

İMMEĐAT PROTEZLER

Doç.Dr. Caner YILMAZ*

ÖZET

Doğal dişler çevre dokuları ile beraber çiğneme, konuşma ve yutkunma gibi ağız fonksiyonlarını destekleyen ve yüz konturlarını belirleyen önemli yapılardır. Doğal dişlerin çeşitli nedenlere bağli kayıpları yüz estetiğini ve ağız fonksiyonlarını olumsuz etkilediğini gibi hastada sosyal ve psikolojik yıkımlarda yaratabilir. Bu durumlar doğal dişlerin çekimini takiben hemen takılabilecek çekim öncesi planlanmış ve hazırlanmış immediat protezlerle önlenir. Bu makalede de bu tip protezler hakkında bilgi verilecektir.

Anahtar Kelimeler: Immediat protez.

IMMEDIATE DENTURES

SUMMARY

With their supporting tissues, natural teeth have important role to identify the facial counters and to support oral functions like masticating, fonation and swallowing. Loss of natural teeth, effects esthetic and oral functions negatively and also is a reason for physcologic breakdown. In this conditions; fabricated immediat dentures can be used after the extraction of natural teeth. This article provides knowledge about this problems.

Key Word: Immediate denture.

İmmediat protezler, alt veya üst çenede ya da her iki çenede çekim endikasyonu konulmuş dişlerin çekimlerinden hemen sonra eksilen dişlerin ve beraberindeki yapıların yerini alabilecek şekilde bölgeye yerleştirilen protetik yapılardır.^{1,3}

Bu tip protezlerin uygulama alanları oldukça geniştir. Mevcut dişlerden bir kısmı destek olarak bırakılacaksa bölümlü immediat protezler olarak, tüm dişlerin çekiminin gerektiğini ağızlarda ise total immediat protezler olarak planlanırlar.^{6,14}

İmmediat protezler geçici bir süre için alt veya üst çenede ya da her iki çenedeki belirli sayıda dişlerin, bazen de tüm dişlerin yerini alacağından bu tür protezlerde hasta-hekim ilişkisinin çok iyi sağlanması ve uygulamalar esnasında karşılaşılabilecek problemlerin hastaya açıklanması önem kazanır.^{2,8}

Hangi türde olursa olsun, protetik bir uygulamanın başarıya ulaşabilmesi için şu şartlar gereklidir:

1. Ağız ve çevre dokularla bütünlük sağlanması,
2. Çiğneme fonksiyonunun temini,
3. Fonasyon, solunum ve sindirim fonksiyonlarının eksiksiz yerine getirilmesi,
4. Estetiğin sağlanması,
5. Çevre ve destek dokuların korunması.^{1,14}

İmmediat Protezlerin Avantajları:

1. İmmediat protezler çekim bölgesini bandaj gibi örterek kanama kontrolünü sağlar.
2. Çekim yarısını, dilin ve eğer varsa karşı arttaki dişlerin travmatik etkisinden korur.
3. Ağız sıvılarının ve gıda artıklarının çekim bölgesine girmesini engeller.
4. Çekim yerindeki kan pıhtısını koruyarak yara iyileşmesini hızlandırır.
5. Hastalarda dil, dudak, yanak ve çeneler uzun süre desteksiz kalmadığından çiğneme, konuşma ve yutkunma fonksiyonlarında değişiklik olmaz.
6. Hastayı psikolojik olarak rahatsız eden dişsizlik olayı sosyal ve iş hayatında sıkıntı duurmaz.
7. Çekim sonrası dil, dudak ve çene konumları değişmediğini için protezin çevre dokularla uyumu kolay olur.
8. Çeneler arası dikey boyut ve okluzal ilişkiler değişmeden doğal dişlerin yerini yapay dişler alır.
9. Çiğneme fonksiyonunda belirli bir yetersizlik olmayacağından kas distrofisi, TME rahatsızlıkları ve buna bağlı hasta fizyonomisinde değişiklik olmaz.
10. Alveol rezorbsiyonu daha az olur.

* Gazi Üniv.Dişhek.Fak.Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

11. Çekim sonu ağrıları ve rahatsızlıkları asgari bir seviyeye düşer.

