

İSKELETSEL SINIF III MALOKLUZYONLU İKİ OLGUDA ORTOGNATİK CERRAHİ ÖNCESİ ÇEKİMLİ TEDAVİ UYGULANMASI

Dr. Bülent HAYDAR*

Doç. Dr. Ayhan ENACAR**

ÖZET: İskeletsel Sınıf III malokluzyon gösteren iki olguda ortognatik cerrahi öncesi çekimli ortodontik tedavinin uygun olarak planlanması ile elde edilen sonuçlar sergilenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ortognatik cerrahi, çekimli tedavi.

SUMMARY: EXTRACTION TREATMENT BEFORE ORTHOGNATHIC SURGERY IN TWO CASES WITH SKELETAL CLASS III MALOCCLUSION. Two cases are presented with skeletal Class III malocclusion which were treated with extraction of teeth and orthognathic surgery.

Key words: Orthognathic surgery, extraction.

Kombine ortodontik ve cerrahi tedavinin başarılı olabilmesi için cerrahi girişim öncesinde ve sonrasında yapılacak ortodontik tedavinin rolü en az cerrahi işlem kadar önemlidir (1,2,3).

İskeletsel Sınıf III bozuklukların cerrahi öncesi ortodontik tedavisinde dental kompensasyonların ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Bu, genellikle alt keserlerin linguale eğimlerinin labiale doğru hareketini ve üst keserlerin de palatine doğru hareketini içermektedir. Bu işlemleri yaparken özellikle alt arkta protrüzyon ile yer kazanma söz konusu olduğundan diş çekimleri daha az olarak yapılmaktadır. Ancak yer kazanmak amacı ile keserlerin bazal kaideleri ile uyumsuz hale gelecek kadar labiale alınması söz konusu ise bu olgularda çekim endike olabilmektedir.

Aşağıda sunduğumuz iki olguda ortognatik cerrahi öncesinde arkların düzgün sıralanabilmesi için yapılan diş çekimleri ve tedavi sonrasında elde edilecek kapanışın sağlanabilmesi için gerekli diş hareketleri tartışılmıştır.

Birinci olgumuz 18 yaşında bir erkek hasta olup kliniğimizdeki muayenesinde ve yapılan tetkikler sonucunda mandibuler fazlalığı olan iskeletsel sınıf III bir olgu olduğu

ve tedavisinde mandibulanın cerrahi olarak geri alınması gerektiği kararlaştırıldı (Şekil 1, a, b, c, d, e).

Cerrahi girişim öncesi ortodontik tedavide dişlerin bazal kaidelere uygun olarak sıralanabilmesi için alt ve üst 1. premolar dişlerin çekimi kararlaştırıldı. Çarpışıklık ve rotasyonlar düzeltildikten sonra kalan çekim boşluklarının kapatılması için, özellikle mandibuler posterior dişlerin öne kaydırılması sınıf II elastikler yardımı ile gerçekleştirildi ve cerrahi girişim öncesi alt ve üst keserlerin kompanse edici eğilmelerine izin verilmedi.

Ortodontik tedavinin son safhasında her seans hastanın modelleri alınıp cerrahi sonrasındaki olası okluzyon tahmin edildi ve gerekli diş hareketleri belirlendi. Hastanın stabilizasyon arkları cerrahi girişim öncesindeki seans ağza uygulandı ve model cerrahisinde hazırlanan splint üst arka bağlandı (Şekil 2).

Cerrahiden 6 hafta sonra intermaksiller fiksasyon çözümlü okluzyonda gerekli minör değişiklikler yapıldıktan sonra retansiyon dönemine geçildi. Tedavi bitiminde hastanın dengeli bir profil ve okluzyonunun sağlandığı ve retansiyon döneminde de elde edilen durumun stabil kaldığı gözlenmiştir (Şekil 3 a,b,c,d,e) (Şekil 4).

İkinci olgumuz 20 yaşında bir kız hasta olup kliniğimizde muayenesi ve tetkiklerin değerlendirilmesi neticesinde mandibuler fazlalıktan kaynaklanan iskeletsel sınıf III malokluzyonu olduğu belirlendi (Şekil 5 a,b,c,d,e). Dental olarak çok şiddetli olmamakla birlikte olumlu profil değişikliği elde edebilmek için mandibulanın cerrahi olarak geri alınması kararlaştırıldı.

