

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULETI I MJEKËSISË DENTARE, TIRANË
DEPARTAMENTI I KIRURGISË ORO MAXILLO FACIALE

**“ROLI I ORTODONCISË NË
DIAGNOZËN DHE SUKSESIN E
KIRURGISË ORTOGNATIKE NË
TRAJTIMIN E ANOMALIVE TË
NOFULLAVE “**

KANDIDATI
IRINA ISUFI

UDHËHEQËQI SHKENCOR
PROF ASC .GAFUR SHTINO

TIRANË, 2018

Mirënjohje

Për realizimin e këtij punimi dëshiroj të shpreh mirënjohjen ndaj udhëheqësit tim shkencor Prof Asc Gafur Shtino, për ndihmesën dhe sugjerimet e tij të vlefshme për përfundimin me sukses të këtij studimi.

Një falenderim i veçantë është gjithashtu për Prof. Ramazan Isufin dhe stafin e e Shërbimit të Kirurgjisë OMF me të cilët kam punuar në trajtimin ortodontiko-kirurgjikal të gjithë pacientëve të marrë në këtë studim .

Një mirënjohje i dedikohet Prof. Jack Mc Cann i cili mundësoi trajnimin tim 6 mujor për ortodonci në Irland, si dhe për Prof. Letizia Perillo, si drejtuesen e masterit tim shkencor (Janar-Dhjetor 2017) mbi Ekselencën Internacionale Ortodontike në Itali.

Nuk mund të le pa falenderuar Prof. Dr Virgjini Mulo, e cila më bëri të dashurohem me ortodoncinë dhe më ka mbështetur nëpërmjet sygjërimeve të saj në realizimin e këtij punimi.

Së fundmi, një falenderim për familjen time, prindërit e mi, dy fëmijët Daelin dhe Dejvin, si dhe bashkëshortin Algenin, të cilët më kanë mbështetur dhe inkurajuar për realizimin me sukses të doktoraturës.

PARATHËNIE

Ky punim u ndërmor me sugjerimin e udhëheqësit shkencor Prof. Asc. Gafur Shtino, Shefit të Shërbimit të Kirurgjisë OMF, Prof. Dr Ramazan Isufi, si dhe Prof. Jack Mc Cann. Duke patur parasysh nevojat në rritje të pacientëve me anomali dentomaksilofaciale që kërkonin mjekim të kombinuar ortodontiko-kirurgjikal, ne menduam që nëpërmjet këtij dizertacioni të japim parimet bazë, si në vendosjen e diagnozës ortodontike ashtu dhe trajtimit të kombinuar ortodontiko-kirurgjikal.

Duke u orientuar nga literatura si dhe studimi ynë, trajtimi ortodontik pre dhe post operator luan një rol të rëndësishëm jo vetëm në rritjen e përqindjes së suksesit, por dhe garantimin e tij. Ky studim ishte i gjerë dhe i vështirë, sepse në Shqipëri nuk kishte një model të mëparshëm me trajtim të kombinuar ortodontiko-kirurgjikal të anomalive të nofullave. Gjithashtu, vështirësia qëndroi dhe për arsyen tjetër se kirurgjia ortognatike, me protokolle standarte në Shqipëri është kryesisht e dekadës së fundit.

Tematika e këtij studimi jep një informacion të detajuar për frekuencën, shkaqet e mundshme, klasifikimin, diagnozën, protokollin e trajtimit ortodontik ashtu dhe orto – kirurgjikal, pasqyruar kjo nëpërmjet kartelave ortodontike në klinikën private, ” ISUFI DENTAL “ , si dhe kartelat spitalore të Shërbimit të Kirurgjisë OMF, QSUT “Nënë Tereza“, Tiranë.

Numri i rasteve të marrë në studimin tonë është 200, prej të cilëve n=53 kryhen vetëm trajtim ortodontik , n=58 kryhen kirurgji ortognatike me dhe pa ortodonci dhe n=81 nuk kryhen asnjë lloj trajtimi dhe n=8 kryhen vetëm ortodonci preoperator. Siç shihet numri i rasteve me kirurgji ortognatike është i pakët kjo për arsye se Kirurgjia Ortognatike në vendin tonë është relativisht e re dhe selektive.

Trendi aktual i pacientëve që kërkojnë kirurgji ortognatike kohët e fundit është gjithnjë në rritje. Megjithë vështirësitë e hasuara gjatë rrugës, ne mendojmë se ja dolëm. Kjo falë edukimit tim në vazhdim, trajnimeve të ndryshme, debutimit në aktivitete shkencore brenda dhe jashtë vendit, studimit të hollësishëm të literaturës bashkëkohore, komunikimit me pacientët, bashkepunimit me kirurgun, si dhe ndjekjen në vazhdimësi të pacientëve.

Nga ana tjetër mendoj se studimi ynë nëpërmjet qëllimit, objektivave , rezultateve , diskutimeve , përfundimeve dhe rekomandimeve përkatëse do tu shërbej sado pak jo vetëm ortodontëve , por edhe kirurgëve OMF, stomatologëve, si dhe mjekëve në përgjithësi.

Në fund dëshiroj të shpreh disa arsye të tjera, përveç atyre të mësipërme që më motivuan për kryerjen e këtij studimi :

-Hartimi i protokolleve standarte bashkëkohore në të ardhmen në pacientët që do ti nënshtrohen kirurgjisë Ortognatike.

-Nga hulumtimi i literaturës nuk gjetëm ndonjë studim të tillë, as në Shqipëri, as në trevat Shqiptare.

-Mendojmë se në Shqipëri do të jetë një risi trajtimi i pacientëve me anomali dentomaksilare nëpërmjet bashkëpunimit të ngushtë ortodont- kirurg OMF, të nivelit të doktoraturës.

- Futja e koncepteve të reja të ortodoncisë moderne jo vetëm për ortodontin , por dhe kirurgun OMF.

