

درمان پروگناسی (پروژنی) با جراحی

دکتر ایرج مودت *

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۱-۲، صفحه ۱۲۳، ۱۳۵۰

تاکنون فقط بعضی از ناهنجاریهای فك و دندان بطور دقیق طبقه بندی شده اند (پروژنی- مزوکلوزیون- دیستوکلوزیون- بآنس و غیره) ولی باید بخاطر داشت که امکان بروز دو یا چند نوع از آنها توأمأ در یک بیمار نیز وجود دارد.

در درمان ناهنجاریهای فوق الذکر باید بخصوص به نکات زیر توجه داشت :

۱- امکان بسته شدن دهان بطور طبیعی و در نتیجه جلوگیری از عمل تنفس از راه دهان .

۲- ایجاد کارآیی (فونکسیون) بهتر با جفت گیری (اکلوزیون) بهتر، برای کمک بعمل جویدن و گوارش.

۳- تکلم بهتر.

۴- زیبایی.

۵- از همه مهمتر رفع ناراحتیهای روانی .

اغلب با بیمارانی روبرو میشویم که در اثر ناهنجاریهای فك و دندان دچار ناراحتیهای شدید روانی میباشند که عموماً بارفع ناهنجاریهای مذکور ناراحتیهای اخیر نیز برطرف می شوند.

۶- بهبود وضع اجتماعی- ناهنجاریهای فك و دندان تغییراتی در شکل خارجی صورت ایجاد میکند و در نتیجه، جویدن، گوارش، تنفس و تکلم را بسیار دشوار میسازد. و بر اثر این ناهنجاریها، وضع اجتماعی بیماران نیز بمخاطره میافتد و برای انتخاب و آموختن حرفه مورد نظر، گاه دچار مشکلات بسیار میشوند بنحویکه امکان ادامه زندگی برای آنان باقی نمیماند. از این رو ضرورت درمان این قبیل بیماران غیر قابل انکار است .

یکی از شایعترین ناهنجاریهای فك و دندان که فقط با عمل جراحی قابل درمان است پروژنی (پروگناسی) است.

اصطلاح جدید و جامع تر پروژنی (پروگناسی) ، پروتروزیون

درمان ناهنجاریهای فك و دندان بوسیله عمل جراحی پدیده ای تازه نیست و از دیرزمان پزشکان در این صدد برآمده اند ، ولی از میان ناهنجاریهای مختلف، پروژنی بیشتر از همه نظر آنان را بخود جلب می کرد بطوریکه برای درمان آن گاهی به عمل جراحی نیز متوسل می شدند.

از شروع دوره تکامل و ایجاد روش های دقیق در درمان ناهنجاریهای مختلف فك و صورت، در حدود ده الی پانزده سال میگذرد. در این مدت با ابتکار شیوه های جدید و بادست آمدن امکانات بسیار ، متخصصین این فن قادر بانجام عمل هایی شده اند که از نظر کارآیی (فونکسیون) و زیبایی بسیار با ارزش است و کمک مؤثری به بیماران میکنند .

بررسی شکستگی های مختلف فك و صورت بجراح امکان میدهد که بسته بهر يك از ناهنجاریها، شیوه های بدیعی بوجود آورد.

ناهنجاریهای فك و دندان ممکن است باشکال مختلف آشکار شود : اول- فك بالا و پائین از نظر شکل و اندازه کاملاً طبیعی هستند و لسی از نظر توپوگرافی نسبت بهم بطور غیر طبیعی قرار گرفته اند .

دوم- این دو فك از نظر توپوگرافی نسبت بیکدیگر بطور طبیعی قرار دارند ولی از نظر شکل و اندازه نسبت بهم غیر طبیعی و نامتناسب هستند .

سوم- ممکن است هر دو نوع فوق الذکر توأمأ نیز وجود داشته باشد .

نه تنها تناسب هر دو فك نسبت بهم باید در نظر گرفته شود بلکه وضع فکین نیز نسبت به دیگر قسمتهای صورت، حتی نسبت به شکل خارجی تمام بدن از نظر شکل و اندازه و توپوگرافی، باید متناسب و هنجار باشند.

برای درمان پروژنی و تولید اکلوزیون طبیعی هیچ نوع اقدام موثری بعمل نیامد.

نزد این بیمار، پروژنی از نوع حقیقی بود. بیش از یکسال است که رشد آن متوقف شده است از نظر سابقه، ناهنجاریهایی نیز در بستگان نزدیک بیمار دیده شده است.

