

Gömülü Dişlerin Tedavi Prensipleri



Akıl Notları

Güncel • Pratik • Referanslı

Editör:

Prof. Dr. Burcu Baş Akkor



- ✓ Gömülü Dişlerin Tedavi Prensipleri
Literatür Özetleri
- ✓ Tüm Yaklaşım, Tedaviler ve İşlemler
- ✓ Güncel Yaklaşımlar Konusunda Hap Bilgiler
- ✓ Pratiğe Yönelik Anlatımlar
- ✓ Görsel ve Tablolarla Desteklenmiş İçerik
- ✓ Bilinmesi Gereken Önemli Ayrıntılar
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve Nokta Bilgiler
- ✓ Kolay Öğrenme ve Tekrara Uygun Format



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Gömülü Dişlerin Tedavi Prensipleri



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Burcu Baş Akkor

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

GÖMÜLÜ DİŞLERİN TEDAVİ PRENSİPLERİ AKIL NOTLARI

Copyright © 2023

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-941-9

Seri Editörü: Prof. Dr. Hüseyin Avni Balcıoğlu

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. A. Ş.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: 0312 802 00 53-54

Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA M. Rauf İnan Sokak No: 3 06410 Sıhhiye / Ankara Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92 Faks: (0312) 435 84 23	İSTANBUL Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul Tel: (0212) 356 87 43	KADIKÖY Rasimpaşa Mah. İskele Sokak No: 4 / A Kadıköy / İstanbul Tel: (0216) 546 03 47
---	--	--

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Gömülü dişler hakkındaki klinik değerlendirme diş hekimliğinin her dalı için önemli bir konudur. Bu kitapta diş hekimliği pratiğinde oldukça öneme sahip gömülü dişlerin teşhis ve tedavisine yönelik yaklaşımlara yer verilmiştir.

Gömülü diş cerrahisi, ağız, diş ve çene cerrahisinin temel taşlarından biridir. Özellikle gömülü üçüncü molar diş cerrahisi çene cerrahlarının en sık uyguladığı operasyon olarak bilinmektedir. Kitabın ilk bölümünde dişlerin gömülü kalma nedenlerine yönelik teoriler, lokal ve sistemik nedenler değerlendirilmiştir. Gömülü dişlerin hangi durumlarda çekilmesi gerektiği, hangi durumlarda çekimden kaçınmamız gerektiğine yönelik bilgiler 2. bölümde anlatılmıştır. Kitabın 3. bölümünde gömülü diş sınıflamasına yer verilmiştir. Gömülü dişlere bağlı gelişebilen enfeksiyonlar bazı durumlarda hayatı tehdit edici sonuçlar doğurabilmektedir. Kitabın 4. bölümünde bu enfeksiyonların yayılım yolları, lokalizasyonları ve tedavi prensipleri oldukça detaylı ve bol görsel içerik ile anlatılmaktadır. 5. bölümde gömülü dişlerin radyolojik değerlendirilmesi yine vaka örnekleri ile detaylı olarak anlatılmaktadır. Gömülü diş cerrahisi öncesinde hastanın sistemik ve klinik açıdan dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi çok önemlidir. Altıncı bölümde bu değerlendirmeyi yaparken bilmemiz gereken sistemik hastalıklar ve bulguları detaylı olarak anlatılmıştır. Gömülü diş cerrahisine hazırlık, cerrahi setimizde bulunması gereken ekipmanlar 7.bölümde detaylı olarak yer almaktadır. Sekizinci bölümde gömülü diş çekiminde kullanılan temel anestezi yöntemlerine yer verildi. Kitabın 9. ve 10. bölümlerinde sırasıyla gömülü üçüncü molar ve kanin dişlerinin cerrahi çekim teknikleri ameliyat görselleri ile anlatılmaktadır. Cerrahi sonrası sıklıkla kullandığımız ilaçlar ve kullanım şekilleri ise 11. bölümde özetlenmiştir. Gömülü dişlerin cerrahi çekimi sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar ve tedavileri 12. ve 13. bölümde anlatılmaktadır. Kitabın son bölümünde ise gömülü dişlerin cerrahi olarak çıkarılması dışında uygulanabilecek tedavilere yer verilmiştir.

Bu kitabın oluşumuna destek olan, yoğun iş temposu içinde değerli zamanlarını ayırarak bilgi ve birikimlerini paylaşan tüm hekim arkadaşlarıma, ilk editörlük deneyimimde fikir, öneri ve yönlendirmeleri ile yolumu açan Sayın Prof. Dr. Hüseyin Avni BALCIOĞLU'na ve hayatımın her döneminde desteklerini arkamda hissettiğim aileme teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Burcu Baş Akkor

Editör

YAZARLAR

(Soyadına Göre Alfabetik)

Prof. Dr. Burcu Baş Akkor

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Canay Yılmaz Asan

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Zahit Baş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Burak Bekçioğlu

Özel OLDACITYDENT
Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Süheyb Bilge

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Emel Bulut

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Yüceer Çetiner

Bahçeşehir Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ahmet Emin Demirbaş

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Doğan Dolanmaz

Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Musa Erdem

Özel Hospitadent Ağız ve
Diş Sağlığı Merkezi
Ağız, Diz ve Çene Cerrahisi Bölümü

Doç. Dr. Hatice Hoşgör

Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Dr. Yusuf Nuri Kaba

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dilara Kazan

Biruni Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Gör. Metehan Keskin

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nükheth Kütük

Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehtap Muğlalı

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bora Özden

Özel Dentamarin Ağız ve
Diş Sağlığı Polikliniği
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü

Arş. Gör. Dt. Emine Asena Singer

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Emrah Soylu

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Berkay Tokuç

Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Cihan Topan

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Dt. Ayşe Ece Uzun

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1:	GÖMÜLÜLÜK PATOGENİZİ, GÖMÜLÜ KALMA NEDENLERİ	1
	Dr. Burcu Baş Akkor	
Bölüm 2:	GÖMÜLÜ DİŞLERİN ÇEKİM ENDİKASYON VE KONTRAENDİKASYONLARI	5
	Dr. Hatice Hoşgör, Dr. Berkay Tokuç	
Bölüm 3:	GÖMÜLÜ DİŞLERİN SINIFLANDIRILMASI.	17
	Dr. Emel Bulut	
Bölüm 4:	GÖMÜLÜ DİŞLERE BAĞLI GELİŞEN ENFEKSİYONLAR VE TEDAVİ PRENSİPLERİ	29
	Dr. Mehtap Muğlalı	
Bölüm 5:	GÖMÜLÜ DİŞLERİN KLİNİK VE RADYOLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ	45
	Dr. Ezgi Yüceer Çetiner	
Bölüm 6:	GÖMÜLÜ DİŞ CERRAHİSİ ÖNCESİ HASTA DEĞERLENDİRİLMESİ. . 59	
	Dr. Dilara Kazan	
Bölüm 7:	GÖMÜLÜ DİŞ CERRAHİSİNE HAZIRLIK.	85
	Dr. Emrah Soylu, Dr.Yusuf Nuri Kaba	
Bölüm 8:	GÖMÜLÜ DİŞ CERRAHİSİNDE KULLANILAN LOKAL ANESTEZİ TEKNİKLERİ.	95
	Dr. Metehan Keskin	
Bölüm 9:	GÖMÜLÜ ÜÇÜNCÜ MOLAR DİŞLERDE CERRAHİ ÇEKİM	135
	Dr. Bora Özden, Dt. Emine Asena Singer	
Bölüm 10:	GÖMÜLÜ KANİN VE DİĞER DİŞLERDE CERRAHİ ÇEKİM	149
	Dr. Mehmet Zahit Baş, Dr. Musa Erdem	
Bölüm 11:	TEDAVİ SONRASI ÖNERİLER, REÇETE EDİLEN İLAÇLAR	159
	Dr. Burak Bekçioğlu	
Bölüm 12:	İNTRAOPERATİF KOMPLİKASYONLAR.	173
	Dr. Ahmet Emin Demirbaş, Dr. Süheyb Bilge	
Bölüm 13:	POST-OPERATİF KOMPLİKASYONLAR	191
	Dr. Canay Yılmaz Asan, Dr. Cihan Topan	
Bölüm 14:	GÖMÜLÜ DİŞLERDE ÇEKİM DİŞİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI	205
	Dr. Nükhet Kütük, Dr. Doğan Dolanmaz, Dt. Ayşe Ece Uzun	

Sistemik Faktörler

- Prenatal faktörler: Heredite, değişik ırktan kişilerin evlilikleri, hatalı beslenme, spesifik enfeksiyonlar (sifilis, tüberküloz vb.)
- Postnatal faktörler: Raşitizm, anemi, konjenital sifiliz, tüberküloz, endokrin hastalıklar, beslenme bozuklukları
- Bozuk gelişimler: Cleidocranial Dysostosis (**Şekil 5**), oksisefali, progeria, osteopetrozis, dudak damak yarığı (**Şekil 6**)



Şekil 5 • Cleidocranial Dysostosis vakasına ait radyografik görüntü. Süt dişi persistansı, daimi dişlerde gömüklük ve çok sayıda süpernumere diş varlığı.



Şekil 6 • Dudak damak yarığına bağlı üst kanin dişin gömülü kalması.

KAYNAKLAR

- Carvalho RW, do Egito Vasconcelos BC. Assessment of factors associated with surgical difficulty during removal of impacted lower third molars. J Oral Maxillofac Surg. 2011;69:2714–21.
- Kraus, B.S. (1964). The Basis of Human Evolution. Herper & row, New York, p.: 208- 215.
- Pahkala R, Pahkala A, Laine T. Eruption pattern of permanent teeth in a rural community in northeastern Finland. Acta Odontol Scand. 1991;49:341–9
- Peterson, L.J., Ellis, E., Hupp, J.R., Tucker, M.R. (2003). Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed. Mosby An Affiliate of Elsevier Science. America.
- Peterson, L.J., Indresano, A.T, Marciani, R.D., Roser, S.M (1992). Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Vol.I. J.B. Lippincott Company, Philadelphia. p.:103-118
- Song, F., O'Mera, S., Wilson, P., Golder, S., Kleijnen, J. (2000). The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. Health Technol Assess. 4:1-55.
- Türker M., Yücetaş ş. (2004). Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. 3.Baskı. Özyurt Matbaacılık İnş. Taah. San. ve Tic. Ltd. Şti.

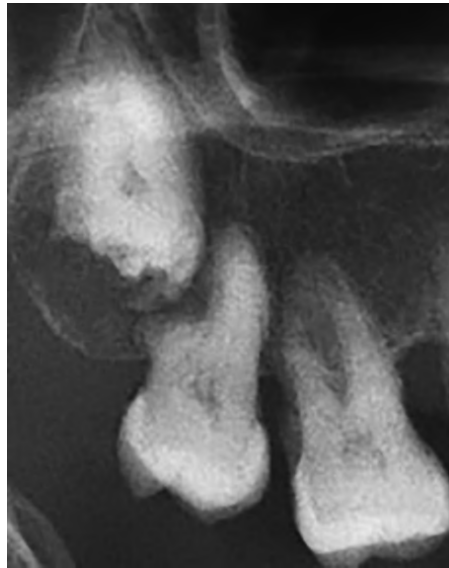
- Gömülü dişler ile ilişkili olan neoplastik değişimlerin tedavisi, patolojik oluşumunun tedavisini ve etken olan gömülü dişin çekimini kapsar. Ancak, çekim kararı öncesinde gömülü diş çevresinde yer alan foliküler kese ile patolojik oluşumun ayrımı iyi yapılmalıdır.