PËRMBAJTJA

KAPITULLI 1-HISTORIKU

1.1. Ortodoncia në Kirugjinë Ortognatike.....	V
1.2. Osteotomitë në maksilë.....	VII
1.3 . Osteotomitë në mandibul.....	VII
1.4 . Kirurgjia Ortognatike në Shqipëri.....	VIII
1.5. Ortodoncia në Shqipëri.....	VIII

KAPITULLI 2-ANOMALITË DENTOSKELETIKE

2.1.Prevalenca.....	IX
2.2.Klasifikimi.....	X
2.3.Etiologjia.....	XIII

KAPITULLI 3-DIAGNOZA ORTODONTIKE

3.1. Grumbullimi i të dhënave dhe pregatitja e dosjes ortodontike.....	XV
3.1.1. Intervista me pacientin.....	XV
3.1.2. Historia mjekësore dhe ekzaminimi funksional.....	XVI
3.1.3. Historia Dentare.....	XVIII
3.1.4. Vlerësimi psikosocial	XVIII
3.1.5.Vleresimi Klinik.....	XX
3.1.5.a . Vlerësimi i estetikës faciale.....	XX
3.1.5.b. Ekzaminimi Intraoral.....	XXIX
3.1.5.c.Vleresimi i ATM-së.....	XXX
3.1.6.Analizat suplementare.....	XXXI
3.1.6.a. Analiza e modeleve të studimit	XXXI
3.1.6.b. Analiza e radiografisë panoramike	XXXIII
3.1.6.c .Analiza e grafisë antero-posteriore	XXXIV

3.1.6.d .Analiza cefalometrike.....	XXXV
3.1.6.e. Përcaktimi i moshës skeletike	XLIII
3.1.6.f. Analiza dhe ekzaminime të tjera suplementare.....	XLIV
3.2. Planifikimi për kirurgjinë ortognatike.....	XLV

KAPITULLI 4- TRAJTIMI ORTODONTIK NË KIRURGJINË ORTOGNATIK

4.1. Ortodoncia preoperatore.....	XLVI
4.2. Pregatitja ortodontike para kirurgjisë	LV
4.4. Takimi Pas kirurgjisë.....	LV
4.5. Ortodoncia postoperatore.....	LVI
4.6. Kirurgjia Para “Surgery First” dhe trajtimi Ortodontik.....	LIX

KAPITULLI 5 - PJESA SPECIALE

5.1. Qëllimi i punimit.....	2
5.2. Objektivat.....	2
5.3. Materiali dhe Metoda.....	2
5.4. Analiza Statistikore.....	4
5.5. Kartela Klinike.....	5
5.6. Rezultate.....	9
5.7. Raste Klinike.....	69
5.8. Diskutime.....	94
5.9. Konkluzionet.....	103
5.10. Rekomandime.....	104
6 . Bibliografia.....	105

KAPITULLI 1 -HISTORIKU

1.1.Ortodoncia në Kirurgjinë Ortognatike

Edhe pse Ortodoncia duket si një degë e re e dentistrisë, aparate primitive për trajtimin e malokluzioneve të ndryshme janë zbuluar të jenë përdorur nga Grekët dhe Etruskët rreth 1000 vjet para Krishtit. Pierre Fauchard, i njohur si Babai i Dentistrisë, në 1723 prezantoi atë që mund të quhet si aparati i parë ortodontik, me funksion zgjerimin e harkut dentar. Norman Kingsley ishte i pari që prezantoi aparatet ekstraoral dhe ndër pionerët e trajtimeve ortodontike në pacientët me klefte. Emerson C Angell (1823–1903) ishte i pari që prezantoi hapjen e suturës mediane të palatumit nëpërmjet aparatit RPE. W Magill, Henry Baker, Eduart Angle, Calvin Case etj futën konceptet e ortodoncisë fikse, ankorimit, përdorimit të elastikëve intraoralë dhe aparatit Edgewise [47]. Ndërsa në Europë, ju kushtua më shumë rëndësi zhvillimit të aparateve të lëvizshme dhe funksionale. Kështu mund të përmendim Pierre Robin, që prezantoi aparatën monoblok (1902), Viggo Anderson si krijuesin e aktivatorit (1910), Rolf Frankel (1969) aparatet funksionale. Lawrance F Andrews prezantoi në 1972 aparatën fiks “Straight Wire” ku informacioni për lëvizjet tre dimensionale të dhëmbëve u përfshinë në braketë, duke përbërë kështu një zhvillim të madh në ortodonci.

Trajtimi i anomalive dentoskeletike mund të kryhet në saj të: (1) modifikimit të rritjes, (2) kamuflimit ortodontik dhe (3) kirurgjisë ortognatike.

Modifikimi i rritjes është ajo që njihet ndryshe si ortopedia dentofaciale, ku nëpërmjet aparateve funksionale ortodontike bëhet korrigjimi i anomalive të skeletit, duke shfrytëzuar periudhën kohore gjatë së cilës pacienti është në procesin e rritjes.

Kur anomalitë dentoskeletike janë të moderuara dhe pacienti ka përfunduar procesin e rritjes, trajtimi mund të kryhet edhe nëpërmjet kamuflimit ortodontik. Nëpërmjet aparatit ortodontik dhëmbët pozicionohen në mënyrë që të korrigjohet overjeti dhe overbite duke kompensuar diskrepacën e nofullave.

Në rastet kur anomalitë skeletike janë të theksuara dhe pacienti ka përfunduar rritjen, alternativa e vetme e trajtimit mbetet kirurgjia ortognatike.

Proffit dhe Ackerman prezantuan të parët konceptin e “Zarfit të diskrepancës” të ilustruar nëpërmjet një diagrame.(fig nr 1) Kjo diagramë shpjegon raportet midis tre mundësive të trajtimit të anomalive dentoskeletike. Kështu rrethi i brendshëm flet për limitet e kamuflimit

ortodontik; rrethi i mesit ilustron limitet e trajtimit të kombinuar ortodontik dhe modifikimi i rritjes; dhe rrethi i jashtëm flet për limitet e trajtimit kirurgjikal.

