

## طرح درمان های دندانپزشکی ایمپلنت در بی دندانی کامل و پارسیل

برای سازماندهی یکپارچه طرح درمان ها نیاز است شرایط بیماران طبقه بندی شود؛ زیرا بیش از ۶۵ هزار ترکیب از دندان ها و فضاهای بی دندانی وجود دارد. این مساله سبب شده است توافق جامعی در استفاده از یک سیستم طبقه بندی خاص وجود نداشته باشد. طبقه بندی های موجود پزشک را قادر به تشخیص روابط بافت سخت و نرم و ابعاد استخوان موجود در ناحیه بی دندانی می کند و موقعیت استراتژیک قطعه مورد بازسازی مشخص می گردد.

Kennedy قوس های بی دندانی پارسیل را در ۴ کلاس طبقه بندی کرده است:

کلاس ۱: فضای بی دندانی خلفی دوطرفه دارد.

کلاس ۲: فضای بی دندانی خلفی یک طرفه دارد.

کلاس ۳: دارای فضای بی دندانی بین دو دندان می باشد.

کلاس ۴: ناحیه بی دندانی قدامی دارد که از خط وسط عبور نموده است.

### طبقه بندی قوس های نیمه بی دندانی

در کنار کلاس های چهارگانه بی دندانی پارسیل، طبقه بندی حجم استخوان که توسط Misch و Judy ارائه شده است نیز مورد استفاده قرار می گیرد. با این ترکیب، فهم موقعیت دندان ها و محل های اصلی بی دندانی تسهیل می گردد. این طبقه بندی شامل ۶ نوع استخوان موجود است:

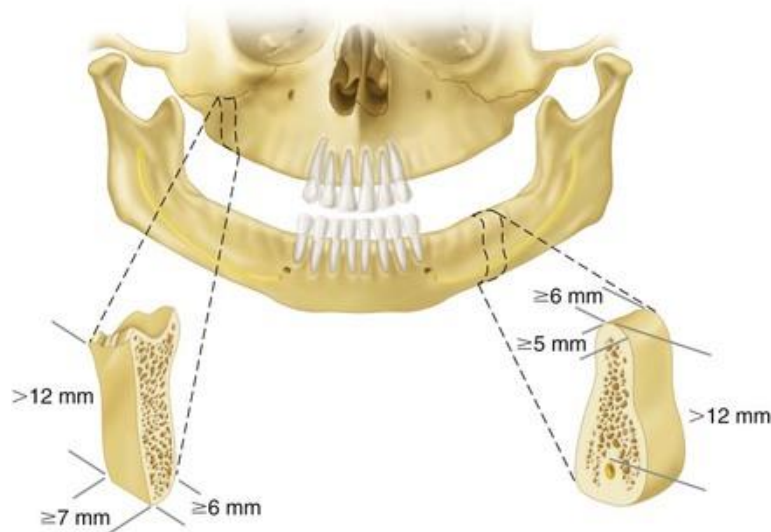
(A و B و B-w و C-w و C-h و D)

در ادامه طرح درمان کلاس ۱ تشریح می گردد.

## طرح درمان کلاس ۱

در این کلاس، قطعه بی‌دندانی دیستالی بیماران به صورت دوطرفه است و دندان‌های قدامی طبیعی موجود هستند. معمولاً این موارد دارای انسیزور و کانین‌ها هستند و تنها مولرها را از دست داده‌اند.

شکل زیر یک قوس دارای بی‌دندانی کلاس ۱ نوع A را نشان می‌دهد که این مفهوم که بی‌دندانی در منطقه دو طرف خلفی است و حجم استخوان در نواحی بی‌دندانی کافی است.



افراد دارای این کلاس از موقعیت دهانی و دندانی معمولاً از دنچر پارسیل متحرک (RPD) استفاده می‌کنند که همین مسئله سبب تسریع تحلیل استخوانی در آن‌ها می‌شود. بیماران که مدت طولانی کلاس ۱ بوده‌اند و از RPD استفاده کرده‌اند اغلب ریج‌های نوع C و دندان‌های پایه لقی دارند.