12. Gerek hasta ve gerekse hekmi yönünden daimi proteze geçiş kolay olur.

13. İmmediat protezler dişhekimliği mesleğinin itibarını yükseltirler.^{5,7,13}

İmmediat protezler, çekilen dişlerin alveol soket duvarlarını ağız boşluğundaki baskı kuvvetlerine karşı fiziksel olarak korur. Bu şekilde kemik matriksinin kısa sürede oluşmasına yardımcı olur.⁹ Johnson, immediat protez yapılan bir grup hastayı, normal iyileşme seyrine bırakılmış bir hasta grubu ile karşılaştırmış ve immediat protez kullanan hastaların, özellikle kret yüksekliği ve genişliğindeki erimenin diğer gruba nazaran daha az olduğunu saptamıştır.¹⁰

İmmediat Protezlerin Dezavantajları

1. Bu tür protezlerde, diğer bütün protez tiplerinde olduğu gibi tam anlamıyla gerçek diş doku ve kemiğin yerini tutmaz.

2. Protezin hazırlanması ve laboratuvar işlemleri uzun sürelidir.

3. Çekimleri takiben iyileşmekte olan yumuşak dokunun değişimi ve kemik rezorbsiyonu, sağlıklı bir dokuya nazaran oldukça hızlıdır. Bu nedenle protez kaide plağının destek dokulara uyumlandırılması işlemi zordur.

4. İmmediat protezlerde dişli prova yapılmadığından estetik sakıncalar ortaya çıkabilir.

5. İmmediat protezlerde çevre dokulardaki protez irritasyonları diğer protezlerden daha fazladır. Fakat bu durum iyi bir postoperatif bakımla önlenabilir.^{11,14}

İmmediat Protezin Endikasyonları

1. Estetik: Özellikle ön dişlerde herhangi bir nedenle çekim gerekirse ve çekimi sonucu Kenedy IV.sınıf planlama ortaya çıkarsa, daimi protez yapmak için bir süre yara iyileşmesinin beklenmesi gerekir. Ancak özellikle bayan hastalar olmak üzere sosyal hayatı aktif olan şahıslar ön dişleri eksik olarak beklemeyi göze alamazlar. Bu durumda daimi protez yapılana kadar hastanın estetiğini sağlamak gerekir. Bu da ancak immediat protezle gerçekleştirilebilir.

2. Sosyal: Sosyal yaşamı yoğun olan bazı kişiler çeşitli nedenlerle dişlerinin gerekli olduğu zaman mesleklerini uygulamazlar. Dişlerin çekilmesi ve bir süre çekim yerlerinin boş kalması onlar için bütün mesleki çalışmalarının aksaması demektir. Bu tür çekilen diş boşluklarının geçici de olsa çekimden hemen sonra bir protezle tamamlanmasını isterler. Bu durumda immediat protez bir zorunluluktur.

3. Patolojik: Patolojik veya travma nedeni ile dişlerin çekilmesi söz konusu olabilir. Bu durumlarda hastanın dişsiz kalmaması için immediat protez yapımı gerekli olur.^{1,4,14}

İmmediat Protezlerin Kontrendike Olduğu Sistemik Durumlar

1. İleri diabetiklerde görülen osteoporözis ve xerostomia.

2. Kardiovasküler hastalıklarla beraber seyreden pıhtılaşma problemleri

3. A ve B avitaminozlarla bağlı keratotik lezyonlar

4. Hiperöstrojenizm ve sifiliz

5. Psöriasis ve pemfigoid lezyonları gibi eroziv, liken planus gibi kolay ülsere olabilen rahatsızlıklar.

6. Osteoplastik defektler

7. Artrit, skleroderma ve lupus eritomatozis gibi kollagen bozukluklar

8. Yaşlılığa bağlı zayıf kemik matriksi

9. Hiperteroidizm

10. Yaygın fibröz displaziler

11. Fasial nevralljiler ve parkinson hastalığı

Yukardaki sistemik kontaendikasyonların yanısıra aşırı travmatik çekimleri takiben oluşan ödem protezlerin yerleştirilmesine engel olur. Akut, böbrek, kalp rahatsızlığı olan ve ağız hijyeninin yetersiz olduğu hastalarda immediat protezin takılması bir iki hafta ertelenmelidir. Bunun nedeni çekim bölgesine yerleşecek protezin yaratabileceği bakteriyemiye engellemektir. Radyoterapi gören hastalarda osteoradyonekrozlar oluşabilir. Bu nedenle protezin dikkatli yerleştirilmesi ve travma yaratacak basınç oluşturmaması sağlanmalıdır. İmmediat protez radyoterapiden bir iki sene sonra yapılmalıdır.^{2,3,7}