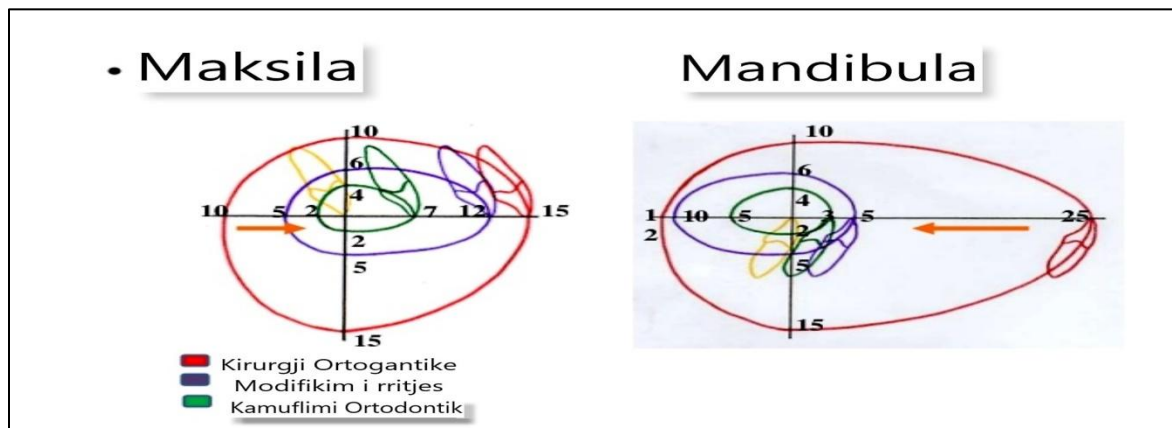


Figura nr 1. “Zarfi i diskrepancës” sipas Proffit dhe Ackerman

Bashkëpunimi midis ortodontit dhe kirurgut oro maksilo facial daton që në fillimet e kirurgjisë ortognatike. Ishte pikërisht Eduart Angle , babai i ortodoncisë bashkëkohore që nxiti kirurgun V.Blair në trajtimin kirurgjikal të një pacienti me prognati mandibule, në atë që u quajt si operacioni St Louis [1.2]. Në një publikim të tij, Blair u shpreh:

“ kirurgjia ortognatike është e nevojshme në trajtimin e anomalive skeletike, por një trajtim i hershëm ortodontik është një ndihmë për kirurgun në të mirë të pacientit “.

Deri në vitin 1960 kirurgjia ortognatike kryej kryesisht në pacientë pa trajtim ortodontik, ose që kishin kryer një trajtim ortodontik shumë kohë më parë. Kirurgu Converse dhe ortodonti Horowitz [3] theksuan rolin e ortodoncisë në kirurgjinë ortognatike, duke vënë theksin në faktin se rreshtimi korrekt i harqeve dentare para ndërhyrjes siguronte një korrigjim më të mirë të diskrepancës dentoskeletike, jo vetëm në planin antero-posterior dhe transversal, por edhe në atë vertikal, duke garantuar një sukses më të mirë në trajtim. Pas Luftës së II-të botërore, përdorimi i grafisë laterale dhe analizës cefalometrike nga ortodontët, bëri të mundur matjen e raporteve skeletike dhe evidentimin e anomalive që kërkonin trajtim ortodontiko-kirurgjikal.

Në fillimet e kirurgjisë ortognatike ju kushtua një rëndësi e veçantë fiksimit të nofullave, duke bërë që ai të evolonte, nga fiksimit ekstraorale, në fiksimit rigide me ligatura teli (Ivy Loops) dhe sot në saj të bashkëpunimit me ortodontin, i cili vendos harqet dhe grepat kirurgjikalë në aparatort ortodontik fiks të bëhet fiksimi i nofullave nëpërmjet elastikëve intraoralë. (fig nr 2) Një përdorim të gjerë sot gjejnë edhe minimplantet ortodontike të cilat krahas rolit të madh në ankorim, ndihmojnë edhe në fiksimin e nofullave pas kirurgjisë.

Një rëndësi të veçantë ju kushtua përdorimit të splintit kirurgjikal, i cili siguron një okluzion më të mirë gjatë kirurgjisë, duke ndjekur osteomitë në maksilë dhe mandibul.

Nëpërmjet tij, kirurgët filluan të eksperimentonin trajtimin kirurgjikal para trajtimit ortodontik, duke shkurtuar kohën e trajtimit.(Profit & White 1991) [4].



Fig Nr 2. Fiksimi ekstraoral, fiksimi me tel (Ivi) dhe fiksimi me elastikë intraorale

1.2. Osteotomitë në mandibul.

Edhe pse kirurgjia ortognatike në mandibul u aplikua për herë të parë nga kirurgu amerikan Simon Hullien, Blair mbetet figura dominante në historinë e Kirurgjisë Ortognatike. Blair ishte gjithashtu i pari që bëri klasifikimin e anomalive të nofullave, si prognati mandibulare, retrognati mandibulare, protuzioni maksilar dhe kafshim i hapur. Ai është gjithashtu i pari që nënvizoi rolin e ortodoncisë në suksesin e Kirurgjisë Ortognatike. Gjatë luftës së I-rë botërore, Kirurgjisë Ortognatike nuk ju kushtua shumë rëndësi, për shkak se kirurgët u fokusuan më shumë në kirurgjinë e traumës. Gjithashtu edhe midis dy luftërave dhe gjatë luftës së II-të botërore, në Europë u vu re shumë pak progres në zhvillimin e Kirurgjisë Ortognatike. Fillimi i viteve 1950 shënoi një zhvillim të shpejtë. Caldwell dhe Leterman (1954) [1] zhvilluan teknikën e osteotomisë në ramus vertikal mandibule, duke minimizuar traumën në nervin alveolar inferior. Europa u bë qendra e progresit të Kirurgjisë Ortognatike, kur Trauner dhe Obwegesser (1957) [1] prezantuan teknikën e osteotomisë bilaterale sagitale të ramus mandibule (BSSO), teknikë e cila pësoi një sërë modifikimesh më vonë nga Dal Pont (1961), Hunsuk (1968) dhe Epker (1977) [1]. Kjo ishte një teknikë që lejonte korrigjimin e anomalisë në tre plane, pa nevojën e bone graftit. Pas 1970 e deri më sot, kjo teknikë është më e përdorura në osteotomitë e mandibulës. Pas teknikës së Hullien, kaluan gati 90 vjet derisa kirurgë të ndryshëm si Hofer, Kole e Machintosh [1] modifikuan teknikën Hullien, deri në teknikat që përdoren dhe sot në osteotomitë në trupin e mandibulës.

