

HARAKETLİ TAM PROTEZ KURSU

- Stj. Dt. İbrahim obaid
Sağlık Bilimleri Üniversitesi/ 5.sınıf



DentoCrown

Date _____

Preparation
is the

2. DERSİMİZ

Protez öncesi ağız hazırlıkları





TAM PROTEZLERDE PROTEZ ÖNCESİ AĞIZ HAZIRLIKLARI

1. Üst ve alt çenede destek dokuların **makroskopik** anatomisi
2. Üst ve alt çenede destek dokuların **mikroskopik** anatomisi
3. Tam protezlerde **sistemik faktörlerle** ilgili ağız lezyonları
4. Tam protezlerde **lokal faktörlerle** ilgili ağız lezyonları
5. **Protez öncesi cerrahi (preprotetik cerrahi)**

1. ÜST VE ALT ÇENEDE DESTEK DOKULARIN (MAKROSKOPIK ANATOMİSİ)

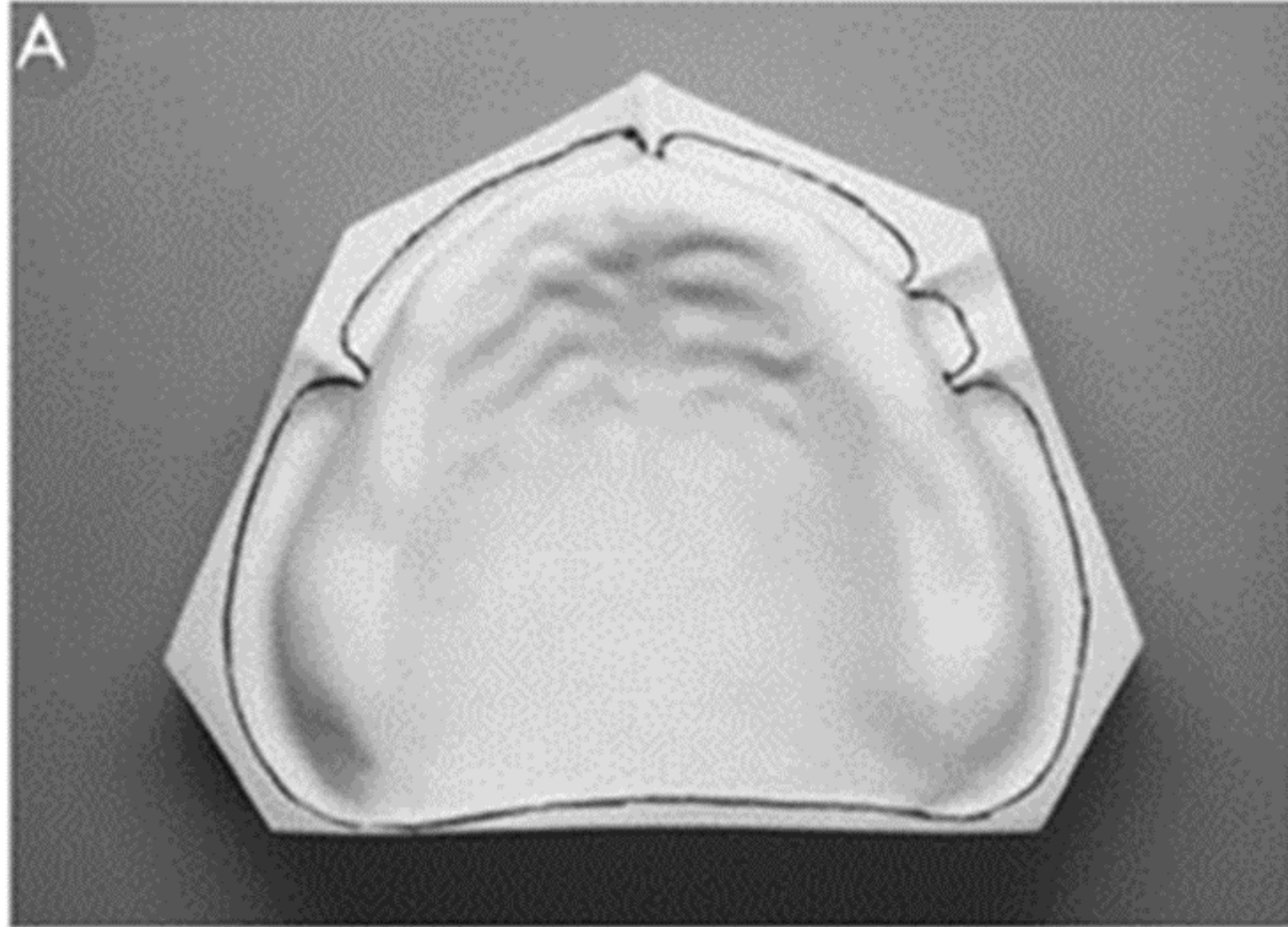


Makroskopik anatomi:

İnsan yapısını gözle görebilen
şekliyle inceleyen anatomi
dalıdır.

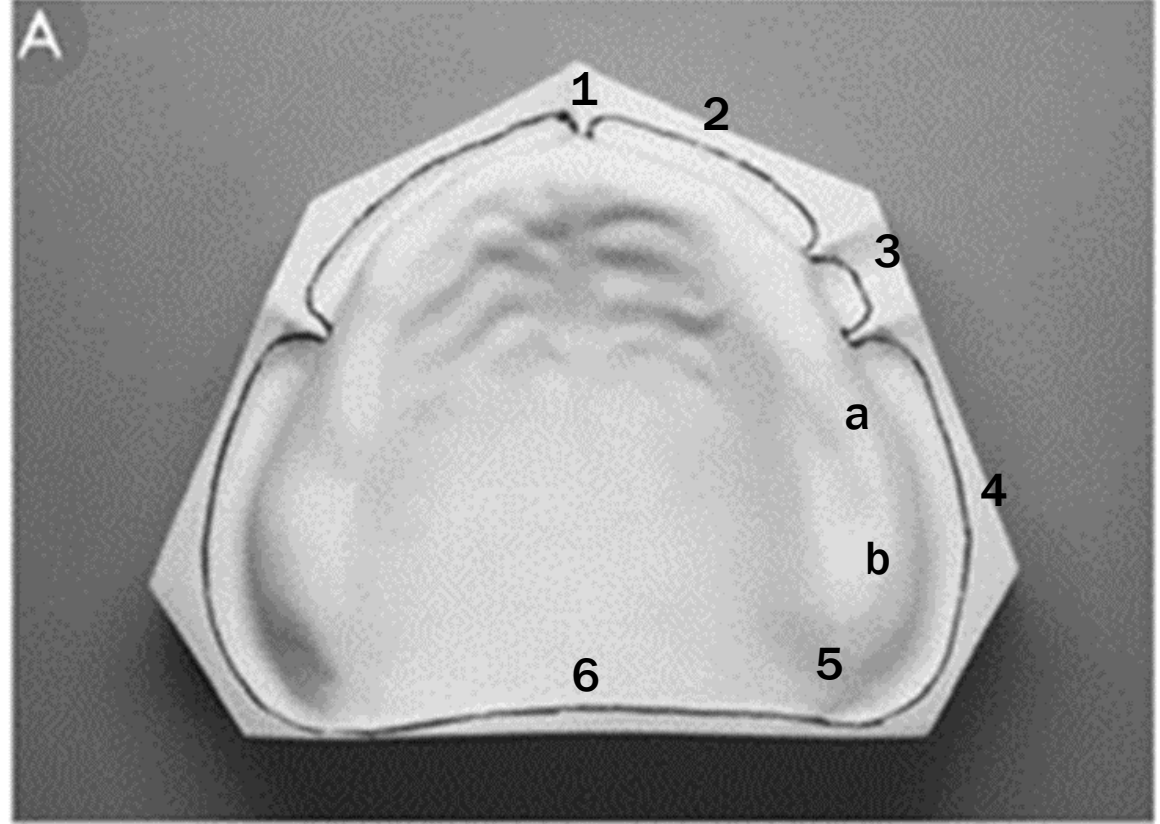


ÜST ÇENEDE DESTEK DOKULAR

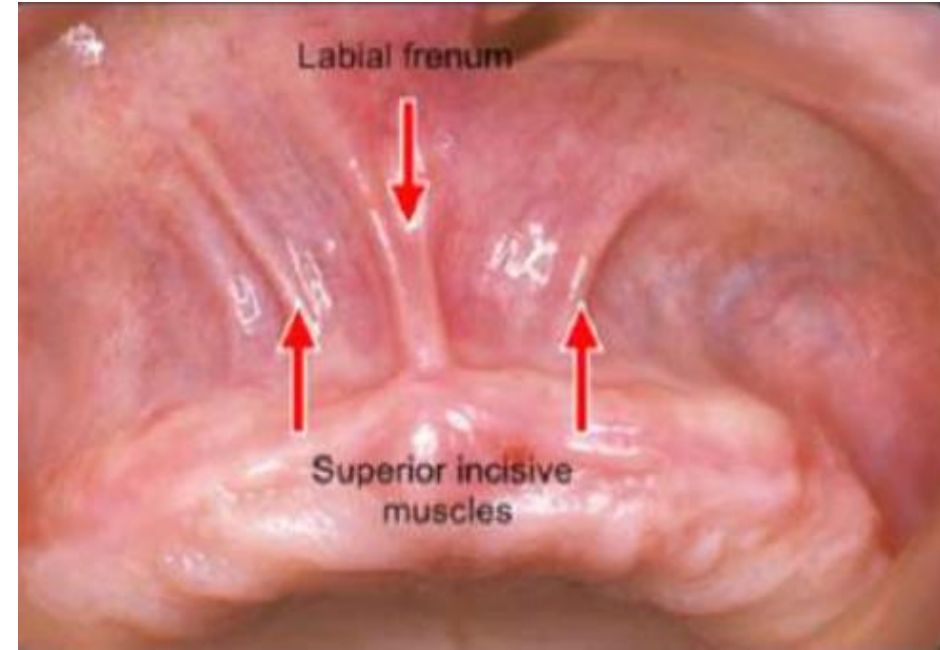


Sınırlayıcı yapılar:

1. Dudak frenulumu (labial)
2. Dudak vestibül bölgesi
3. Yanak frenulumu
4. Yanak vestibül bölgesi
 - a. Zigomatik kavis kesimi
 - b. Paratuber kesimi
5. Hamular çentik alan
6. Titreşim hattı (ah hattı)







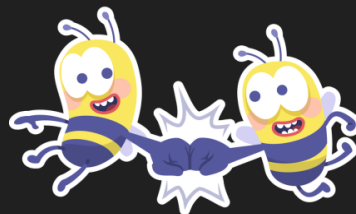
1. DUDAK FRENULUMU (LABIAL)

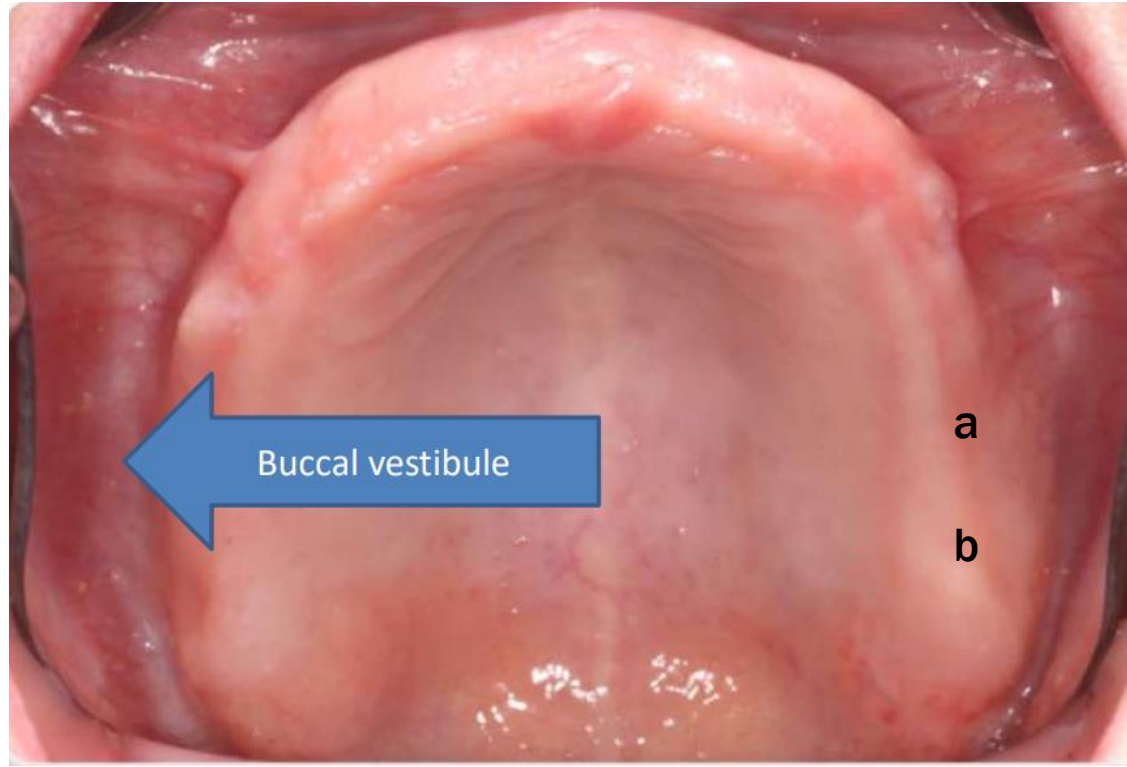


2. DUDAK VESTIBÜL BÖLGESİ



3. YANAK FRENULUMU (BUKKAL)

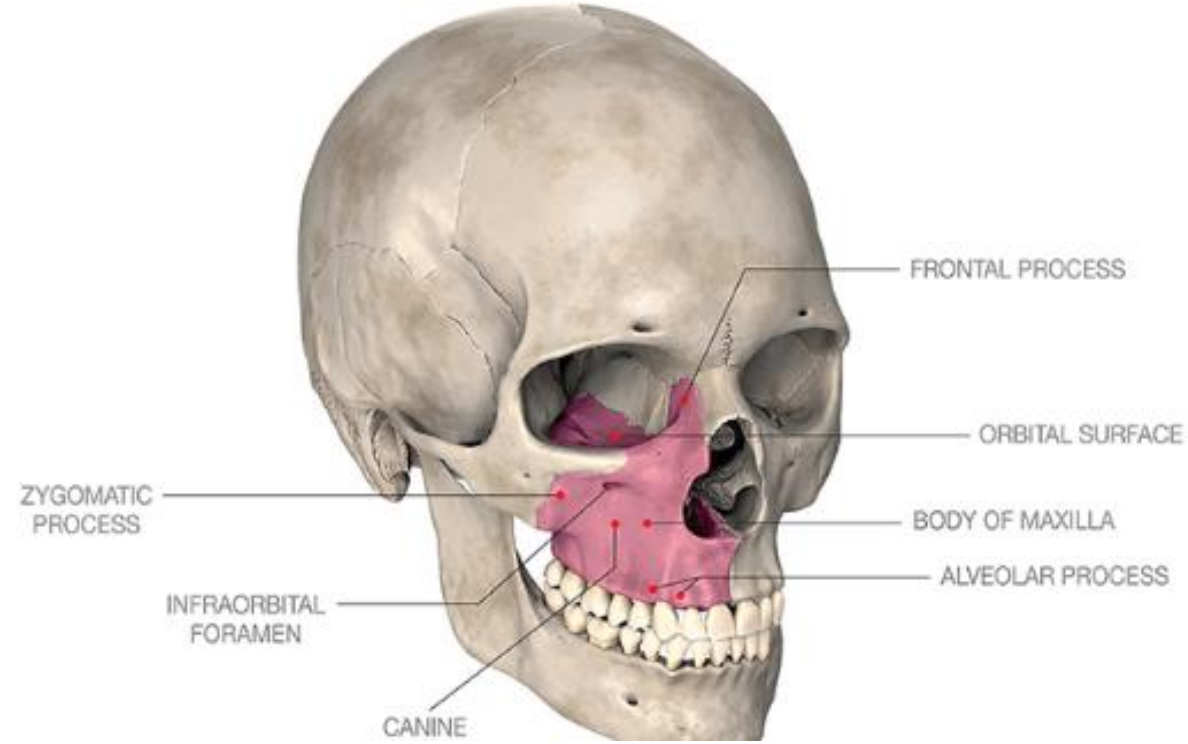




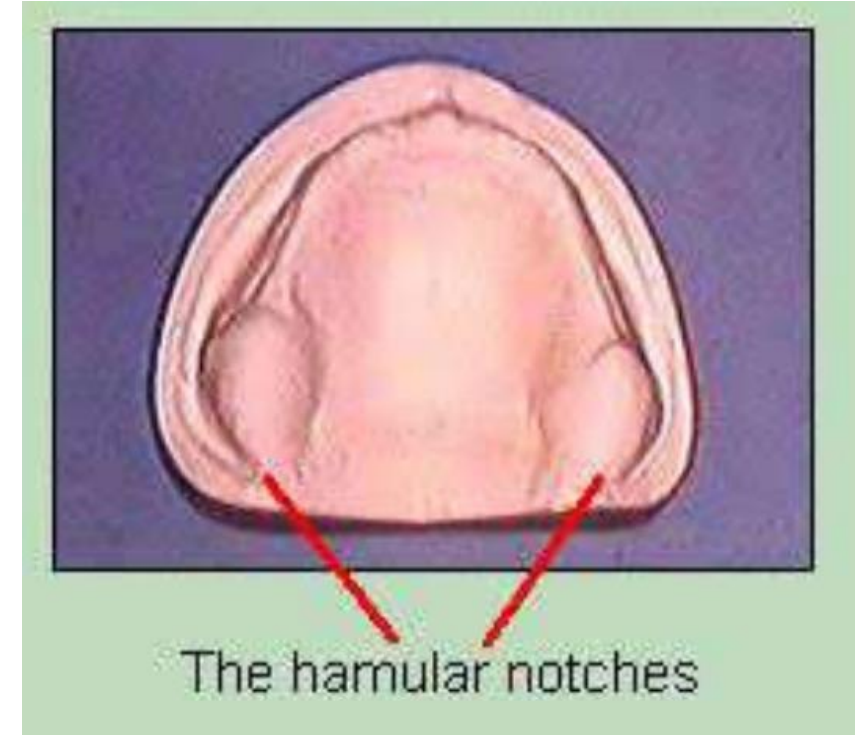
4. YANAK VETIBUL BÖLGESİ



MAXILLA



A. ZİYGOMATİK ÇIKINTI



5. HAMULAR ÇENTİK ALAN

Kaide plağı Aşırı uzatması ağrıya neden olabilir
ve yetersiz uzatma, yetersiz retansiyona neden olabilir.