Bazı otoriteler immediat protezlerin alveol kemiğinin rezorbsiyonunu önlediğini savunurken diğer bazıları alveol kemiği rezorbsiyonunun çabuklaştırdığını söylerler. Hasta hatalı protezler kullandığında bu rezorbsiyon fazlasıyla artar. Bu nedenle immediat protezlerin kurallara uygun yapılması gerekir. Ancak çekimden hemen sonra çekim bölgesinde bir cerrahi işlem uygulamadan protez yapma olanağı pek yoktur.^{5,14}

Hasta eğer çok titiz ve kolay beğenmeyen bir tip ise immediat bir protez kullanmaya elverişli değildir. Hastanın genel sağlık durumu, ilaç alma hali, bir seansta çok diş çekimi ve cerrahi işlemi kaldırabilme durumu da endikasyonda önemlidir. Aşırı örtülü kapanış, kretlerin birbiri ile düzensiz ilişkisi veya diğer anomalilerde olduğu gibi lokal faktörlerde endikasyonda önemlidir.^{3,6,8}

İmmediat protez hastaları sürekli kontrol altında bulundurulmalıdır. Eğer hasta kontrollere gelmez ise erken doku değişimlerinden dolayı protezlerin okluzyonu kötü ise, ön bölgede hipertrofik dokular oluşabilir. Ayrıca doğal dişlerde derin bir vertikal overlap varsa, aynı overlapın tekrar edilmesi protezin stabilitesine zarar verebilir. Bu durumlarda horizontal overlap biraz artırılarak estetik korunabilir. Ayrıca dişlerin labiolingual kalınlığının azaltılması da faydalı olabilir.^{11,13,14}

İmmediat protez yapımına karar verildikten sonra en iyi plan iyileşme süresince dikey boyutun korunması için okluzal durdurucu olarak ağızda bırakılan iki karşıt premolar dışında tüm posterior dişleri çekmektir.^{13,5}

İmmediat protez yapımında diş boyutu, diş formu, diş pozisyonu ve vertikal boyut gibi çoğu kayıtlar ölçülerde tesbit edilir. Dişin renginin dışında model ve modelin artikülatöre bağlanması tüm diğer bilgileri sağlayacaktır. Bu nedenle dişlerin görünümü bir kağıda çizilir ve her dişin kendi rengi, dolgular, renk bozukluğu gibi kişisel işaretlerle birlikte tesbit edilir.^{2,4}

İmmediat protezler vesbitüle dik uzantıları açısından tam uzantılı, yarım uzantılı ve açık yüzlü olmak üzere sınıflandırılabilir.¹

Uzantılı protezler

Ön bölgedeki uzantı tam ya da yarım olabilir. Mümkün olduğu durumlarda tam uzantı kullanılmalıdır. Daha üstün retansiyon gibi avantajlarının yanında, uzantının mevcudiyeti diş yuvalarının daha iyi korunmasına ve dolayısı ile daha hızlı iyileşmeye yardımcı olur. Tam uzantılı protez alveoplasti yada kemik traşlaması yapılmadan kullanılabilir.¹