1.3. Osteotomitë në maksilë

Le fort 1 Osteotomi e mori emrin nga fraktura e përshkruar për herë të parë nga Rene Le Fort në 1901. Kirurgjia në maksilë, me një frakturim të poshtëm të saj, u krye nga Cheever (1864) [1] në

Amerikë, gjatë ndërhyrjes për heqjen e një mase në nasofaring. U desh gati një dekadë që kirurgjia ortognatike në maksilë të fillonte të merrte zhvillim. Në (1920) Wassmund [1.2] , kreu osteotomi në maksilë në disa raste të hipoplazisë maksilare, duke e shoqëruar me tërheqje ekstraorale. Pas 1960, Obwegesser filloi të kryente një sërë teknikash të Le Fort 1 Osteotomi në maksilë, duke shënuar një epokë të re në kirurgjinë ortognatike. Shqetësimi më i madh në aplikimin e kirurgjisë në maksilë ishte hemoragjia dhe mos shërimi i saj. Përmirësimi i teknikës operatore nga kirurgë të ndryshëm bëri që të minimizohej hemoragjia intraoperatore dhe risku për nekrozë të indeve të buta. Një sukses të madh pati Kirurgjia Ortognatike pas aplikimit të minipllakave, vidave të titanit, si dhe të instrumentave të posaçëm enkas për këtë lloj kirurgjie.

Kirurgjia Ortognatike në të dy nofullat, bimaksilare, u aplikua për herë të parë nga Obwegesser (1970). Kole (1959) kishte aplikuar më parë kirurgji segmentare në të dy nofullat, por Obwegesser ishte i pari që kreu një bimaksilare të plotë.

1.4. Kirurgjia Ortognatike në Shqipëri

Pas viteve 1970 , nisën osteotomitë segmentare në maksilë dhe mandibul . Gjithashtu u bënë osteotomi totale ne mandibul nga Prof.Dhori Pojani, Prof. Samedin Gjini dhe Prof. Asc. Gafur Shtino. Pas viteve 2005 e deri në ditët e sotme kanë filluar të aplikohet me sukses osteotomitë Obwegesser Dal Pont BSSO në mandibul, Le Fort 1 osteotomi në maksilë, kirurgji bimaksilare , genioplastikë dhe kombinimi me osteotomi segmentare nga Prof. Ramazan Isufi dhe stafi i kirurgjisë OMF . Rritja e përqindjes së suksesit erdhi dhe falë futjes së trajtimit ortodontik dhe aplikimit të fiksimit rigid me minipllaka.

Mendoj, se dhe disertacioni në fjalë duke realizuar një bashkëpunim të ngushtë midis ortodontit dhe kirurgut, do të luaj një rol të rëndësishëm në rritjen e përqindjes së suksesit në trajtimin e pacientëve me anomali të nofullave , si dhe do të shërbej si referim për shumë punime shkencore të lidhura me këtë fushë.

1.5. Ortodoncia në Shqipëri

Në vitin 1964 formohet katedra e ortopedisë në fakultetin e Mjekësisë, e cila përfshinte edhe shërbimin e ortodontisë.

Docente Dhimitra Lira në vitet 1973-1976, ishte shefe e kesaj katedre dhe ortodontja e parë që mbulonte shërbimin ortodontik në Shqipëri. Së bashku me Dr.Shk. Afërdita Basha, ato aplikuan terapinë funksionale dhe aparatet e lëvizshme në trajtimin e anomalive dento-skeletale. Pas viteve 1997-1998 u rrit numri i ortodontëve të specializuar jashtë dhe ndërkohë u zgjerua arsenalit i aparateve ortodontike dhe ortopedike për trajtimin e anomalive të ndryshme dento-skeletike, duke përfshirë aparatet fikse, ekstraorale etj.

KAPITULLI 2-ANOMALITË DENTOSKELETIKE

Anomalitë dentoskeletike janë një kombinim i malokluzioneve dentare dhe atyre skeletike. Kur devijimet nga përmasat normale të fytyrës, si pasojë e anomalisë dentoskeletike janë të mëdha aq sa ndikon negativisht në cilësinë e jetës së pacientëve, kemi ato që quhen anomali dentofaciale, pa përjashtuar edhe ato kranio-maksiolofaciale.

2.1. Prevalenca e anomalive dentoskeletike

Të dhënat epidemiologjike mbi prevalencën e anomalive dentoskeletike variojnë në studime të ndryshme, sipas moshës, racës dhe madhësisë së popullatës të marë në studim. Studime të ndryshme janë kryer mbi prevalencën e malokluzioneve dentoskeletike në grupe etnike të ndryshme. (Tabela Nr 1). Në një studim nga Proffit [4.5], u evidentuan se rreth 20% e popullsisë në Amerikë kishin një okluzion që devijonte nga ideali, dhe 2% e tyre nuk mund të trajtoheshin vetëm me ortodonci sepse ishin anomali të rënda. Po kështu edhe në Mbretërinë e Bashkuar [29], 5-19% e fëmijëve të referuar tek ortodonti paraqisnin një malokluzion, që krahas trajtimit ortodontik, kërkonte edhe kirurgji. Në studimet në popullatën me ngjyrë në Amerikë [6] rezultoi se anomalitë skeletike të klasës së I-rë, të II-të dhe të III-të, janë përkatësisht 71%, 16%, 8,4% . Në studimet në popullatën orientale, anomalitë skeletike të klasës së III-të janë më frekvente.