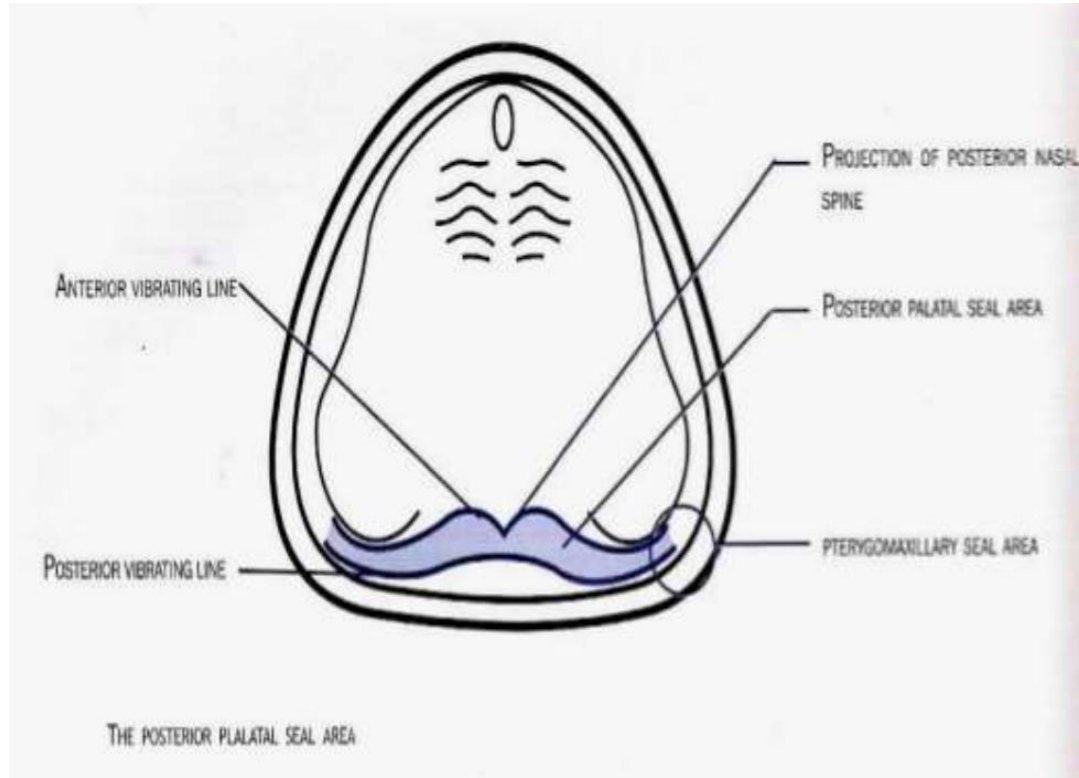


**TITREŞİM HATTI: DAMAK BOYUNCA ÇIZILEN HAYALI
BİR ÇIZGIDIR,**

**KIŞI (AH) DEDIĞİNDE YUMUŞAK DAMAĞIN HAREKET
EDER, BİR HAMULAR ÇENTİKTEN DİĞERİNE UZANIR.**

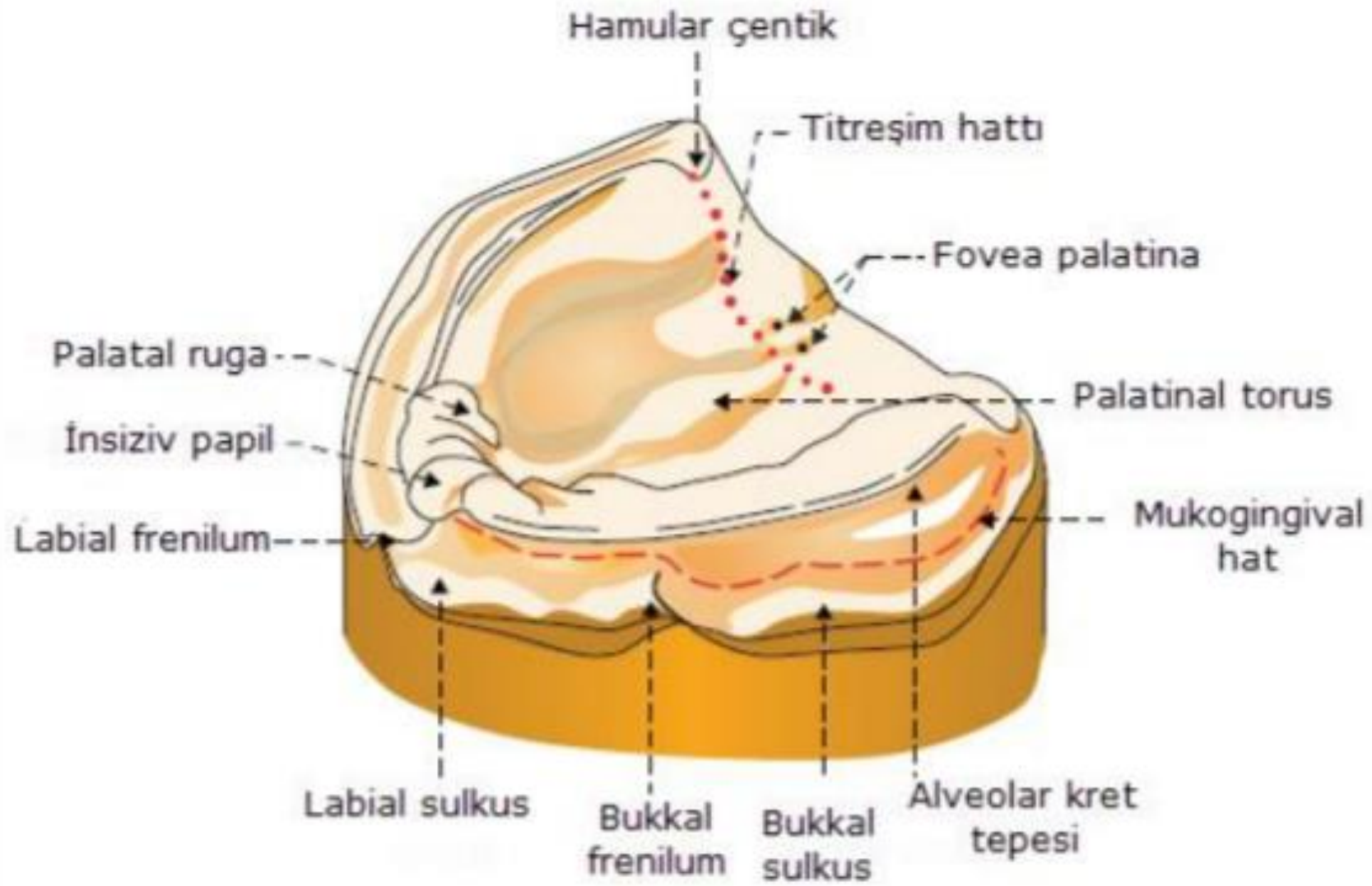
**ORTA HATTA FOVEA PALATINAE'NİN YAKLAŞIK 2 MM
ÖNÜNDEN GEÇER VE DAIMA YUMUŞAK DAMAKTA
BULUNUR.**

6. TITREŞİM HATTI (AH HATTI)



6. TITREŞİM HATTI (AH HATTI)





Destekleyici yapılar:

1. Birincil stres taşıma alanı

A. Sert damağın orta hatta lateral olan yatay kısmı (Palatine kubbesi).

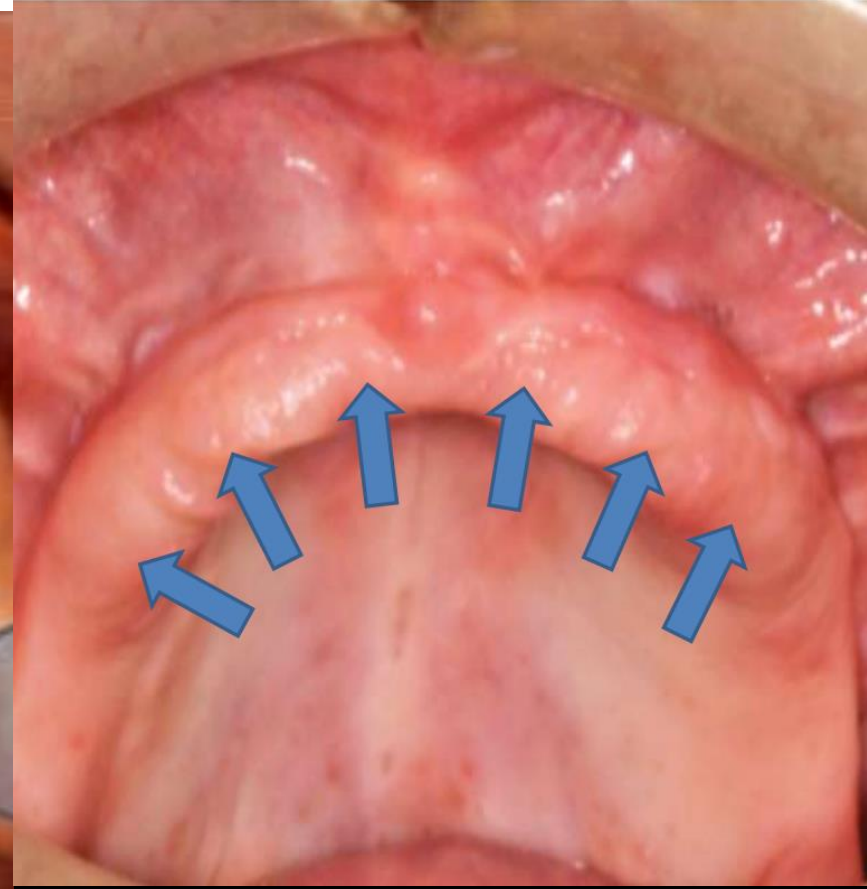
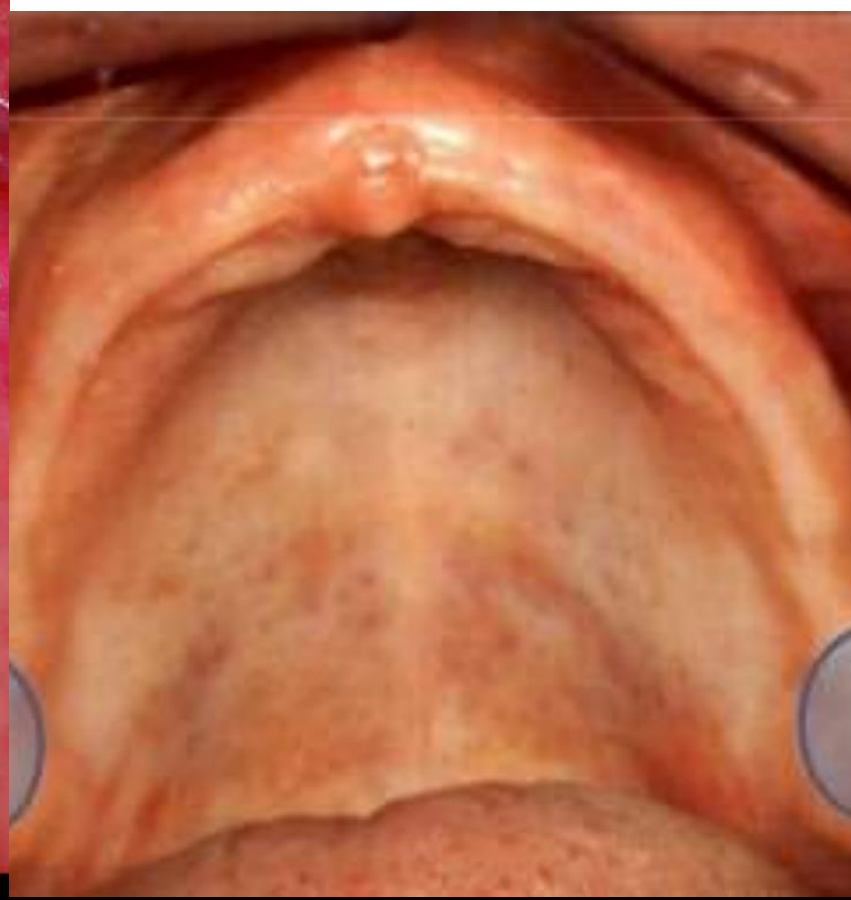
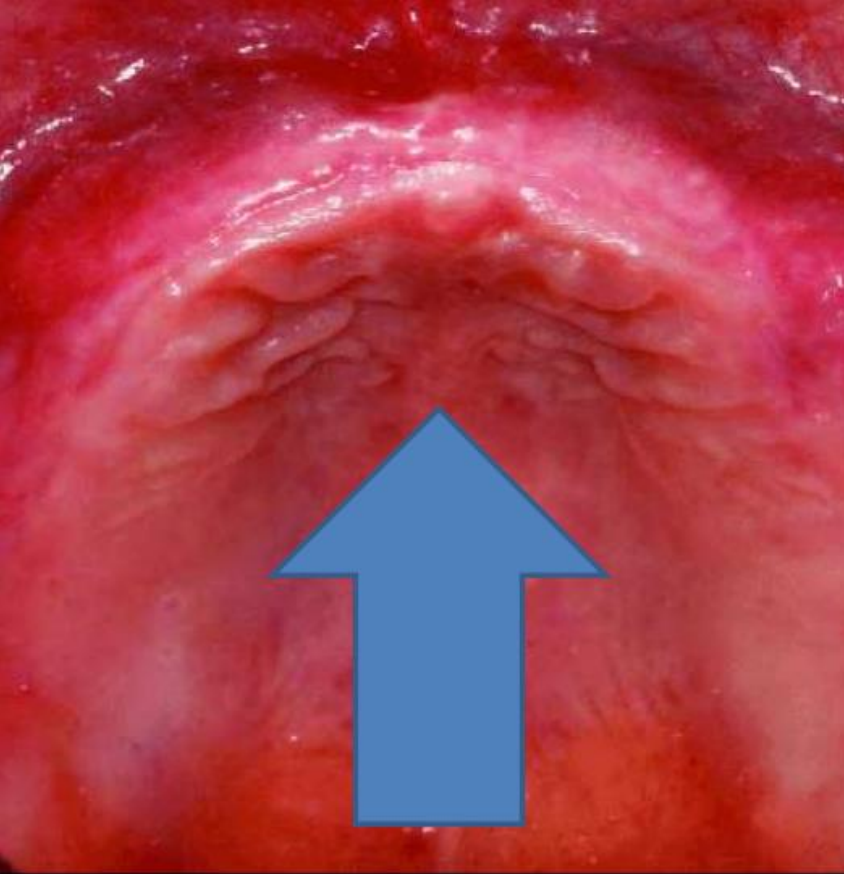
B. Rezidüel alveoler çıkıntının postero-lateral kısmı:

2. İkincil stres taşıma alanı

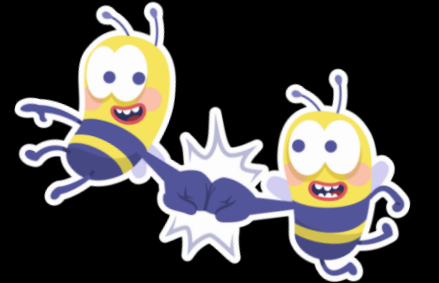
A. Maksiller tüberozite: üst protez buraya kadar uzatılmalıdır. R ve D artar

B. Rugae bölgesi. Ölçü de bozulmaması lazım.





DESTEKLEYICI YAPILAR

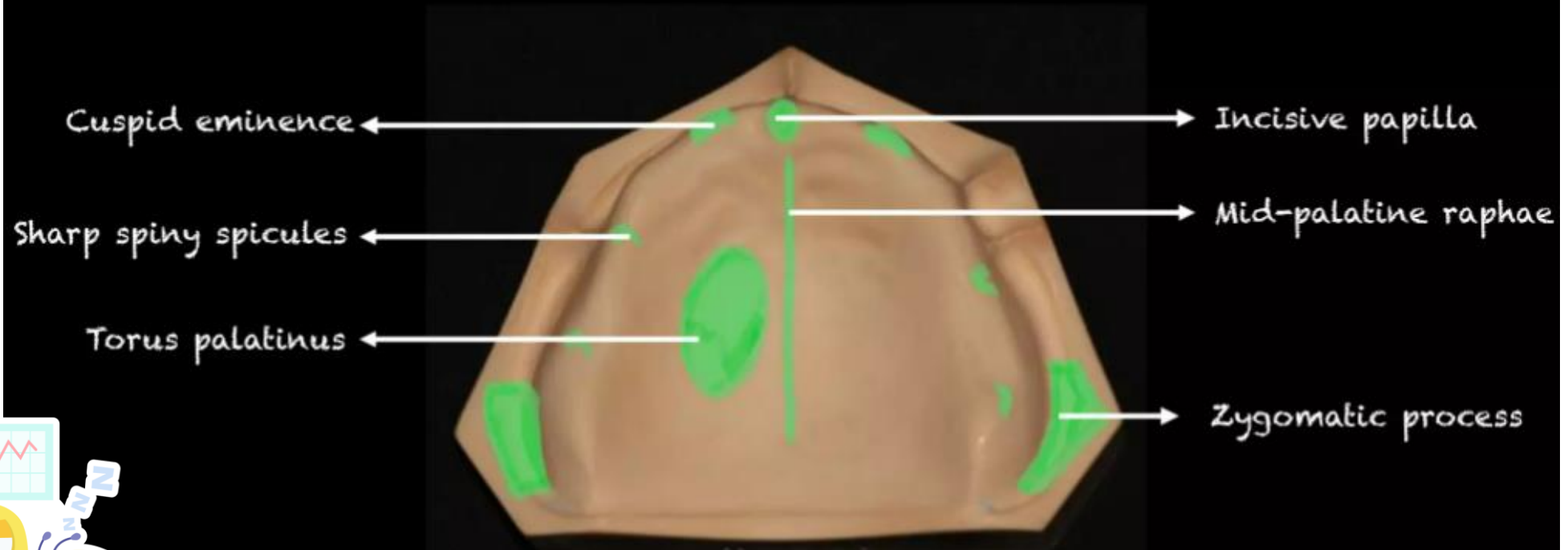


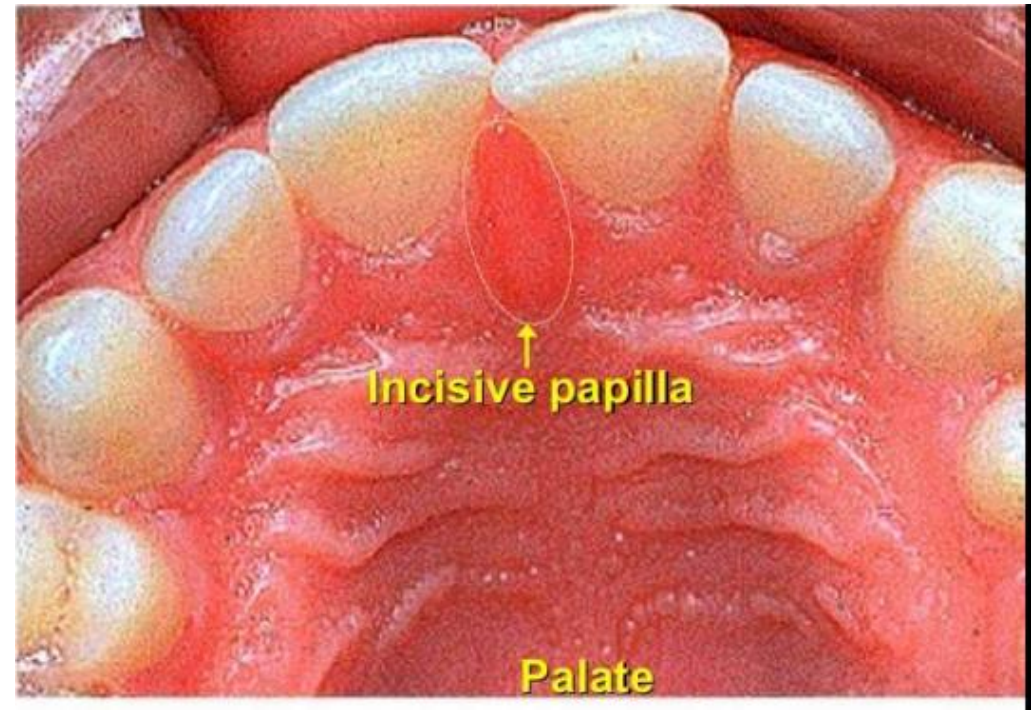
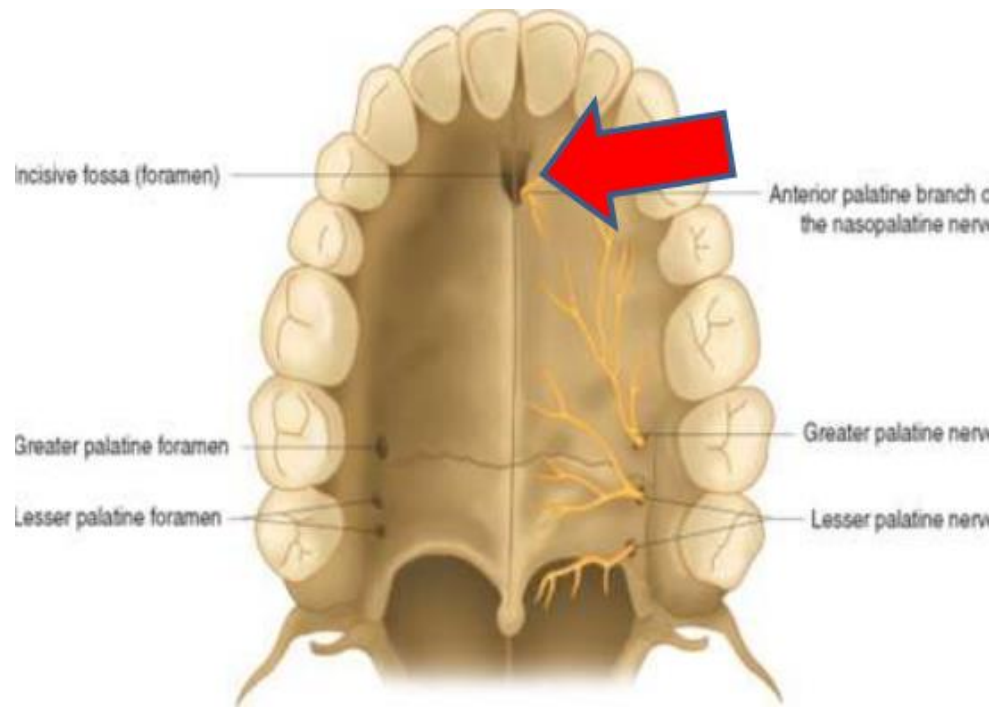
Röylef alanlar:

- 1. Insiziv formaen ve papilla**
- 2. Mid palatal rafe**
- 3. Fovea palatina**
- 4. Zygomatic proses**
- 5. Canina eminence**
- 6. Toruslar**
- 7. Keskin kemik çıkıntıları
eğer cerrahi ile
çıkarılmayacaksa.**