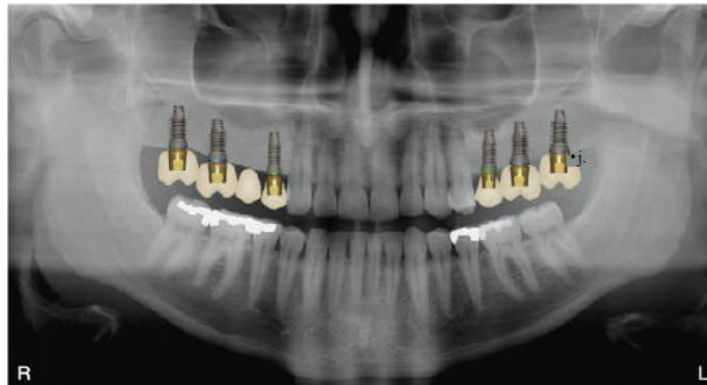
معمولاً در بیمارانی از این کلاس که از RPD استفاده نمی‌کنند و یا از RPD با تطابق ضعیف استفاده می‌کنند؛ دندان‌های قدامی به علت فقدان طولانی‌مدت دندان‌های خلفی در طرفین (که منجر به بارگذاری بیش از حد به دندان‌های موجود می‌شود)؛ لقی هستند؛ بنابراین این بیماران به منظور جلوگیری از حرکت دندان‌های طبیعی، نیازمند ایمپلنت هستند.

در بیماران این کلاس نیاز است حجم استخوان در ناحیه خلفی بهبود یابد و مساحت سطحی ایمپلنت افزایش یابد تا امکان کاشت واحد ایمپلنت مستقل را فراهم کند. ایمپلنت با اندازه و سطح بیشتر در برابر نیروهای خلفی این فرصت را ایجاد می‌کند که تا زمان اتمام درمان بیمار، در برابر نیروهای خلفی یک طرفه مقاومت کند.

در صورتی که هر دو فک بیمار نیاز به پیوند استخوان داشته باشند با برداشتن استخوان اتوژن و هم‌زمان تقسیم آن بین دو منطقه خلفی، تعداد عمل‌های جراحی مورد نیاز کاهش می‌یابد.

### طرح درمان در بیماران کلاس ۱ دارای استخوان نوع A (استخوان کافی در همه ابعاد)

معمولا برای بیمارانی که در این دسته قرار می‌گیرند یک پروتز ثابت متکی بر ایمپلنت تجویز می‌شود. دو یا چند ایمپلنت ریشه ای شکل نیز برای جایگزینی مولر ها لازم است. در کاشت ایمپلنت‌ها بایستی به موقعیت مکانی کانال مندیبولار فک پایین، سینوس فک بالا، اپکس ریشه کانین، سوراخ منتال و لوپ قدامی عصب (در صورت وجود) توجه بسیار داشت و از عدم برخورد آن با ایمپلنت اطمینان حاصل نمود. شکل زیر طرح درمان صورت گرفته را نشان می‌دهد.