Autori,Viti	Etniciteti	Permasat e popullatës (No)	Klasa I (a + b)** (%)	Klasa II (a + b)*** (%)	Klasa III (%)
<i>Angle, (1907)</i>	Kaukaziane	1,000	69	19 + 4	3.40
<i>Altamus,(1959)</i>	Amerikanë me ngjyrë	3,280	83	12	5
<i>Cohen,(1970)</i>	Me ngjyrë/Të bardhë	410/349	71 / 53.6	11.4/33.6	6.3/4.7
<i>Garner, (1985)</i>	Amerikanet me ngjyrë	447	27 + 44	16	8.70
<i>Garner, (1985)</i>	Kenian	471	16.8 + 51.7	7.90 + 0	16.80
<i>Phaphe, (2012)</i>	Indianët	1,000	18	30.1	1.60
<i>Steigman, (1983)</i>	Israelitë	803	85	8.5 + 1.7	1.3
<i>Silva, (2001)</i>	Latinë	507	62.9 + 6.5	21.5	9.1
<i>Lew,(1993)</i>	Kineze	1,050	7.1 + 58.8	21.5	12.6
<i>Garbin,(2010)</i>	Brazilian	734	55.92	42.86	1.22
<i>Hamdan,(2001)</i>	Jordanian	320	62.5	21.5	16
Mesatarja			68.7	20.9	7.2

Tabela Nr 1. Prevalenca e malokluzioneve në grupe të ndryshme etnike (a+b=dentare+skeletike)

2.2. Klasifikimi

Proffit është shprehur: *“Klasifikimi nuk është gjë tjetër veçse një reduktim i të dhënave në një listë problemesh të pacientit”*.

Në literaturë gjenden një sërë klasifikimesh për malokluzionet, të cilat mund të grupohen sipas metodave që ato përdorin: klasifikime me metodën cilësore dhe klasifikime me metodën sasiore (Tabela Nr 2) [26].

Metodat e klasifikimit te malokluzioneve	
Metodat Cilësore	Metodat Sasiore
<ul style="list-style-type: none"> • Klasifikimi i Anglit • Klasifikimi i modifikuar i Anglit • Klasifikimi i Simons • Klasifikimi i Bjorkut • Klasifikimi i Bennetit • Klasifikimi Skeletik • Klasifikimi Ackerman-Proffit • Klasifikimi i WHO/FDI • Klasifikimi sipas Etiologjisë • Klasifikimi sipas Incizivëve 	<ul style="list-style-type: none"> • Massler dhe Frankel • Indeksi i keqrrështimit Kurt dhe Pannel • Indeksi i devijimit labiolingual Draker • Indeksi i Okluzionit Poulton • Rëndimi i malokluzionit vlerësuar nga Grainger • Indeksi Okluzal nga Summers • Indeksi i prioritetit në trajtim nga Grainger(TPI) • Crregullimet e malokluzionit vlerësuar nga Salzman • Indeksi i nevojës për trajtim ortodontit (IOTN)nga Shaw

Tabela Nr 2: Metodat e klasifikimit te malokluzioneve

Edward Angle [8] ishte i pari që bëri një klasifikim të malokluzioneve, klasifikim që përdoret dhe sot. Klasifikimi i Angle (fig nr 3) merr për bazë raportin mesio-distal të dhëmbëve në harkadat dentare, por ai përfshin malokluzionet vetëm në planin antero-posterior, nuk specifikon qartë dallimi midis malokluzioneve dentare me ato skeletike në Klasën e II-të dhe të III-të dhe nuk studion raportet faciale të indeve të buta.



Fig nr 3. Klasifikimi i Angle

Klasifikimi morfo-etilogjik [7] (Tabela Nr 3) është një ndër klasifikimet më të përdorshëm për anomalitë dentofaciale dhe njëkohësisht klasifikimi që ne kemi preferuar në studimin tonë. Ky klasifikim përdor faktorin predominant të anomalisë (siç është skeleti me etiologji gjenetike), si përshkrues primar dhe karakteristikat dentoalveolare (me etiologji multifaktoriale) si përshkrues sekondar .

	Përshkruesi Primar	Përshkruesi sekondar
Anomalitë në Maxillë	<ul style="list-style-type: none"> • Zhvillim Sagital Makrognati Prognati (zhvendosje para) Të dyja • Defiçencë Sagitale Mikrognati Retrognati (zhvendosje mbrapa) Të dyja • Zhvillim Vertikal (VME) Totale, Posteriore, Anteriore • Defiçencë vertikale (VMD) Totale, Anteriore • Zhvillim Transversal (kafshim gërshtër bilateral) • Defiçencë zhvillimi transversal (kafshim i kryqëzuar bilateral) • Asimetri e maksilës 	<p><i>Parametrat dentoalveolar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Raportet sagitale <ul style="list-style-type: none"> • Incizivët (Kl 1, Kl 11/1, Kl 11/2 dhe Kl III) • Kaninët • Molarët • Raportet vertikale (kafshim) <ul style="list-style-type: none"> • Incizival Normal, I thellë, I vogël, Kafshim i hapur anterior) • Segmentet bukale Normal, Kafshim gërshtër, Kafshim i hapur lateral, kafshim i hapur posterior) • Raportet trasversale Kafshim i Kryqëzuar kafshim gërshtër <p><i>Parametri estetik</i> Ekspozimi incizivëve maksilar në qetësi dhe të qeshur Ekspozimi i gingivave Inklinimi incizival</p> <p><i>Parametri Indet e buta</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mbyllja e buzëve Kompetente Inkompetente ○ Lartësia e buzës ○ Lip trap (Buza e poshtme nën incizivët maksilar) ○ Trashësia e indeve të buta, e buzës së sipërme, e buzës së poshtme, mjekrës . ○ Gjuha Pozicioni Aktiviteti <p><i>Parametri funksional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zhvendosje mandibulare Anteriore (pseudoklasë e III-të) Laterale (pseudoasimetri) ○ Pozicioni postural qetësisë së mandibulës
Anomalitë në Mandibul	<ul style="list-style-type: none"> • Zhvillim Sagital Makroganti Prognati Të dyja • Defiçencë Sagitale Mikrognati Retrognati Të dyja • Rotacion anterior (rritje në drejtim antiorar) • Rotacion posterior (rritje në drejtim orar) • Asimetri mandibulare Zgjatje hemimandibulare Hiperplazi hemimandibulare Hiperplazi kondilare unilaterale Defiçencë në rritje unilaterale 	
Anomalitë e mjekrës	<ul style="list-style-type: none"> • Zhvillim i mjekrës (Sagital, vertikale, i kombinuar) • Defiçencë zhvillimi e mjekrës (Sagitale, vertikal, i kombinuar) 	