- ! ■ Genel bir kural olarak, gömülü diş çevresindeki foliküler kesenin boyutunun 3 mm'den daha büyük olması genellikle foliküler kist veya başka bir neoplastik değişim olarak değerlendirilmelidir. Bunun yanında, herhangi bir neoplastik değişim oluşma ihtimaline karşın gömülü diş çevresinde yer alan foliküler kesenin boyutu rutin radyolojik takipler ile kontrol edilmelidir.

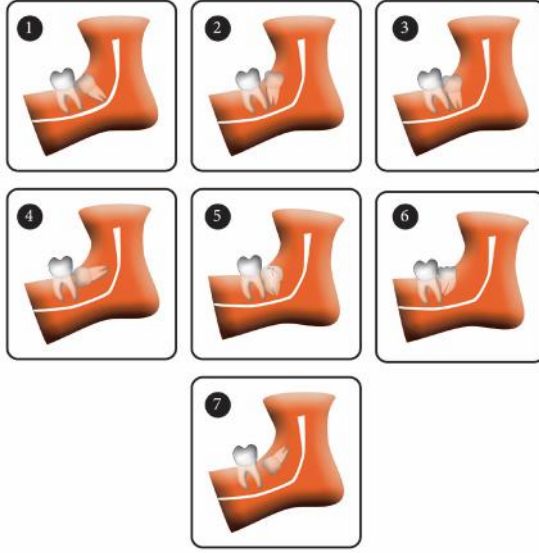
Komşu Dişte Kök Rezorbsiyonu Oluşumu

- Gömülü dişlerin ağız içerisine sürmesi sırasında sürme yolu üzerinde bulunan komşu diş köklerinde rezorbsiyonlar görülebilir (Şekil 6). Rezorbsiyon, daimi dişlerin sürmesi sırasında süt dişi köklerinin rezorbe olmasına benzer bir mekanizma ile olur. Çekim sonrası dönemde rezorbsiyon alanında sement depozisyonu ve sekonder dentin üretimi görülebilirken, kanal tedavisi gerektiren durumlar da ortaya çıkabilir. Rezorbsiyonun çok ilerlediği ve köklerinde ciddi doku kaybı olan komşu dişlerin ise, gömülü dişler ile birlikte çekilmesi gerekir.

- ! ■ Komşu diş köklerinde görülen rezorbsiyonun daha da ilerlememesi için gömülü dişlerin çekimi mümkün olduğunca erken yapılmalıdır.



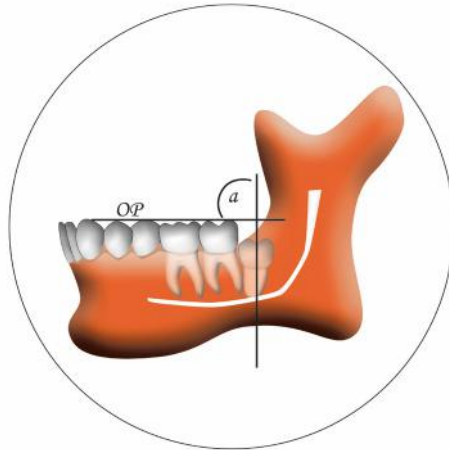
Şekil 6 • Gömülü üçüncü molar dişin komşu ikinci molar dişin distal kökünde yaptığı rezorbsiyon görülmektedir.



Şekil 3 • Gömülü 3. moların uzun aksıyla 2. moların uzun aksı arasındaki ilişkiye göre yapılan sınıflama. 1. Mezioangular pozisyon 2. Distoangular pozisyon 3. Vertikal pozisyon 4. Horizontal pozisyon 5. Bukkoangular pozisyon 6. Lingoangular pozisyon 7. Ters pozisyon

D. Gömülü 3. moların uzun aksı ile oklüzal düzlem arasındaki açığa göre:

- Winter sınıflamasında gömülü alt yirmi yaş dişlerinin açılanması, dişin uzun eksen ile oklüzal düzlem arasındaki açının panoramik radyografi üzerinde ölçülmesi ile belirlenmektedir (Şekil 4). Buna göre dişler; vertikal ($\alpha = 80^\circ - 100^\circ$), mezioangular ($\alpha = 10^\circ - 80^\circ$), horizontal ($\alpha = 350^\circ - 10^\circ$) ve distoangular ($\alpha > 100^\circ$) olarak dört sınıfa ayrılmıştır (Şekil 5).



Şekil 4 • Gömülü 3. molar dişinin oklüzal düzlemle yaptığı açının belirlenmesi

Gömülü Kanin Dişin Açısına Göre Yapılan Sınıflama

1. Mesioanguler (Şekil 11)
2. Distoanguler (Şekil 12)
3. Vertikal (Şekil 13)
4. Horizontal (Şekil 14)



Şekil 11 • Mesioanguler pozisyonda gömülü alt kanin dişi.



Şekil 12 • Distoanguler pozisyonda gömülü alt kanin dişi.



Şekil 13 • Vertikal pozisyonda gömülü alt kanin dişi.

İnsizyon ve Drenaj Prensipleri;

- İnsizyon yeri seçildikten sonra ağrı olmaması için ya regional anestezi ya da iltihap alanı dışında (apsenin sınırından en az 1 cm uzağa) daire şeklinde (ring blokaj) anestezi yapılır.
- Genelde abse üzerine topikal soğutma anestezisi (Örn. Ethylchloride sprey) yeterlidir.
- İnsizyon yapılacak bölge antiseptik bir solüsyonla (Örn. Baticon) merkezden çevreye doğru silinerek kurulanır (**Şekil 1, Şekil 2**).



Şekil 1 • Bukkal apse klinik görünüm



Şekil 2 • Ekstraoral drenaj öncesi bölgenin baticonla silinmesi ve Ethylchloride uygulanması

- İnsizyondan önce apse odağına bir enjektör iğnesi ile girilip, 2 ml kadar pü materyali alınarak, antibiyogram yapılabilir.
- Ponksiyon için enjektör dik olarak tutulur ve içinde hava kabarcığı olmamasına dikkat edilmelidir.
- Pü alındıktan sonra enjektörün iğnesi bükülerek anaerob mikroorganizmaların enjektör içinde hava ile teması engellenmiş olur.
- Kültür için pü alındıktan sonra apsenin en tepe ve üzerindeki dokunun en ince olduğu yerden 11 numaralı bistüri ile insizyon yapılır (**Şekil 3**).



