

ساخت دنچر فوری موقت در یک جلسه: یک مورد گزارش کلینیکی

دکتر یگانه معماری^{*}، دکتر علی گويا^{**}

چکیده

سابقه و هدف: دنچر فوری کامل قبل از اینکه تمام دندان‌های بیمار کشیده شوند، ساخته می‌شود. از مزایای آن برای بیمار می‌توان به حفظ ظاهر بیمار، توان عضلانی، صحبت کردن نرمال و کاهش دردهای پس از جراحی اشاره کرد. هدف از این مطالعه، توصیف روشی است که در آن از پروتز ثابت بیمار برای ساخت دنچر فوری در یک جلسه استفاده می‌شود.

مورد: در این مطالعه با استفاده از پروتز پارسیل ثابت فک بالای موجود بیمار، یک پروتز موقت فوری در همان جلسه مراجعه بیمار ساخته و پس از خارج کردن دندان‌های بیمار، به وی تحویل داده شد.

نتیجه‌گیری: با صرف زمان اندک برای ساخت پروتز موقت فوری برای بیمار می‌توان اکلوزن، ارتفاع عمودی صورت و ظاهر بیمار را تا هنگام ساخت پروتز نهائی، حفظ کرد.

کلید واژگان: دنچر فوری، Jiffy Denture، دنچر فوری موقت، پروتز پارسیل ثابت، دنچر فوری معمولی، دنچر کامل

تاریخ تایید مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۴/۲۷

Please cite this article as follows:

Memari Y, Gooya A. Fabrication of interim immediate denture in an appointment; a clinical report. J Dent Sch 2013; 31(1): 52-57.

مقدمه

خصوص زمانی که قرار است ظاهر بیمار تغییر نکند، کمک کننده است (۲).

تکنیک‌هایی جهت ساخت دنچر فوری یا دنچرهای انتقالی، همچنین کم کردن زمان ساخت آنها، گزارش شده‌اند (۷-۵).

Raczka و Esposito (۱۹۹۵) دنچری فوری را که در ساخت آن از پروتزهای قبلی بیمار استفاده می‌شود، دنچر جیفی (jiffy denture) نامیدند (۵). در واقع jiffy به معنی یکدم و سریع است. بنابراین دنچر جیفی بر ساخت پروتزی دلالت دارد که به سرعت و در حداقل زمان ساخته می‌شود.

Kahn و Haeberle (۱۹۹۲) با استفاده از آکریل خود پلیمریزه شونده، آکریل هم‌رنگ دندان و رزین پلیمریزه شونده با نور، ساخت دنچر موقت فوری در یک جلسه را توصیف کرده‌اند (۸). ساخت دنچر جیفی به عنوان روشی با صرفه اقتصادی، با استفاده از دستگاه فرم‌دهنده وکیومی و بدون نیاز به روش‌های لابراتواری مرسوم، گزارش شده است (۹).

هدف از این مطالعه، توصیف روشی است که در آن از پروتز ثابت موجود بیمار، برای ساخت دنچر فوری در یک جلسه استفاده می‌شود. با استفاده از آن ظاهر بیمار، توان عضلانی، ارتفاع صورت و اکلوزن بیمار طی دوره ترمیم، حفظ می‌شود.

دنچر فوری کامل قبل از اینکه تمام دندان‌های بیمار کشیده شوند، ساخته می‌شود (۱). به طور کلی دو نوع دنچر فوری وجود دارد: نوع معمولی (Conventional Immediate Denture) و نوع موقت (Interim Immediate Denture).

در نوع معمولی، پروتز بعد از ریلاین کردن می‌تواند به عنوان پروتز نهایی بیمار نیز استفاده شود. از طرف دیگر، نوع موقت برای مدت زمان کوتاهی پس از کشیدن دندان‌ها استفاده شده، پس از آن دنچر جدیدی به عنوان درمان نهایی برای بیمار ساخته می‌شود. البته امروزه با مطرح شدن ایمپلنت‌ها، بهتر است پروتزهای ثابت یا متحرک بر پایه ایمپلنت به عنوان درمان نهایی مطرح شوند.