مشخصات بالینی

۱- معاینه از خارج دهان:

یک سوم پائین صورت (محتوی جسم ماندیبول) بزرگ و جلوتر از حد طبیعی قرار گرفته است، چانه خیلی جسیم و بلند میباشد. زاویه ماندیبول (نیوتن) بازتر از معمول است و یک سوم وسط صورت (محتوی فك بالا) کوچکتر از طبیعی بنظر میرسد و طرفین بینی، فرورفته است. (شکل ۱-۳-۵)

۲- معاینه از داخل دهان:

فکین و قوسهای دندانی بصورت اکلوزیون معکوس قرار دارند. فك پائین بطرف چپ منحرف شده و تماس دندانی نیز فقط در طرفین (مولرها و پرمولرها) وجود دارد (شکل ۵-۷). قوس دندانی بالا کوچک است، دندان نیش (کاین نیمه نهفته) چپ بالا و دندان (لاترال) راست پائین قبلا کشیده شده، دندان نیش راست بالا هنوز در زیر استخوان پنهان است، فك پائین تنگی (کمپرسیون) شدیدی را نشان میدهد.

۳- رادیوگرافی:

در رادیوگرافیهای تهیه شده از بیمار نیز علائم فوق الذکر کاملاً مشهود است. نسج استخوانی طبیعی بوده نشانه‌ای از اکرومگالی، چه از نظر کلینیکی و چه از نظر رادیوگرافی، وجود ندارد (شکل ۹). از تاریخ عمل جراحی این بیمار مدت دو سال میگذرد و هیچگونه نشانه برگشت مشاهده نشده است.

معرفی بیمار ۲

دوشیزه ل- م ۲۰ ساله، از کودکی اختلال درجفت گیری دندانها ورشد مداوم فك پائین داشته است. تصویر (۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶). یکسال قبل تحت عمل جراحی قرار گرفت و تاکنون کمترین علامت برگشت در او مشاهده نشده است.

معرفی بیمار ۳

دوشیزه ش-ر ۲۳ ساله. این بیمار از کودکی مبتلا به پروگناسی بوده است تصویر (۱۷ و ۱۸). بعد از بررسی دقیق عکسها و رادیوگرافی و مدل‌های گچی و اکلوزین بیمار فوق الذکر، تصمیم به انجام عمل جراحی روی فك پائین از داخل دهان گرفته شد.

ماندیبولر میباشد. این اصطلاح بمفهوم کلینیکی وقتی بکار میرود که جسم ماندیبول، در حال جفت گیری دندانها (اکلوزیون بسته)، هم در جهت قائم (سازیتال) و هم در جهت عرضی (ترانسورسال) نسبت به فك بالا، جلو (مزیا)، یعنی بطور اکلوزیون معکوس، قرار گرفته باشد و در مفصل گیجگاهی هیچگونه تغییری نسبت بوضع طبیعی وجود نداشته باشد و کندیلها نیز قرار طبیعی خود را حفظ کرده باشند. در اینصورت ثلث تحتانی صورت (محتوی جسم ماندیبول) نسبت به ثلث وسط صورت، جلو (مزیا) قرار دارد و بدین ترتیب امکانات زیر موجود است:

اول- فك پائین نسبت به قرار طبیعی فك بالا، جلوتر است.

دوم- فك بالا نسبت به قرار طبیعی فك پائین عقب تر است.

سوم- هر دو حالت فوق ممکن است تماماً پیش آید

برای تشخیص اینگونه ضایعات باید بدو نکته توجه داشت:

اول وضع جفت گیری دندانها را (اکلوزیون) و دوم وضع نیم رخ صورت. برای مبادرت بجراحی و انتخاب روش آن، باید مشخص کرد که کدام فك در ایجاد ناهنجاری موجود دخالت بیشتری دارد و لازم است از بررسی نیم رخ چه از نظر تصویر (۱ و ۳ و ۵) و چه از نظر رادیوگرافی و سفالومتری (شکل ۹) و مخصوصاً مطالعه دقیق مدل‌های گچی (شکل ۷) استفاده کرد. در هر صورت تشخیص نوع ناهنجاری و انتخاب روش جراحی بوسیله متخصص جراحی فك و صورت که تجربه کافی در جراحی ارتوپدی فك داشته باشد، انجام میگردد.