Anomalitë Bimaxillare	<ul style="list-style-type: none"> • Klasë e III-të skeletike (defiçencë maksile, zhvillim mandibule në planin sagital) • Fytyrë e gjatë (lartësia faciale e rritur, VME, rotacion posterior në mandibul, zhvillim vertikal i mjekrës) • Fytyrë e shkurtër anomali (Lartësia faciale e reduktuar, VMD, rotacion anterior i mandibulës ,prominecë e mjekrës) • “Kënd i gjerë” anomali (kendi mandibular i rritur, lartësia faciale e poshtme e rritur ,VME, kafshim i hapur dhe klasa skeletike mund të jetë e I-rë, II-të, III-të) • “Këndi i ngushtë” anomali. (këndi mandibular i vogël, lartësia faciale e poshtme e vogël ,kafshim i thellë e shoqeruar me klasë skeletike të I-rë, të II-të ose të III-të) 	
----------------------------------	---	--

Tabela nr 3. Klasifikimi morfo-etiologjik

Klasifikimet që përdorin metodën sasiore, janë klasifikime që përdoren për studime epidemiologjike apo kërkimore, ku vlerësimi i okluzionit bëhet në mënyre subjektive dhe duke përdorur indekset ortodontike (sisteme kategorizimi me numra ose shkronja të okluzionit).

Në literaturë njihen disa lloje indeksesh ortodontike ku ndër më të rëndësishmit është indeksi i nevojës për trajtim ortodontik (IOTN). Ky indeks përbehet nga DHC (komponenti i shëndetit dentar) dhe AC (komponenti estetik). Për shkak të mangësive që paraqet IOTN në pacientët që kanë nevojë për kirurgji ortognatike, është hartuar indeksi i nevojës funksionale për trajtim ortognatik (IOFTN) [37]. Ky indeks përdoret për pacientët mbi 18 vjeç, të cilët kanë një anomali skeletike që nuk mund të trajtohet vetëm me ortodonci.(Tabela Nr 4)

5.Nevojë shumë e madhe për trajtim

- 5.1.Defektet e buzës dhe qiellzës , si dhe anomali të tjera kraniofaciale
- 5.2.Overjet-i më i madh se 9mm
- 5.3.Overjet-i revers më i madh se 3mm
- 5.4.Kafshim i hapur më i madh se 4mm
- 5.5.Kafshim gërshërë komplet, me shenja të crregullimit të funksionit dhe /ose trauma okluzale
- 5.6.Apnea e gjumit, që nuk mund të trajtohet me mënyra të tjera
- 5.7.Anomali skeletike me crregullime të okluzionit si pasojë truate apo patologji të tjera.

4.Nevojë e madhe për trajtim

- 4.2.Overjet-i i rritur më i madh se 6 mm dhe më i vogël se 9 mm
- 4.3.Overjet-i revers më i madh se 0 mm dhe më i vogël se 3 mm me problem funksionale

4.4.Kafshim i hapur nën 4mm me problem funksional
4.8.Kafshim i thellë i rritur me evidencë traume dentare ose indet e buta
4.9.Ekspozimi i gingivës në segmentin e labial të sipërm mbi 3mm në qetësi
4.10.Asimetri faciale e shoqëruar me çrregullime okluzale
3.Nevojë e moderuar për trajtim
3.3. Overjet-i reverse më i madh se 0mm dhe më I vogël se 3mm pa probleme funksionale
3.4. Kafshim i hapur nën 4mm pa probleme funksionale
3.9. Ekspozimi i gingivës në segmentin e labial të sipërm nën 3mm në qetësi, me evidence të efekteve në gingivë ose periodont
3.10. Asimetri faciale e shoqëruar pa çrregullime okluzale
2.Nevojë e lehtë për trajtim
2.8. Kafshim i thellë i rritur pa evidencë trauma dentare ose indet e buta
2.9. Ekspozimi i gingivës në segmentin e labial të sipërm nën 3mm në qetësi, pa evidencë të efekteve në gingivë ose periodont
2.11.Kant okluzal i shënuar pa problem në okluzion
1.Mungesë nevoje për trajtim
1.12.Vështirësi në të folur
1.13.Probleme të ATM-së të veçuara
1.14.Probleme okluzale që nuk janë përfshirë më sipër

Tabela Nr 4. IOFTN

2.3.Etiologjia

Autorë të ndryshëm japin klasifikime të ndryshme për faktorët etiologjikë.

Kështu Proffit [32] i ndan faktorët etiologjikë që mund të shkaktojnë anomalitë dentofaciale në tre grupe :

- a) faktorë specifikë
- b) faktori hereditarë
- c) influenza e ambientit të jashtëm.

Shkaktarët specifikë sipas tij ndahen në shkaktarë që veprojnë në periudhën prenatale duke dhënë sindromat faciale, defektet kongenitale dhe ata postnatale si traumat dhe faktorët e ndryshëm.

Moyers [27] i ndan faktorët etiologjikë në shtate grupe, ndërsa Graber [28] të dhënat e tij i ndan në dy grupe të mëdha. Faktorët etiologjikë sipas Moyers dhe Graber jepen në mënyrë të detajuar në tabelat 5 dhe 6:

<p>1. Trashëgimia</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sistemi muskolor b. Kockat c. Dhëmbët d. Indet e buta
<p>2. Anomalite e zhvillimit me origjinë të panjohur</p>
<p>3. Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Prenatal dhe gjatë lindjes b. Postnatal
<p>4. Agjentët fizikë</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Prenatal b. Postnatal
<p>5. Zakonet (thithja e gishtit, kafshimi i buzës etj)</p>
<p>6. Sëmundjet</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sëmundjet sistemike b. Sëmundjet endokrine c. Sëmundjet lokale
<p>d. Malnutricioni (kequshqyerja).</p>