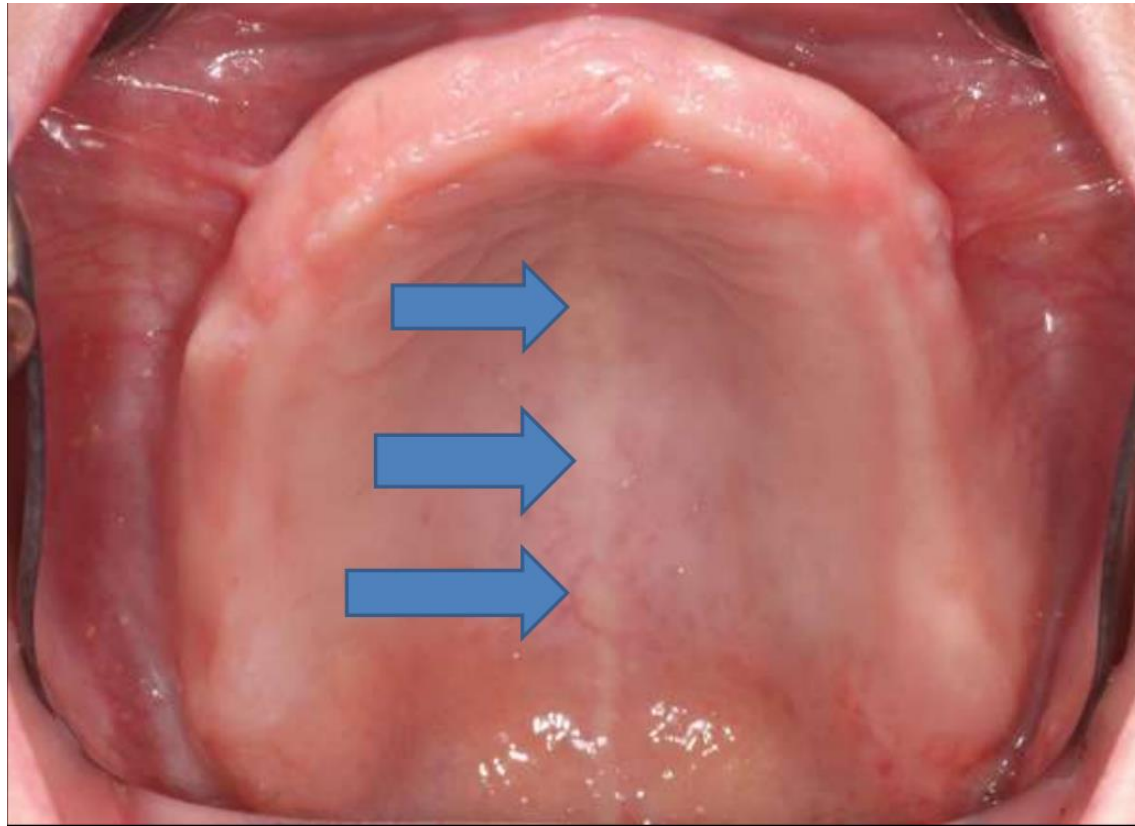
Relief areas



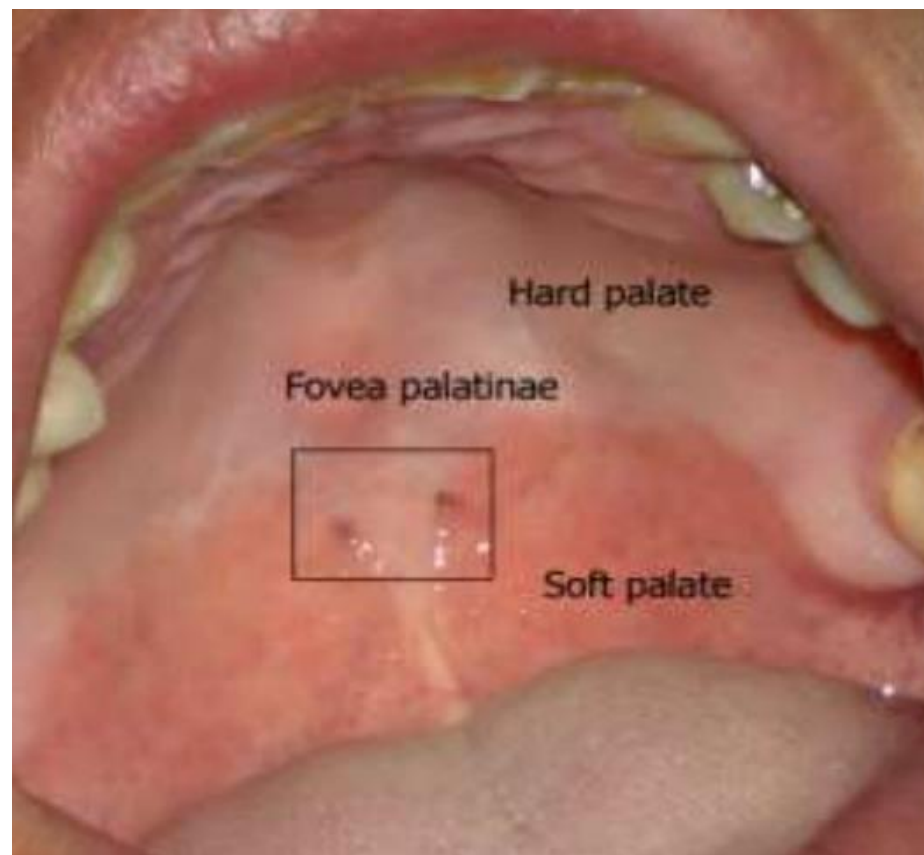


1.INSIZIV FORMAEN VE PAPILLA

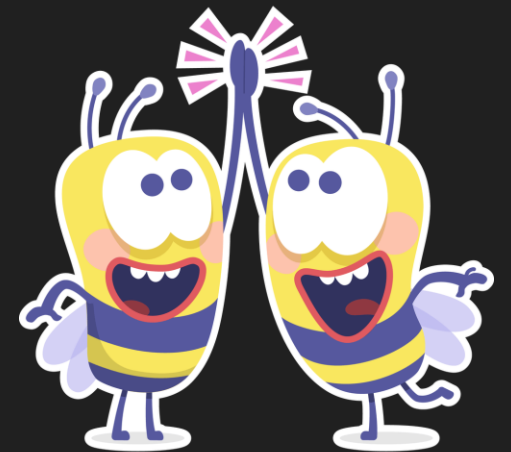


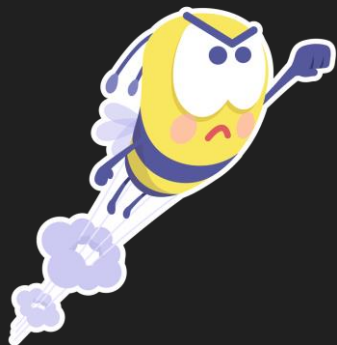
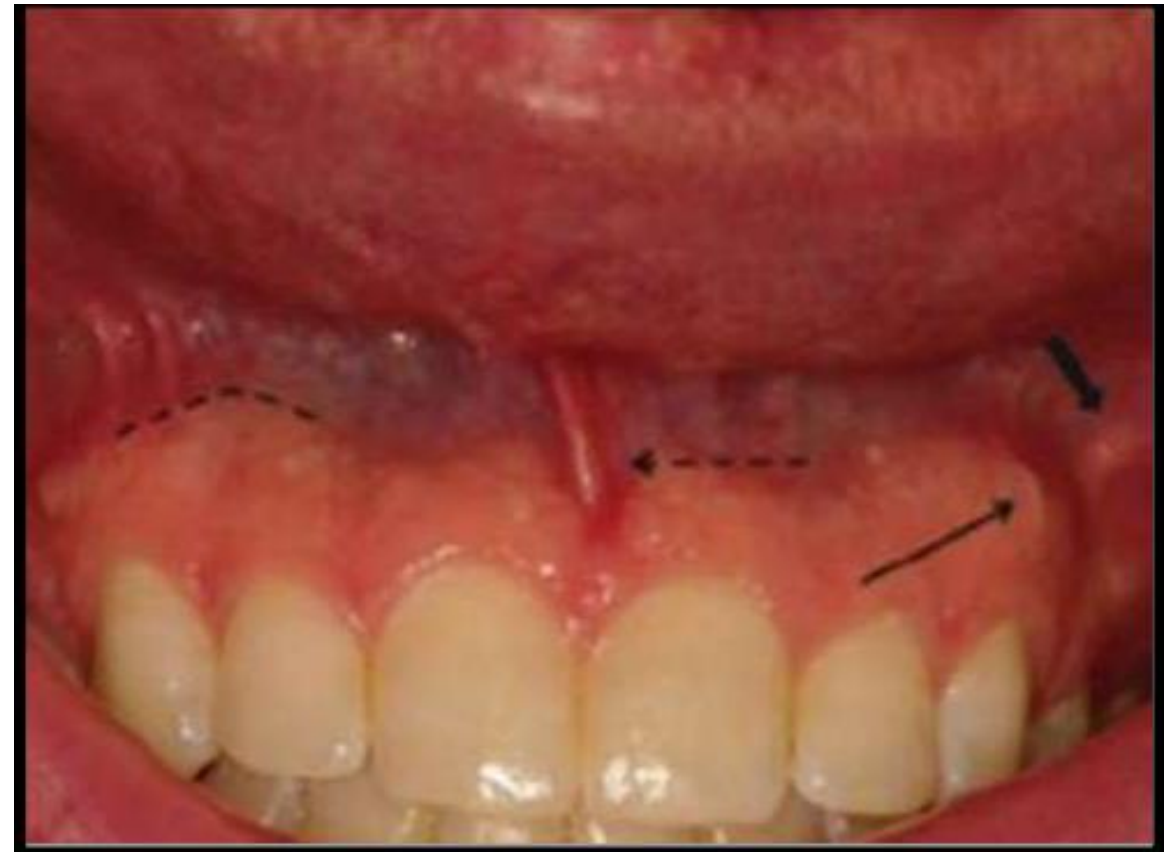


2. MID PALATAL RAPE

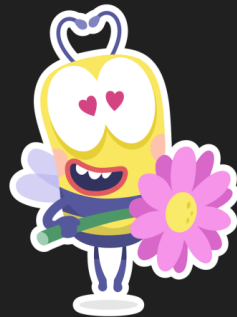
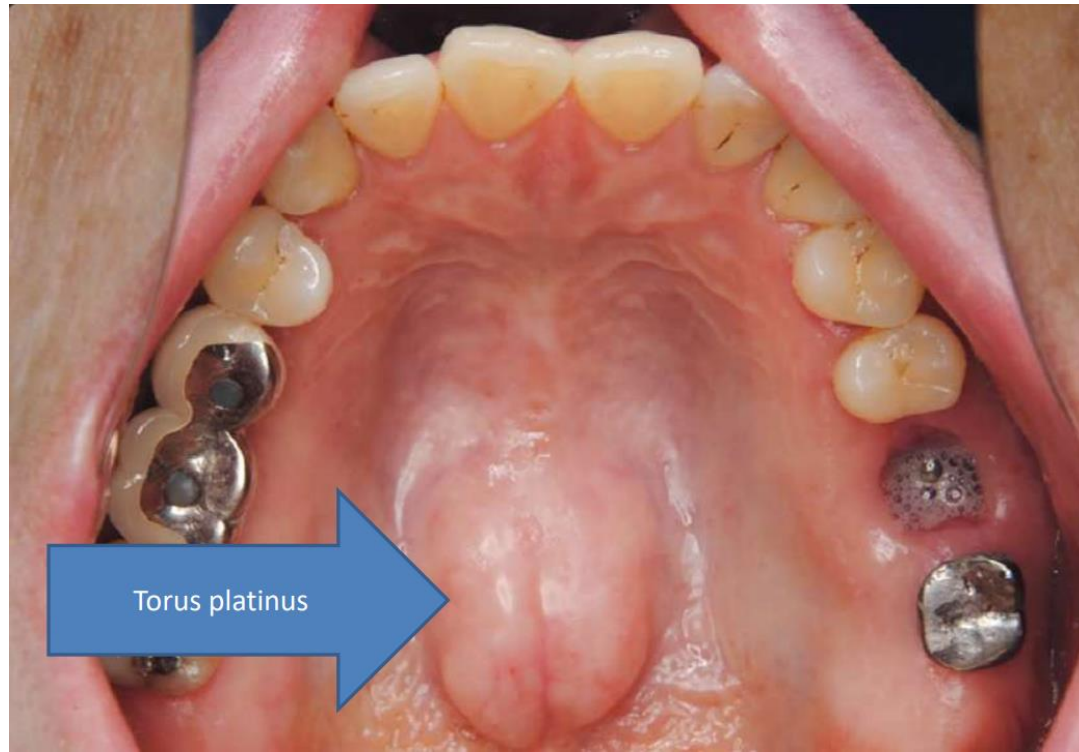


FOVEA PALATINA



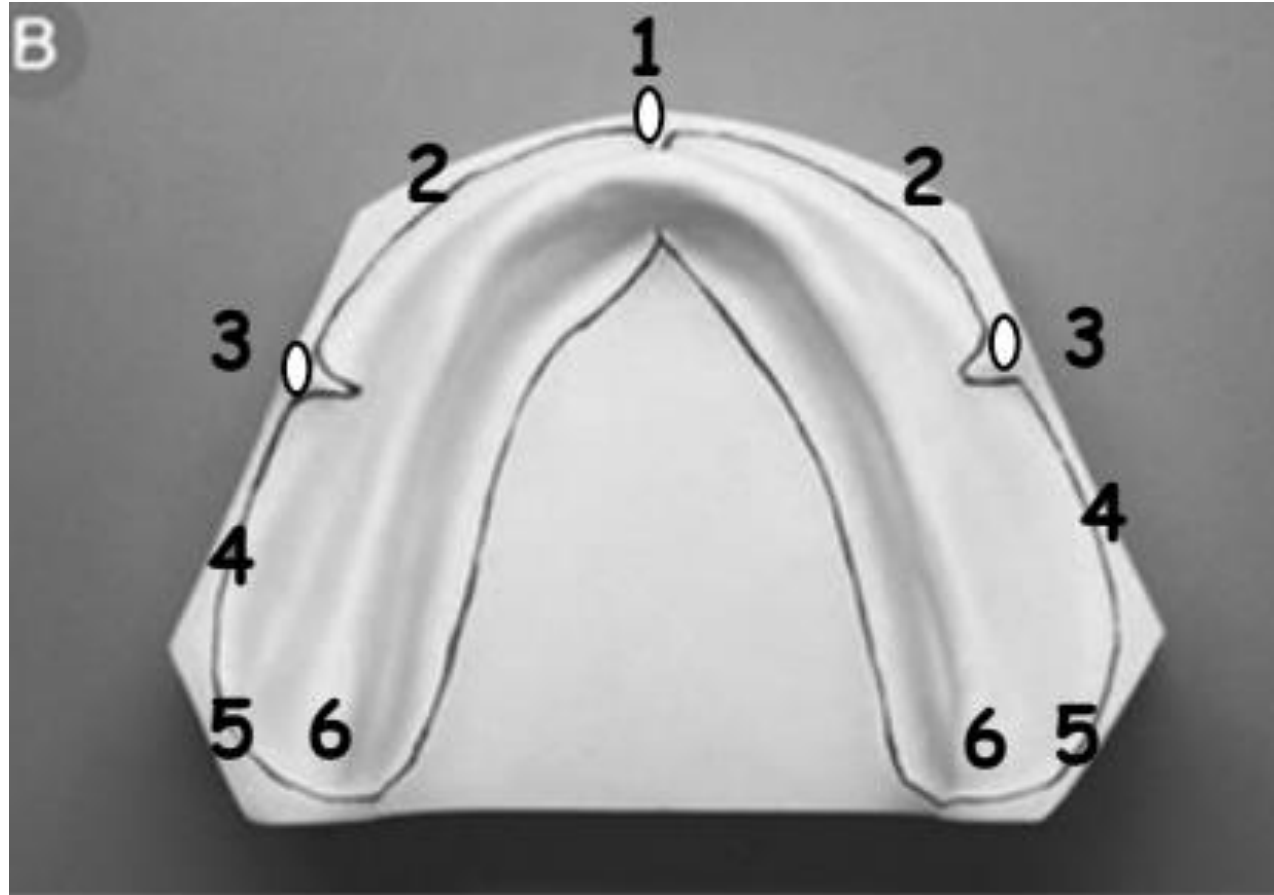


CANINA EMINENCE



TORUSLAR

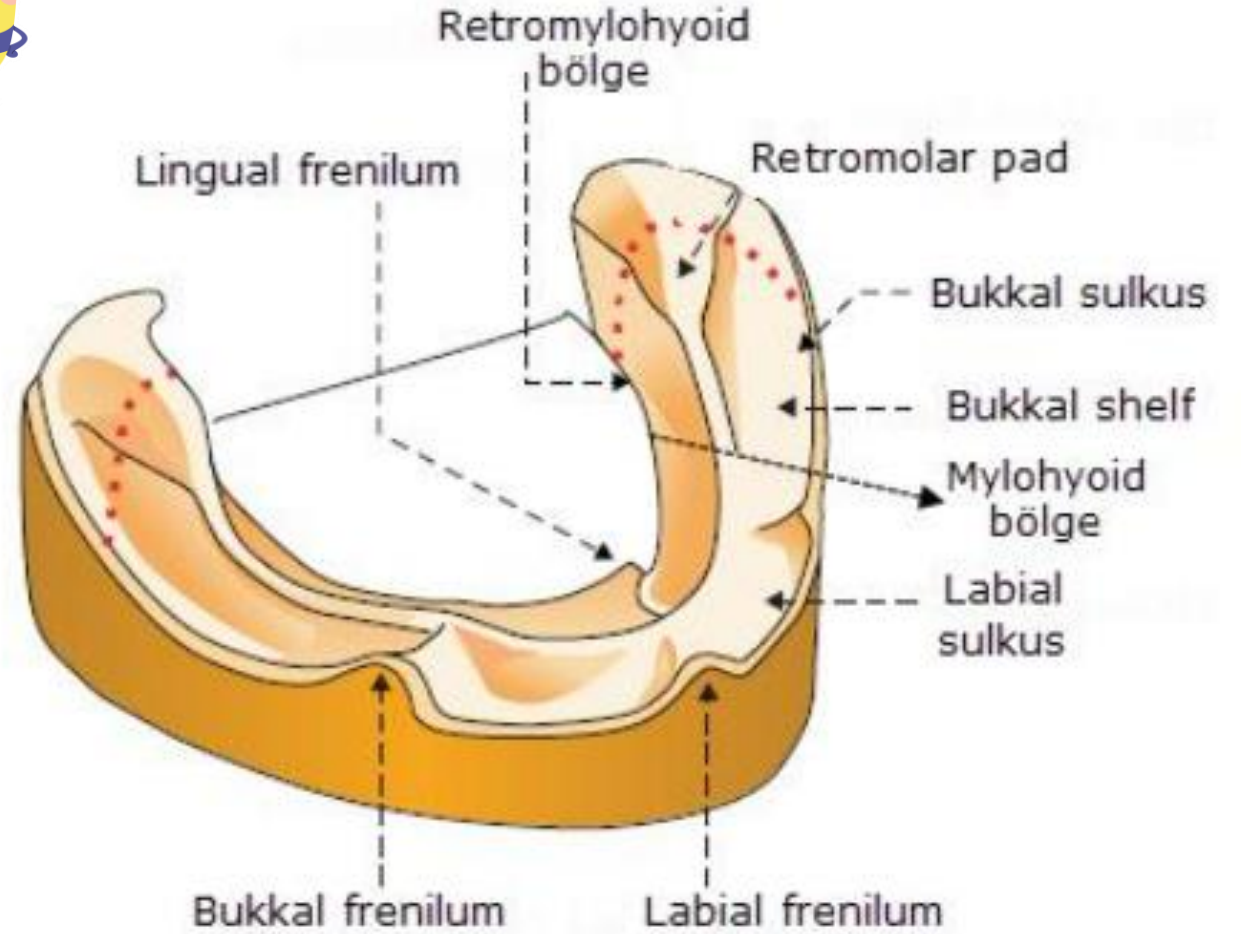
ALT ÇENEDE DESTEK DOKULAR

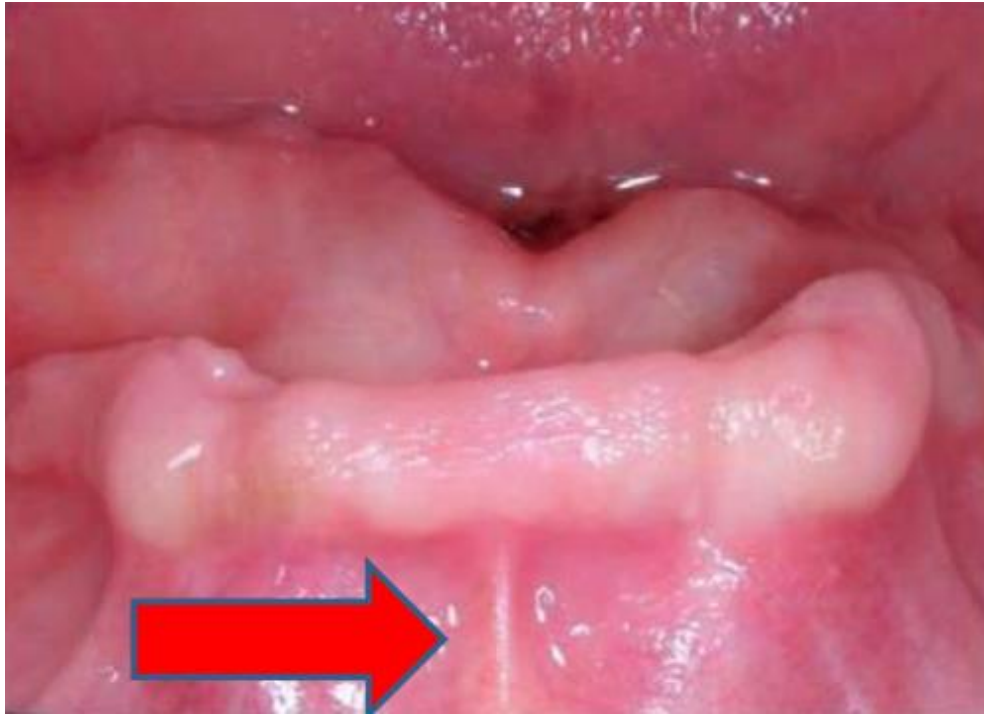


Sınırlayıcı yapılar:

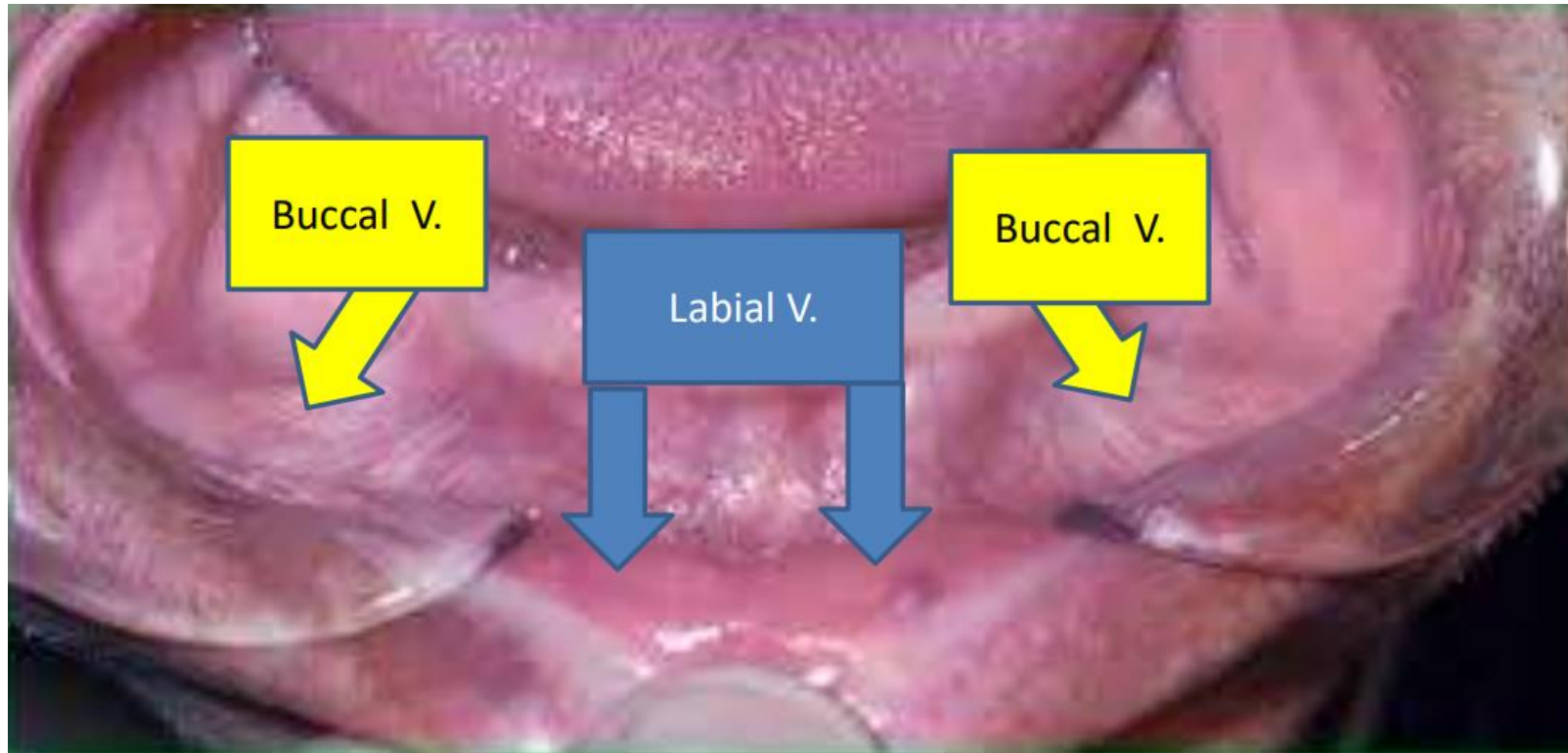


1. labial F.
2. labial V.
3. bukkal F.
4. bukkal V.
5. alevololingual sulcus
6. retromolar pad
7. pterygomandibular rafe
8. lingual F.

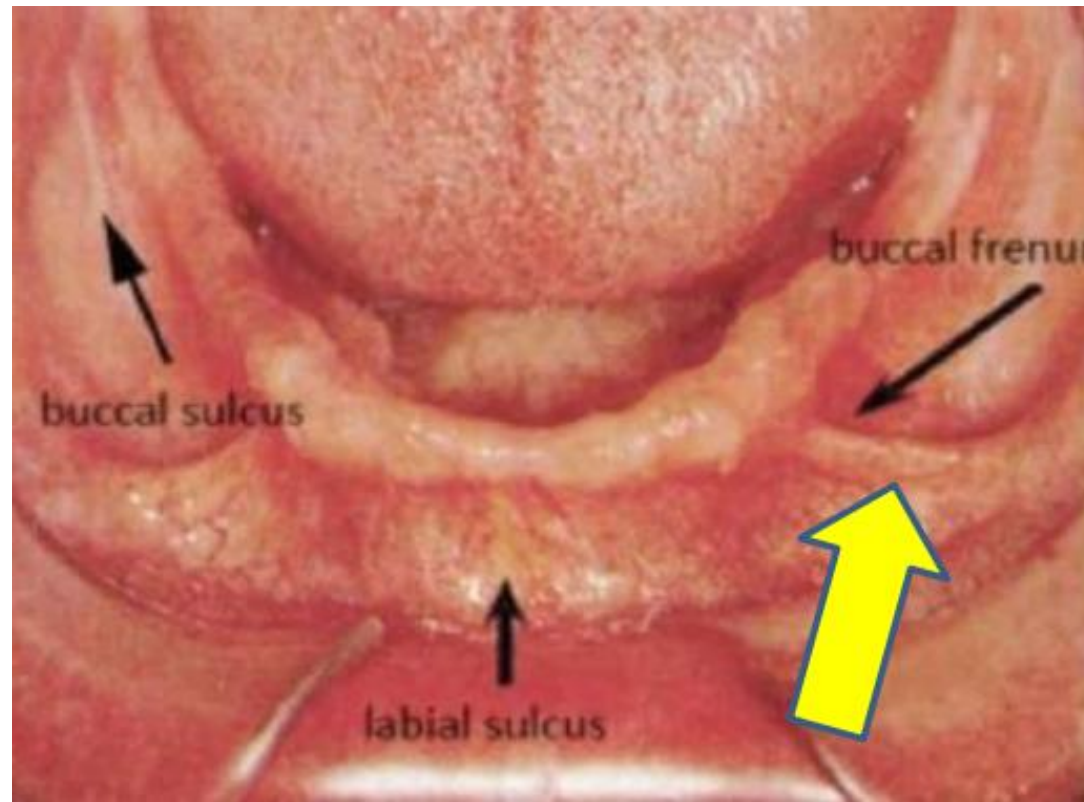




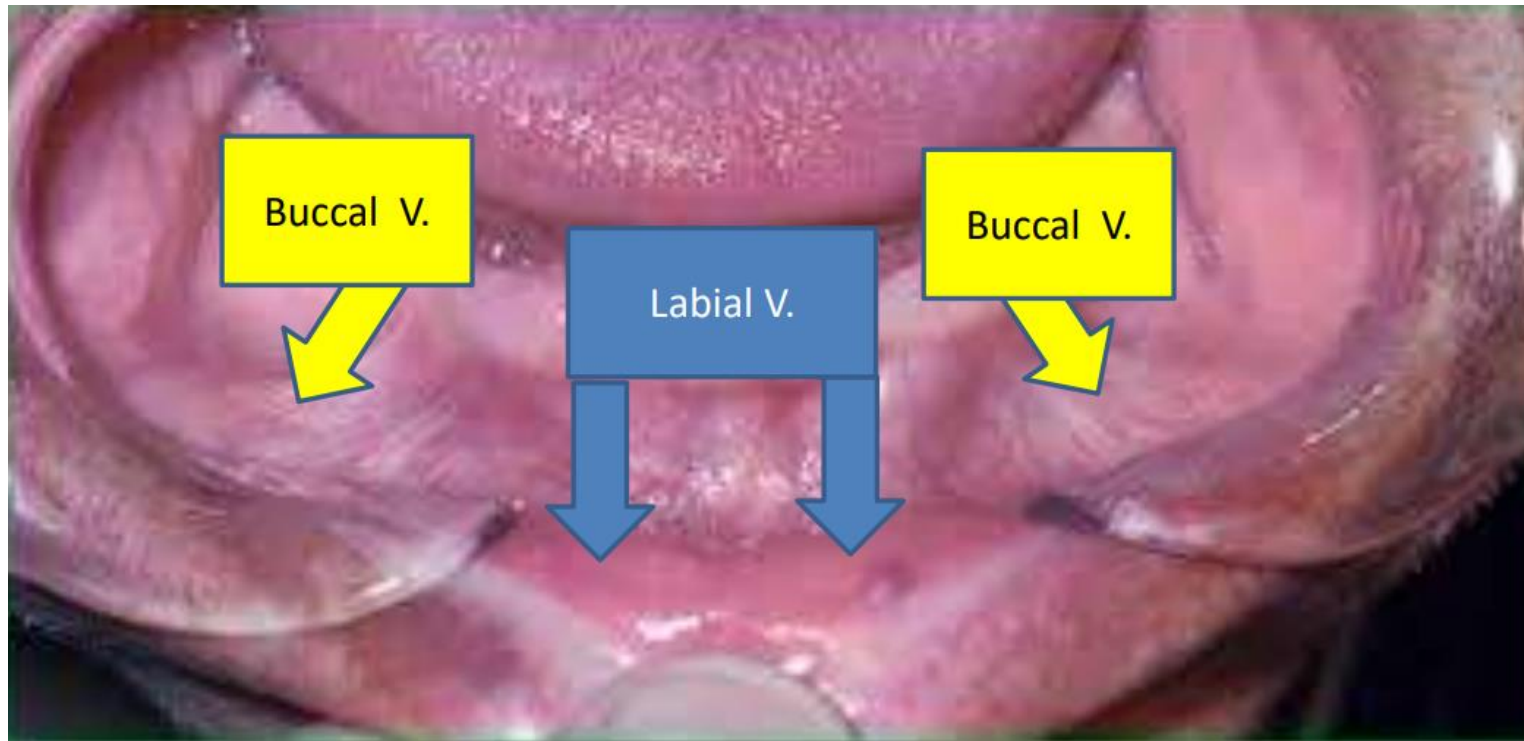
1.LABIAL FRENULUM



2.LABIAL VESTIBULE

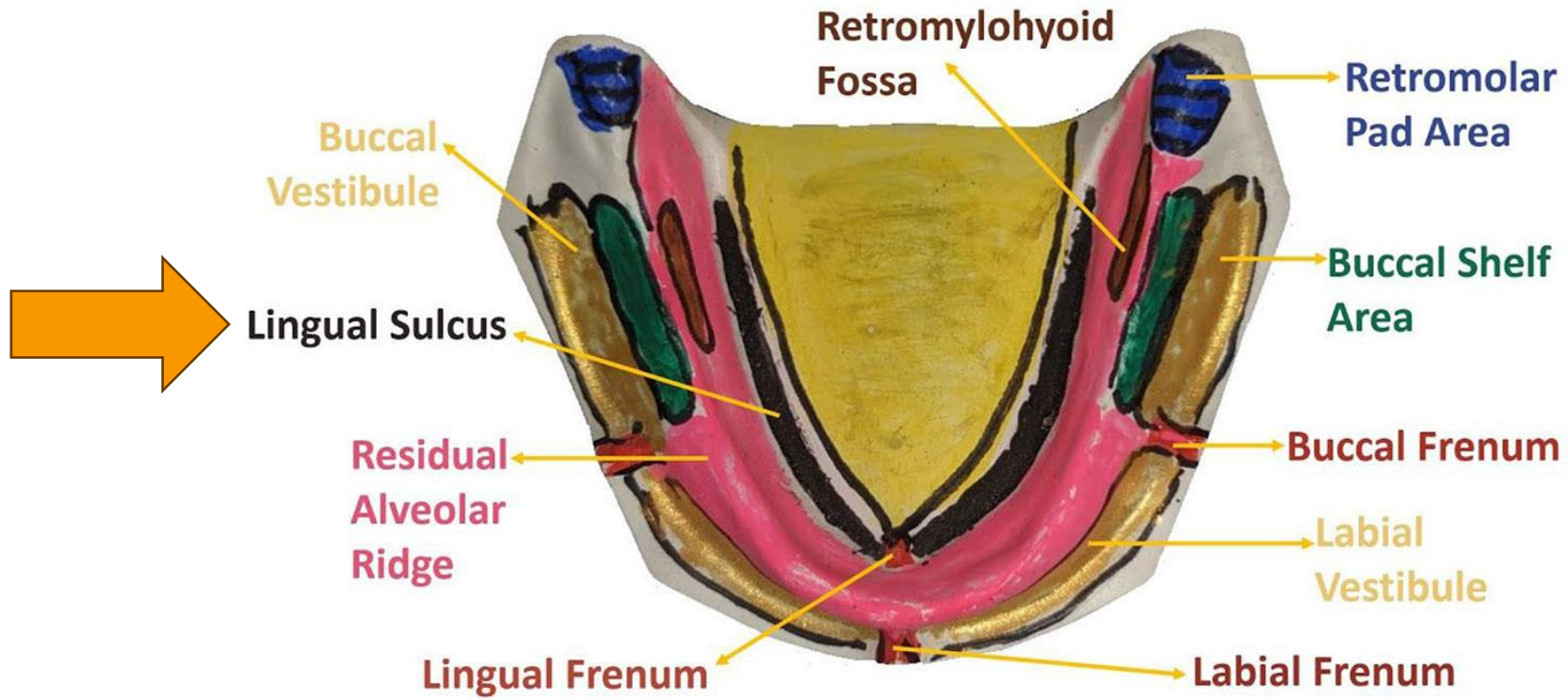


3. BUKKAL FRENULUM



4. BUKKAL VESTIBULE

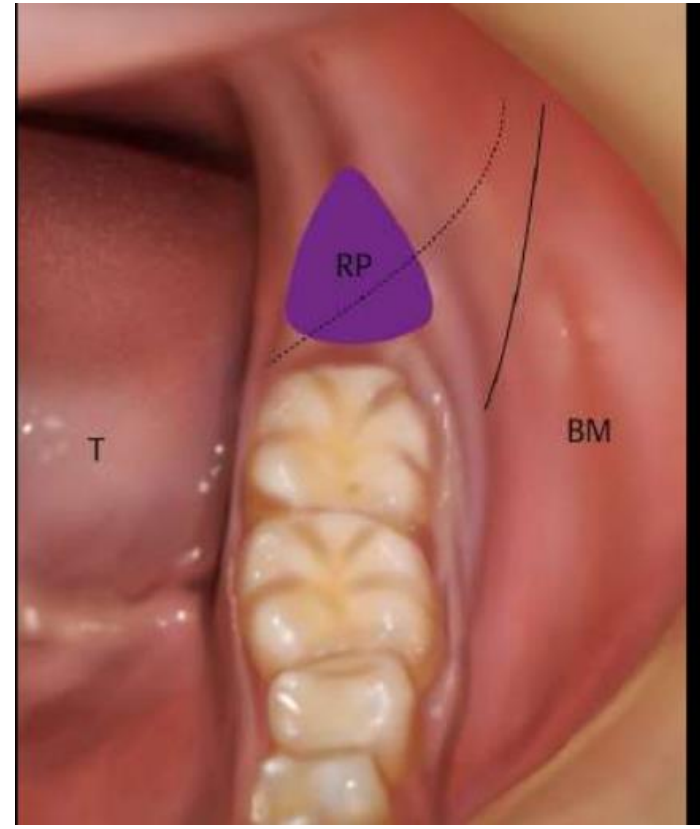
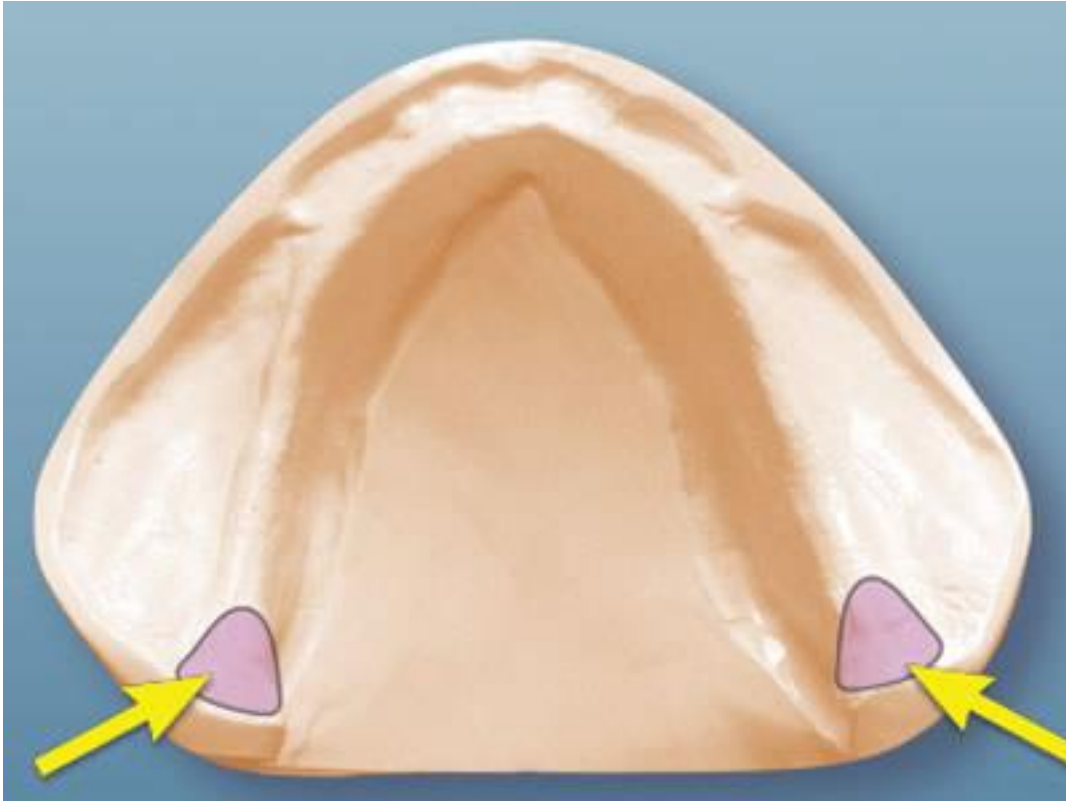




5. ALVEOLINGUAL SULCUS

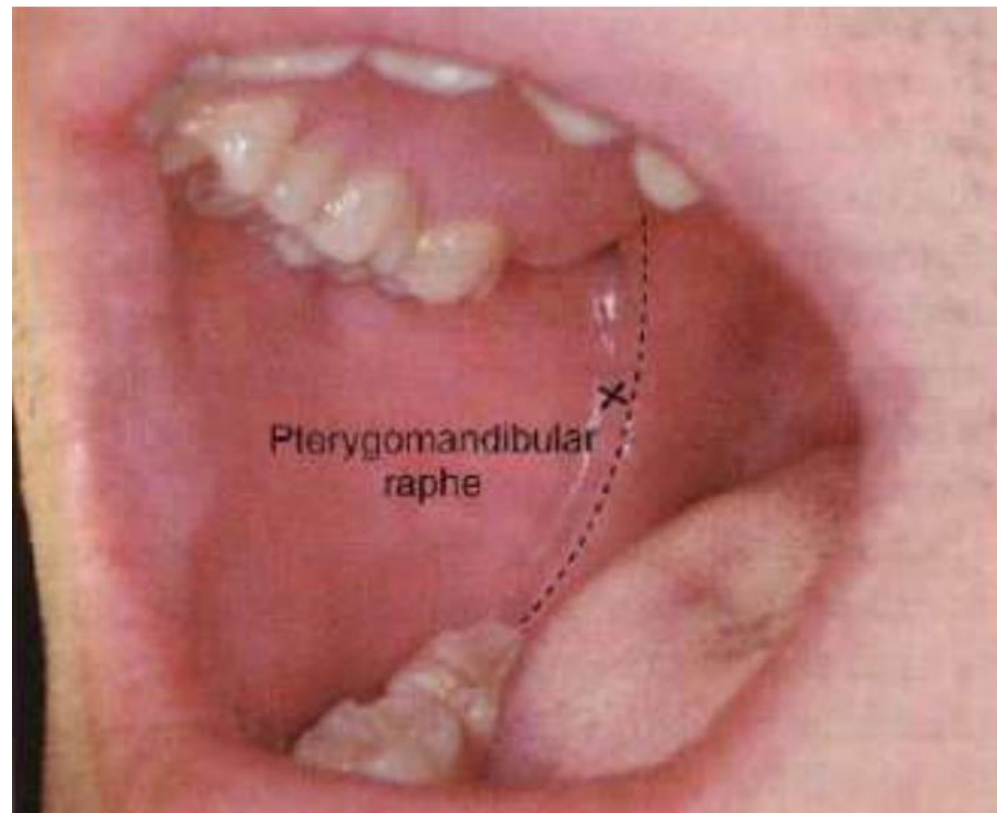
Lingual frenulumdan retromylohyoid boşluğa uzanır. Fazla uzatılmamalıdır.