برای درمان پروژنی با عمل جراحی، روشهای مختلفی وجود دارد که اغلب از خارج دهان انجام میشود و متأسفانه در دو طرف صورت ایجاد سیکاتریس مینماید.

با پیشرفت روزافزون جراحی ارتوپدی فك، امروزه عمل جراحی پروژنی از داخل دهان کاملاً عملی است.

امکانات جراحی - در حقیقت از هر نقطه شاخه افقی و یا شاخه صعودی ماندیبول و کندیلها امکان استئوتومی و استکتومی برای درمان پروژنی وجود دارد که بنوبه خود روش خاصی را تشکیل میدهند و هر يك از این شیوهها نسبت بهم دارای مزایا و معایبی است.

در زیر چند بیمار که باشیوه جدید از داخل دهان جراحی شده اند معرفی میگردند.

معرفی بیمار ۱-

دوشیزه ص-ب ۱۸ ساله ساکن اصفهان، از کودکی تغییراتی در دندانهای خود مشاهده کرد و پی برد که فك تحتانی او بتدریج بجلو رانده میشود (شکل ۱-۳-۵). از سه سال قبل با بکار بردن پلاکهای متعدد ارتدنیسی تحت معالجه قرار گرفت و در نتیجه باز کردن فك بالا، فقط فاصله‌هایی بین دندانهای او ایجاد شد ولی

که برای بیماران بی اندازه قابل اهمیت است، نمیکنند.
 ۲- امکان حرکت دادن فك وقوس دندانی پائین بهر طرف و هر اندازه
 و ایجاد اکلوزین مورد نظر وجود دارد.
 ۳- ظهور مفصل کاذب (پسودارتروز) تقریباً دیده نمیشود زیرا
 در هر صورت تماس استخوانی کافی در محل استئوتومی وجود
 خواهد داشت (شکل ۱۹ و ۲۰-۱۲ و ۱۱).

تا کنون بیمار تحت کنترل بوده و خوشبختانه هیچ نوع تغییری در
 اکلوزین او ایجاد نشده و بدین ترتیب نتیجه عمل کاملاً رضایتبخش است.
 روش جراحی در مورد بیماران مذکور، ساژیتال اسپلیتینگ از داخل
 دهان است (شکل ۱۹ و ۲۰). روش فوق بدلائل زیر بر روشهای دیگر
 برتری دارد.
 ۱- عمل جراحی از داخل دهان انجام میگردد و ایجاد سیکاتریس

REFERENCES

- 1- Converse, J.M., ; Reconstructive plastic surgery by W.B. Saunders Co. (1967).
 - 2- Dal-Pont, G.: Retromolar osteotomy for the correction of prognathism. J. Oral Surg., 19:42, (1961).
 - 3- Koele, H.: Die chirurgische Veraenderung von Form und Lage des Kinns. Eortschr. Kieferorth. 25, 233 (1963).
 - 4- Mavaddat, I.: Die isolierte Fraktur des Processus muscularis mandibulae. Diss. (1968) Zuerich.
 - 5- Mavaddat, I.: Intra-Oral correction of the facial asymetry due to condylar hyperplasia: J. Oral Surgery June (1971).
 - 6- Mavaddat, I.: Prognathism (Progenie) The J of the Iranian dental Association No: 1,2,4 (1970).
 - 7- Obwegeser, H.: The surgical correction of mandibular prognathism and retrognathia with consideration of genioplasty. Or. Surg., Or, Med., Or. Path. 10, 677 (1957).
 - 8- Obwegeser, H.: Vorteile und Moeglichkeiten des intraoralen Vorgehens bei der Korrektur von Unter - Kieferanomalien, in: Schuchardt, K. Fortschr. der Kiefer- und Gesichtschirurgie, Vol.7, Stuttgart Thieme, 1965.
 - 9- Obwegeser, H.: The indication for surgical correction of mandibular deformity by the sagittal-splitting technique. Brit J. oral Surg. I.No.3 (1965).
 - 10- Reichenbach, Koele, Brueckl.: Chirurgische Kieferorthopaedie. J. Ambrosius Barth, Leipzig (1965).
- ۱۱- دکتر مهدی ورقا ناهنجاریهای فکی و دندانی و اصول درمان آنها، سال ۱۳۴۲.