دنچرهای فوری موقت به دلایل حفظ زیبایی، ساپورت اکلوزال و جویدن برای مدت زمان کوتاهی استفاده می‌شوند (۲). از مزایای آنها برای بیمار می‌توان به حفظ ظاهر بیمار، توان عضلانی، ارتفاع صورت، اندازه زبان، صحبت کردن نرمال و کاهش دردهای پس از جراحی خارج کردن دندان‌ها اشاره کرد (۳). بعد از این که دوره بهبودی کامل شد، دنچر فوری ممکن است ریلاین شود یا این که با دنچر جدید جایگزین گردد (۴). حفظ ارتفاع عمودی اکلوزن و رابطه مرکزی اکلوزن با تماس‌های بین دندانی موجود و شیب‌های کاسپی، در ساخت دنچر نهایی برای بیمار به

^{*} استادیار گروه پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

^{**} نویسنده مسئول: دستیار تخصصی گروه پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

گزارش مورد:

یک مرد ۵۴ ساله به علت لقی شدید پروتز پارسیل ثابت فک بالای خود و درد ناشی از پایه‌های آن، به بخش تخصصی پروتز دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی تهران ارجاع داده شد.

فک بالای بیمار با پروتز پارسیل ثابت ۱۲ واحدی به صورت یک پارچه و متصل از ناحیه مولر اول سمت راست تا مولر اول سمت چپ بازسازی شده بود. پایه‌های آن شامل کانین و پره‌مولر اول و دوم سمت چپ و پره‌مولر اول و دوم سمت راست، بودند و دو مولر خلفی در آن به صورت کانتی لور طراحی شده بودند. (شکل ۱)



شکل ۱- نمای داخل دهانی (حداکثر تماس کاسپی)

پایه به خارج کردن پروتز پارسیل ثابت نیاز بود. از طرفی بیمار به علت شغل و حرفه‌ای که داشت و هم به لحاظ اجتماعی و زیبایی، خواستار این بود که دندان موقتی در کوتاه‌ترین زمان ممکن به وی تحویل گردد تا زمان بی‌دندانی او به حداقل برسد. بنابراین تصمیم گرفته شد از پروتز پارسیل ثابت بیمار برای ساخت پروتز موقت فوری استفاده شود. اما اینکه آیا پروتز موقت باید به صورت اوردنچر بر پایه دندان‌های باقی مانده ساخته می‌شد یا به صورت پروتز موقت کامل، بستگی به پیش آگهی دقیق پایه‌های دندان باقی مانده داشت.



شکل ۲- نمای رادیوگرافیک پانورامیک

فک پایین بیمار نیز، به درمان نیاز داشت که با توجه به آنکه بیمار با آن مشکلی نداشت، درمان فک پایین بیمار به آینده و همزمان با انجام درمان نهایی برای فک بالا موکول شد. در نهایت برای درمان فک بالا به شرح زیر عمل گردید:

ابتدا یک تری پیش ساخته با دندانی مناسب فک بالای بیمار انتخاب و با موم مخصوص بیدینگ (Detrey Division, Dentsply, England) لبه‌های تری بوردر مولد شد. سپس با تری آماده شده یک قالب آلژیناتی (Tropicalgin, Zhermack, Italy) از فک بالای بیمار تهیه گردید.

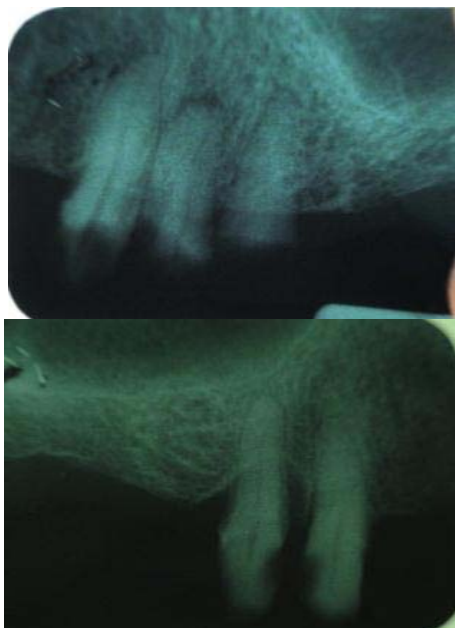
پروتز ثابت بیمار به وسیله خارج کردن روکش (Crown Remover) خارج (تصویر ۳) و در داخل قالب در محل خود قرار داده شد (تصویر ۴). سپس قالب با گچ استون نوع (Hinritz stone, Ernst Hinrichs GmbH, III Germany) ریخته و کست آن آماده شد. (شکل ۵)