Açık Yüzlü Protez

Bu, basit fakat tavsiye edilen immediat protez türüdür. Suni dişler doğal yerlerindeki diş yuvalarının üzerine veya bu bölgelere çok yakın dizilirler ve labial uzantı eklenmez. Açık yüzlü immediat prütözler sadece diğer geri kalan protez taşıyıcı yüzeylerden yeterli retansiyon elde edilebildiğinde endikedir. Yani üst çenede kullanılabilir. Fakat alt çenede tavsiye edilmez. Eğer posterior dişler çok yakın zamanda çekildi ise üst çenedeki kretin şekil ve boyutu açık yüzlü immediat protezin retansiyonu için iyi bir temel ortaya çıkarabilir. Posterior dişlerin uzun süreden beri olmadığı durumlarda ve kret şekli zayıf ise açık yüzlü bir proteze retansiyon uygun olmayacak ve uzantılı protez endike olacaktır. Alt çenede açık yüzlü immediat protezin retansiyonu her

zaman zayıftır ve hasta daha önceden bir bölümlü alt protezi başarı ile kullanmış olsa bile bunu uzantılı bir immediat protez takip etmelidir.¹

İmmediat Protezlerin Yapım İşlemleri

Hastadan ayrıntılı olarak anamnez ve kayıt alındıktan sonra immediat protezin yapımı için ölçü alınma aşamasına gelinir. İmmediat protezlerin ölçüsü için en çok tercih edilen ölçü maddesi aljinattır. Standart bir fabrikasyon kaşık ve bununla alınan ölçüler genellikle yeterlidir. Bu nedenle fabrikasyon kaşık sınırlara yaklaşık olarak uyacak şekilde seçilmeli, uygun olmayan durumlarda kaşıka gerekli düzeltmeler yapılmalıdır. İmmediat protezler için alt-üst çene ilişkisi tesbit edilmeden önce hastanın geçmişte kazanmış olabileceği muhtemel çene pozisyonlarını tesbit edebilmek için incelemeler yapılmalıdır. Dişlerin düzensiz kaybı, aşınma, ekstrüzyon alt çenenin sentrik ilişkiden kaymasına sebep olabilir. Bu sebeplerden dolayı sentrik ilişkide yapılmayan protezler çene kemiklerinde daha fazla harabiyete neden olabilecektir. Yapılan araştırmalara göre dişlerin uygun olmayan kaybı, aşınma ve mevcut dişlerin sallanması genellikle dikey boyutun azalmasına neden olmaktadır. Bunlar sonucunda dikey boyut yükseltilecekse bu aşamada yapılmalıdır. Daha sonra bilinen usullerle alt-üst çene ilişki kayıtları alınarak modellerin artikülatöre nakli yapılır.^{4,8,13}

Ön dişlerin dizimi için çok çeşitli metodlar vardır. Dişler model üzerinde basitçe kesilebilir ve dişler protez işlemlerinde olduğu gibi yerinde dizilebilirler veya ön altı dişin üç tanesi aynı anda kesilerek, diğerlerine uygun şekilde dizilebilmeleri de mümkündür. Bununla birlikte immediat protez işleminin en büyük kazancı dişlerin kafa kaidesine göre gerçek ilişkisinin korunmasıdır. Ön dişlerin seçiminde hasta ağızındaki doğal dişlerin form, boyut ve renkleri bizim için en ideal rehberdir. Ön dişler öncelikle estetik göz önüne alınarak dizilirler. Üst çene ön dişler alt çenenin lateral ve protruziv pozisyonlarında dengeli bir okluzyonu sağlayacak bir şekilde dizilmelidir. Estetik gereksinimi sağlamak amacı ile çenenin protruziv pozisyonunda dengeyi sağlamak her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda bazı değişiklikler yapılabilir. Horizontal düzlem daha dengeli bir okluzyon sağlamak amacı ile yükseltilebilir. Lateral pozisyonda dengeyi sağlamak içinde kanin dişler bir miktar kısaltılabilir. Çekim öncesi ağızdaki anterior doğal dişlerin pozisyonları her zaman sonuca uyum sağlamayacağı gibi pozisyonlarının dublikasyonunda protez için yeterli olmayabilir.