شکل ۳- تصویر بیمار (۱) از روبرو، بعد از عمل جراحی



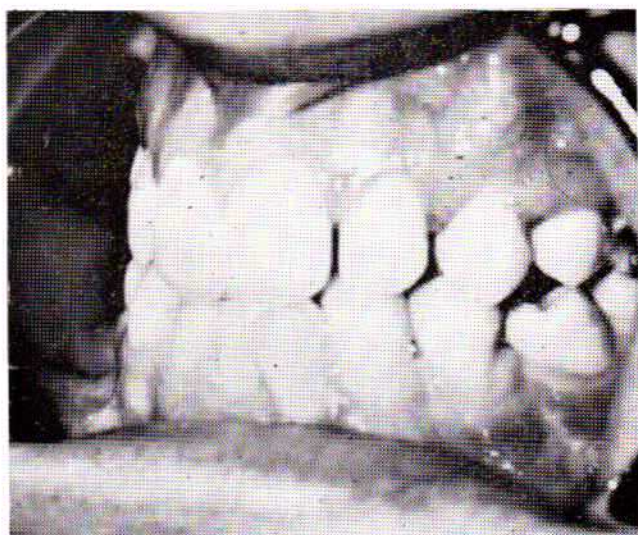
شکل ۱- تصویر بیمار (۱) از روبرو، قبل از عمل جراحی



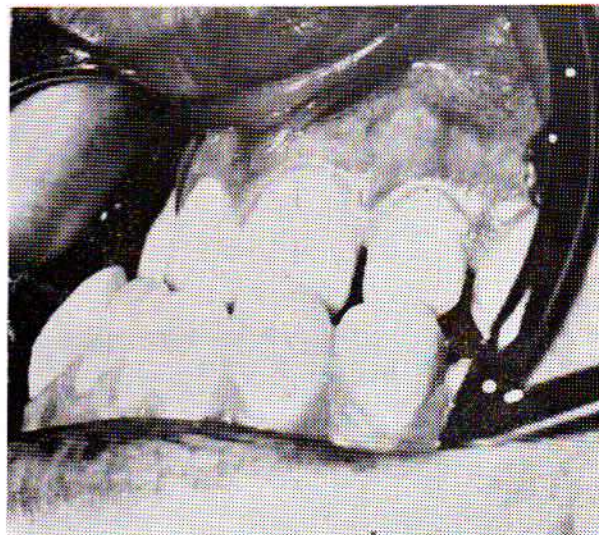
شکل ۴- نیمرخ بیمار (۱)، بعد از عمل



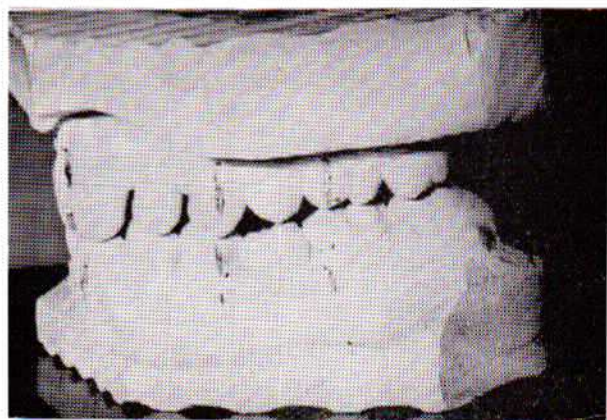
شکل ۳- تصویر نیمرخ بیمار (۱)، قبل از عمل



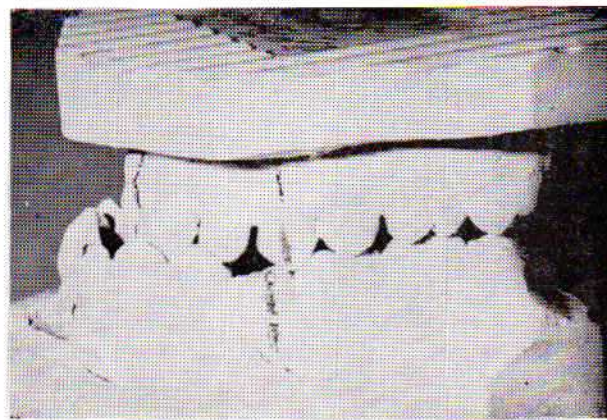
شکل ۶- جفت گیری دندانها (اکلوژین) بعد از عمل جراحی