در این زمان بیمار جهت ارزیابی پیش آگهی دندان‌های باقی مانده جهت گرفتن رادیوگرافی‌های پری اپیکال از پایه‌های دندان به بخش رادیولوژی معرفی شد. در نهایت ارزیابی رادیوگرافی‌های پری اپیکال (شکل ۶) و مشاوره با بخش های پرئودنتولوژی و اندودنتیکس دانشکده مشخص کرد که پیش‌آگهی دندان‌های باقی مانده بیمار ضعیف (poor) می‌باشد. بنابراین تصمیم گرفته شد که دندان‌های بیمار

فک پایین بیمار نیز با پروتز پارسیل ثابت ۸ واحدی به صورت یک پارچه و متصل از ناحیه پره مولر اول سمت چپ تا پره مولر اول سمت راست با پایه‌های کانین و پره مولر اول هر دو سمت بازسازی شده بود. پره مولر دوم سمت راست بیمار بدون ترمیم و با پوسیدگی مزایلی در دهان مشاهده شد. (شکل ۱)

پروتز پارسیل ثابت فک بالای بیمار به علت حل شدن سمان و پوسیدگی پایه‌های دندان، ۲ تا ۳ میلی‌متر لقی باکولینگوالی و ۱ میلی‌متر لقی مزیودیستالی داشت. رادیوگرافی پانورامیک ضایعات پری اپیکال را اطراف اپکس ریشه‌های پره‌مولر اول هر دو سمت و تحلیل افقی شدید استخوان را اطراف دندان پره مولر دوم سمت راست و پوسیدگی‌های گسترش یافته را در تمام پایه‌های سمت چپ، نشان می‌داد. (شکل ۲)

علت لقی پروتز فک بالا، پوسیدگی شدید و گسترش یافته در پایه‌های کانین و دو پره مولر سمت چپ و حل شدن سمان نگهدارنده آنها ارزیابی شد. برای ارزیابی بیشتر دندان‌های



شکل ۶- رادیوگرافی‌های پری اپیکال

سپس وکس آپ کردن کست آماده شده آغاز گردید. بدین ترتیب که تمام وستیبول باکال و لیبیال و سطح کامی مشابه بیس دنچر کامل با موم رز (موم قرمز) (Detrey Division, Dentsply, England) پوشانده و با پوتی لابراتواری (Activator lab-Putty, Coltene, USA) از تمام سطح کست وکس آپ شده ایندکس تهیه شد. (شکل ۷) به علت محدودیت در زمان به جای مفل‌گذاری از ایندکس پوتی استفاده شد. به علت اینکه موقع ریختن کست، گچ به داخل ریتینرهای پروتز نفوذ کرده بود، پروتز بر روی کست کاملاً ثابت و بی‌حرکت بود. بنابراین هنگام سخت شدن آکریل بیس پروتز، انقباض ناشی از سخت شدن آن نمی‌توانست رابطه پروتز و کست را تغییر دهد. بنابراین اکلوزن و ارتفاع عمودی اکلوزن به راحتی حفظ می‌شد. سپس تمام موم با آب جوش از روی کست شسته شد. پودر و مایع آکریل خود سخت شونده (Acropars, Marlik Company, Iran) مخلوط و روی کست در تمام نواحی که قبلاً موم قرار داشت، پخش شد. سپس ایندکس پوتی روی کست گذاشته و ملایم فشار داده شد تا کاملاً در جای خود بنشیند. سپس مجموعه کست و ایندکس روی آن با کش ثابت شدند تا ایندکس در محل خود روی کست ثابت بماند.

خارج شده، در همان جلسه پروتز موقت فوری کامل برای بیمار ساخته شود.



شکل ۳- پروتز پارسیل ثابت خارج شده



شکل ۴- پروتز پارسیل ثابت خارج شده در داخل قالب



شکل ۵- کست آماده شده

بیمار جهت خارج کردن دندان‌ها به بخش جراحی دانشکده ارجاع داده شد و همزمان با جراحی، مراحل ساخت پروتز موقت فوری آغاز شد.