6.RETROMOLAR KABARTI

Alt protezin posterior kenarı retromolar padın 2/3 e kadar uzatılmalıdır.

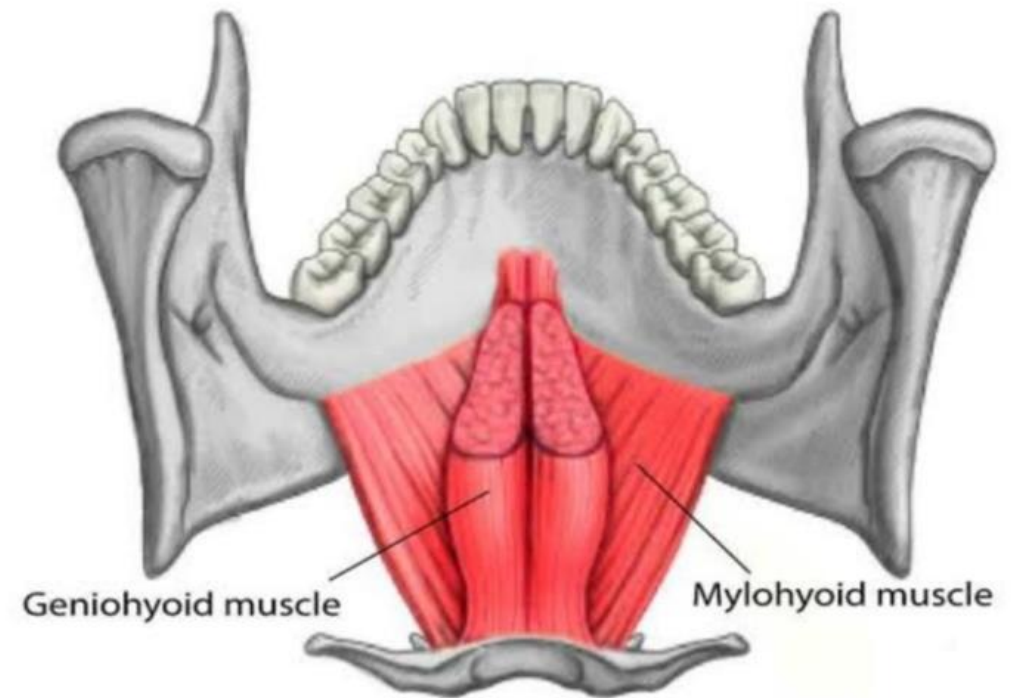
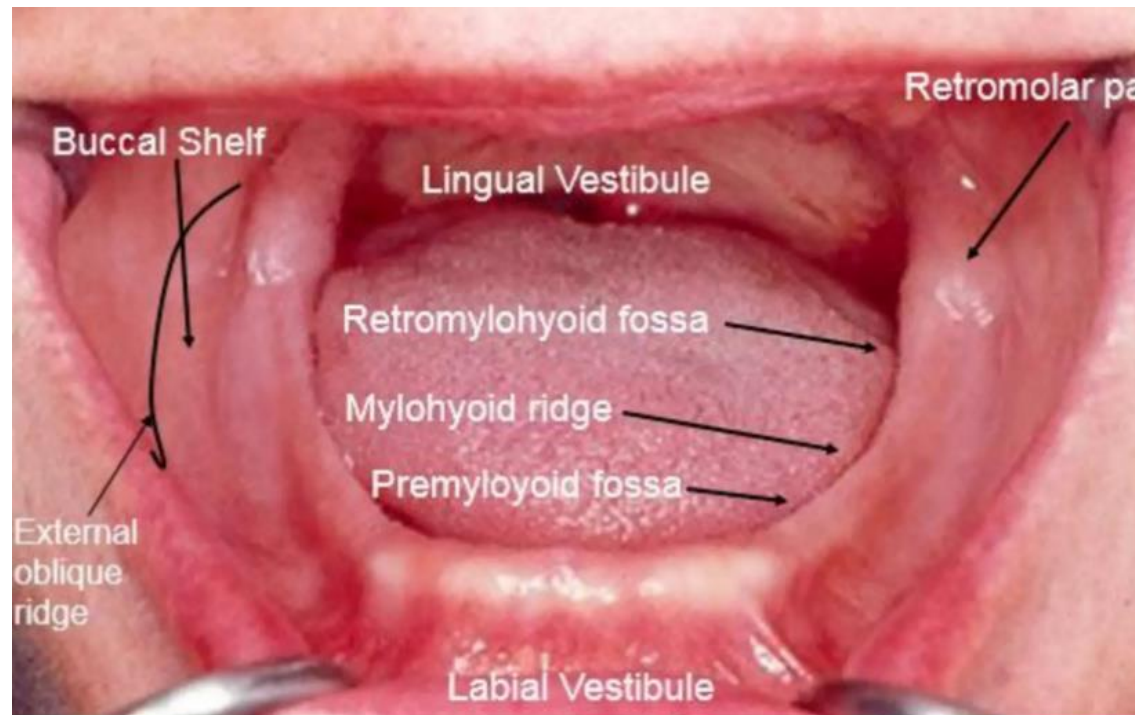


7. PM RAPE



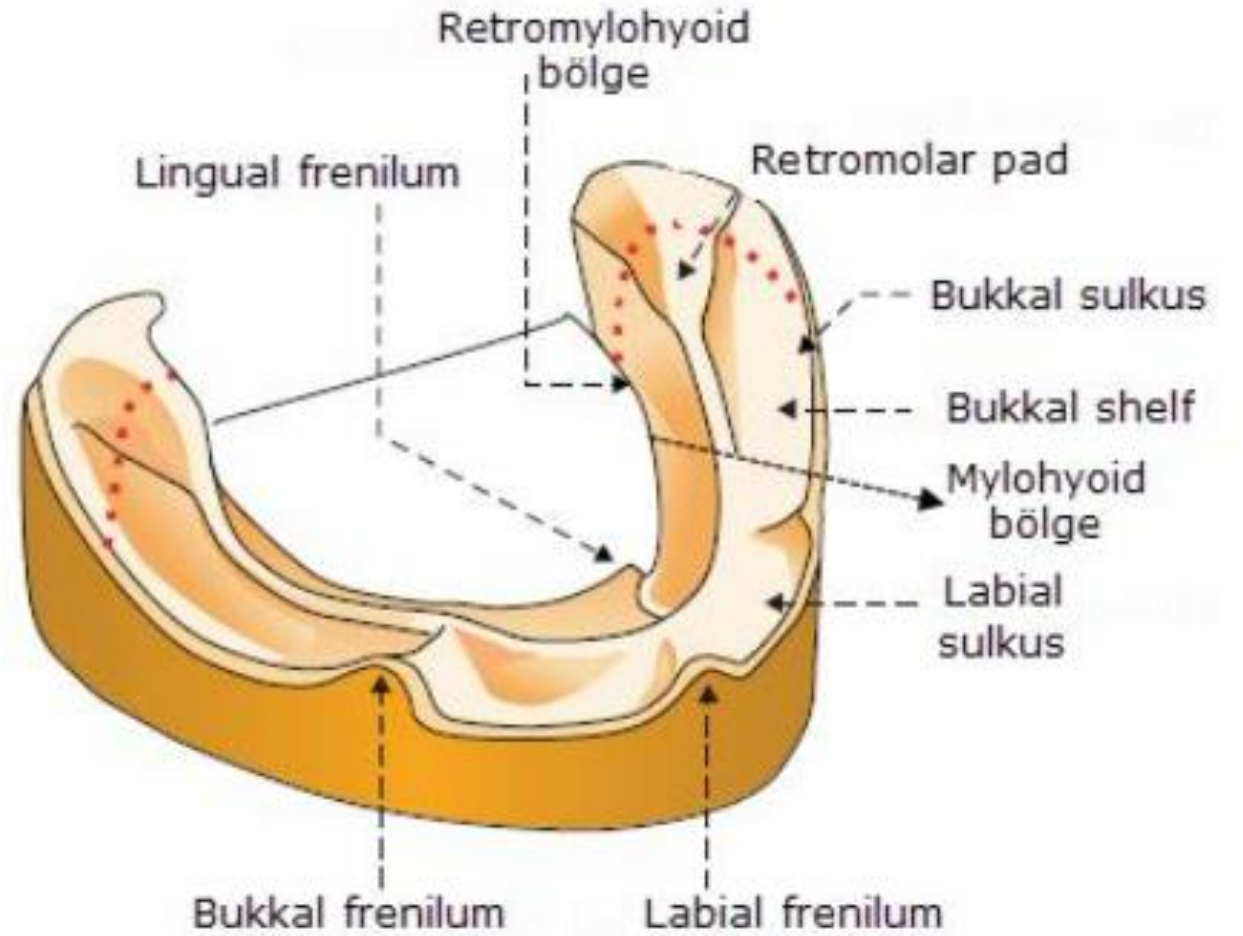
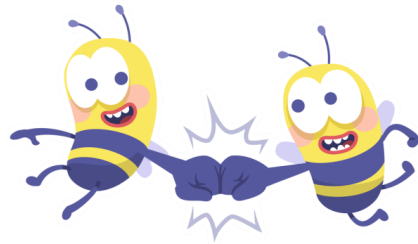
8. LINGUAL FRENULUM

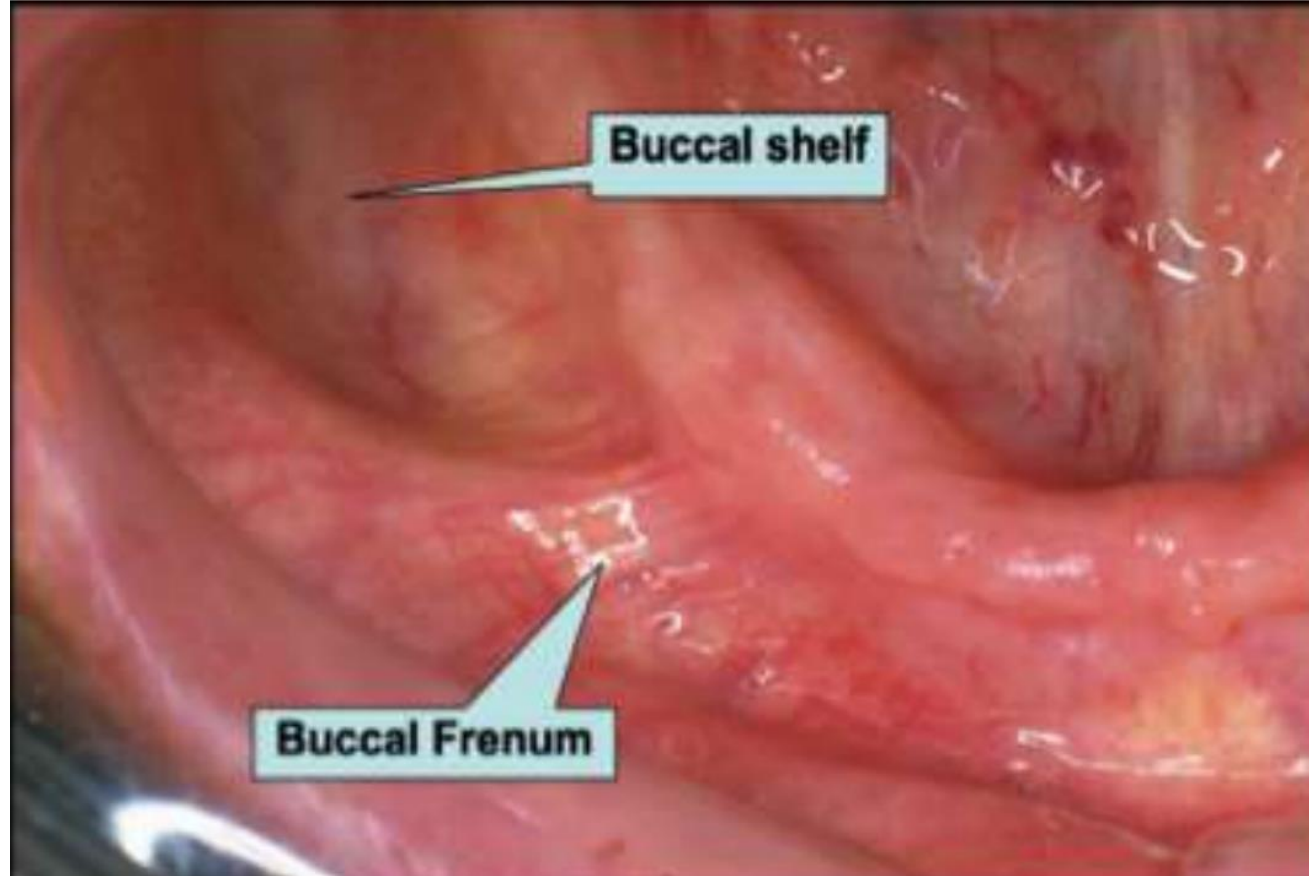




Destekleyici yapılar:

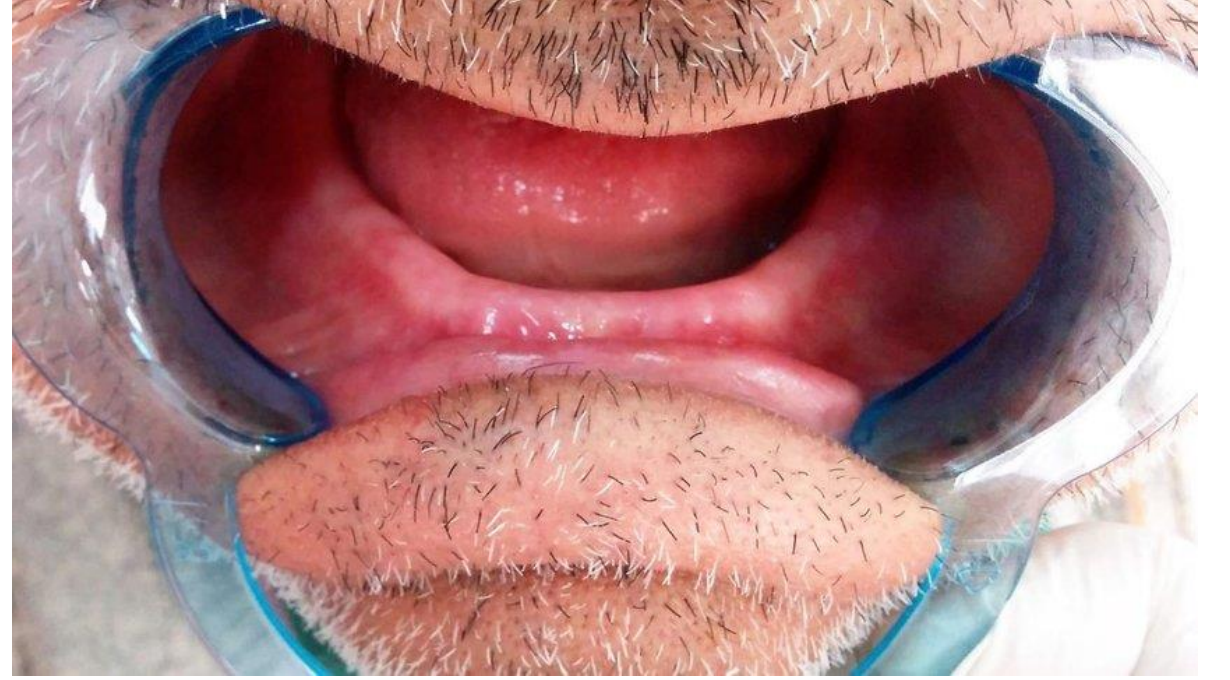
1. Bukkal shelf
2. Residual ridge
3. External oblique line





1. BUKKAL SHELF

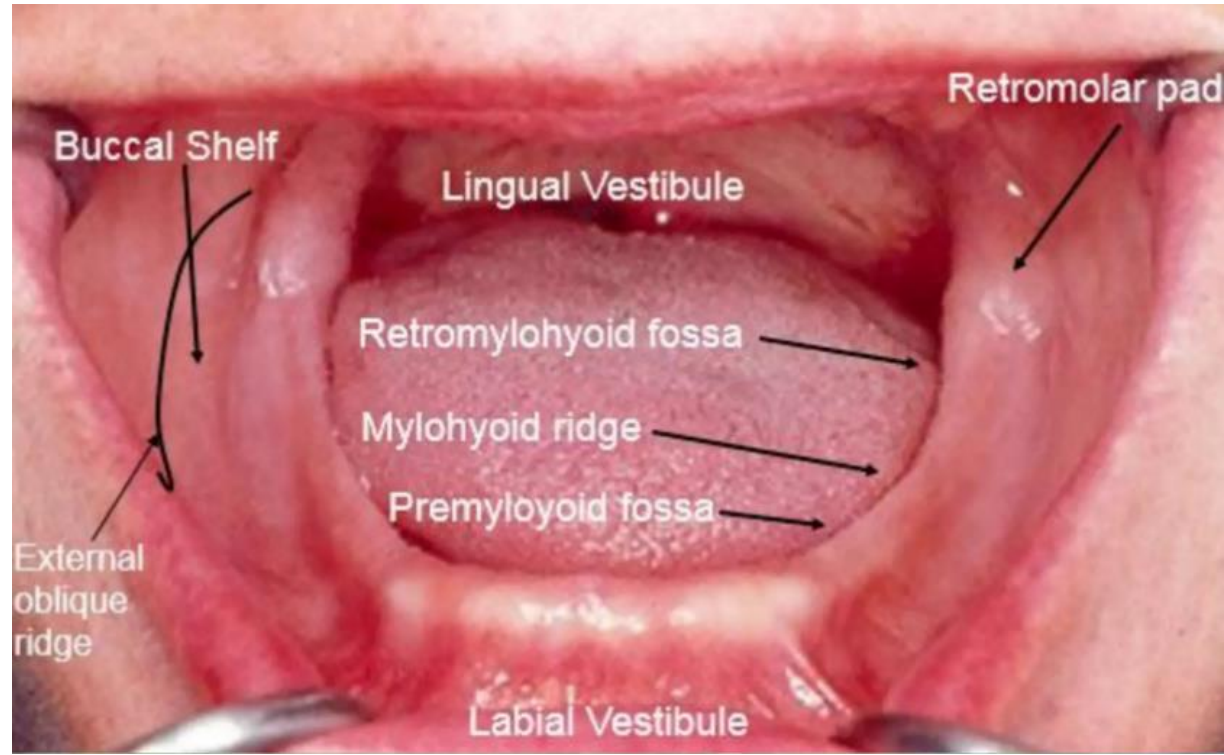
Birincil stress taşıma alanıdır. Sınırları önemli.



2. RESIDUAL RIDGE

İkincil stress taşıma alanıdır.



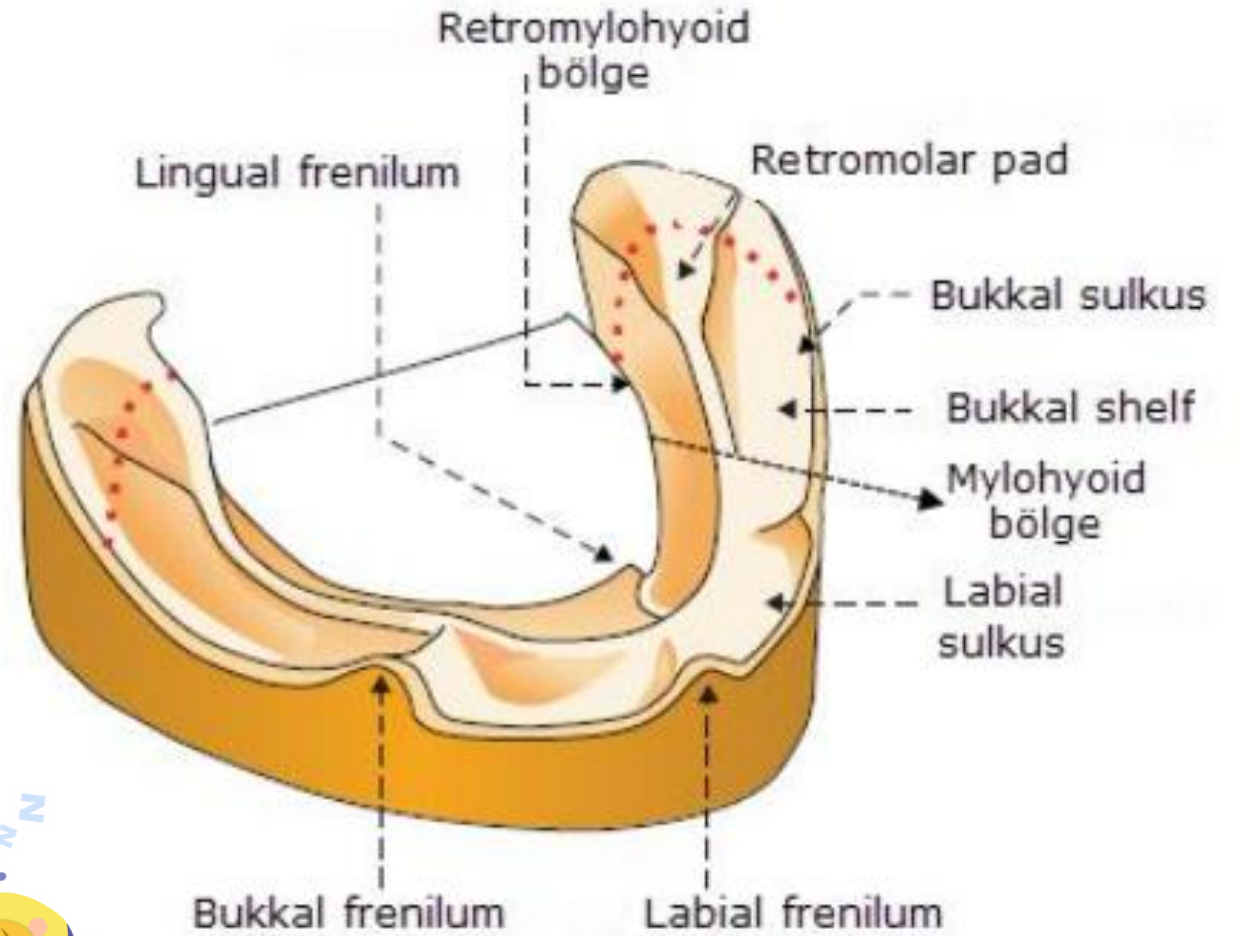


3. EXTERNAL OBLIQUE LINE

Protez içine alınmalıdır ama geçmeyecek şekilde.