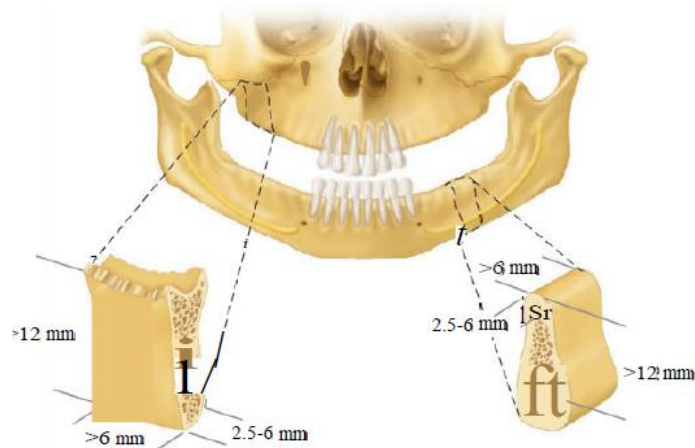


### طرح درمان در بیماران کلاس ۱ دارای استخوان نوع B (پهنای کم)

بیماران این کلاس دارای استخوان هایی باریک در ناحیه بی‌دندانی و دارای دندان‌های قدامی طبیعی هستند. در این گروه استفاده از استئوپلاستی به منظور افزایش عرض استخوان کاربرد محدودی دارد. ایمپلنت های ریشه ای شکل داخل استخوانی با قطر کم در خلف مندیبل در ریج بی دندان نوع B قرار می‌گیرد. در این روش استفاده از یک ایمپلنت برای هر ریشه دندان از دست رفته بدون هیچ کانتی لوری توصیه می‌شود.

بیماری که مولر ها و هر دو پرمولر مندیبل را از دست داده باشد حداقل به سه ایمپلنت نیاز دارد. برای ماگزایلا ایمپلنت چهارم در مولر دوم نیز قرار داده می‌شود.

در صورتی که دانسیته استخوانی کم باشد و به اصطلاح استخوان ضعیف باشد بایستی با تقویت آن از راههای موجود آن را به نوع A تبدیل و سپس ایمپلنت های قطورتر کاشته شوند.



یک قوس دندانی کلاس ۱ نوع B: ارتفاع کافی دارد اما به سختی عرض کافی دارد.

### طرح درمان در بیماران کلاس ۱ دارای استخوان نوع C

زمانی که ارتفاع (C-h)، پهنا (C-w)، طول یا زاویه استخوان نامناسب باشد یا CHS بزرگتر یا مساوی ۱۵ میلیمتر باشد پزشک بایستی چندین روش درمانی را مدنظر داشته باشد.

یک روش درمان استفاده از پروتز متحرک پارسیل است.

روش دوم تقویت استخوان است. تغییر نوع استخوان از C به A یا B با تجویز استخوان اتوزن صورت می‌گیرد و پس از آن ایمپلنت‌ها در محل قرار می‌گیرد.

روش درمانی دیگر جابجایی عصب در مندیبل برای کاشت ایمپلنت‌های داخل استخوانی برای بیمارانی است که امکان آگمنت کردن در آنان وجود ندارد.

### طرح درمان در بیماران کلاس ۱ دارای استخوان نوع D (ناکافی در همه ابعاد)

کلاس ۱ نوع D اکثرا مربوط به بی‌دندانی‌های طولانی مدت ماگزایلا است. شکل زیر این حالت را نشان می‌دهد. معمولا قبل از کاشت ایمپلنت گرفت سینوس انجام می‌گیرد و بایستی آگمنت کردن استخوان صورت بگیرد.



این شکل ریج نوع D را نشان می‌دهد و معمولاً در شرایطی در ماگزیلا مشاهده می‌شود که اتساع سینوس بیش از تحلیل کرست ریج است و کمتر از ۷ میلی متر استخوان موجود است.

ریج نوع D کلاس ۱ به ندرت در مندیبل نیمه بی‌دندان مشاهده می‌شود و در صورت مشاهده نیازمند گرفت انله استخوان اتوژن هستند تا موفقیت ایمپلنت ارتقا یابد و از شکستگی پاتولوژیک پیش از بازسازی پروتزی جلوگیری شود.

روش دیگر در کلاس ۱ نوع D در مندیبل، خارج کردن دندان‌های قدامی و قرار دادن پنچ یا شش ایمپلنت در ناحیه قدامی بین سوراخ منتال و سپس کانتی لور کردن یک پروتز ثابت برای بازسازی کل دندان‌ها می‌باشد. این روش زمانی استفاده می‌شود که دندان‌های قدامی از نظر پرئودنتال ضعیف هستند؛ خود بیمار پروتز ثابت می‌خواهد و قدام مندیبل هم دارای ریج بیضی یا مثلثی می‌باشد.