Tabela No 5: Të dhënat etiologjike sipas Moyers

Faktorë të përgjithshëm:	Faktorë lokalë:
1. Trashëgimia	1. Anomalitë e numrit
2. Anomalitë kongenitale	a. Dhëmbë supranumeratum
3. Faktorët ambientalë	b. Dhëmbë që mungojnë
a. Prenatal (trauma, dieta e nënës, teratogjen, rubeola etj)	2. Anomalitë e përmasave të dhëmbëve
b. Postnatal (dëmtimet gjatë lindjes, paraliza cerebrale etj)	3. Anomalitë e formës së dhëmbëve
4. Predispozita nga sëmundjet metabolike	4. Frenulumi labial jo normal
a. sëmundjet endokrine	5. Humbja e parakohëshme e dhëmbëve
b. çrregullimet metabolike	6. Qëndrimi mbi afatin fiziologjik të dhëmbëve të qumështit
c. sëmundjet infektive	7. Erupsioni me vonesë i dhëmbëve të përhershëm
5. Defiçencat e nutricionit (kequshqyerja)	8. Rruga jo normale e eruptimit
6. Zakonet dhe çrregullimet funksionale	9. Ankiloza
7. Postura	10. Kariesi dentar
8. Trauma dhe aksidentet	11. Restaurimet dentare jo të rregullta

Tabela No 6 :Të dhënat etilogjike sipas Graberit

KAPITULLI 3: DIAGNOZA ORTODONTIKE

3.1. Grumbullimi i të dhënave dhe përgatitja e dosjes ortodontike

Grumbullimi i të dhënave të pacientit dhe hartimi i dosjes ortodontike, siguron informacionin e nevojshëm për sa i përket vendosjes së diagnozës dhe planit të trajtimit në pacientët me anomali dentoskeletike. Pjesa më e madhe e pacientëve me probleme dento skeletike, i drejtohen ortodontit ose dentistit personal për zgjidhjen e problemit të tyre. Mjeku ortodont në konsultën primare me pacientin bën grumbullimin e të dhënave standarte, ku përfshihen marrja e historisë mjeksore dhe asaj dentare, ekzaminimi ekstra dhe intraoral, marrja e masës dhe përgatitja e modeleve të studimit, fotografimi i pacientit (fytyra frontal, profil, oblik dhe intraoral), si dhe grafitë ku përfshihet grafia panoramike dhe ajo laterale. Të dhëna të tjera që mund të kërkoj mjeku janë edhe grafia postero-anteriore, grafia e dorës dhe ajo e vertebrave (për të parë maturimin skeletik), si dhe skaner dentar 3D, i cili për shumë klinikistë po bëhet një standart për diagnozën dhe planin e trajtimit. Pasi mjeku ortodont analizon të dhënat e pacientit dhe konstaton praninë e një anomalie dentoskeletike që nuk mund të zgjidhet vetëm me ortodonci (si modifikim të rritjes apo kamuflim ortodontik), këto të dhëna dhe analiza dublikohen dhe i paraqiten kirurgut OMF, i cili në bashkëpunim me ortodontin, duke u konsultuar me pacientin do të hartojnë planin e trajtimit ortodontiko- kirurgjikal. Në planin përfundimtar të trajtimit, krahas ortodontit, kirurgut OMF, dhe pacientit është e rëndësishme të merren parasysh edhe konsultat e tjera ndërdisiplinore si ajo me dentistin, periodontologun, ortopedin, implantologun , mjekun ORL, gjenetisti dhe psikiatrin. Duhet theksuar se, dosja ortodontike krahas rëndësisë në diagnozën dhe planin e trajtimit, ka një vlerë të madhe dhe mjeko-ligjore. Një domosdoshmëri në këto trajtime është edhe nënshkrimi i konsentit. Sukseset në trajtimin e anomalive dentomaksilo faciale, ndahen midis kirurgut, ortodontit dhe pacientit, ku e rëndësishme është eksperiencia e ortodontit dhe kirurgut.

3.1.1. Intervista me pacientin

Njohja e historisë së pacientit ka rëndësi në përcaktimin e një shkakut të mundshëm të anomalisë dentofaciale siç mund të jetë trashëgimia, anomali të kongenitale, apo traumat dhe veset në fëmijëri ose adoleshencë. Është e rëndësishme të përcaktohet çfarë e shqetëson pacientin në pamjen e tij dhe çfarë kërkon të korrigjojë nëpërmjet trajtimit ortodontiko kirurgjikal [10], gjithmonë duhet marrë në konsideratë ankesat kryesore të pacientit.

Shqetësimet e pacientit mund të grupohen në kategoritë e mëposhtme:

1. Probleme funksionale

- a) Vështirësi në të kafshuar dhe në ushqyerje
- b) Diskomfort si pasojë e malokluzionit
 - I. Traumë palatale ose gingivale e indeve të buta
 - II. Traumë dentare
- c) Çrregullime të artikulacionit temporomandibular
- d) Probleme në të folur

2. Probleme estetike

- a) Estetika Faciale
- b) Estetika Dentare
- c) “Gummy Smile”

3.1.2: Historia mjekësore dhe ekzaminimi funksional [10.11.12.33]

Marrja e historisë mjekësore (fig nr 4) ka rëndësi si për trajtimin ortodontik dhe atë kirurgjikal.

Në trajtimin ortodontik, patologjitë e përgjithshme që duan kujdes të veçantë sipas Nandës [33] janë:

1. Alergjitë nga Ni ,Ti etj
2. Asthma, (predispozitë për rezorbim më të madh të rrenjëve)
3. Problemet me koagulimin
4. Diabeti, (predispozitë për probleme paradontale)
5. Epilepsia (mjekimet japin hipertrofi të gingivave)
6. Hipertension (kalçibllokuesët mund të japin hiperplazi të gingivave)

Zakonisht, pacientët që i nënshtrohen kirurgjisë ortognatike janë të rinj në moshë dhe me shëndet të mirë. Kujdes i veçantë sipas Harris dhe Hunt [12] duhet ti kushtohet pacientëve me:

- i) hemofili ose sëmundje të gjakut që shoqërohen me çrregullime në procesin e koagulimit
- ii) pacientët që vuajnë nga akromegalia
- iii) pacientët alergjikë ndaj antibiotikëve apo analgjezikëve
- iv) pacientët me leziona reumatike apo kongenitale në valvulat e zemrës
- v) pacientët me apnea obstruktive të gjumit
- vi) pacientët me çrregullime dismorfike të trupit

Historia Mjekesore e Pacientit

Emri I Pacientit _____ Data e lindjes _____

Emri I Mjekut te familjes _____ Numri I telefonit _____

Ju lutemi te plotesoni pyetesorin.

