درمان پروگناسی (پروژنی) با جراحی

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۱ـ۲، صفحه ۱۲۳، ۱۳۵۰

دکتر ایرج مودت *

درمان ناهنجاریهای فك و دندان بوسیله عمل جراحی پدیده‌ای تازه نیست و از دیرزمان پزشکان در این صدد برآمده‌اند ، ولی از میان ناهنجاریهای مختلف، پروژنی بیشتر ازهمه نظرآنان را بخود جلب می کرد بطوریکه برای درمان آن گاهی به‌عمل‌جراحی نیز متوسل می‌شدند.

از شروع دوره تکـامل و ایجـاد روش های دقیـق در درمان ناهنجاریهای مختلف فك وصورت، در حدود ده الی پانزده سال میگذرد. دراین‌مدت باابتکارشیوه‌های‌جدید وبادست‌آمدن امکانات بسیار ، متخصصین این فن قادر بانجام عمل‌هائی شده‌اند که‌از نظر کارآئی(فونکسیون)وزیبائی‌بسیار باارزش‌است وکمك‌مؤثری به بیماران میکند .

بررسی شکستگی‌های مختلف فك و صورت بجراح امکان میدهد که بسته بهر یك ازناهنجاریها، شیوه‌های بدیعی بوجود آورد.

ناهنجاریهای فك ودندان ممکن‌است باشکال مختلف‌آشکارشود :

اول‌ـ فك بالا و پائین از نظر شکل و اندازه کاملا طبیعی هستند ولـی از نظر توپوگرافـی نسبت بهم بطور غیر طبیعی قرار گرفته‌اند .

دوم‌ـ این دو فك ازنظر توپوگرافی نسبت بیکدیگر بطورطبیعی قرار دارند ولی از نظر شکل و اندازه نسبت بهم غیر طبیعی و نامتناسب هستند .

سوم‌ـ ممکن است هر دو نوع فوق‌الذکر تواماً نیز وجود داشته باشد .

نه‌تنها تناسب هردوفك نسبت‌بهم‌باید درنظرگرفته‌شود بلکه وضع فکین‌نیز نسبت به‌دیگرقسمتهای صورت، حتی‌نسبت به‌شکل‌خارجی تمام‌بدن‌ازنظرشکل‌واندازه‌وتوپوگرافی، بایدمتناسب‌وهنجارباشند.

تاکنون فقط بعضی از ناهنجاریهای فك و دنـدان بطور دقیق طبقه‌بندی شده‌اند (پروژنی‌ـ مزیوکلوزیون‌ـ دیستوکلوزیون‌ـ بآنس و غیره) ولی باید بخاطر داشت‌که امکان بروز دو یا چند نوع ازآنها تواماً دریك بیمار نیزوجود دارد.

در درمان ناهنجـاریهای فوق‌الذکر باید بخصوص به‌نکات زیر توجه داشت :

۱ـ امکان بسته شدن دهان بطور طبیعی ودرنتیجه جلوگیری از عمل‌تنفس از راه دهان .

۲ـ ایجادکارآیی (فونکسیون) بهتر با جفت‌گیری (اکلوزیون) بهتر، برای‌کمك بعمل‌جویدن‌وگوارش.

۳ـ تکلم بهتر.

۴ـ زیبائی.

۵ـ از همه مهمتر رفع ناراحیتهای روانی .

اغلب با بیمارانی‌روبرومیشویم که دراثر ناهنجاریهای فك ودندان دچارناراحتیهای‌شدید روانی‌میباشندکه‌عموماً بارفع ناهنجاریهای مذکور ناراحتیهای اخیرنیز برطرف می‌شوند.

۶ـ بهبودوضع اجتماعی‌ـ ناهنجاریهای فك ودندان تغییراتی در شکل خارجی صورت ایجاد میکند ودرنتیجه، جویدن ، گوارش، تنفس و تکلم را بسیار دشوار میسازد. و براثر این ناهنجاریها، وضع‌اجتماعی‌بیماران‌نیز بمخاطره میافتدوبرای‌انتخاب‌وآموختن حرفه‌موردنظر، گاه دچار مشکلات بسیارمیشوند بنحویکه امکان ادامهٔ زندگی برای‌آنان باقی‌نمیماند . ازاین‌رو ضرورت درمان این قبیل بیماران غیرقابل‌انکار است .