Alçı dişler insizalden gingivale doğru piyasemen ile kesilir. Başlangıç için distal veya mezial yüzeylerinde bir dişle komşuluğu olan kesicilerden biri seçilir. Dişin merkezinden bir kesi yapıldıktan sonra kalan iki parça komşu dişlerin temas noktalarını korumak için içe doğru yaklaştırılır. Bu temas bölgeleri bu boşluğa yerleştirilecek dişin tam genişliğinin bir kaydı olarak dikkatlice korunmalıdır. Modelin kök bölümü labial tarafta 2 mm derinlikte ve lingual tarafta da gingival margin ile bitecek şekilde kazılır. Seçilen diş, boşluğa yerleştirilerek uzunluk ve konturları kontrol edilir. Dişin boyutları bu boşluğa uygun olarakta küçültülebilir. Kesici dişler yerine kondukları doğal dişlerin aynı dikey overlapini koruyacak şekilde dizilir. Fakat bu durum protezin stabilitesini de göz önüne alarak yapılmalıdır. Mandibular dişlerin labioinsizal kenarları küçültülerek ve maksiller dişlerinde lingual yüzeyleri inceltirilerek dikey overlap düzeltiler. ^{3,6,11}

Boşluğa göre uygulanan yapay diş mum yardımıyla hazırlanan boşluğa yapıştırılır. Daha sonra komşu diş atlanarak diğer diş de aynı şekilde yerine yerleştirilir. Modelden bir alçı diş daha frez ile kazınır ve yerine suni diş konur. Bu işlem tüm suni dişler yerine yerleşinceye kadar bir diş atlanarak tekrarlanır. Diş dizimi ve modelasyonda bittikten sonra fonetik uyumlamalarda yapılır. İmmediat protezler için bir alternatif dizim de kök bölümünü delmek yerine labiogingival bölüm kesilerek yapılır. Modelin labial kısmına iki çizgi çizilir. Bir tanesi gingival kenara paralel ve serbest diş eti kenarını belirtecek şekilde, diğeri de gingival sulkusun yaklaşık derinliğinin iki katı mesafede ve suni dişlerin kaidelerine yerleştirmek için alçıdan uzaklaştırılan miktarı belirtecek şekilde çizilir. Modeldeki kazanacak alçı miktarı, ilerde cerrahi işlemde uzaklaştırılacak kemik yüzeyin kompanze edecektir. Modelde yapılacak minimal kazıma, immedat bölgede tam ve yuvarlak bir sırt için uygun matriks oluşturacak bir protez yapımını sağlar. En iyi sonuçlar protezler yerleştirilirken hiç kemik uzaklaştırılmadığı durumlarda elde edilmektedir. Modeldeki doğal dişlerin uzunluğunu ve genişliğini korumak için bir defada bir tane olacak şekilde modelden diş uzaklaştırılır. Dişin ortasında üst çizginin seviyesine kadar bir oluk açmak için separe kullanılır. Bu kesikten itibaren komşu dişler tarafından kesilerek dişin uzaklaştırılması sağlanır. Alçı labial tarafta üst çizgiye kadar, lingual tarafta gingival kenara kadar uzaklaştırılır. Daha sonra suni diş yerine yerleştirilir ve mum ile sabitlenir. Sonradan diğer dişler yerleştirilir. ^{1,4,6,8}

Yukarıda anlatılan alçı dişleri uzaklaştırmanın yanısıra diğer bir başka yöntemde de alçı modelde, doğal dişin kökü kadar bir yuva hazırlanır. Yuva hazırlanmayan yukarıdaki yöntemde alveol yuvalarının diş çekimlerinden sonra iyileşmeleri süresince, immedat protezin alveol yuvalarına yapacağı baskının önlenmesi amaçlanır. Yuva hazırlanan yöntemde ise diş çekimlerinden sonra protez hastanın ağızına yerleştirildiğinde, hazırlanmış olan yapay köklerin doğal diş köklerinin yuvalarına yerleşerek protezin tutuculuğu artar. Genellikle yuva hazırlanmadan yapılan yöntemde hazırlanan protezlerin daha iyi sonuçlar verdiği ve alveol yuvalarının daha çabuk iyileştiği belirtilmektedir. ¹

Anterior dişlerin uygulanmasından önce oluşturulması gereken posterior okiuzyon düzleminin seçilmesi gerekliliğidir. Bu düzlem mandibular ön dişlerin kesici kenarları ve retromolar üçgene göre seçilir. Mandibular ön dişlerin insizal kenar yüksekliği hastanın estetik ve fonetik durumuna göre ağızda tayin edilmelidir. ^{2,4,8}