Cerrahi öncesinde dental kompensasyonların ortadan kaldırılması ve ark dışındaki dişlere yer sağlanabilmesi için alt ve üst 1. premolar dişlerin çekimi yapıldı. Alt ve üst arklar bazal kaidelere uygun şekilde sıralandıktan ve çekim boşlukları kapandıktan sonra cerrahi operasyon gerçekleştirildi ve 6 haftalık fiksasyon döneminden sonra minör ortodontik düzeltmeler yapıp retansiyon dönemine geçildi (Şekil 6 a,b,c,d,e). Tedavi sonrasında olumlu profil değişikliği ve dengeli okluzyon elde edilmesi, cerrahi öncesi diş hareketlerinin uygun olarak yapılması ile sağlanabilmiştir (Şekil 7). Tedavi sonrası dönemde de okluzyonun stabil olduğu gözlenmiştir.

* Hacettepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi.

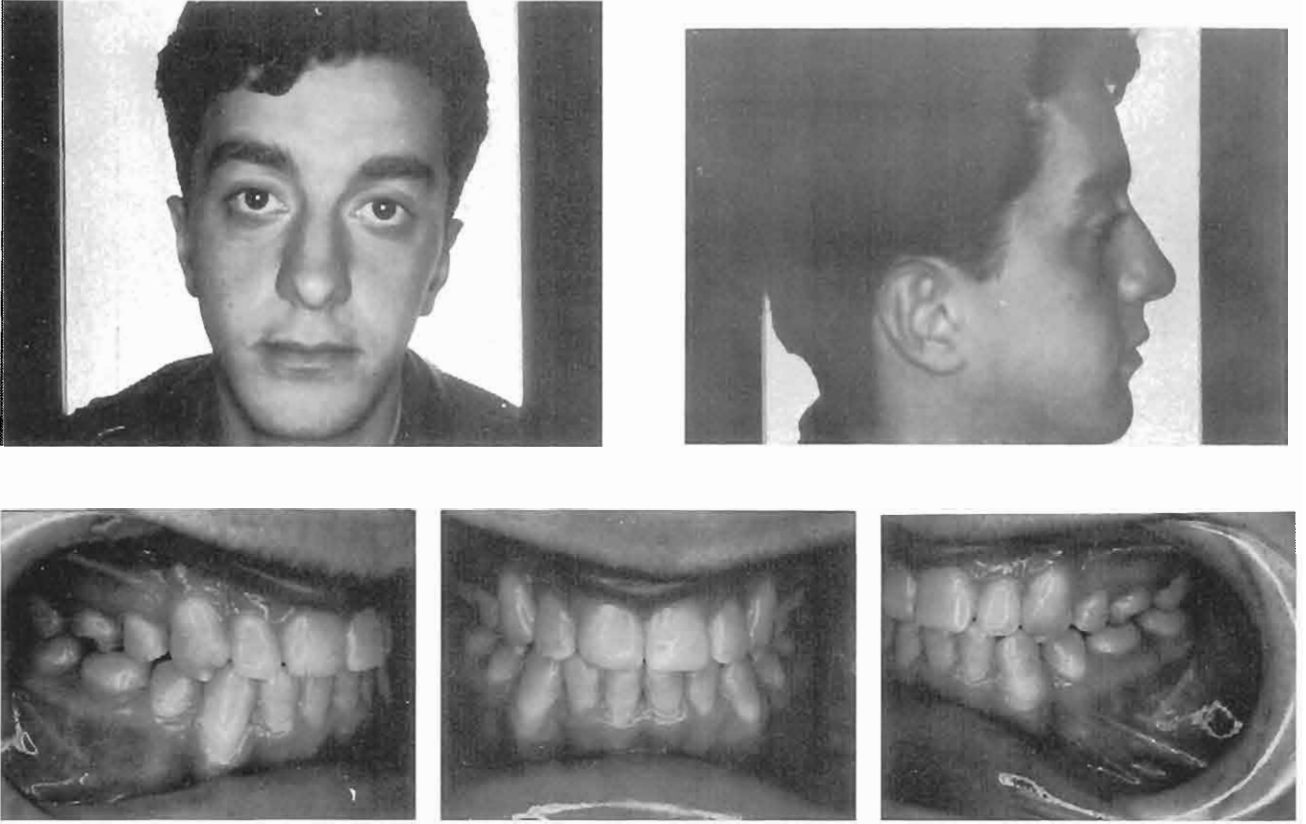
** Hacettepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi



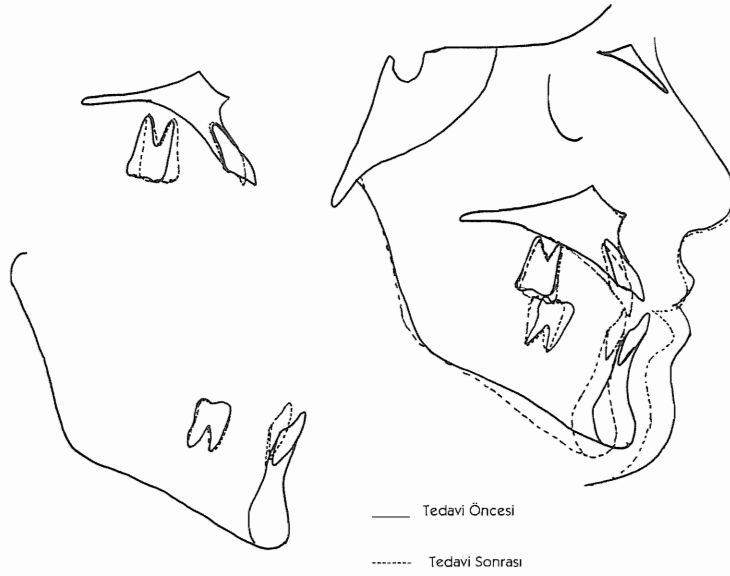
Şekil 1 a,b - Tedavi öncesi ağız dışı ve c,d,e - ağız içi resimler.



Şekil 2- Cerrahi öncesi splintin üst arka bağlanması.



Şekil 3: A,B- Tedavi sonrası ağız dışı ve C,D,E - Ağız içi resimler.



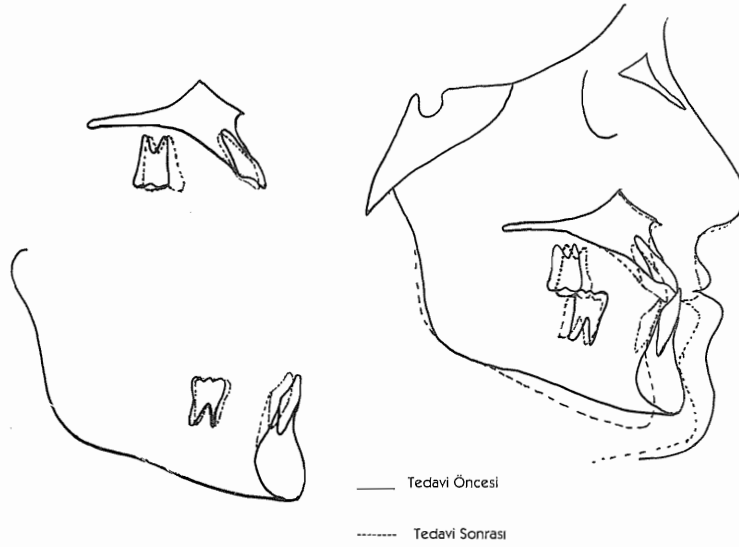
Şekil 4: Tedavi öncesi ve sonrası sefalometrik film süperpozisyonu.



Şekil 5: A,B- Tedavi öncesi ağız dışı ve C,D,E - ağız içi resimler.



Şekil 6: A,B- Tedavi sonrası ağız dışı ve C,D,E - ağız içi resimler.



Şekil 7: Tedavi öncesi ve sonrası sefalometrik film süperpozisyonu.

Sunmuş olduğumuz vakalarda ortognatik cerrahi öncesi çekim gerektiren olgularda uygun tedavi mekanikleri uygulandığı ve kompensasyon mekanizmalarının çalışmasına izin verilmediği takdirde stabil bir okluzyon ve dengeli bir profil yapısının elde edilebileceği sergilenmiştir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1- Fish LC Epker BN Prevention of relaps in surgical orthodontic treatment. Part 1 mandibular procedures. J Clin Orthod 20:826-841, 1986.

2- Fish LC Epker BN Prevention of relaps in surgical orthodontic treatment. Part 2 maxillary superior repositioning. J Clin Orthod 21: 33-47, 1987.

3- Fish LCP Epker BN Prevention of relaps in surgical orthodontic treatment. Part 3 maxillary advancement and inferior repositioning. J Clin Orthod 21:100-108, 1987.

Yazışma Adresi:

Dr. Bülent Haydar
Hacettepe Üniversitesi,
Dişhekimliği Fakültesi,
Ortodonti Anabilim Dalı 06100 Ankara