Şekil 14 • Fossa kanin apsesi ve bukkal apsenin birlikte seyrettiği klinik görünüm

- İntraoral olarak vestibül sulkus sığlaşmıştır ve submüköz apse görünümünde bir şişlik vardır.
- Hastanın ateşi genellikle yükselmiştir.
- Cerahat v. angularis ve buradan da v. ophtalmica superior veya inferior yoluyla yayılarak v. angularis tromboflebiti oluşabilir. Sinus cavernosum'a yayılım ile de önemli ve hayati komplikasyon ortaya çıkabilir.

Tedavi

- V. angularis tromboflebiti tehlikesi varsa, hastane şartlarında tedavi edilmelidir.
- Vestibülde geniş bir insizyon ile drenaj sağlanır.
- Apse subkutan dokulara ulaşmışsa nasolabial sulcudan ekstraoral insizyon yapılır.
- V. angularis tromboflebiti şüphesi varsa damar medial göz köşesinden bağlanır.
- Akut durum geçtikten sonra diş çekilir.

KAYNAKLAR

- Alpaslan C. Diş ve Çene Kemiği Enfeksiyonları. In: Alpaslan C (ed) Ağız Diş ve Çene Cerrahisi. Kanıta Dayalı Tanı ve Tedavi Yaklaşımları, 1. Baskı, Quintessence Publishing, İstanbul 2018:212-219.
- Coulthard P, Horner K, Sloan P, Theaker ED. Master Dentistry Volume One Oral and Maxillofacial Surgery, Radiology, Pathology and Oral Medicine. In: Infection and inflammation of the teeth and jaws, 3rd edition, Churchill livingstone, Edinburgh London Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto New York 2013:90-115.
- Hale Turan. Cerrahi Antimikrobiyal Profilakside Güncel Öneriler-derleme. Klinik Dergisi 2015; 28: 2-10.
- Holmes CJ, Pellecchia R. Antimicrobial therapy in management of odontogenic infections in general dentistry. Dent Clin NorthAm 2016; 60: 497-507.
- NICE guideline for prevention of SSI 2008. ASHP Report. Am J Health Syst Pharm 2013; 70: 195.

Hasta ile İlgili Anatomik Faktörler

- Klinik değerlendirme esnasında diş çekim zorluğuna etki etmesi nedeniyle gömülü diş bölgesi hariç hastaya ait genel anatomik faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın yaşı, vücut kitle indeksi, yanak dokusunun gevşekliği ve dil büyüklüğü işlem sırasında cerrahi görüş ve ekartasyon aşamalarını etkileyeceğinden mevcut durumları değerlendirilmelidir.

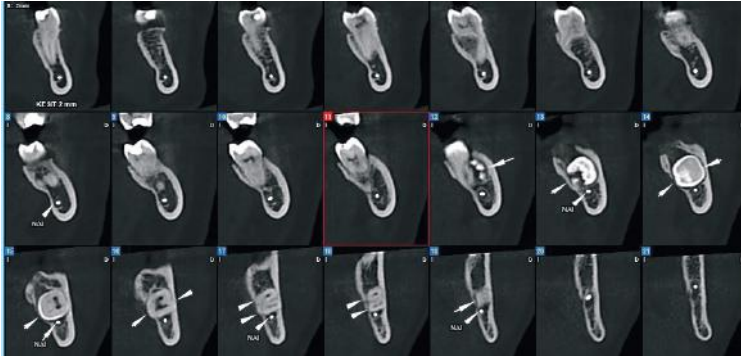
RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME

- Radyolojik değerlendirmenin amacı, gömülü dişler ile çevresindeki kemik, komşu dişler ve anatomik yapılar hakkında ek bilgi sağlayarak klinik muayeneyi tamamlamaktır.
- Klinik semptom vermeyen tam gömülü dişlerin tespit edilebilmesinin tek yolu radyografik değerlendirmedir. Gömülü diş cerrahisinin planlanması için gereken tüm bilgiler radyolojik değerlendirme ile elde edilebilir. Cerrahi işlem öncesi yapılan radyolojik muayene operasyon öncesi, sırası ve sonrasında karşılaşılabilecek problemlerin en az düzeyde tutulmasını ve bu problemlere karşı hekimin hazırlıklı olmasını sağlar. Hastaya bahsedilmesi gereken konulara ışık tutar.
- Normalde gömülü kalması beklenmeyen dişlerin durumu radyografik değerlendirme ile ortaya koyulabilir (Şekil 3).



Şekil 3 • Panoramik radyografide tespit edilen çok sayıda gömülü diş.

- Hekim gömülü dişin durumuna göre uygun radyografi tekniklerinden bir veya daha fazlasını kullanmalıdır. Gömülü dişlerin tedavisine karar verme sürecinde ilk tercih edilen radyografik yöntem genellikle panoramik radyografidir. İleri inceleme ve 3 boyutlu değerlendirme için konik ışınlı bilgisayarlı tomografi (KİBT) önerilmektedir.
- Gömülü dişler ile ilgili sınıflandırma sistemlerinin hepsi radyolojik değerlendirme üzerine kurulmuştur (Bkz. Böl.3). Gömülü dişlerin çekiminde zorluğa neden olan lokal faktörlerin çoğu preoperatif radyografinin dikkatli bir şekilde yorumlanmasıyla teşhis edilebilir.



Şekil 16 • Gömülü alt 3. molar dişin KIBT görüntüleri.