از بین رفتن درز بین آکريل و پروتز ثابت، همچنين افزايش تطابق محل ساکت‌های دندانی با سطح بافتی دنچر، از آکريل سخت خود سخت‌شونده (GC HARD, Tokyo, Japan) استفاده شد. پس از مخلوط کردن پودر و مايع آکريل، داخل ريتينرهای پروتز ثابت و نواحی زیر پونتیک‌ها از اين ماده پر شد و پس از اينکه قوام آکريل افزايش يافته، سطح براق آن کدر شد، دنچر به داخل دهان بیمار برده شد تا آکريل شکل بافت را به خود بگيرد. پيش از آنکه آکريل شروع به گرم شدن کند، دنچر از دهان بیمار خارج شد تا سخت شدن کامل آن در خارج از دهان صورت پذيرد. سپس آن قسمت از آکريل که به داخل ساکت دندان‌ها نفوذ کرده بود با فرز آکريل بر تراش داده شد تا هم سطح بافت اطراف ساکت دندان‌ها شود. (شکل ۹)



شکل ۸- نمای سطح بافتی دنچر



شکل ۹- دنچر ريلاین شده با آکريل سخت خودسخت‌شونده

در نهايت برای افزايش تطابق دنچر با بافت‌های مخاطی و جلوگیری از آزردن شدن محل خارج کردن دندان‌ها، ۱ میلی‌متر از سطح داخلی دنچر تراشیده و دنچر با روش دهان بسته با ماده tissue conditioner (GC tissue



شکل ۷- ايندکس پوتی

مجموعه جهت بهتر سخت شدن آکريل و جلوگیری از حباب زدن به ديگ فشار منتقل شد. فشار ديگ ۲ بار (bar)، معادل ۳۰ PSI بود. پس از ۲۰ دقیقه مجموعه کست و ايندکس از ديگ فشار خارج شدند. ايندکس برداشته شد و کست هم از بیس پروتز بریده شد تا آکريل به همراه پروتز ثابت بیمار که به آن چسبیده بود، از آن جدا شود. در واقع آکريل با نفوذ به داخل امبراژورهای لثه‌ای پروتز پارسیل ثابت، باعث اتصال بين پروتز ثابت و بیس آکريلي شده بود. به علت انقباض آکريل، مقداری جداسدگی آکريل از قسمتی از لبه‌های پروتز ثابت مشاهده شد. به علت ثابت بودن پروتز پارسیل ثابت در گچ، رابطه بين پروتز پارسیل ثابت و کست تغيير نکرده بود. سپس مجموعه حاصل که شبیه دنچر کامل بود، با دندان‌هایی که همان پروتز ثابت بیمار بود، مانند پروتز کامل معمولی مراحل پرداخت و پولیش را گذراند. (شکل ۸)

در اين مدت خارج کردن دندان‌های بیمار به اتمام رسیده بود و خونریزی نیز بدون نیاز به بخیه زدن کنترل شده بود. در اين زمان برای افزايش گیر پروتز ثابت به بیس دنچر و

بحث:

از جمله مزایای این روش اینست که تطابق بافتی در داخل دهان و با ریلاین ایجاد می‌شود. در سایر روش‌ها به تراشیدن دندان‌ها از روی کست نیاز می‌باشد (۱۰) تا فضا برای چیدن دندان‌های مصنوعی ایجاد شود (حذف دندان‌ها از روی کست و جایگزینی با دندان‌های مصنوعی). در این روش نیاز به تراشیدن دندان‌ها از روی کست بر طرف گشته، تطابق بافتی مستقیماً توسط ریلاین در داخل دهان به دست می‌آید.

وجود فریم فلزی پروتز پارسیل ثابت که در این نوع پروتز متحرک استفاده می‌شود سبب تقویت بیس دنچر می‌گردد. بنا بر این وجود فریم فلزی پروتز پارسیل ثابت در مواردی که فک مقابل دارای دندان‌های طبیعی یا پروتزهای ثابت است، سبب افزایش استحکام دنچر در مقابل نیروهای وارده از قوس مقابل می‌شود.

برای افزایش گیر بین بیس آکریلی و پروتز پارسیل ثابت می‌توان از گیر میکرومکانیکی نیز سود برد. می‌توان پرسلن را در تماس با آکریل با اسید HF ۱۰ درصد اچ کرد. سپس با استفاده از ساین و باندینگ، باند میکرومکانیکی بین آکریل و پرسلن ایجاد نمود. همچنین با ایجاد شیارهای ماکرو توسط فرزهای الماسی در پرسلن و فلز در تماس با آکریل، می‌توان به افزایش گیر کمک کرد. هر چند که در درمان این بیمار از این روش‌ها برای تقویت اتصال بین بیس آکریلی و پروتز پارسیل ثابت استفاده نشد، اما پس از دو ماه پیگیری هیچ گونه جدا شدنی بین آنها رخ نداده بود. در واقع نفوذ آکریل به داخل ریتینرهای پروتز در مرحله ریلاین اولیه با آکریل سخت خود سخت شونده، سبب ایجاد اتصال محکمی بین آنها می‌شود.