Böyle immedat vakalarında doğal dişler mevcutsa, gerektiğinde daha uygun okluzyon düzlemi yaratmak için bu dişler restore veya modifiye edilebilirler. Düzlemin posterior noktasını tayin etmek için retromolar üçgen önce üç kısma bölünür (üst, orta ve alt). Sonra üçgenin orta ve üst bölgesinde bir nokta seçilir. Bu düzlemin posterior noktasını oluşturur. Bu düzlem protez boşluğu mesafesi ve iki dişsiz kretin ilişkisi, rezorbsiyonuna bağlı olarak ileriye veya geriye konumlandırılabilir ve yükseltip alçaltılabilir. Bu şekilde okiuzyon düzlemi oluşturmakta ki amaç çığneme yaparken çığneme kuvvetlerinin protezi dokulara karşı stabilize etmesini sağlar. Aksi halde protezi oturtmayan faktör olarak davranacaktır. ²

Diş diziminde, anatomik diş kullanıldığında kondil yolunun aşırı eğimli olması durumunda (Klas II div.2) artırılmış bir kompanzasyon eğrisi genellikle gerekebilir. Bu vakalarda okluzal düzlem ve posterior referans noktası, posterior dişler çok yüksek seviyede olmayacak biçimde hafifce düşürülmelidir. Non-anatomik dişler ya da plastik dişler, rezin bloklar kullanıldığında, düzlem iki oryantasyon noktası arasında yaslatılmalıdır. Posterior dişlerin diziminde bugün sıklıkla kullanılan diş tipleri, tüberkül eğimleri, değişik derecelerde olan anatomik dişler ve tüberkül eğimleri olmayan non-anatomik dişlerdir. ²

Anatomik dişlerin kullanıldığı durumlar

Hastanın estetik istekleri, iyi korunmuş doğal diş arkı karşısına yerleştirilecek protezlerde, iyi kretli sağlıklı genç hastalarda, esas olara rotasyon hareketlerinin fazla olduğu mandibulada.

Non-anatomik dişlerin kullanıldığı durumlar

Diş sıkma ve gıcırdatma durumlarında, habitual eksentrik okluzal pozisyonda, nöromusküler rahatsızlıklarda, aşırı interokluzal mesafede, hızlı doku değişikliklerinde, sarkık yumuşak labial kretlerde, alt-üst çene ilişkisi ve dikey boyutun fazla uyumsuz olduğu durumlarda, TME bozukluklarında.²

Yukarıda anlatılan durumlar göz önüne alınarak yapılan diş diziminden sonra bilinen yöntemlerle protezin muflalama, aktif tepimi ve polisaj işlemleri tamamlanır. Protez bitirildikten sonra hastaya takılmadan önce artikulatöre alınarak okluzal düzeltmeler yapılmalıdır. Önüne geçilemeyen değişiklikler bunu gerekli kılmaktadır. Okluzyon hataları protez takılırken, yapılan cerrahi işlemler nedeniyle elimine edilemezler. Protezlerin artikulatöre alınmasından sonra sentrik ve eksentrik pozisyonlarda sapmış okluzal kontaklar düzeltilir. Son okluzal düzeltmeler ise yeni interokluzal kayıtlar alınana kadar ve dokular tamamen iyileşene kadar yapılmaz.

Cerrahi İşlemden Önce İmmediat Protezin Hazırlanması

Protezin labial uzantısı, cerrahi işlem süresini kısaltmak için, yuvarlatılması gereken sınırlar haricinde minimum derecede kısaltılmalı ve inceltmelidir. Bu kenarlar sabit kalem ile boyanarak fazla kısımlar belirlenir. Protezin iç yüzeyinde, yeni çekim boşluklarını gösteren çıkıntılar alınmalıdır. İdeal değişiklikler cerrahi plakta yapılmalı, çekim boşluklarına basınç gelmemelidir. Özellikle diş yuvalarının anterior kısımlarının labial kemiği ince ve keskin oluşu nedeniyle hassastır. Çekim boşluğunun sağlıklı olarak iyileşebilmesi ve hastanın rahat etmesi için bu bölgede kl artık maddeler temizlenmelidir. Maksiller kesicilerin eğimi labialde kaldırılması gereken undercut lar oluşturabilir. Protez undercut'ı iyi bir dayanak olarak kullanarak, dokuyu rahatsız etmeyecek biçimde yerleştirilmelidir.^{3,4,8}