- Gömülü dişlerin KIBT ile üç boyutlu olarak değerlendirilmesi cerrahi operasyonun güvenli bir şekilde planlanmasını ve olası komplikasyonların önlenmesini sağlar.
- KIBT kullanımında risk/fayda oranının göz önünde bulundurulması hasta güvenliği ve gereksiz çekimlerin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Geleneksel bilgisayarlı tomografilere kıyasla oldukça düşük radyasyon dozuna sahip olmasına rağmen radyasyon güvenliği ilkeleri her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Alınan her KIBT hasta değerlendirmesine katkıda bulunacak yeni bilgiler içermelidir.
- Son yıllarda radyasyonun zararlı etkilerinden kaçınmak için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) cihazlarının maksillofasiyal bölgedeki farklı kullanım alanları ile ilgili birçok çalışma yapılmaktadır. MRG cihazlarının diş hekimliği pratiğindeki kullanımının artmasıyla gömülü dişlerin üç boyutlu değerlendirilmesinde de kullanılabileceği öngörülmektedir.

ÇEKİM ZORLUĞUNUN BELİRLENMESİ

- Klinik ve radyolojik değerlendirme sırasında elde edilen bilgiler gömülü dişe yaklaşımdaki zorluk derecesinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Çekim zorluğunun değerlendirilmesi ile dişin çekilip çekilmeyeceğinin kararı ve cerrahi operasyon sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar belirlenir. Böylece işlem sırasında ve sonrasında komplikasyon oluşma ihtimali azalır. Hastalar mutlaka işlemin gerekliliği ve olası komplikasyon ihtimalleri hakkında bilgilendirilmelidir.
- Genel olarak gömülü alt 3. molar dişler için mezioangular pozisyon, Pell & Gregory sınıflamasına göre Sınıf I ve Seviye A dişlerin çekimi kolay olarak değerlendirilirken, distoangular pozisyon, Pell & Gregory sınıflamasına göre Sınıf II-III ve Seviye B-C dişlerin çekimi zor olarak kabul edilir.
- Tüm gömülü dişler için klinik ve radyografik olarak değerlendirilmesi gereken faktörlerin çekim zorluğuna etkisi **Tablo 2**'de özetlenmiştir.

3. Endokrin Sistem Hastalıkları

Tiroid Bezi Hastalıkları

- Hipertiroidizm
- Hipotiroidizm

Paratiroid Bezi Hastalıkları

Diabetes Mellitus

Diabetes İnsipitus

Adrenal Yetmezlik

4. Kan Hastalıkları

Anemi

Lösemi

Hemorajik Hastalıklar

- Vasküler Bozukluklar
- Trombosit Bozuklukları
- Hemofili
- Von Willebrand Hastalığı
- K Vitamini ile İlgili Faktör Bozuklukları

5. Çeşitli İlaç Kullanımları

Kanamayı Arttırıcı İlaçlar

Çene Osteonekrozuna Neden Olabilecek İlaçlar

6. Nörolojik Hastalıklar

Epilepsi

Multiple Skleroz (MS)

7. Böbrek Hastalıkları

Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbrek Transplantasyonu

8. Radyoterapi Gören Hastalar**9. Kemoterapi Gören Hastalar****10. Hamileler****11. Allerji****1. KARDİOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI****Kronik İskemik Kalp Hastalığı**

- Myokarda yeteri kadar oksijen taşınmadığı veya myokardın oksijen gereksiniminin karşılanamayacak kadar arttığı durumlarda iskemik kalp hastalığı ortaya çıkar. İskemik kalp hastalığının en önemli sebebi, koroner arterlerde daralma veya tıkanmaya yol açabilen aterosklerozdur.
- İskemik kalp hastalıklarının oluşumunda önemli rol oynayan risk faktörlerinin bir veya daha fazlasının mevcut olduğu hastalara özel dikkat gösterilmelidir. Bu hastalar görünüşte asemptomatik olabildikleri halde, diş tedavisi sırasında iskemik kalp hastalıklarına ait semptomlar ortaya çıkabilmekte ve durum komplike hale gelmektedir.

Vital Bulguların Değerlendirilmesi

- Operasyona başlamadan önce hastanın güncel tıbbi geçmişi sorgulanmalı ve vital bulguları değerlendirilmelidir. Vital bulgular vücudun en önemli yaşamsal fonksiyonlarının ölçümleri olup, bu kapsamda ateş, nabız, tansiyon ölçümleri yapılır ve hastanın 1 dakikadaki solunum sayısı belirlenir (**Resim 1 A, B**). Hastanın vital bulguları değerlendirildikten sonra elde edilen veriler dijital hasta kayıt dosyasına veya yazılı muayene formuna kaydedilmelidir.



Resim 1 • A; Tansiyon B; Kan Glikoz ölçümlerinin yapılması.

Asepsi ve Antisepsi Aşamaları

- Başarılı bir cerrahi için en temel prensipler aseptik ortam ve eksiksiz cerrahi ekipmandır. Aseptik ortam kişisel koruyucu ekipman, cerrahi el yıkama, steril ameliyat önlüğü ve eldiven, steril cerrahi set, hastanın örtülmesi ve cilt antisepsisini içermektedir. İşleme başlamadan önce hazırlanan aseptik ortamın işlem tamamlanana kadar korunması gerekmektedir.