در صورتی می‌توان از این روش درمانی استفاده کرد که قسمت اعظم دندان‌های بیمار با پروتز ثابت بازسازی شده باشد. همچنین این پروتزهای ثابت باید از لحاظ زیبایی و عملکرد مورد تایید باشند تا بتوان از آنها برای ساخت این نوع پروتز موقت فوری استفاده کرد.

نتیجه‌گیری:

با ساخت پروتز فوری برای بیمار می‌توان به حفظ ظاهر بیمار، توان عضلانی، ارتفاع صورت، اندازه زبان، صحبت

(conditioner, GCcorporation, Japan) ریلاین شد.

(شکل ۱۰)



شکل ۱۰- دنچر بعد از ریلاین نهایی با tissue conditioner

در نهایت دنچر فوری آماده شده، به بیمار تحویل داده شد (شکل ۱۱) و توضیحات لازم مربوط به استفاده از دنچر و رعایت بهداشت دنچر و دهان به بیمار ارائه شدند.



شکل ۱۱- دنچر در داخل دهان بیمار

پس از ۲۴ ساعت، ۴۸ ساعت و یک هفته بیمار برای بررسی و درمان‌های مراقبتی فرا خوانده شد. در طی این جلسات بیمار ابراز ناراحتی و درد نداشت و از پروتز و ظاهر خود کاملاً راضی بود. در طی این جلسات به بیمار برای رعایت دقیق بهداشت تأکید شد. در پایان هفته اول، ماده لاینر موقت با ماده لاینر دائم (Coe-Soft, GC Corporation) با تکنیک قالبگیری با دهان بسته تعویض شد. بدین ترتیب در مدت زمانی که بافت رو به بهبودی کامل می‌رفت تا پس از آن پروتز نهایی ساخته شود، بیمار می‌توانست از پروتز موقت خود استفاده نماید.

در نهایت به بیمار توضیح داده شد که برای شروع درمان نهایی فک بالا و پایین خود باید ظرف مدت ۱ تا ۳ ماه آینده اقدام کند.

باشد)، می‌توان با صرف زمان اندک برای بیمار این پروتز را ساخت تا بیمار بتواند از مزایای آن بهره‌مند گردد.

کردن نرمال و کاهش دردهای بعد از جراحی خارج کردن دندان‌ها کمک کرد. اگر بیمار شرایط ساخت این نوع دنچر فوری را دارا باشد (اکثر دندان‌هایش پروتز ثابت یا متحرک

References

1. Carlsson GE, Bergman B, Hedegard B. Changes in contour of the maxillary alveolar process under immediate denture: A longitudinal clinical and X ray cephalometric study covering 5 years. *Acta Odontol Scand* 1967;25:44-75.
2. Appelbaum MB. The practical dynamics of the interim denture concept: a comparison with the conventional immediate denture technique. *J Am Dent Assoc* 1983;106:826-830.
3. Seals RR Jr, Kuebker WA, Stewart KI. Immediate complete dentures. *Dent Clin North Am* 1996; 40:151-167.
4. Zarb GA, Bolender CL. *Prosthodontic treatment for edentulous patients*. 12th Ed. St.Louis:The C.V. Mosby Co. 2004; Chap 8: 123-159.
5. Raczka TC, Esposito SJ. The "Jiffy" denture: a simple solution to a sometimes difficult problem. *Compend Contin Educ Dent* 1995;16: 914, 916, 918.
6. Gilboa I, Cardash HS. An alternative approach to the Immediate Overdenture. *J Prosthodont* 2007; 18: 71-75.
7. Swoope CC, Depew TE, Wisman LJ, Wands DH. Interim dentures. *J Prosthet Dent* 1984; 32:604-612.
8. Khan Z, Haeberle CB. One-appointment construction of an immediate transitional complete denture using visible light- cured resin. *J Prosthet Dent* 1992;68:500-502.
9. Joffe EH. Simplified fabrication of the interim denture using a vacuum forming machine: a clinical report . *J Proshtet Dent* 1992;67:747-748.
10. Phoenix RD, Fleigel JD. Cast modification for immediate complete dentures: traditional and contemporary considerations with an introduction of spatial modeling. *J Prosthet Dent* 2008;100:399-405.