یکی ازشایعترین‌ناهنجاریهای فك ودندان‌که فقط باعمل‌جراحی قابل درمان است پروژنی(پروگناسی) است.

اصطلاح جدید و جامع‌تر پروژنی (پروگناسی) ، پروتروزیون

* خیابان آریامهر ـ تهران ـ شماره ۲+۱۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

مانديبولر ميباشد. اين‌اصطلاح بمفهوم‌كلينيكى وقتى بكارميرود كه جسم مانديبول، درحال‌جفت گيرى‌دندانها(اكلوزيون بسته)، هم درجهت قائم (ساژيتال) و هم در جهت عرضى (ترانسورسال) نسبت‌به‌فك‌بالا، جلو(مزيال)، يعنى بطوراكلوزيون معكوس،قرار گرفته باشد و در مفصل گيجگاهى هيچگونه تغييرى نسبت بوضع طبيعى‌وجودنداشته باشد وكندیل‌ها نيزقرارطبيعى خود را حفظ كرده باشند . در اينصورت ثـلث تحتانى صورت (محتوى جسم مانديبول) نسبت به‌ثلث وسط صورت ، جلو (مزيال) قرار دارد وبدين‌ترتيب امكانات زيرموجود است:

اول_ فك پائين نسبت به‌قرارطبيعى فك بالا ،جلوتراست.

دوم_ فك بالانسبت به‌قرار طبيعى فك پائين عقب‌تراست.

سوم_ هردو حالت فوق ممكن است تواماً پيش‌آيد

براى تشخيص اينگونه ضايعات بايد بدو نكتـه توجه داشت :

اول وضع‌جفت گيرى‌دنداها(اكلوزيون)و دوم‌وضع‌نيم‌رخ صورت.

براى مبادرت بجراحى و انتخاب روش‌آن ، بايـد مشخص‌كرد كه‌كدام فك در ايجاد ناهنجارى موجود دخالت بيشترى دارد و لازم است از بررسى نيمرخ چه از نظر تصوير (۱و۳و۵) و چه از نظر راديوگرافى و سفالومترى (شكل۹) و مخصوصاً مطالعه دقيق‌مدلهاى گچى(شكل۷) استفاده كرد . درهرصورت تشخيص نوع ناهنجارى و انتخاب روش جراحى بوسيله متخصص‌جراحى فك و صورت‌كه تجربه‌كافى در جراحى ارتوپدى فك‌داشته‌باشد، انجام ميگيرد .

براى درمان پروژنى باعمل‌جراحى، روشهاى‌مختلفى وجوددارد كه اغلب ازخارج دهان‌انجام‌ميشود ومتاسفانه در دوطرف‌صورت ايجادسيكاتريس مينمايد .

با پيشرفت روزافزون جراحى ارتوپدى فك،امروزه عمل‌جراحى پروژنى از داخل دهان كاملا عملى است .

امكانات جراحى ـ در حقيقت از هرنقطه شاخه افقى و يا شاخه صعودى مانديبول وكندیل‌ها امكان استئوتومى و استكتومى‌براى درمان پـروژنى وجود دارد كه بنوبـه خود روش خاصى را تشكيل ميدهند و هريك از اين شيوه‌ها نسبت بهم داراى مزايا و معايبى است .

درزيرچند بيمار كه باشيوه جديد ازداخل دهان جراحى شده‌اند معرفى ميگردند.

معرفى بيمار ـ۱ـ

دوشيزه ص_ ب_ ۱۸ ساله ساكن اصفهان، ازكودكى تغييراتى در دندانهاى خود مشاهده‌كرد وپى‌بردكه فك تحتانى او بتدريج بجلو رانده ميشود (شكل۱ـ۳ـ۵).از سه سال قبل با بكار بردن پلاكهاى متعدد ارتدنسى تحت معالجه‌قرارگرفت و در نتيجه‌باز كردن فك بالا، فقط فاصله‌هائى بين دندانهاى او ايجاد شد ولى براى درمان پروژنى و توليد اكلوزيون طبيعى هيچ نوع اقدام موثرى بعمل نيامد .

