi için zor olduğu kadar, hastaların protezi kullanmaları da zordur.

Labiyal alveoler korteksde rezorbsiyon olduğunda protezin değişen uyumunun tekrar sağlanması için hastalar periyodik olarak dişhekimine gitmelidir. Eğer bu düzeltme yapılmazsa protez gevşer, mukozalarda irritasyon ve ödem meydana gelir, sonunda hipertrofik değişiklikler olur. Vertikal kemik rezorbsiyonu, protez kenarlarının vestibül derinliğindeki mukozalara çok fazla basınç yapmasına neden olur. Sık sık enflamasyona uğrayan mukozada, protez kenarlarının iç ve dış yüzeyleri boyunca doku katlantılarına benzer hipertrofi meydana gelir.

Submukozal konnektif dokunun aşırı hipertrofisi ile birlikte, aşırı alveoler kemik rezorbsiyonu olan vakalarda, alveoler kretilerin labiyal ve lingual yüzeylerinde müköz membranın çok fazla katlanması alveoler kreti gizler. Bu yüzden protez enflamasyonlu dokular üzerinde yüzer gibi görünür.

PROTEZ OTURMA SAHALARI

Protez destek dokuları veya protez oturma sahaları; maksiller ve mandibuler kemikler ve bunları çevreleyen mukoza, bez dokusu, bağ dokusu , damar sinir ve kas dokularından meydana gelir ve belirli anatomik işaretlerle sınırlanır.

Üst çenede protez oturma sahası, alveoler proses ve sert damağı içerir. Ön ve yan tarafta labiyal ve bukkal vestibül ile, arkada proc. hamularis, sert ve yumuşak damak birleşimindeki hareketli çizgi ile sınırlıdır. Primer olarak basıncı karşılayan bölge sert damaktır. Fonksiyonel basınç sekonder olarak alveollere yatılır. Diğer bölgeler yardımcı bölgeler olarak düşünülür .

Alt çenede protez oturma sahası daha küçüktür. Basıncı ilk karşılayan yer linea oblique eksterna dır. Maksillada olduğu gibi alveoler proses fonksiyonel basıncı karşılamada sekonder olarak işe karışır. Retromolar bölge yoğun gingival doku ve değişik miktarda bağ dokusu, müköz bezler ve sıklıkla temporal kas tendonu lifleri ihtiva eder. Mandibuler bazal oturma sahası ön ve yandan labiyobukkal vestibüllerle sınırlıdır. Arka yan kısmı masseter kası sınırlandırır. Arka kısımda ise retromolar saha vardır. Protezin lingual kenarlarını, geniyoglossus kasının tutunduğı geniyal tüberküller, sublingual tükrük bezleri, mylohyoid sırtlar ve kaslar sınırlandırır.

Maksiller ve mandibuler protez oturma sahaları karşılaştırılacak olursa, maksillanın primer olarak basıncı karşılayan kısmı olan palatinal bölge, mandibulada aynı durumdaki linea obliqua'lardan birkaç kat daha büyüktür. Aynı şekilde maksiller protez oturma sahasının toplam yüzeyi mandibuler protez oturma sahasından iki üç kat fazladır. Maksiller protezi destekleyen yüzeylerin mukoza kalınlığı mandibuler yüzey mukoza kalınlığından iki üç kez daha büyüktür.

Bu durumlar göze önüne alındığında alveoler kret rezorbsiyonunu mandibulada neden maksilladan daha fazla olduğunu ve bir çok hastanın niçin mandibuler total protez kullanmakta zorluk çektiğini, buna karşılık maksiller total protezi daha başarı ile kullanmalarını anlamak kolaydır.

Mandibula ve maksillanın ilk kuvveti karşılayan bölgelerinin boyutları göz önüne alındığında, mandibuler doğal dişler tarafından karşılanan maksiller total protezin başarı ile kullanılabilceğini, fakat bunun tersi durumda mandibuler kemik rezorbsiyonunun devam edeceğini tahmin etmek kolaydır.

KAYNAKLAR

GÜVEN,O, KESKİN,A. : Çağdaş Preprotetik Cerrahi. Irmak Matbaacılık,.Baskı, Ankara, 2000.