Cerrahi İşlemler Ve Protezin Uygulanışı

Model üzerinde ki kazıma miktarından fazla cerrahi işlem yapılmamalıdır. Şayet model üzerinde sadece dişler kazınıp, başka kazıma yapılmamışsa sadece diş çekimi yeterlidir. Periodontal

sorunlar neticesinde dişler çekime gitmişse, gingival yumuşak dokularda kazınmalıdır. Anterior dişler de travmayı en aza indirmek için çok az miktarda lokal anestezi kullanılmamalıdır. Eğer kemik düzeltilmesi yapılacaksa aşırı kemik kaybını önlemek amacıyla diş çekimi, öncesi flep kaldırılır. Böylece dişlerin daha kolay ve daha az travma ile çekimi hızlanmış olur. Flep çok fazla açılırsa, bu sonradan sınırdaki skatris dokusu oluşumuna ve bununla beraber ödem ile anormal pıhtı oluşumuna neden olur. Bu önlemlerinde protez sınırları normal doku üzerinde fazla baskı yapmadan bulunurlar. Köklerin alt labial kısımlarında ki kemik, ege ile uzaklaştırılırsa travma daha da azaltılmış olur. Dişlerin çekiminden sonra kemik eğeleri ile bu bölgelere daha yumuşak hatlar verilebilir. Flep yerine konduğunda bir fazlalık varsa yumuşak doku makası ile kesilir. Şayet flep kısa gelir ve kemiği örtmek için esnetilirse dar ve bıçak sırtı gibi bir kenar oluşmasına sebep olur.^{3,4,8,11,13}

Cerrahi plak ağıza, tüm dişler çekildikten sonra fakat kemiğin düzeltilmesi ya da yumuşak doku ile ilgili cerrahi müdahale yapılmadan önce yerleştirilir. Bu plak yerine uygun olarak yerleştirildiğinde çekim bölgelerinin basınç bölgelerinin beyazlaştığı görülür. Plak çıkartılıp, yumuşak dokuda beyazlaşmanın olduğu kısımlarda traşlama yapılır. Bu aşamada, plak yerine çok güzel bir şekilde itina ile oturtulmalıdır. Aksi takdirde traşlanması gereken kısımlarda hata olabilir. Traşlamanın az ya da normalden fazla yapılması protezin yanlış pozisyonda olması, dolayısıyla yanlış okluziyona ve hasta için rahatsızlığa neden olacaktır.^{3,4,8,11}

Protez ağıza takılmadan önce uygun bir antiseptik solusyonda bekletilerek, sterilizasyon sağlanmalı ve ondan sonra hasta ağızına takılmamalıdır. Hasta protezi taktikten sonra ilk 24 saat boyunca protezi ağızdan çıkartmamalıdır. Protez ilk kez diş hekimi tarafından bu süre sonunda çıkartılmalıdır.^{4,6,13}

Postoperatif Hasta Eğitimi

Protezin ilk 24 saatten önce ağızdan çıkarılması durumunda, protezin tekrardan yerine yerleştirilmesi imkansız ya da çok güç olacaktır. Çekim sonrası oluşan travmaya bağlı ağrının, protezin ağızdan çıkarılması ile azalmayacağı hastaya anlatılmalıdır. İmmediat protez aynı zamanda, cerrahi bölgede bir splint görevi görerek, ağızda ki sıvılar nedeniyle meydana gelen pıhtıyı koruyarak, muhtemel bir kanamayı önler. Kanama zamanı uzun olan hastalarda, protezin ölçü yüzeyine tannik asit yerleştirilmesi faydalıdır. İlk 24 saatte hasta yemek yememeli