نزد اين بيمار، پروژنى ازنوع حقيقى بود. بيش‌ازيكسال است‌كه رشدآن متوقف شده‌است ازنظرسابقه، ناهنجاريهائى نيزدربستگان نزديك بيمار ديده شده است .

مشخصات بالينى

۱ـ معاينه از خارج دهان :

يك‌سوم پائين صورت (محتوى جسم مانديبول) بزرگ وجلوتر ازحد طبيعى قرارگرفته است، چانه خيلى جسيم و بلند ميباشد. زاويه مانديبول (نيوتن) بازتر از معمول است و يك‌سوم وسط صورت (محتوى فك بالا)كوچكتر ازطبيعى بنظرميرسد وطرفين بينى، فرورفته‌است . (شكل ۱ـ۳ـ۵)

۲ـ معاينه از داخل دهان :

فكين و قوسهاى دندانى بصورت اكلوزيون معكوس قراردارند. فك پائين بطرف چپ منحرف شده و تماس دندانـى نيز فقط در طرفين (مولرها و پرمولرها) وجود دارد (شكل ۵ـ۷)

قوس دندانى‌بالاكوچك‌است،دندان‌نيش(كانين‌نيمه‌نهفته) چپ‌بالاو دندان(لاترال)راست پائين‌قبلا كشيده‌شده، دندان‌نيش راست بالا هنوز در زير استخوان پنهان‌است، فك پائين‌تنگى (كمپرسيون) شديدى را نشان ميدهد .

۳ـ راديوگرافى :

در راديوگرافيهاى تهيه شده از بيمار نيز علائم فوق‌الذكركاملا مشهوداست. نسج استخوانى‌طبيعى بوده نشانه‌اى از اكرومگالى، چه ازنظر كلينيكى‌وچه‌ازنظرراديوگرافى،وجود ندارد (شكل۹) از تاريخ‌عمل جراحى اين بيمار مدت دوسال ميگذرد وهيچگونه نشانهٔ برگشت مشاهده نشده است .

معرفى بيمار۲

دوشيزه ل ـ م ۲۰ساله،ازكودكى‌اختلال درجفت گيرى دندانها ورشد مداوم فك پـائين داشته است. تصوير (۱۱و۱۲و۱۳و۱۴و ۱۵ و ۱۶).يكسال قبل‌تحت عمل جراحى‌قرارگرفت وتاكنون كمترين علامت برگشت در او مشاهده نشده‌است.

معرفى بيمار۳

دوشيزه ش_ر ۲۳ساله. اين بيمار ازكودكى مبتلا به پروگناسى بوده است تصوير (۱۷و۱۸)

بعد از بررسى دقيق عكس‌ها و راديوگرافى و مدلهاى گچى و اكلوزين بيمار فوق‌الذكر ، تصميم به‌انجام عمل جراحى روى فك پائين از داخل دهان گرفته شد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

تاکنون بیمار تحت کنترل بوده وخوشبختانه هیچ نوع تغییری در اکلوزین او ایجاد نشده و بدین ترتیب نتیجه عمل کاملا رضایتبخش است.

روش جراحی درمورد بیماران مذکور، ساژیتال اسپلیتینگ ازداخل دهان است شکل(۱۹و۲۰). روش فوق بدلائل زیر بر روشهای دیگر برتری دارد.

۱ـ عمل جراحی از داخل دهان انجام میگیرد وایجادسیکاتریس که برای بیماران بی‌اندازه قابل اهمیت است ، نمیکند .

۲ـ امکان حرکت دادن فک وقوس دندانی پائین بهر طرف وهر اندازه وایجاد اکلوزین مورد نظر وجود دارد .