Rölyef alanlar:

1. Mental foramen
2. Mylohyoid kenar ve internal olique kenar
3. Genial tüberkülleri
4. Torus mandibularis

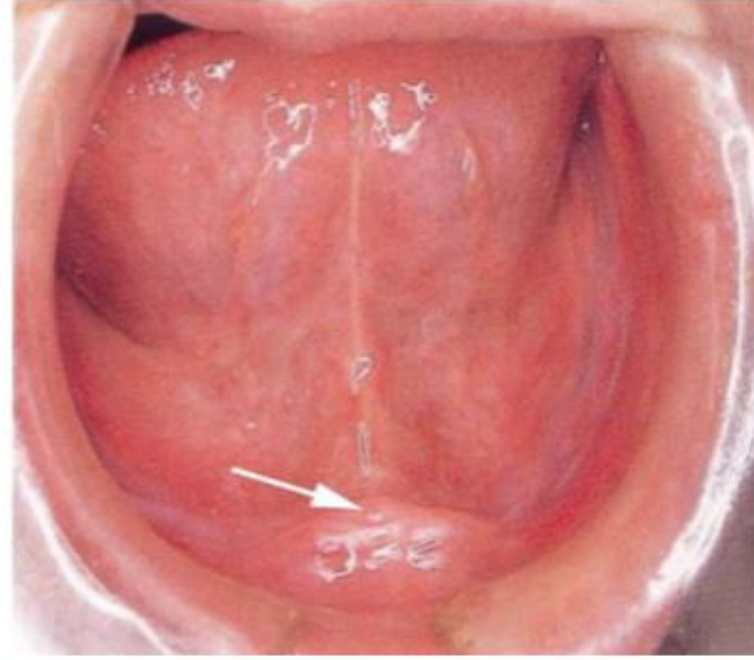




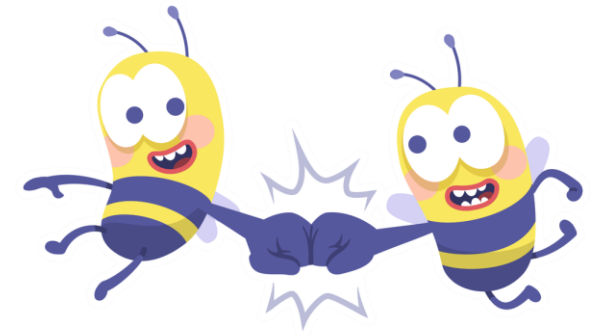
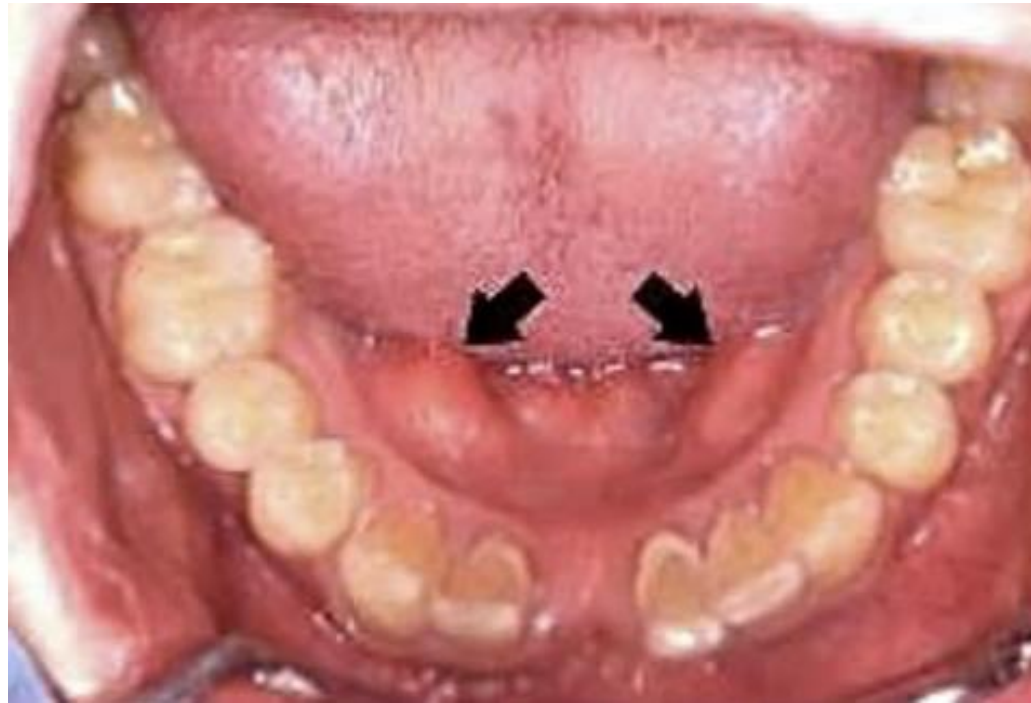
1. MENTAL FORAMEN



2. MYLOHYOID KENAR



3. GENIAL TÜBERKÜLLERİ



4. TORUS MANDIBULARIS

2. ÜST VE ALT ÇENEDE DESTEK DOKULARIN MIKROSKOPIK ANATOMISI

Tightly attached
mucosa + Compact bone = Primary stress
bearing area

Loosely attached
mucosa + Resorbed
ridge = Relief area

2. ÜST VE ALT ÇENEDE DESTEK DOKULARIN MIKROSKOPIK ANATOMISI

-Protezde basıncın nerelerde az, nerelerde çok olması gerektiği

-Ölçü alım tekniği

-Protez kenarlarının şekli ve uzunluğunun bilinmesi açısından önem taşır.



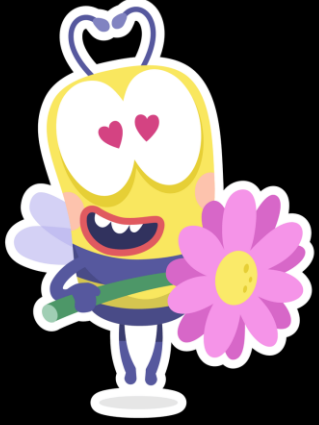
Dişsiz alt ve üst çeneler ve ağız boşluğu, “mukoz membran” denilen yumuşak bir doku ile kaplıdır.

Tam protez ve kemik arasında bir yastık görevi görür.

2 tabakadan oluşur: Submukoza / Mukoza



2. ÜST VE ALT ÇENEDE DESTEK DOKULARIN MIKROSKOPİK ANATOMİSİ



Mukoz membran

En alttan başlayarak;

1. Kemik dokusu

2. Periost

3. Submukoza

4. Mukoza

epital

Lamina propria





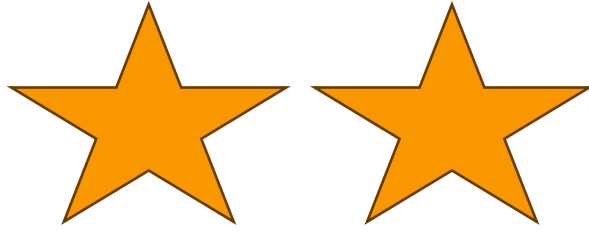
Mukoz membranının en önemli katmanı: Bağ dokusundan oluşan **SUBMUKOZA**

İçeriği: bezler, yağ ve kas tabakası, damar ve sinirler.

Proteze destek olması açısından kalınlığı ve yapısı önemlidir.

Ağzın bazı bölgelerinde sıkı, bazı bölgelerinde gevşektir.

Sağlıklı bir ağızda kemiğe sıkıca bağlanmıştır, basınçlara dayanıklıdır.

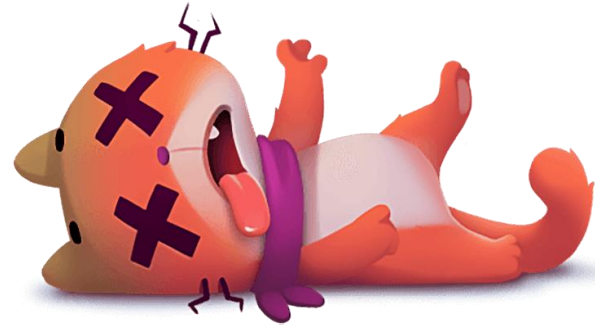


Tightly attached
mucosa + Compact bone = Primary stress
bearing area

Loosely attached
mucosa + Resorbed
ridge = Relief area

3.TAM PROTEZLERDE **SISTEMİK** **FAKTÖRLERLE** İLGİLİ AĞIZ LEZYONLARI

1. Protezden acıyan ağız
2. Oral kandidazis (moniliasis)
3. Angular chelitis
4. Diabet
5. Radyoterapi
6. Liken planus



1. PROTEZDEN ACIYAN AĞIZ



PROTEZDEN ACIYAN AĞIZ

Nedeni?

- a. Sistemik hastalıklar (malnutrition, b vit eksikliği, anemi...)
- b. Kemotoksik ve alerjik reaksiyonlar (akrilik..)
- c. Travmatik irritasyonlar
- d. Diğer faktörler (menopo2 dönemi, demir eksikliği, protein eksikliği..)

PROTEZDEN ACIYAN AĞIZ

Reaksiyon sadece protezin oturduğu mukozada değildir. Temas ettiği her bölgede. (özellikle allerjik reaksiyonlarda)

TEDAVİ?

- Lokal faktör elimine edilmesi (okluzyon düzeltilmesi , vuruklar varasa...)
- Protezin kullanımına ara verilmesi



2. ORAL KANDIDAZIS (MONILIASIS)



2. ORAL KANDIDAZIS (MONILIASIS)

Nedeni?

- Candida Albicansların aşırı çoğalması
- Kötü ağız hijyeni,
- aşırı antibiyotik kullanımı,
- diyabet ve kronik alkolizm

2. ORAL KANDIDAZIS (MONILIASIS)

Tedavi?

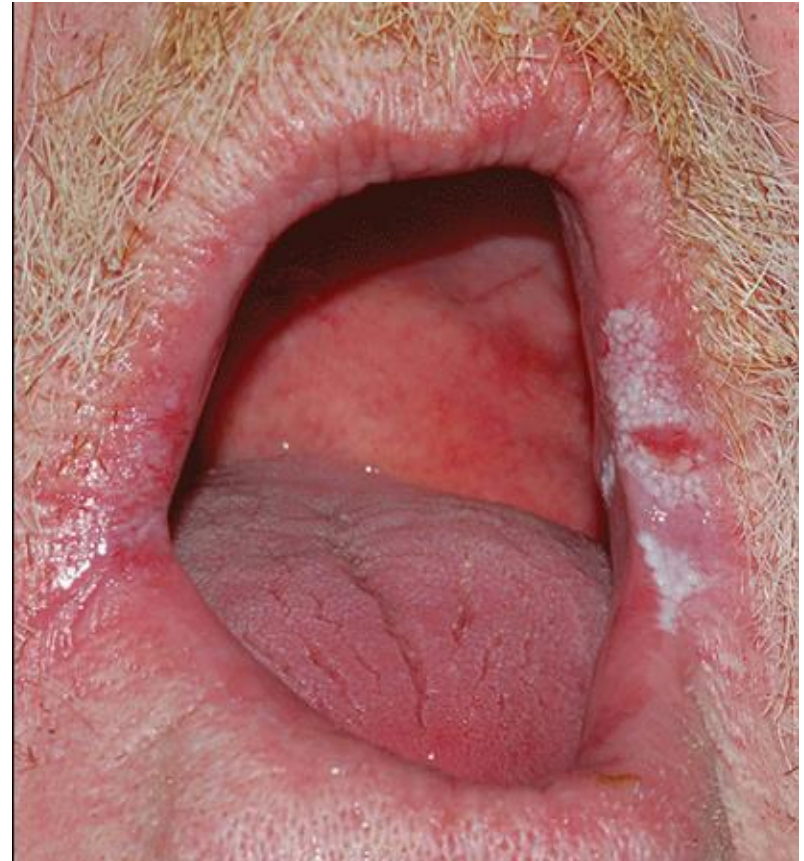
Antifungal

Ağız hijyen motivasyonu

Konsültasyon (HPV !!)



3. ANGULAR CHEILITIS



3. ANGULAR CHEILITIS

Nedeni?

- Düşük dikey boyutu
- Candida enf.
- Vitamin eksikliği

Tedavisi : etkene yönelik.



4. DIABET



Ağız mukozası irritasyonlara çok hassas

Ağız kuruluğu, yanma hissi, dilde papilla kaybı, mukozada hiperemi

Nelere dikkat edilmeli?

- Travma ortadan kaldırılmalı
- Protez kenarları uzun olmamalı
- Balanslı okluzyon sağlanmış olmalı
- Cilalı yüzeyler çok iyi cilalı olmalı
- Çok iyi ağız hijyeni sağlamalı
- Protezler bilhassa geceleri mutlaka çıkartılarak doku lar dinlendirilmeli

5. RADYOTERAPİ

Mukoza hassasiyeti **ileri seviyededir.**

Nedeni: mukozada dolaşım sirkülasyonunun azalmış olmasıdır, **tükürük azalması...**

Nelere dikkat edilmeli?

- Travma olmamalı
- Protez zaman zaman çıkarılmalı (en az 8 saat)
- Ağız banyoları tavsiye edilmeli (ağız hijyen)



6. LIKEN PLANUS



3.TAM PROTEZLERDE LOKAL FAKTÖRLERLE İLGİLİ AĞIZ LEZYONLARI

1. Travmatik ülser (protez vuruğu)
2. İltihabi Papiller hiperplazi
3. Epulis fissuratum
4. Protez stomatiti
5. Fibröz hiperplazi (haraketli kretler)



1. TRAVMATİK ÜLSER (PROTEZ VURUĞU)



1. TRAVMATİK ÜLSER (PROTEZ VURUĞU)

Sebepler??

- Uzun kenar, keskin kenar
- Balanslı okluzyon yoksa
- Kötü uyum. Ve besin maddeleri protezin altına girmesi

Tedavi ??

Etken uzaklaştırılır.

2. ILTIHABI PAPILLER HIPERPLAZISI



2. ILTIHABI PAPILLER HIPERPLAZISI

Sebepler??

- Kötü ağız hijyeni
- Kötü uyum
- Sürekli protezi takmak.

Tedavisi:

- Protezler günde en az 8 saat çıkarılmalı
- Temizlik, hijyen
- Protez kaidesi altına yumuşak astar uygulanması
- Protezin yenilenmesi
- Büyük nodüllerde **cerrahi**

3. EPULIS FISSURATUM



3. EPULIS FISSURATUM

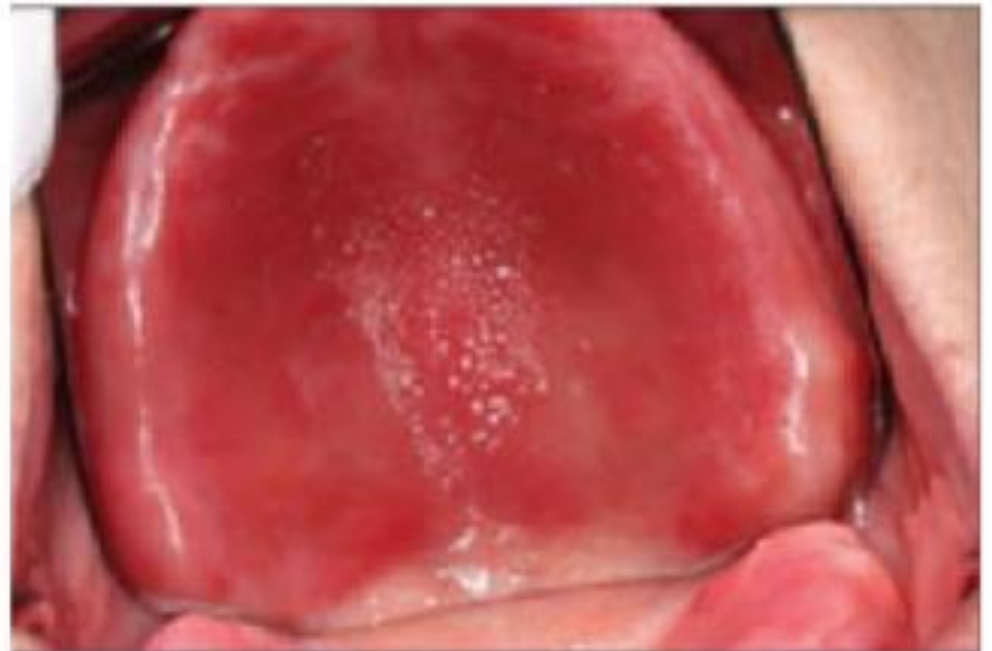
Sebepler??

- O bölgede protez kenarı uzun olması.
- Eski protez – kemik rez.
-- uyumu bozulması

Tedavisi:

- Protez kenarı kısaltılması ve protezin kullanımına ara verilmesi.
- İleri vakalarda **CERRAHİ**

4. PROTEZ STOMATITI



Protez stomatiti

4. PROTEZ STOMATİTİ

Sebepler??

- Kötü uyum
- Sürekli takmak
- Kötü ağız hijyen
- Candida
- Travma

Tedavisi:

- Etkene yönelik

Not

- İltihap sadece mukozanın oturduğu bölgede olur. !!!
- protezden acıyan ağız ile ayırıcı tanı

5. FİBRÖZ HİPERPLAZİ



5. FİBRÖZ HİPERPLAZİ

Nedenleri:

1. Travma (kelly sendromu??)
2. Diş çekimi sonrası kemik yapıdaki değişiklikler
3. Protezlerin devamlı takılması
4. Hastanın parafonksiyonel alışkanlıkları

KELLY SENDROMU(KOMBİNASYON SEND.)



Üst tam protez, alt anterior dişler ağızda ise sık karşılaşılır.

Alt anterior dişlerin sürekli travmatik etkisi sonucu, üst anterior alveol kretleri rezorbe olur ve doku fibrotik, hiperplastik bir karakter kazanır.

Bu duruma KOMBİNASYON SENDROMU (KELLY SENDROMU) denir.

5. FİBRÖZ HİPERPLAZİ

Tedavisi:

Cerrahi veya protez yapımı esnasında (ölçü esnasında) alınacak önlemler.

Selektif basınçlı teorik!!



