



### مشکلات جراحی دندانهای مولر سوم نهفته

در خارج کردن مولرهای سوم نهفته شیوع متوسط عوارض حدود ۱۰٪ می باشد طیف این عوارض از مشکلات مورد انتظار و قابل پیش بینی چون تورم، درد، تریسموس و خونریزی متوسط تا خونریزیهای شدید و عوارض دائمی از قبیل بی حسی عصب آلوئولر تحتانی و شکستگی مندیبل متفاوت است شیوع کلی این عوارض و شدت آنها مستقیماً با عمق نهفتگی و سن بیمار مرتبط است. شیوع عوارض پس از عمل بویژه استئیت آلوئولر، عفونت ها و بی حسی عصب آلوئولر تحتانی در بیماران مسن تر بالاتر است. (۶) همچنین در خارج کردن نهفتگی های کامل استخوانی، افزایش درد و عوارض پس از عمل و افزایش شیوع بی حسی عصب آلوئولر تحتانی مشاهده می گردد.

(۶)

یک عامل دیگر در میزان شیوع عوارض جراحی مولر سوم، تجربه نسبی و کارآزمودگی جراح می باشد. این فصل عوارض عمل جراحی را در دو قسمت عوارض حین عمل جراحی و عوارض پس از عمل جراحی مورد بحث قرار می دهد.

### عوارض حین عمل جراحی دندانهای مولر سوم نهفته:

عوارضی که حین عمل جراحی رخ می دهند به چند گروه مختلف تقسیم میشوند که عبارتند از:

#### ۱-۶ آسیب های بافت نرم:

آسیب به بافت نرم تقریباً همیشه نتیجه فقدان توجه کافی جراح به ماهیت ظریف مخاط و استفاده از نیروی کنترل نشده و زیاد می باشد.

#### الف) پارگی فلپ:

شایعترین آسیب بافت نرم، پاره شدن فلپ مخاطی در طی کشیدن دندان از طریق جراحی می باشد. این اتفاق معمولاً نتیجه ناکافی بودن اندازه فلپ پاکتی است که بیش از قابلیت کشش بافت کنار زده شده است. جهت جلوگیری از این عارضه رعایت دو نکته ضروری می باشد:

(۱) ایجاد فلپ باندازه کافی برای جلوگیری از کشش بیش از حد روی فلپ و (۲) استفاده از مقادیر کم نیروی کنار زنده بر روی فلپ در صورت وقوع پارگی فلپ باید فلپ به دقت پس از پایان جراحی دوباره در محل قرار داده شود. بخیه زدن دقیق پارگی سبب ترمیم کافی ولی تاخیری می شود. اگر پارگی دنداندار باشد، لبه های پارگی به منظور ایجاد لبه صاف برش داده می شوند. این مرحله باید با احتیاط انجام شود زیرا برش مقادیر زیاد بافت سبب بستن زخم تحت کشش و بازشدگی احتمالی زخم می گردد.

#### ب) سوختگی لب:

عارضه دیگر سایش یا سوختگی لب ها و گوشه های دهان است که معمولاً نتیجه تماس محور در حال چرخش فرز با بافت می باشد



هنگامی که توجه جراح به انتهای برنده فرز معطوف است، دستیار باید از محل فرز در رابطه با گونه‌ها و لبها آگاه باشد. در صورت وقوع سایش، محل آن با وازلین یا پماد آنتی بیوتیک پوشانده می‌شود. پماد فقط باید روی ناحیه ساییده قرار داده شود زیرا احتمال ایجاد راش در پوست سالم وجود دارد. ترمیم این سایشها معمولاً به اندازه ۵ تا ۱۰ روز نیاز دارد.

## ۲-۶ آسیب های بافت سخت:

### الف) شکستگی توبروزیته فک بالا:

در صورت عدم برداشت کافی استخوان و اعمال نیروی زیاد، ممکن است شکستگی استخوان رخ دهد. یکی از محل‌هایی که احتمال شکستگی وجود در آن وجود دارد توبروزیته فک بالا است. (شکل روبرو) شکستگی قطعه بزرگی از توبروزیته فک بالا، نیازمند توجه خاصی می‌باشد. توبروزیته در ساخت یک پروتز با ثبات و دارای گیراهمیت دارد و اگر بخش بزرگی از آن همراه دندان خارج شود، می‌تواند ثبات پروتز آینده را به خطر اندازد.

### ب) باز شدن سینوس ماگزایلا:

هنگامی که عمق نهفتگی مولر سوم بالا زیاد باشد، دندان نهفته انکیلوز باشد، سینوس فک بالا بزرگ باشد یا استخوان بین ریشه‌های دندان و سینوس موجود نباشد احتمال ایجاد ارتباط بین حفره دهان و سینوس ماگزایلا وجود دارد. برای تایید وجود ارتباط بین سینوس ماگزایلا و حفره دهان از تست دمیدن در بینی استفاده می‌شود. بینی بیمار با فشردن سوراخهای بینی مسدود می‌شود و از بیمار خواسته می‌شود که به آرامی در بینی بدمد در حالیکه جراح ساکت دندان را مشاهده می‌کند. البته با بستن فلپ مشکل مربوط به باز شدگی سینوس حل خواهد شد. (شکل روبرو)