۳ـ ظهور مفصل کاذب (پسودارتروز) تقریباً دیده نمیشود زیرا در هرصورت تماس استخوانی کافی در محل استئوتومی وجود خواهد داشت (شکل۲۰و۱۹ـ۱۱و۱۲).

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- Qbwegeser, 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).

۱۱ـ دکتر مهدی ورقا ناهنجاریهای فکی ودندانی واصول درمان آنها، سال۱۳۴۷.

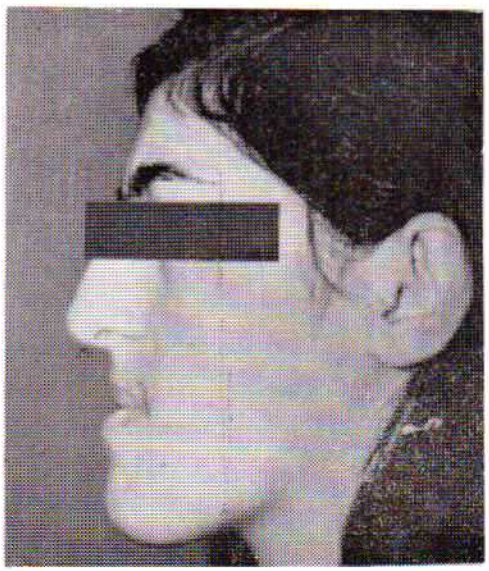


شکل ۱ـ تصویر بیمار(۱) از روبرو، قبل از عمل جراحی

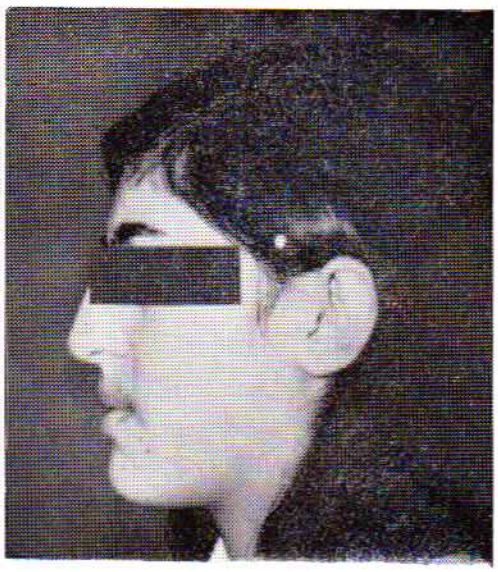


شکل ۲ـ تصویر بیمار(۱) ازروبرو، بعدازعمل جراحی

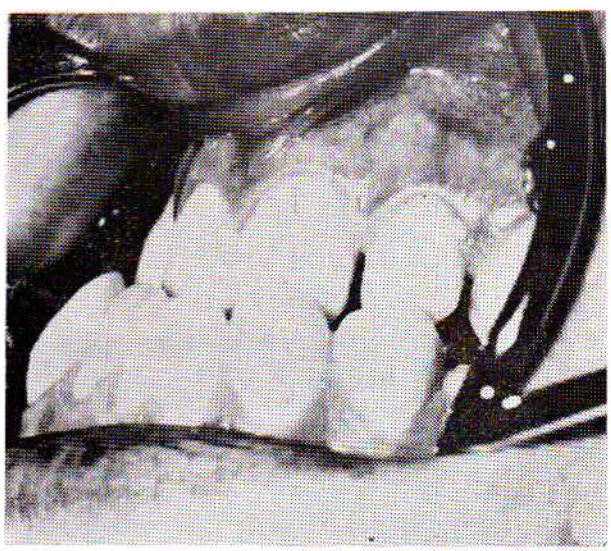
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