شکل ۵- جفت گیری دندانها (اکلوژین) قبل از عمل جراحی



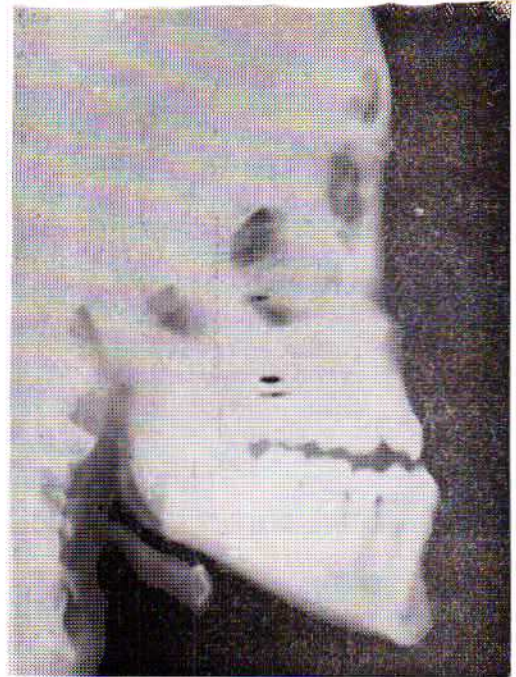
شکل ۸- مدل گچی (اکلوژین) بیمار بعد از عمل جراحی



شکل ۷- مدل گچی (اکلوژین) بیمار قبل از عمل جراحی



شکل ۱۰- رادیوگرافی از نیمرخ بیمار بعد از عمل جراحی



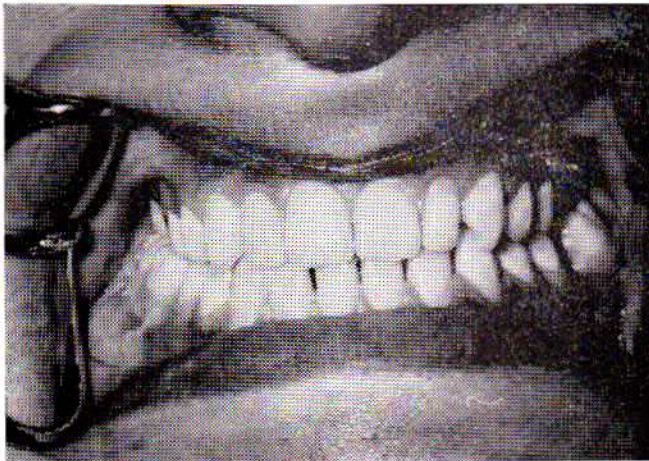
شکل ۹- رادیوگرافی از نیمرخ بیمار قبل از عمل جراحی



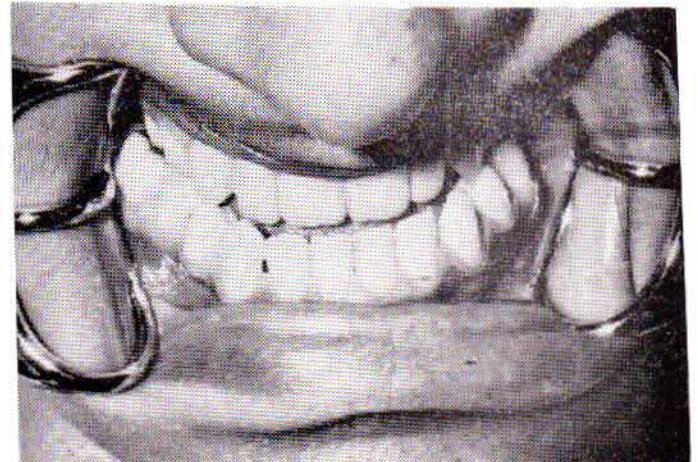
شکل ۱۳- نیمرخ بیمار (۳)، بعد از عمل جراحی



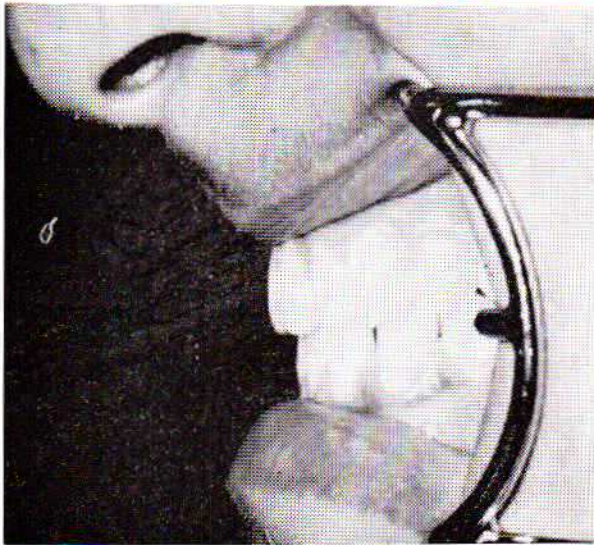
شکل ۱۱- نیمرخ بیمار (۳)، قبل از عمل جراحی