PREPROTETİK CERRAHİ

5. PREPROTETİK CERRAHİ .



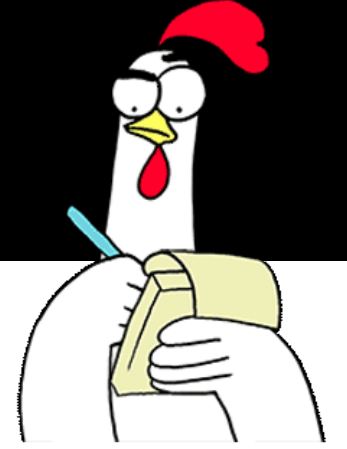
1. **SERT DOKUDA:**

- Alevoloplasti
- kemik undercutları
- kırık kök parçası
- gömüllü dişler, artı dişler
- mylohyoid kenar ve internal oblique kenar
- external oblique kenar
- genial tüberkülleri
- toruslar

2. **YUMUŞAK DOKUDA:**

- fibrotik kretler (labil)
- labial frenulum hipertrofisi
- lingual frenulum hipertrofisi
- epulis fissuratum
- tuber maxillanın fibröz hiperplazisi
- retromolar kabartının fibröz hiperplazisi
- iltihabi papiller hiperplazisi

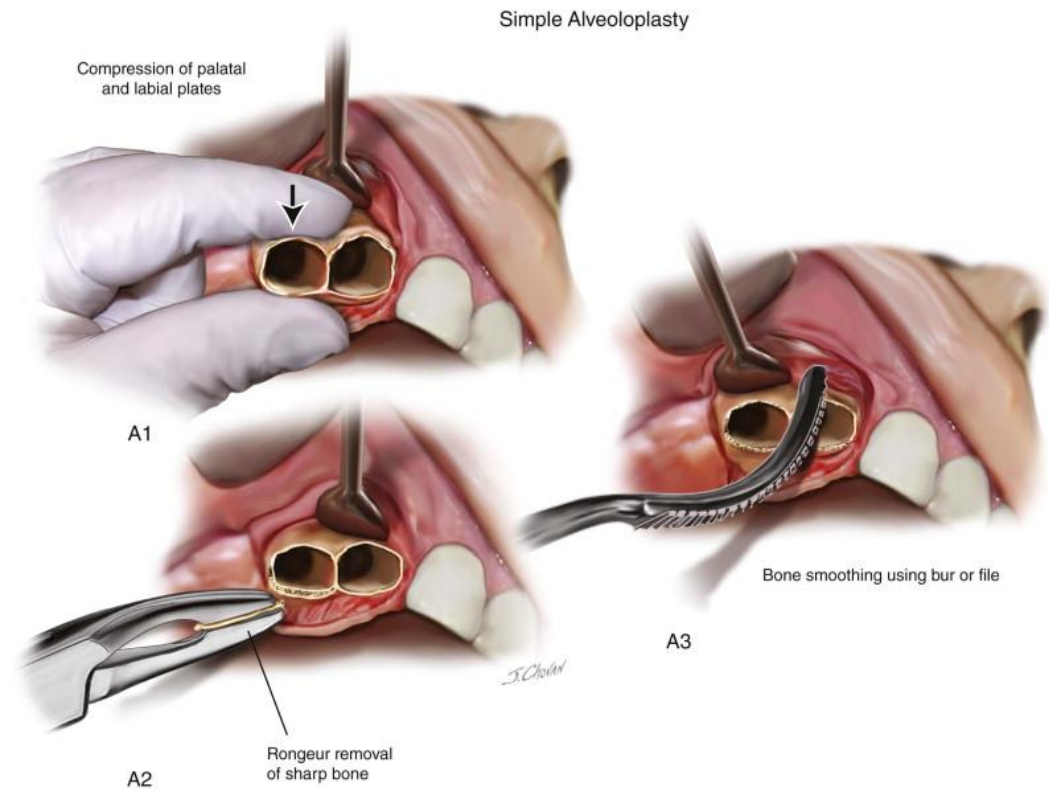
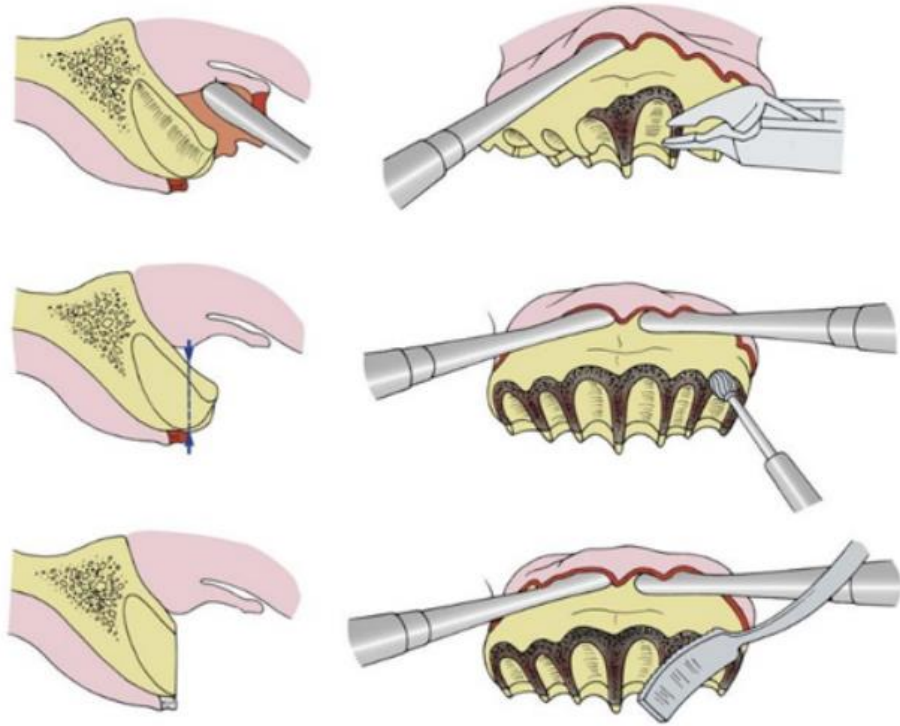
1. ALVEOLOPLASTİ



Diş çekimlerinden sonra, alveol kemiğinde çıkıntılı sivri alanlar, undercut sahalar, protez basınçları altında mukozaya zarar vermemesi için cerrahi olarak düzeltilir.

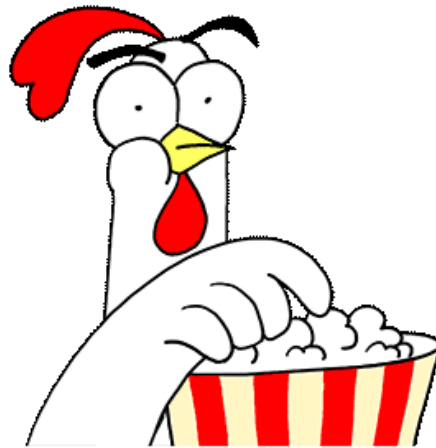
Dişler çekilirken yapılabildiği gibi, protez öncesinde mukoza kaldırılarak ta yapılabilir.

1. ALVEOLOPLASTY



1. ALVEOLOPLASTI

<https://www.youtube.com/watch?v=PtrpECS-TDI>



2. KEMİK ANDIRKATLARI :



Andırkatlar genelde, üst çenede **tuber bölgesinde**, her iki çenede de **labialde** görülür.

Labial andırkatlar, aşırı değilse *bırakılabilir*. Çünkü bu bölgenin protezin **retansiyon ve stabilitesine önemi büyüktür.**

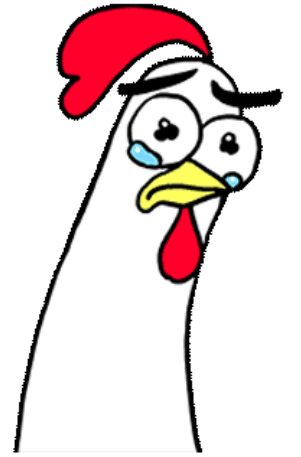
Alveol kretinde andırkat varlığı, eğer makul ölçülerde ve tek taraflı ise retansiyon açısından bazen avantaj olabilir.

2. KEMIK ANDIRKATLARI :



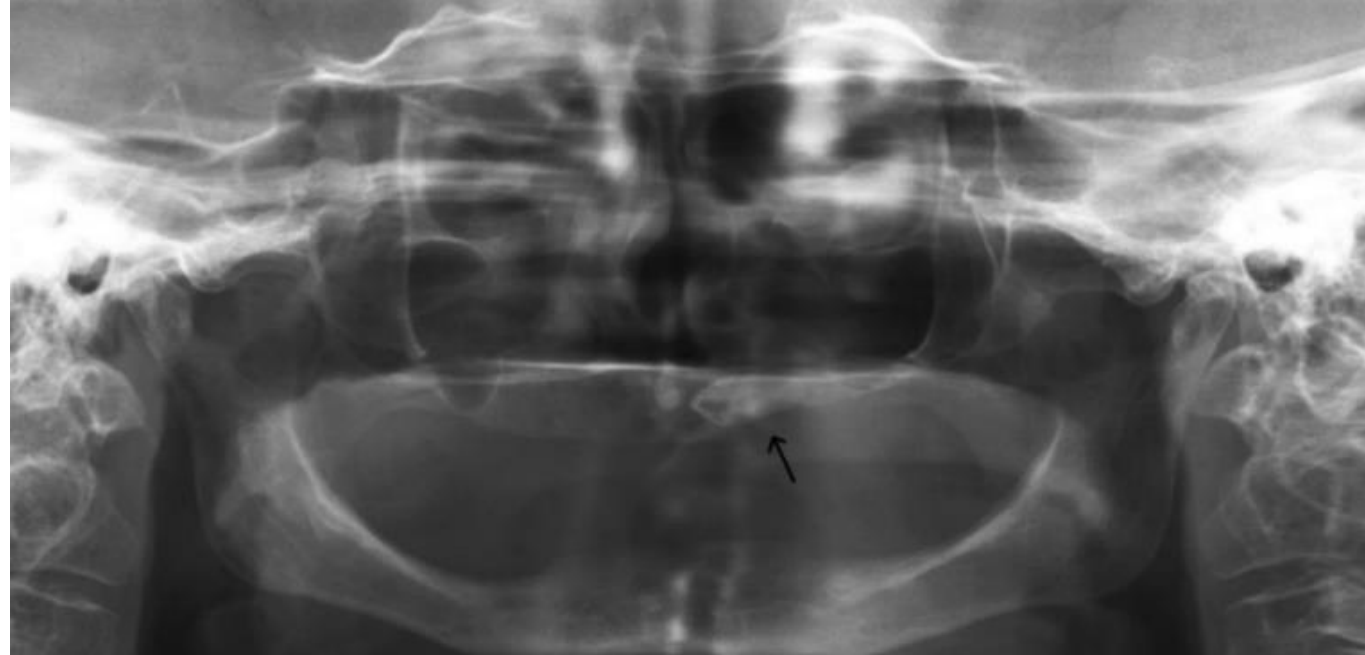
3. KIRIK KÖK PARÇALARI:

Eğer çok derin de ise ve lezyonlu değilse ve hastanın yaşı uygun değilse bırakılabilir. Ama takip edilir. Hastaya bilgi verilir.



4.GÖMÜK DIŞLER, SÜRMEMİŞ DIŞLER, ARTI DIŞLER:

Dişlerin etrafında herhangi bir patoloji yok ve hasta oldukça yaşlı ise, takip etmek kaydıyla bırakılır.



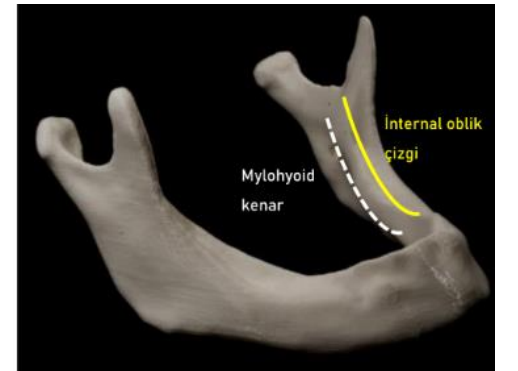
5. MYLOHYOID VE INTERNAL OBLİK KENARLAR:

Rezorbsiyonun aşırı olduğu vakalarda, internal oblik çizgi ve mylohyoid kenar, mandibula posteriorunda en yüksek noktaları oluşturur.

Bu iki kenar belirgin ve çıkık ise, üzerinde mukozanın da **ince** olması nedeniyle protezin yükü altında ağrı olabilir.

Hasta yutkunma güçlüğü ve boğaz ağrısı şikayetleri ile gelir.

Tedavisi; cerrahi olarak düzeltilmesi



5. MYLOHYOID VE INTERNAL OBLIK KENARLAR:

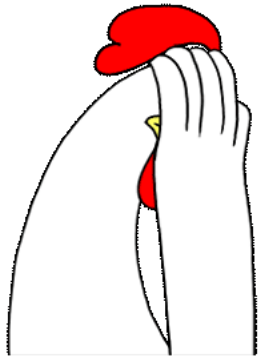
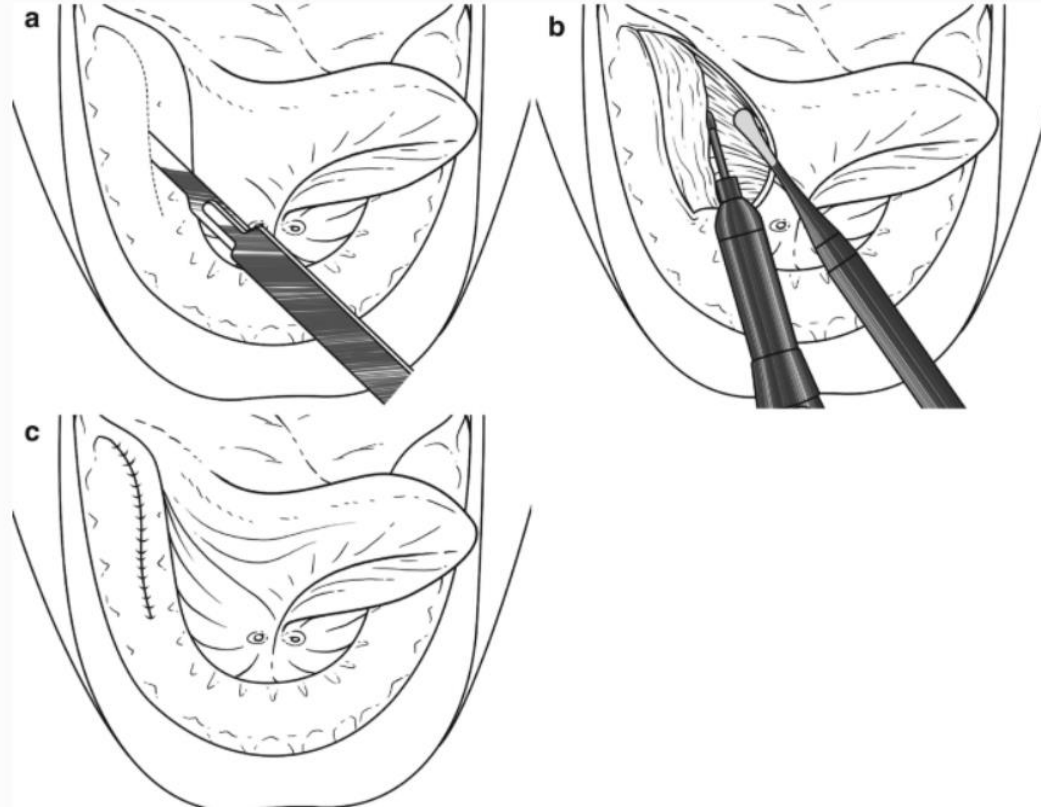
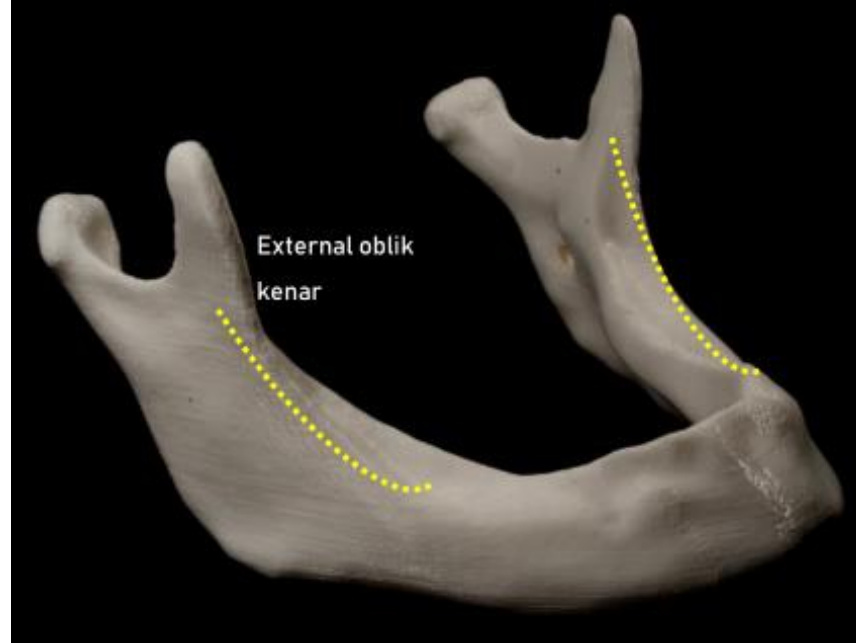


Fig. 17.2



6.EXTERNAL OBLIK KENAR:

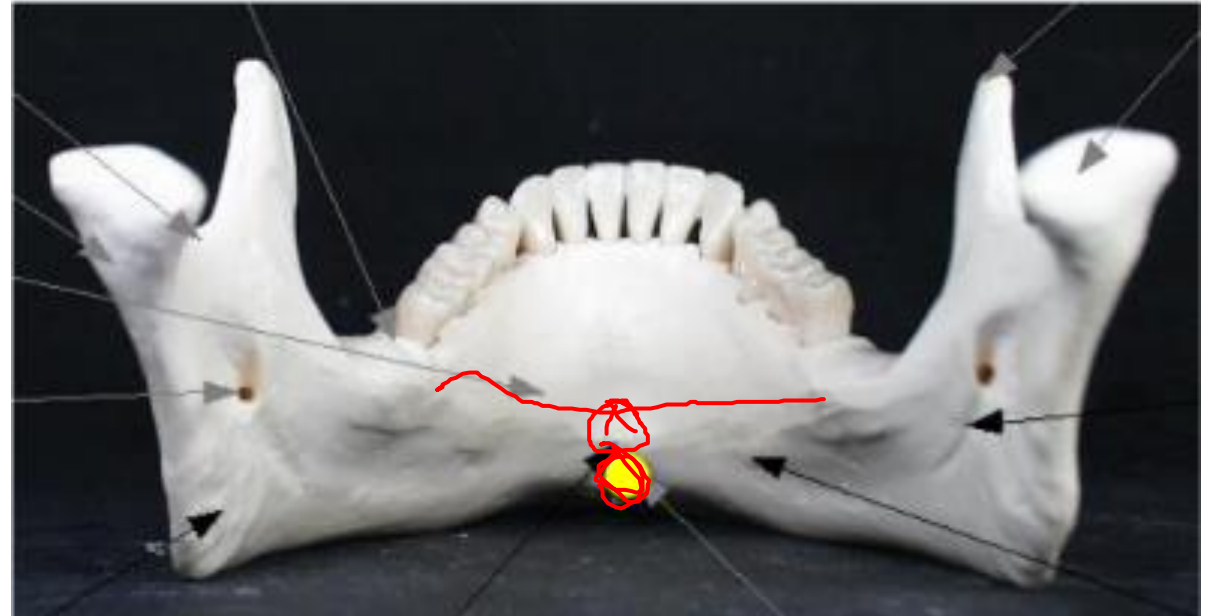
Aşırı rezorbsiyon durumlarında çok keskin kalırsa müdahale gerektirebilir.