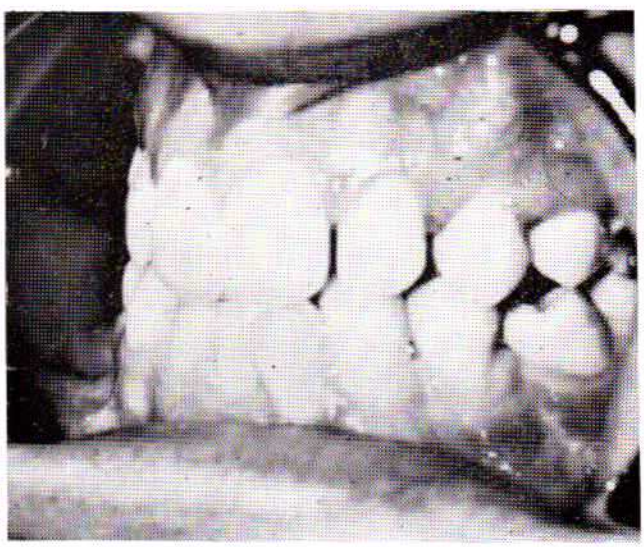
شکل ۳ــ تصویر نیمرخ بیمار (۱)، قبل از عمل



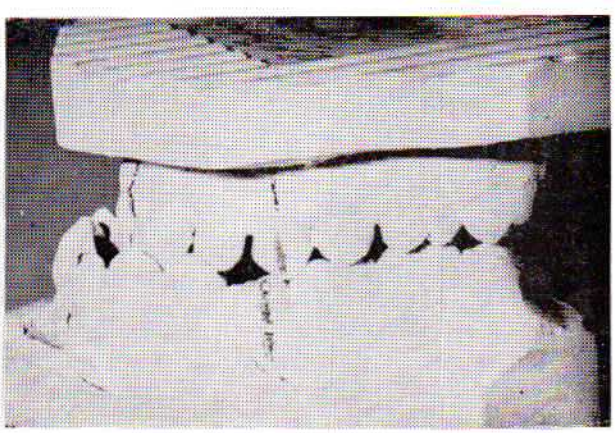
شکل ۴ــ نیمرخ بیمار (۱)، بعد از عمل



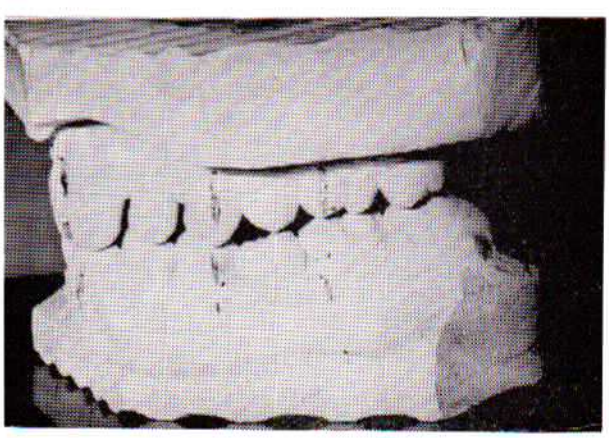
شکل ۵ــ جفت‌گیری دندانها (اکلوزیون) قبل‌ازعمل جراحی



شکل۶ــ جفت‌گیری دندانها(اکلوزین) بعد از عمل جراحی

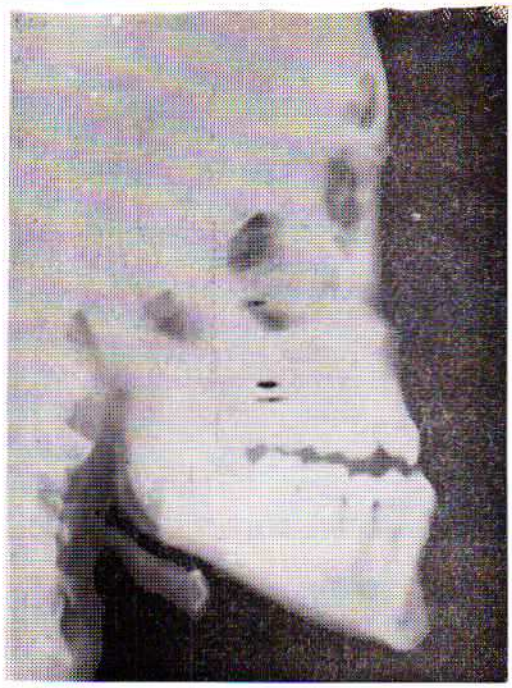


شکل ۷ــ مدل‌گچی (اکلوزین) بیمار قبل‌از عمل جراحی



شکل ۸ــ مدل‌گچی (اکلوزین) بیمار بعداز عمل جراحی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