Kişisel Koruyucu Ekipmanlar

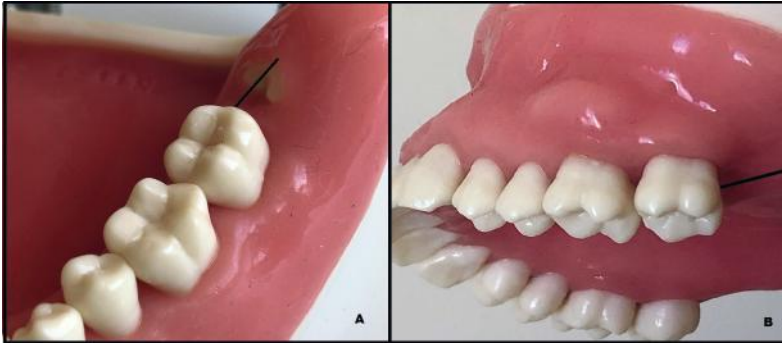
- Kişisel koruyucu ekipmanlar cerrahi işlem sırasında ameliyat ekibinin kullandığı ve ekibi hastanın sekresyonları, kan, aerosol gibi bulaşıcı hastalık etkeni olabilecek faktörlerden korunmayı sağlayan ekipmanlardır. Kişisel koruyucu ekipmanlar ameliyat ekibini korumanın yanında, cerrahi ekip kaynaklı damlacık, saç-kıl, vücut sekresyonları ile oluşabilecek cerrahi saha kontaminasyonuna engel olur. Gömülü diş çekimi cerrahisinde ameliyat ekibi bone, maske, gözlük veya siper, cerrahi forma, cerrahi boks önlüğü, eldiven gibi kişisel koruyucu ekipmanları kullanmalıdır. Bone, maske, koruyucu gözlükler ve cerrahi forma non-steril, eldiven ve boks önlüğü ise steril olmalıdır. Kişisel koruyucu ekipmanlar sırasıy-

- Üst çenede flep tasarlanırken bukkal yağ dokusunun prolabe olmamasına dikkat edilmelidir.
- Flep dişe ulaşımı sağlayacak yeterli genişlikte olmalıdır.
- İkinci molar dişin distalinde cep oluşumuna müsaade etmemelidir.
- Flep tabanı, koronalinden yeterince uzak, yüksekliğinden de geniş olmalı yeterli kan desteği sağlamalıdır.
- Gömülü 3.molar diş çekimi için, tam kalınlık mukoperiosteal flepler tercih edilmelidir.
- Yumuşak dokular kemiğe dik bir açı ile kesilmelidir.
 - Gömülü dişin pozisyonu ne olursa olsun, kemiğin güvenli bir şekilde kaldırılmasına izin verecek şekilde olmalıdır.
 - Ektartörler, yumuşak dokuların yırtılmasına neden olabilecek herhangi bir aşırı çekiş uygulamadan yerleştirilebilir olmalıdır.
 - Döner aletler hasar riski olmadan kullanılabilir.
 - Doku flebi ameliyattan sonra orijinal pozisyonuna getirilebilmeli, mümkün olduğunca sıkı olmalı ve marjinal periodontal dokular proksimal dişler ile boşluk bırakmadan yaklaştırılabilir.

Gömülü 3. Molar Diş Çekiminde En Sık Kullanılan İnsizyonlar

1. Retromolar insizyon
2. Posterior uzatma insizyonu
3. Anterior uzatma insizyonu

1. **Retromolar insizyon:** Alt çenede, alt gömülü 3.molar dişin normal olarak sürmesi gereken yerde yer alan, retromolar pad ile gingival birleşim alanından 2.molar dişin distaline ulaşır. Üst çenede 3.molar dişin sürmesi gereken yerden, 2.molar dişin distaline ulaşır (**Şekil 1**)



Şekil 1 • Retromolar insizyon hattı. A. Alt çene B. Üst çene

2. **Posterior Uzatma insizyonu:** Retromolar insizyonun posteriora doğru oblik seyreden mukoperisteal uzantısı şeklinde yapılan insizyondur (**Şekil 2A**). Bu insizyonda amaç gömülü 3.molar dişin distal yüzüne erişimi kolaylaştırmak ve flebin görüş alanının artırmasını sağlamaktır. Bu insizyon ark aksını takip etmemelidir, lingual siniri korumak için distale doğru bukkal tarafa yönlendirilmelidir. Aksi halde insizyon kemik doku üzerinde kalmaz ve yumuşak dokularla birlikte lingual sinirin hasarına neden olur. Bunun yerine yanak ve

CERRAHİ PLANLAMA VE ÇEKİM

- Öncelikle diğer tedavi seçenekleri değerlendirilmiş ve gömülü kanin veya diğer dişlerin cerrahi çekimine karar verilmişse; radyografik ve klinik incelemeden bağımsız olarak hekim, bu operasyon için tam kemik retansiyonlu bir gömülü dişin çekimi gibi vakit ayırmalı ve cerrahi ekipmanını düzenlemelidir.
- Hastanın tolerans durumuna, gömülü diş ve varsa alakalı patolojiye göre lokal anestezi, bilinçli sedasyon ya da genel anestezi tercih edilebilir. Küçük yaşta yapılması gereken ortodontik çekimler için gerekli lokal anestezi sağlanamazsa dental korku oluşabilir. Böyle durumlar içinde sedasyon ya da genel anestezi düşünülmelidir.
- Palatinal taraftan gömülü maksiller kanin diş çekiminde operasyon öncesi hastadan üst çene ölçüsü alınarak, ameliyat sonrasında kullanılmak üzere cerrahi plak hazırlanabilir. Cerrahi plak kullanımı post-operatif dönemde hastaya rahatlık sağlar aynı zamanda ödemi de azaltır.
- Hasta pozisyonlandırması hekimin tecrübesi, tercihleri ve çekim yapılacak bölgeye göre değişiklik gösterebilir. Palatinal taraftan gömülü bir maksiller kanin çekimi yapılacaksa başın hafif ekstansiyon konumunda durması işleri kolaylaştırabilir (**Şekil 6A**). Söz konusu lingual tarafta bulunan mandibular gömülü bir premolar ise başın daha dik konumunda bulunması bölgeye ulaşım kolaylığı sağlayacaktır (**Şekil 6B**).