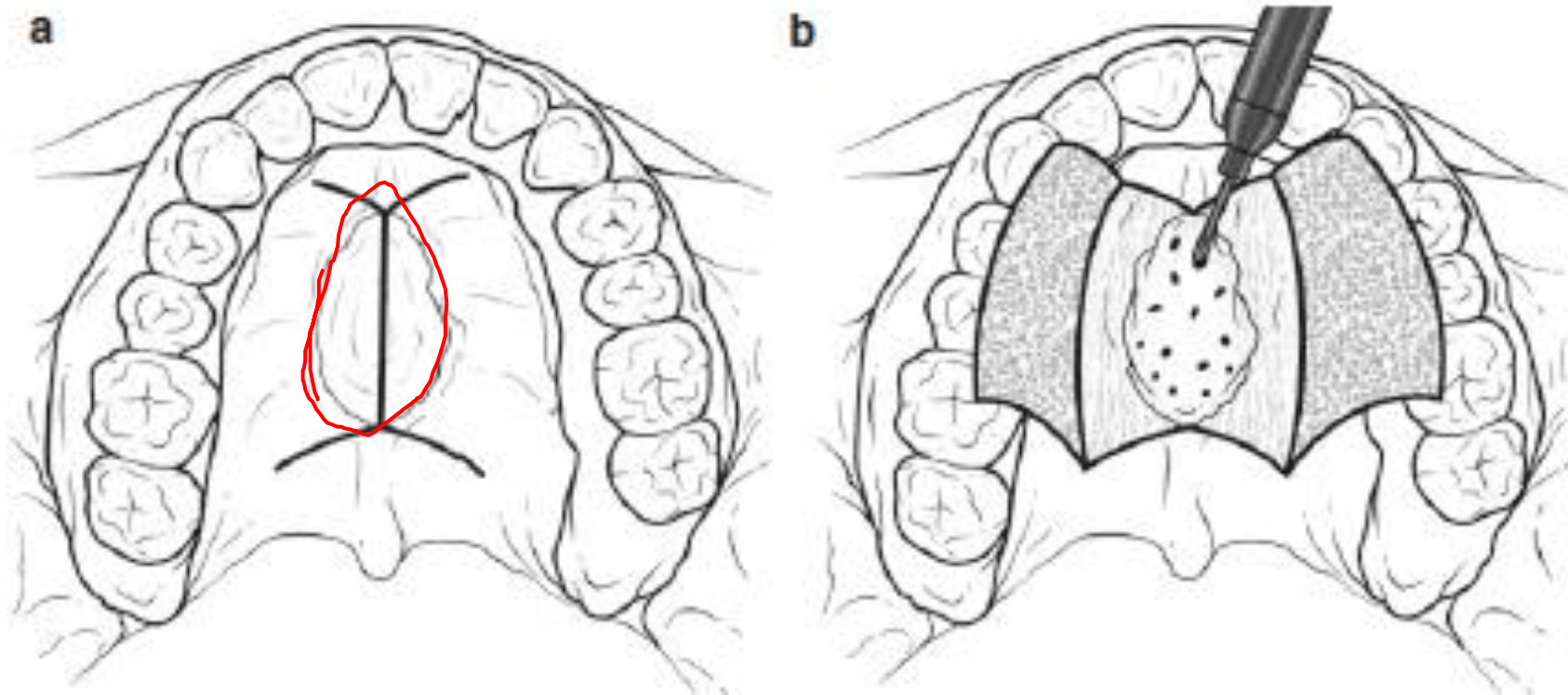
7. GENIAL TÜBERKÜLİ



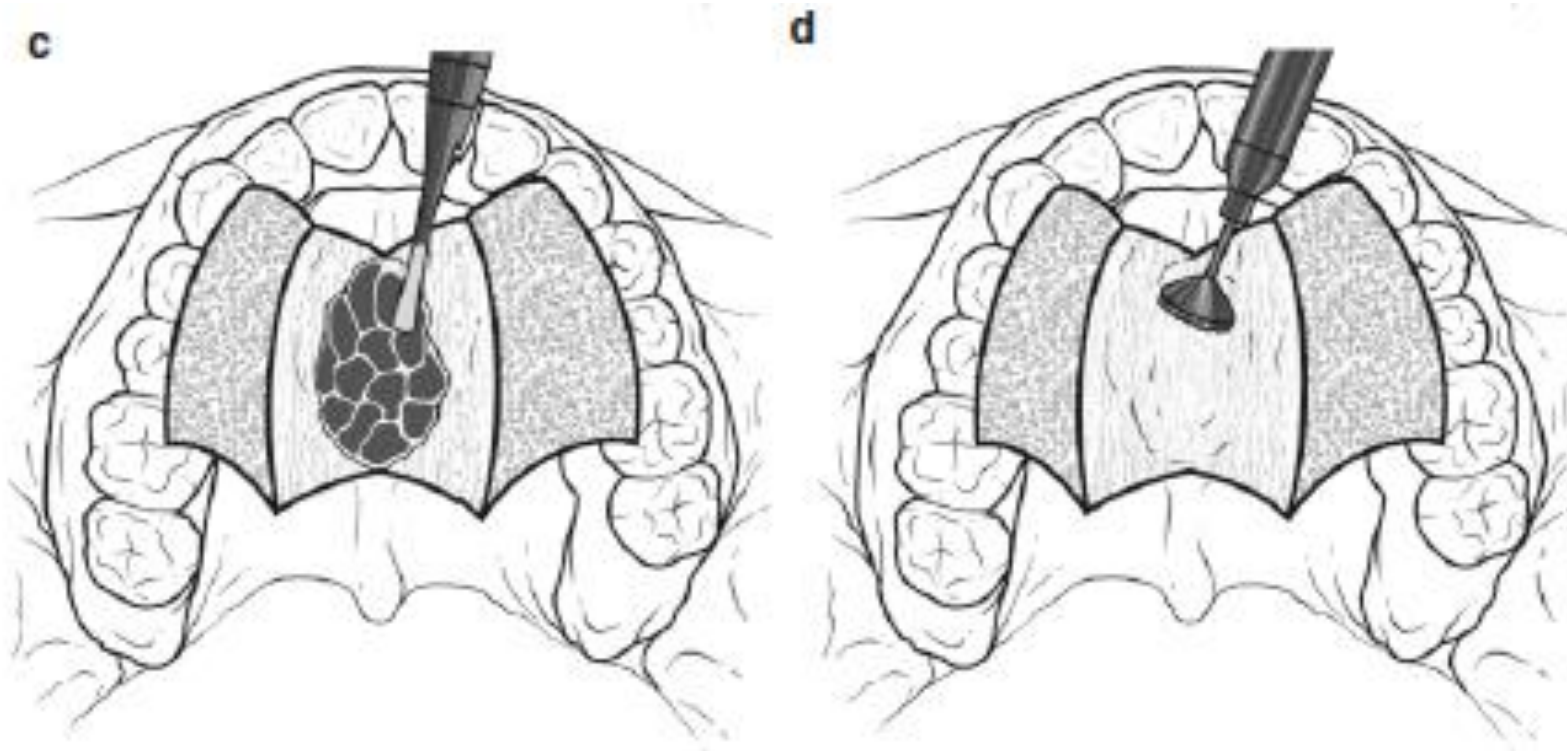
Aşırı rezorbe olmuş mandibulada genial tüberküller kret seviyesinin üstüne çıkmış olabilir, cerrahi yolla bu tüberküllerin giderilmesi, her zaman kolay olmayabilir.



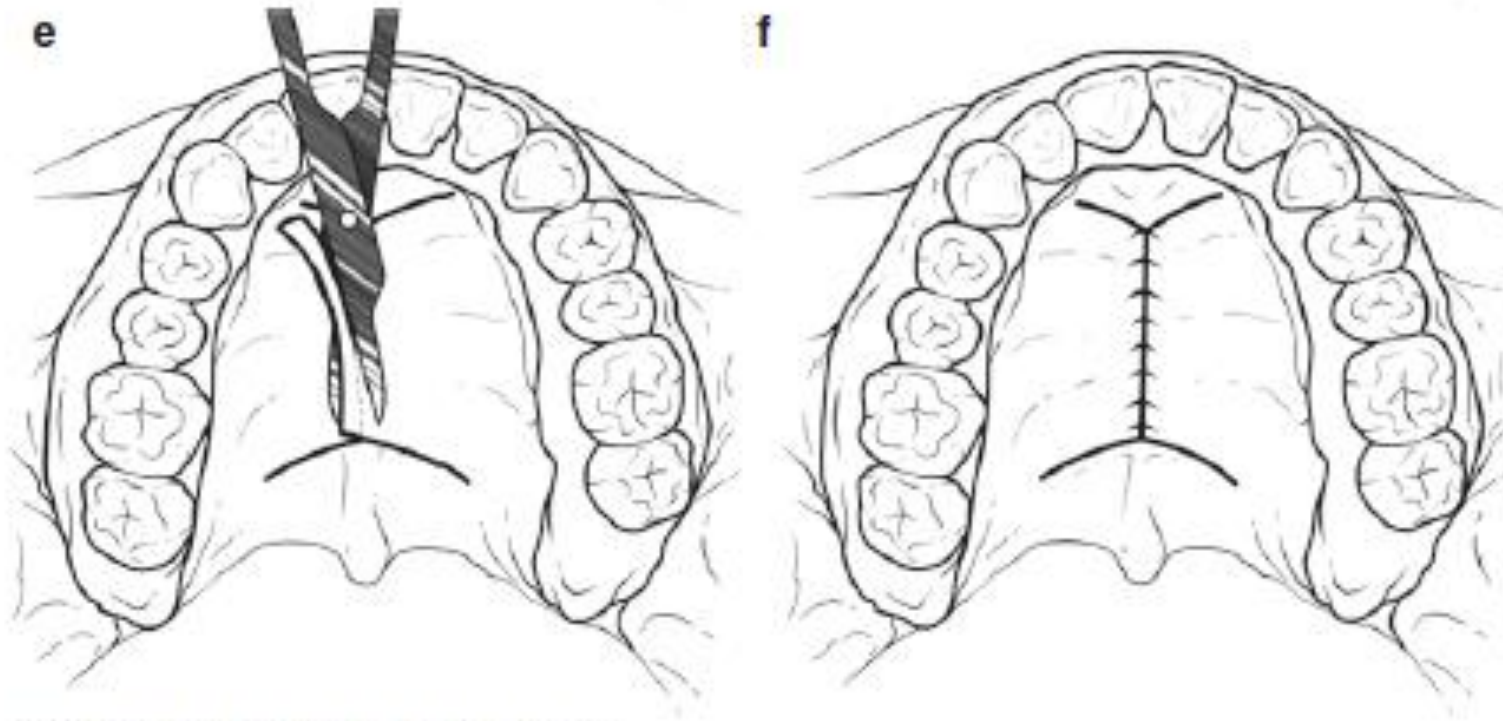
8. TORUS MAXILLARIS VE TORUS MANDIBULARIS:



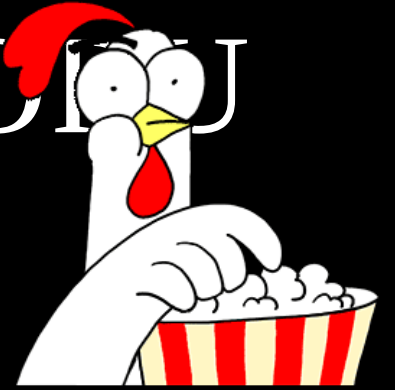
8. TORUS MAXILLARIS VE TORUS MANDIBULARIS:



8. TORUS MAXILLARIS VE TORUS MANDIBULARIS:



8. TORUS MAXILLARIS VE TORUS MANDIBULARIS:



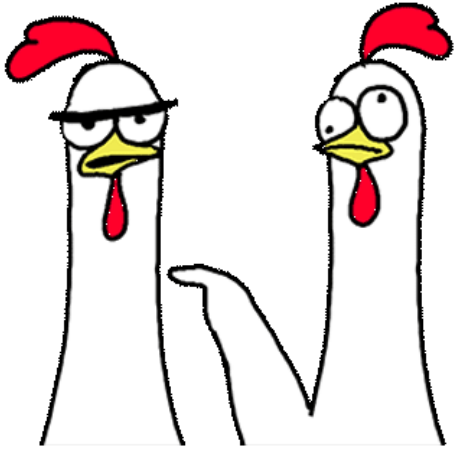
<https://www.youtube.com/watch?v=3LzRb9j4ozE>

https://www.youtube.com/watch?v=xERwYfcjG_w



YUMUŞAK DOKULARDA YAPILAN CERRAHİ OPERASYONLAR

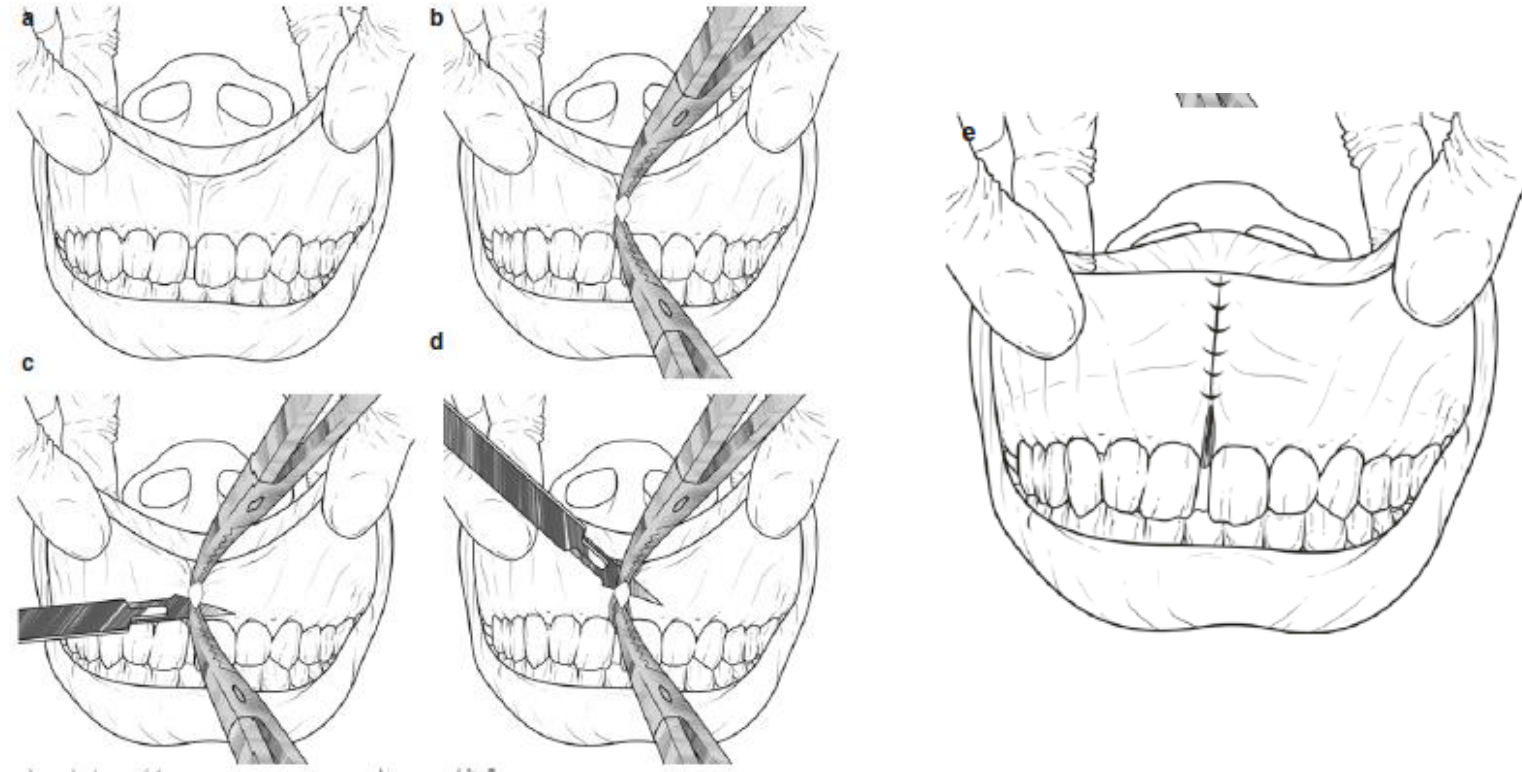
1. AŞIRI HAREKETLİ ALVEOL KRETLERİ (FIBRÖTİK, LABİL KRETLER):



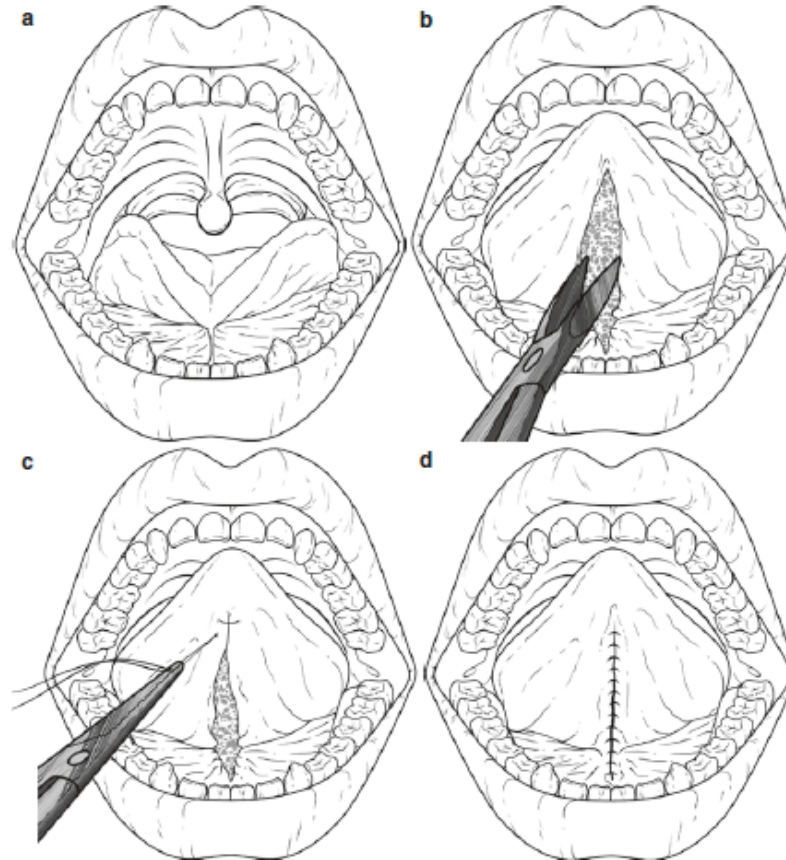
2. LABIAL FRENULUM HIPERTROFISI



Frenektomi

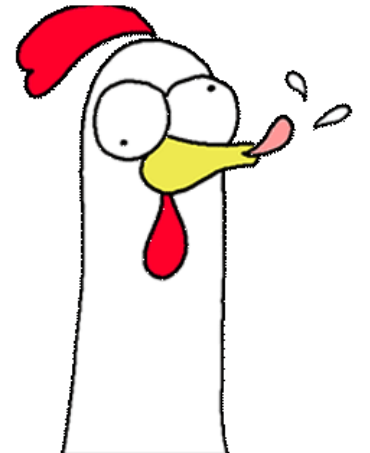


3. LINGUAL FRENULUM HIPERTROFISI

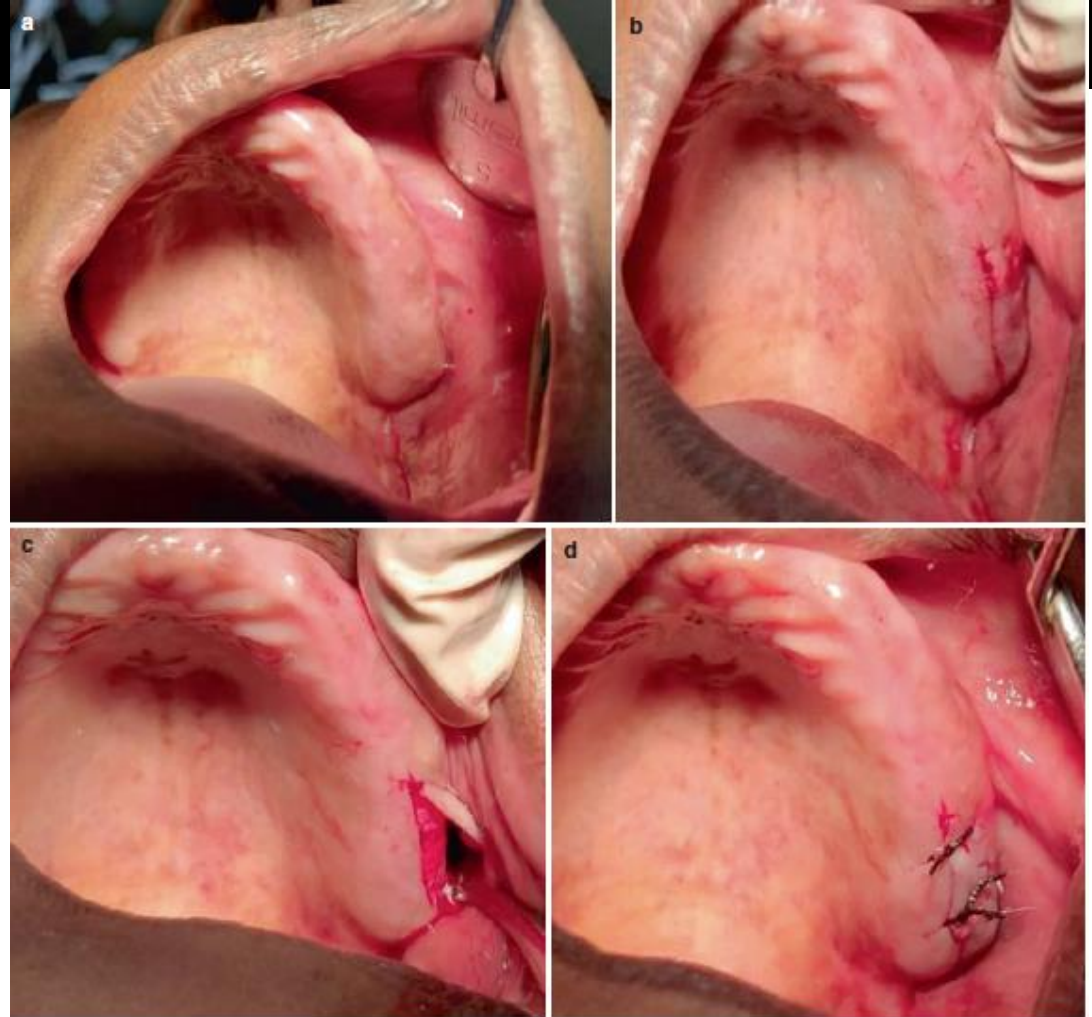


4. EPILIS FISURRATUM

https://www.youtube.com/watch?v=E76fF6QL_BM



5. TUBER MAXILLA FIRÖZ HIPERPLAZI



6. RETROMOLAR KABARTININ FIBRÖZ HİPERPLAZISI



7. DAMAĞIN PAPILLER HIPERPLAZİ



Resim 1. *Lezyomun preoperatif görüntüsü*



Resim 3. *Postoperatif 5. gün*



Resim 4. *Postoperatif 3. haftadaki görüntü*



DentoCrown



Any Questions

KAYNAKLAR

<https://www.dentalnews.com/2015/06/26/edentulous-patient-cadcam-technology/>

<https://www.slideshare.net/AamirGodil1/anatomical-landmarks-of-edentulous-maxilla>

<https://www.oralmedsurg.com/en/oral-surgery/frenulum/>

<https://thefuturedentistry.com/anatomical-landmark-of-mandible/>

<https://ptc-dental.com/dictionary/?exact=retromolar%20pad3>

<https://cvosoralsurgery.com/service/pre-prosthetic-surgery/>

<https://www.dentist-manila.com/glossary/alveoloplasty/>

<https://pocketdentistry.com/alveoloplasty/>