شکل ۹- رادیوگرافی از نیمرخ بیمار قبل ازعمل جراحی



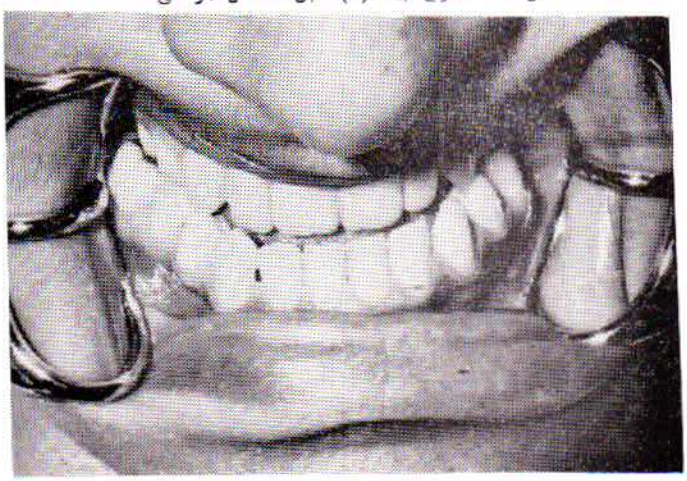
شکل ۱۰- رادیوگرافی از نیمرخ بیمار بعدازعمل جراحی



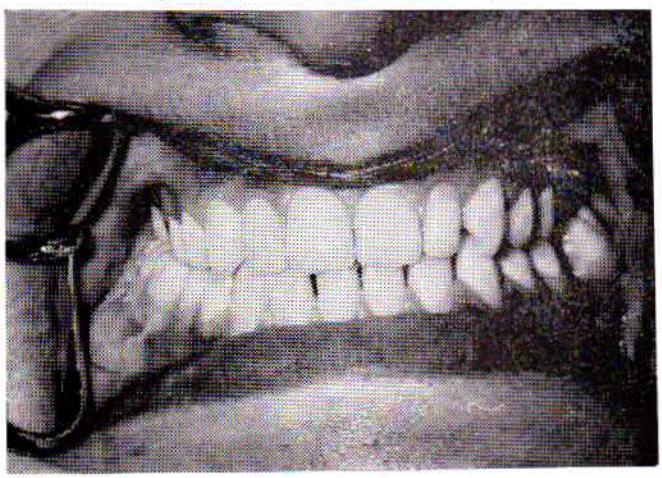
شکل ۱۱- نیمرخ بیمار(۲)، قبل از عمل جراحی