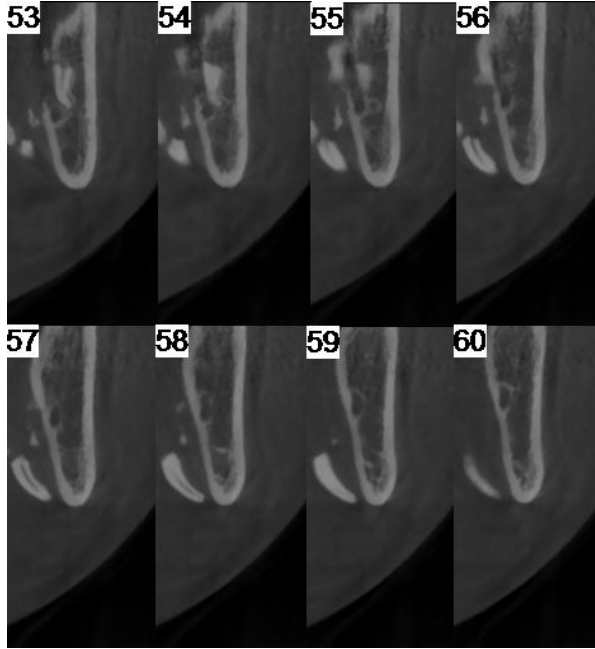


Şekil 6 • A. Palatinal yerleşimli gömülü maksiller kanin ve premolar diş çekiminde hasta pozisyonu. **B.** Lingual yerleşimli mandibular gömülü kanin ve premolar diş çekiminde hasta pozisyonu.

- Tüm gömülü diş çekimi cerrahilerinde, tam kalınlık mukoperioosteal flap kaldırılmalıdır. İnsizyon ve flep kaldırma aşamasında vital dokulara zarar vermemeye dikkat edilmelidir.
- Bütün cerrahi operasyonlarda olduğu gibi doğru büyüklükte yapılmış bir insizyon, yeterli bir flep retraksiyonu ve iyi bir görüş sağlayacaktır (**Şekil 7**). Yapılan hataların başında operasyon için küçük bir flep kaldırmak gelir. Bu durumun, teorik olarak daha hızlı bir post-operatif iyileşme sağlayacağı düşünülse de; yetersiz flep kaldırmak genellikle klinik uygulamada flep yırtılması ve uzamış operasyon süresi yüzünden kötü bir netice verir.



Şekil 4 • Panoramik radyografide sol bölgede submandibuler loja kaçan sol mandibuler 3.molar diş kökü görülmektedir.



Şekil 5 • Tomografide submandibuler loja kaçan kırık kemik fragmanları ve dişin multiplanar kesitteki görüntüsü.

- Cryer elevatörü gibi üçgen elevatörler genellikle mandibular molarların kırık diş köklerini yükseltmek için kullanılır. Kökün çıkarılması sırasında kök kaybolursa, diş hekimi onu çıkarmak için tek bir çaba göstermelidir. Sol elin işaret parmağı, mandibulanın lingual yönüne baskı uygulamak ve kökü tekrar sokete döndürmek amacıyla ağız tabanının lingual yönüne yerleştirilir. Bu işe yararsa, hekim bir kök ucu elevatörü ile kökü yuvadan çıkarabilir. Bu çaba ilk denemede başarılı olmazsa, diş hekimi prosedürü durdurmalı ve hastayı ağız, diş ve çene cerrahisine yönlendirmelidir. Böyle bir kök ucunun çıkarılması için genel pro-

Komşu Yapılarda Yaralanmalar

Bölgesel Sinirlerde Yaralanma

- Mukozaya ve cilde innervasyon sağlayan beşinci kraniyal sinirin dalları, çekim sırasında yaralanma olasılığı en yüksek olan komşu nöral yapılardır. En sık tutulan spesifik dallar mental, lingual, bukkal ve nazopalatin sinirlerdir. Gömülü dişlerin çıkarılması için fleplerin oluşturulması sırasında nazopalatin ve bukkal sinirler sıklıkla kesilir. Bu iki sinirin duyuşal innervasyon alanı nispeten küçüktür ve etkilenen bölgenin yeniden innervasyonu genellikle hızlı bir şekilde gerçekleşir. Bu nedenle nazopalatin ve bukkal sinirler, uzun süreli sekeller bırakmadan veya hastaya fazla rahatsızlık vermeden cerrahi olarak kesilebilir.
- Mental sinir ve mental foramen bölgesindeki gömülü mandibular premolarların cerrahi olarak çıkarılması büyük bir dikkatle yapılmalıdır (**Şekil 9, 10**). Mental sinir yaralanırsa, hasta dudak ve çenede parestezi veya anestezi yaşayacaktır. Yaralanma flep kaldırılması veya manipülasyonunun sonucuysa, normal hissiyat genellikle birkaç gün ila birkaç hafta içinde geri döner.



Şekil 9 • Inferior alveoler sinirle yakın ilişkili gömülü premolar diş.



Şekil 10 • **a.** Dişin ağız içerisindeki fotoğrafı. **b.** Dişin çekiminden sonra inferior alveoler sinirin ekspozu.



- Mental sinir, mental foramenden çıkışında kesilir veya seyri boyunca yırtılırsa, mental sinir fonksiyonunun geri dönmemesi ve hastanın kalıcı bir anestezi durumu olması muhtemeldir. Mental sinir veya mental foramen bölgesinde ameliyat yapılacaksa, hekimin bu sinirin yaralanmasından kaynaklanan potansiyel morbiditenin farkında olması zorunludur.

- Maksiller sinüste bir açıklık da oluşturulabilir. Üçüncü molar dişlerin anki-loze olması bu komplikasyonun riskini artırır. Çekim sırasında tüber kırığı meydana gelirse, tedavi diğer kemik kırıklarının tedavisine benzer. Kırık sırasında alveoler prosesi parmağıyla destekleyen hekim (kemik periosteuma bağlı kalıyorsa), kırık kemiğin kurtarılmasını sağlamak için önlemler almalıdır. Ancak tüber aşırı hareketliyse ve dişten diseke edilemiyorsa, hekimin birkaç seçeneği vardır. İlki, çekilen dişin komşu dişlere splintlenmesi ve çekimi 6 ila 8 hafta erteleyerek kemiğin iyileşmesi için zaman tanımaktır. Daha sonra diş açık cerrahi teknikle çekilir. İkinci seçenek ise dişin krununu köklerinden ayırarak tüber ve dişin kök bölümünün iyileşmesini sağlamaktır. 6 ila 8 hafta sonra diş kökleri normal şekilde çıkarılabilir. Maksiller molar diş ameliyattan önce enfekteyse, bu iki tekniği kullanırken dikkatli olunmalıdır.