### ج) شکستگی فک پایین:

شکستگی فک پایین در طی کشیدن یک عارضه نادر است و تقریباً منحصر به کشیدن مولرهای سوم نهفته به روش جراحی می‌باشد (شکل روبرو) شکستگی فک پایین معمولاً نتیجه کاربرد نیروی زیاد بوده اغلب در طی استفاده از الواتور رخ می‌دهد. البته در صورت نهفتگی عمیق مولرهای سوم پایین، حتی مقادیر کم نیرو می‌تواند سبب شکستگی شود همچنین شکستگی ممکن است در طی کشیدن دندانهای نهفته از فک پایین کاملاً آتروفیک رخ دهد. این شکستگی باید با روشهای معمول مورد استفاده در شکستگی های فک درمان شود شکستگی باید بطور کامل جا انداخته شود. اگر جراح تجربه و وسایل کافی را داشته باشد فیکساسیون داخلی سخت (Rigid Internal Fixation) بامینی پلیت بهترین انتخاب می‌باشد. فیکس کردن با سیم و استفاده از فیکساسیون بین فکی (

Intermaxillary Fixation) نیز یک جایگزین قابل قبول است. (۶)



#### د) آسیب به دندانهای مجاور :

شایعترین آسیب به دندانهای مجاور شکستگی سهوی یک ترمیم با یک دندان شدیداً پوسیده می باشد در صورت وجود یک ترمیم بزرگ یا پوسیدگی شدید در دندان مجاور، جراح باید قبل از عمل در مورد احتمال شکستن دندان یا ترمیم به بیمار هشدار دهد. پیشگیری از چنین شکستگی هایی با اجتناب از کاربرد وسایل و نیرو بر روی دندان ترمیم شده یا پوسیده قابل انجام است. (۹)

#### ۳-۶ عوارضی که برای دندان نهفته رخ می دهند :

شایعترین عارضه در این دسته شکستگی ریشه های دندان نهفته و باقی ماندن قطعاتی از دندان است (شکل روبرو) احتمال شکستن ریشه های متباعد، دراز و انحنا دار که در استخوان متراکم قرار دارند، بیشتر است. روش اصلی جلوگیری از شکستن ریشه ها<sup>۴</sup> برداشت استخوان کافی برای کاهش مقدار نیروی اعمال شده است. (۹)

عارضه دیگر، جابجایی ریشه به فضاهای آناتومیک می باشد در فک بالا احتمال دارد که ریشه دندان نهفته به داخل سینوس ماگزایلا یا فضای اینفراتمپورال رانده شود (۹) (شکل روبرو) در مولرهای سوم فک بالا با نهفتگی عمیق، ممکن است فقط لایه نازکی از استخوان آنها را از حفره تحت گیجگاهی در خلف یا سینوس ماگزایلا در قدام جدا کند. مقادیر کمی فشار در جهات نامناسب می تواند موجب جابجایی قطعه شکسته به این فضا شود (۶) (شکل روبرو)

در فک پایین اغلب استخوان پوشاننده ریشه ها در سمت لینگوال ناقص بوده و به اصطلاح **dehiscence** دارد و یک فشار مختصر هم می تواند باعث رانده شدن ریشه به داخل فضای تحت فکی شود برای پیشگیری از این موارد لازم است که از حداقل فشار آپیکالی در هنگام خارج کردن ریشه ها استفاده شود. (۹)

#### ۴-۶ آسیب به ساختمانهای مجاور :

در جراحی خارج کردن مولرهای سوم فک پایین، شاخه های لینگوال و آلونولر تحتانی شاخه دوم عصب تری ژمینال در معرض خطر آسیب قرار دارند. آسیب عصب لینگوال در اکثر موارد در حین کنار زدن فلپ نرم رخ می دهد در حالیکه عصب آلونولر تحتانی زمانی صدمه می بیند که ریشه های دندانها دستکاری شده و از ساکت خارج شوند. شیوع پذیرفته شده صدمه به عصب اینفریور آلونولر و عصب لینگوال متعاقب جراحی مولر سوم حدود ۳٪ است. اگرچه تا ۱۱٫۵٪ در حدود عصب لینگوال گزارش شده است. تنها نسبت کوچکی از این مشکلات بی حسی یا پاراستری بصورت دائمی باقی می ماند. البته شیوع قابل ملاحظه برخی تغییرات خفیف حسی بعد از جراحی مولر سوم نهفته گزارش شده است. حدود ۴۵٪ آسیب های فشارنده (**Compression**) عصبی که در جراحی مولر سوم زیاد رخ می دهد، منجر به یک اختلال حسی دائمی می شوند.

آسیب عصب آلونولر تحتانی بیشتر در موقعیتهای خاصی رخ می دهد. اولین و شایعترین عامل مستعد کننده گزارش شده، نهفتگی کامل استخوانی مولر سوم های مندیبل است این مشکل اغلب در نهفتگی های مزویوانگولار یا عمودی رخ می دهند. علائم پرتونگاری نشاندهنده ارتباط مولر سوم نهفته با کانال عبارتند از :



انحراف مسیر کانال، بادندان تیره بودن انتهای آپیکالی ریشه که نشان دهنده قرارگیری در داخل کانال است، تداخل در خط سفید رادیوپاک کانال.

در صورت مشاهده علائم فوق جراح باید ملاحظاتی نظیر برداشت استخوان بیشتر یا تقسیم دندان به قطعات برشتر رادر نظر بگیرد تا از آسیب به عصب اجتناب گردد. تفهیم مشکل به بیمار و گرفتن رضایت نامه قبل از عمل ضروری می باشد.

ساختمان مهم دیگری که ممکن است آسیب ببیند، مفصل گیجگاهی - فکی می باشد. اگر در حین خارج کردن مولر سوم نهفته نیروی فراوان و کنترل نشده اعمال گردد احتمال بروز درد و آسیب در ناحیه **Temporomandibular** وجود دارد. نیروی کنترل شده و حمایت کافی فک می تواند از این عارضه جلوگیری کند استفاده از یک بایت پلاک در طرف دیگر فک می تواند تعادل نیروها را تامین کرده و از آسیب و بروز درد جلوگیری کند.