شکل ۱۲- نیمرخ بیمار(۲)، بعداز عمل جراحی

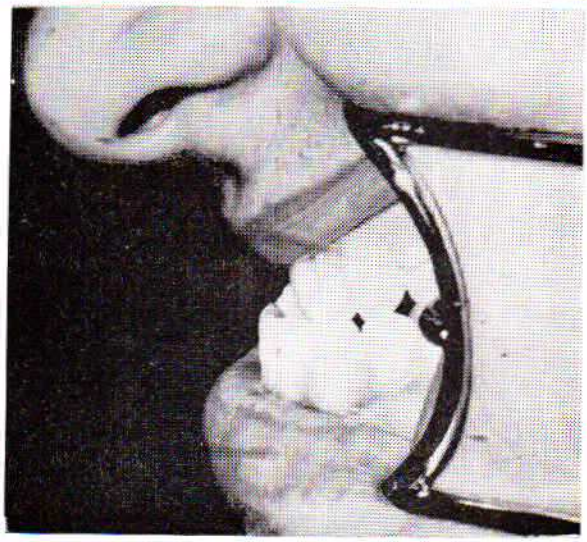


شکل ۱۳- جفت‌گیری دندانها (اکلوزین) قبل‌از جراحی

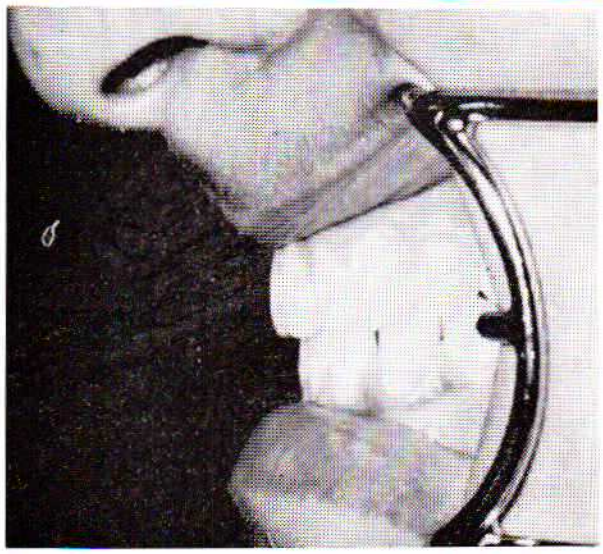


شکل ۱۴- جفت‌گیری دندانها (اکلوزین) بعدازعمل جراحی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



شکل ۱۵- جفت‌گیری دندانها از نیمرخ (اکلوزین) قبل ازعمل جراحی



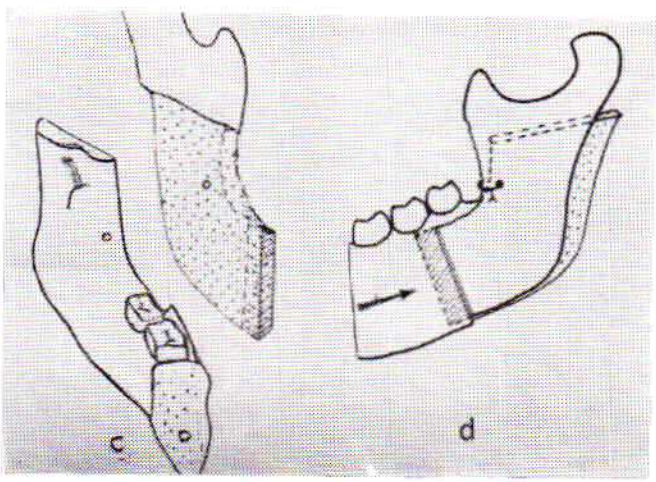
شکل ۱۶- جفت‌گیری دندانها از نیمرخ (اکلوزین) بعداز عمل‌جراحی



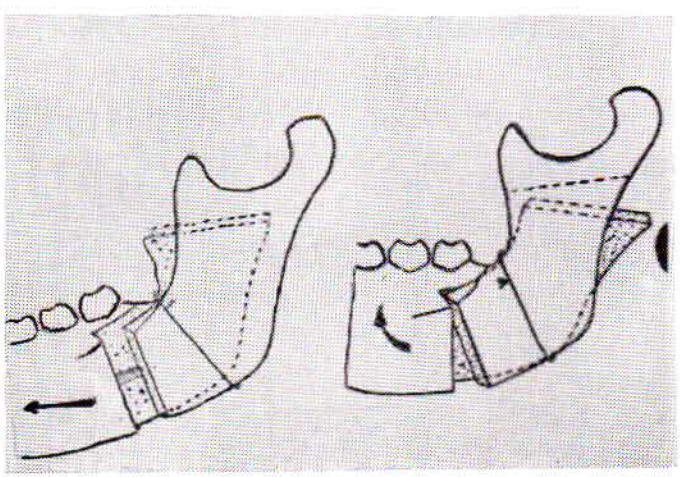
شکل ۱۷- نیمرخ بیمار(۳) ، قبل ازعمل جراحی



شکل ۱۸ - نیمرخ بیمار(۳) ، بعدازعمل جراحی



شکل ۱۹- روش جراحی (ساژیتال‌اسپلیتینگ)،درهرصورت تماس‌استخوانی وجود دارد



شکل ۲۰- روش‌جراحی (ساژیتال اسپلیتینگ)،آزادی حرکت بهرطرف وجود دارد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]