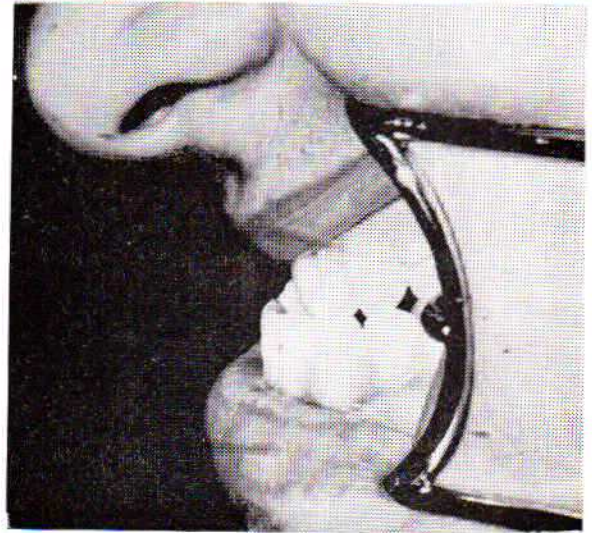
شکل ۱۴- جفت گیری دندانها (اکلوژین) بعد از عمل جراحی



شکل ۱۳- جفت گیری دندانها (اکلوژین) قبل از جراحی



شکل ۱۶- جفت گیری دندانها از نیمرخ (اکلوزین) بعد از عمل جراحی



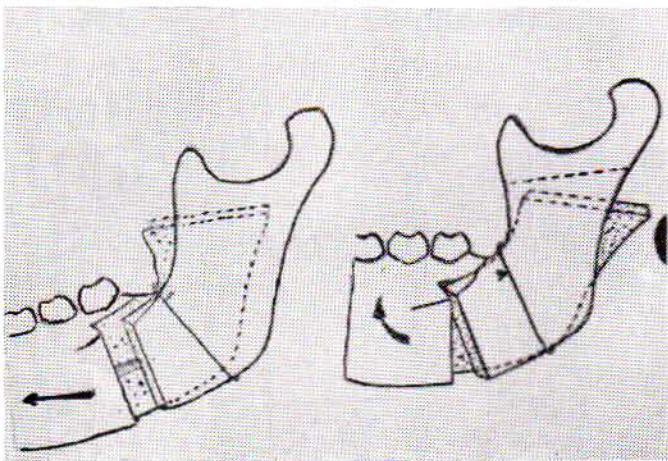
شکل ۱۵- جفت گیری دندانها از نیمرخ (اکلوزین) قبل از عمل جراحی



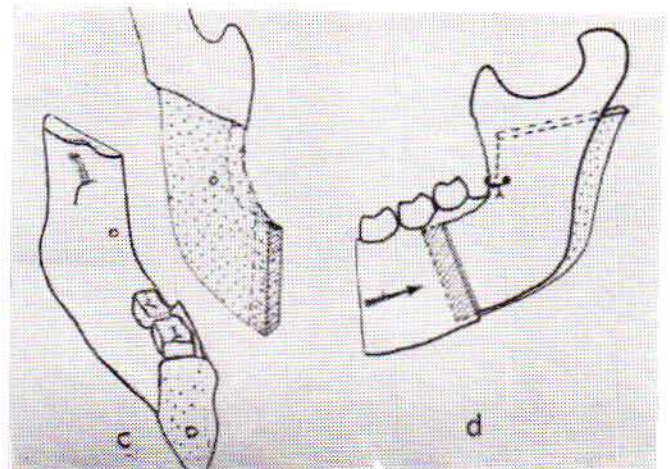
شکل ۱۸ - نیمرخ بیمار (۳) ، بعد از عمل جراحی



شکل ۱۷- نیمرخ بیمار (۳) ، قبل از عمل جراحی



شکل ۲۰- روش جراحی (سازیتال اسپلیتینگ)، آزادی حرکت بهر طرف وجود دارد



شکل ۱۹- روش جراحی (سازیتال اسپلیتینگ)، در هر صورت تماس استخوانی وجود دارد