sadece sıvı diyet almalıdır. Okluzyon tam olarak sağlanamadığından çiğneme yeterli olmayacaktır. Okluzyonun düzeltilmesi ile beraber stabilite de artacaktır. Okluzyon, ödem kaybolana kadar da mükemmelleşmez ve bu genellikle protezin yerleştirilmesinden bir yada iki hafta sonra olur. 24 saat sonunda protezin kenar uyumu ve çekim yerlerindeki fazla basınç kontrolü yapılır. İyi düzeltilmemiş kemik bölgelerinde çilek kırmızısı renginde lekelerle rastlanabilir. Bir işaret kalemiyle bu bölgeler etrafına daire çizilebilir. Protez ağıza takılarak protezin iç yüzeyine çıkan bu işaretli kısımlar düzeltilir. Ayrıca yara yerleri kontrol edilerek ılık antiseptik solusyonlar ile yıkanabilir.^{1,4,6,8,11} İlk 24 saatte dişlerin aşını teması getirilmemesi hastaya söylenir. Bu aşamada selektif müllemeden kaçınılmalıdır.¹²

48 saatlik periyodun sonunda ödemin çoğu kaybolduğundan ve protez rahatsızlık vermeden takılıp çıkarılabildiğinden okluzyon düzeltilebilir hale gelir. Yine de okluzyonun düzeltilmesinin iki haftalık bir süre sonuna ertelenmesi daha faydalıdır. Bu randevudan sonra hastaya, yemeklerden sonra ve yatarken protezi çıkartması, iç kısımlarını diş fırçası ile sabun veya diş macunu yardımı ile temizlemesi söylenir. Protezin gece çıkartılması bölgede kan dolaşımının artmasını ve destek dokuların güçlenmesini sağlar. Ancak bu işlem protezin takılmasından en erken 2, en geç 5 gün sonra yapılmalıdır.^{1,3,4,6,12}

Hasta en az üç ayda bir kontrole çağrılmalıdır. Alveol kemiği kalsifikasyonu diş çökümünden 3-8 ay sonra tamamlandığından hekimin yapacağı kontrole göre immediat protez bu süre içinde yerini daimi proteze bırakmalıdır. Reten kaybı nedeniyle hasta ilk üç ay kullanımda zorlanırsa, protezin içi uzun süreli yumuşak astar maddeleri ile beslenebilir.^{1,7,8,11,13}

KAYNAKLAR

1. Anderson NJ, Storer R. Immediate and replacement dentures. Third Ed. Blackwell Scientific Publications, Melbourne, 1981.
2. Boucher OC. Swenson's complete dentures. Sixth Ed CV Mosby Co St Louis, 1970.
3. Boucher OC et al. Prosthodontic treatment for edentulous patients. Seventh Ed CV Mosby Co. St Louis, 1975.
4. Huchman JM. An atlas of complete denture prosthesis. JB Lippincott, Philadelphia, 1970.
5. Elliger CV. et al. Synopsis of Complete Dentures. Lea and Febiger, Philadelphia, 1975.

6. Granados JL. Immediate Denture Using Patient's Existing Dentition, J.P.D. 1979; 41(2): 228-231.

7. Haertwell CM, Ranh AO. Syllabus of complete dentures. Second Ed, Lea and Febiger, Philadelphia 1975.

8. Hickey CJ, Zarb AG. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. Eight Ed CV Mosby Co, St Louis 1980.

9. Johnson K. The immediate maxillary full denture. I clinical observation. Aust Dent J 1986; 31: 44-52.

10. Johnson K. The immediate maxillary full denture III The role of the immediate denture. Aust Dent J 1986; 31: 181-186.

11. Pişkin T. İmmediat protezlerin uygulamalarında değişik cerrahi müdahale teknikleri üzerine araştırmalar. İ Ü Dişhekimliği Fakültesi Derg 1980; 14(4): 329-334.

12. Raleigh A. Instructions for patients who receive immediate dentures. J A D A 1986; 112: 645-646.

13. Sharry JJ. Complete denture prosthodontics. Second Ed The Blakiston Division Mc Graw-Hill Book Co. Newyork 1968.

14. Ulusoy M, Aydın K. Bölümlü protezler. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1988.