- Maksiller tüber yumuşak dokudan tamamen ayrılmışsa, kalan kemiğin keskin kenarları düzeltilmeli ve kalan yumuşak doku repoze edilip, dikilmelidir. Diş hekimi, oro-antral açıklığı dikkatlice kontrol etmeli ve gerekli tedaviyi sağlamalıdır.

- Maksiller tüberin kırılması önemli bir komplikasyon olarak görülmelidir. Tedavinin ana terapötik amacı, kırık kemiği yerinde tutmak ve iyileşme için mümkün olan en iyi ortamı sağlamaktır. Bu en iyi, ağız, diş ve çene cerrahı tarafından halledilebilecek bir durumdur.
- Mandibula Kırığı: Çekim sırasında mandibulanın kırılması nadir görülen bir komplikasyondur; neredeyse sadece gömülü üçüncü azı dişlerinin cerrahi olarak çıkarılması ile ilişkilidir. Mandibula kırığı genellikle bir dişi çıkarmak için gerekenden fazla bir kuvvetin uygulanmasının sonucudur ve sıklıkla dental elevatörlerin kuvvetle kullanımı sırasında meydana gelir. Bununla birlikte, alt üçüncü azı dişleri derin gömülü olduğunda, küçük miktarda kuvvet bile kırılmaya neden olabilir.



- Özellikle yaşlı hastalarda, atrofik bir mandibuladan gömülü dişlerin çıkarılması sırasında da kırıklar meydana gelebilir. Böyle bir kırık meydana gelirse, genellikle çene kırıklarının tedavisi için uygulanan yöntemlerle tedavi edilmelidir.

- Kırığın immediat olarak redüksiyon ve fiksasyonu gerçekleştirilmelidir; bu nedenle hasta kesin tedavi için bir ağız, diş ve çene cerrahına sevk edilmelidir (Şekil 8 a,b). Hekimin deneyimi ve donanımı varsa, bu talihsiz durumda mini plaklarla rijit internal fiksasyon mükemmel bir seçimdir. Tel fiksasyonu ve intermaksiller fiksasyon uygulaması kabul edilebilir bir alternatiftir. Geç mandibula kırıkları genellikle 40 yaşın üzerindeki hastalarda çekimden 4 ila 6 hafta sonra ortaya çıkar.

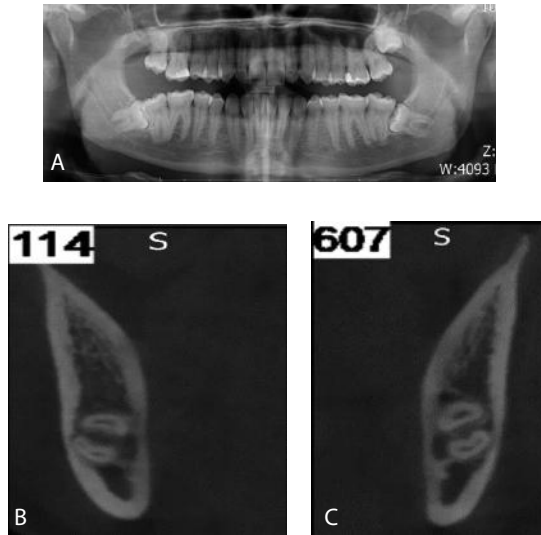


Şekil 8 • a. Preoperatif radyografide mandibulada kırık oluşturabileceği tespit edilen derin gömülü molar diş. **b.** Mandibulanın çekim sonrası plak ile fiksasyonu.

hasarı nedeniyle duyu kaybı), parestezi (herhangi bir dış uyaranın yokluğunda yanma veya karıncalanma gibi anormal his), dizestezi veya hipoestezi yer alır. Üçüncü molar cerrahisi sonrası nörolojik komplikasyon riski %0,4 ila %11 arasında değişmektedir. İnferior alveolar sinirin yaralanması vakalarının %96'sının ve lingual sinir yaralanması vakalarının %87'sinin kendiliğinden iyileşmesi beklenir. Lokal anestetik enjeksiyonu nedeniyle lingual veya inferior alveolar sinirin yaralanması çok nadir görülür. Vakaların çoğu 8 hafta içinde düzelir ve kalıcı sinir hasarı görülme riski çok düşüktür.

! ■ Cerrahi sonrası oluşan nörosensöriyel bozuklukların ameliyattan sonraki ilk 8 hafta içinde düzelmeye başlaması beklenir. 1 yıldan daha uzun süren nerensöriyel bozuklukların genellikle kalıcı olduğu kabul edilir.

- Sinir hasarı riski anestezinin tekniğine, gömülü dişin konumu ve derinliği, hastanın ilerlemiş yaşı, cerrahın deneyimi ve lingual flebi kaldırma tekniği gibi faktörlere bağlı olarak değişir. Radyografik olarak incelendiğinde inferior alveolar kanalın daralması veya deviasyonu, dişin köklerinin radyolusensi oranının artması ve inferior alveolar kanalın dıştaki ana hatlarının bütünlüğünün bozulması gömülü dişin köklerinin inferior alveolar kanal ile ilişkide olabileceğini gösterir (Şekil 3a, Şekil 3b, Şekil 3c). Bu tür durumlarda hastaların cerrahi işlemden önce olası sinir hasarı yönünden bilgilendirilmesi ve bilgilendirilmiş onam formu alınması uygundur.



Şekil 3 • Panoramik radyografi (Şekil 3a) ve konik ışınli bilgisayarlı tomografi görüntülerinde (Şekil 3b, Şekil 3c) gömülü 38 ve 48 numaralı dişlerin kök uçlarının inferior alveolar sinir ile ilişkisi görülmektedir.

Gömülü Dişlerin Tedavi Prensipleri

Akıl Notları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-941-9



9 789752 779419