1.E konsideroni veten person me shendet te mire? PO JO

2.A keni qene nen kujdesin e mjekut vitet e fundit? PO JO

Nese po specifiko natyren e trajtimit mjekesor? _____

3.A perdorin ilace ku perfshihen edhe kontrceptivet oral? PO JO

Te lutem specifiko emrin e medikamenteve dhe arsytet e perdorimit: _____

4.A keni ose keni pas ndonjehere problem me zemren dhe tensionin e gjakut? PO JO

5.A ju eshte dashur perdorimi i antibiotikeve perpara trajtimit per shkak te problemeve qe keni me zemren? PO JO

6.A keni tani ose a keni pasur tension te larta te gjakut? PO JO

7.A jeni diagnostifikuar te jeni Hiv positive? PO JO

8.A keni vuajtur nga Hepatiti ose semundje te melcise? PO JO

9.A keni vuajtur ndonje here nga:

Ethja reumatike _____ Asma _____ Crrregullime te gjakut _____ Diabet _____ Reumatizem _____ Artrit _____ TBC _____ Semundeje veneriane _____ Semundje te veshkave _____ Crrregullime ne sistemin Imun _____ ose ndonje semundje tjeter _____ Nqse po specifikojte _____

10.Gjakosesh lehte(ne rast demtimi ke hemoragi per kohe te gjate)? PO JO

11.A keni pasur ndonje here reaksion te rende te pazakonte ose alergji ndaj medikamenteve te me poshtme:

Peniciline _____ Aspirine _____ Acetaminofen _____ Ibuprofen _____ Codeine _____ Barbiturate _____

12.A jeni duke perdorur ndonje nga preparatet e meposhtme:

Antibiotik _____ Digitalis ose medikamente per zemren _____

Antikoagulant _____ Nirtoglicerine _____

Aspirine _____ Antihistaminik _____

Qetesues _____ Kontraceptiv oral _____

Insulin _____

13.A te bie te fiket lehtesisht? PO JO

14.A keni pas ndonjehere reaksion nga trajtimi dentar ose anestezia locale? PO JO

15.A jeni alergjik nga anestetiket local? PO JO

16.A keni ndonje alergji tjeter? PO JO

Nese po ,nga se: _____

17.A keni vuajtur ndonje here nga crrregullime nervore ose jeni trajtuar nga psikiatri? PO JO

18.A keni problem varesie nga drograt ose alkooli? PO JO

19.Femrat:A jeni shtatezane?Nese po cfare muaji? PO JO _____

A e ushqeni femijen me gji keto kohe? PO JO

20.A keni dhimbje tani? PO JO

21.Kur ka qene hera e fundit te dentisti per ju? _____

22.A jane dhembet tuaj problem per shendetin ne pergjithesi? PO JO

23.A keni ose keni pas gjakerrjedhje nga ginivat ose gingiva sensitive? PO JO

24.A keni perdor ose perdorni ilace per nderprerje oreksi? PO JO

25.A pini duhan?Nese po sa cigare ne dite? PO JO _____

26.A pini alcohol?Nese po sa shpesh? PO JO _____

Une i nenshkruari _____ siguroj se pergjigjet e pyetjeve te mesiperme i kam dhene me vetedije te plote.Une e kuptoj rendesine e ketij pyetesori dhe jam dakort te njoftoj dentistin per ndryshime te gjendjes sime shendetesore ne takimet e rradhes.

Emer,Mbiemer,Firma e pacientit (emrin I pacientit,mbikqyresit ligjor ose prindi): _____

Fig Nr 4: Pyetësor mbi historinë mjekesore në kartelën klinike

Ekzaminimi funksional përfshinë kontrollin e :

- a) Frymëmarjes
- b) Mastikacionit
- c) Gëlltimit
- d) Të folurës
- e) Aktivitetin e muskujve të fytyrës
- f) Lëvizshmërinë e buzës

Duke qenë se, mënyra e të marrit frymë ndikon në anomalitë dentofaciale është e rëndësishme vlerësimi i rrugëve të frymëmarrjes, përcaktimin nëse pacienti merr frymë normalisht, ka të bllokuar rrugët nazale ajrore apo merr frymë me gojë. Gjithashtu duhet të bëhet dhe kontrolli i tonsilave dhe adenoideve. Konsulta me mjekun ORL mund të jetë e nevojshme përpara fillimit të trajtimit. Gjithashtu edhe konsulta me gjenetistin për të përjashtuar ndonjë sindrom të mundshëm dhe psikiatrin në raste të veçanta është e nevojshme.

3.1.3: Historia dentare

Duhet të përcaktohet nëse:

- i) pacienti ka vese si: mbajtja e gishtit në gojë, thithja e buzës, pozicionimi i gjuhës, bruksizëm apo përdorimi i ndonjë instrumenti muzikor.
- ii) nëse ka histori traume në fytyrë ose në dhëmbë.
- iii) nëse ka bërë trajtime dentare terapeutike apo radiografi dentare më përpara .
- iv) nëse ka bërë trajtime ortodontike të mëparshme.
- v) nëse ka anomali shoqëruese

3.1.4: Vlerësimi psikosocial

Fytyra është një nga stukturat anatomike më të rëndësishme në aspektin social dhe psikologjik të njeriut. Për shkak të efektit të madh që trajtimi ortodontiko-kirurgjikal ka në estetikën faciale, kirurgjia ortognatike bën pjesë në grupin e kirurgjive estetike. Vlerësimi psikosocial bëhet nëpërmjet intervistimit të drejtëpërdrejtë të pacientit, ose plotësimit të pyetësorve nga ana e tij.

Në vlerësimin psikosocial të pacienit ka rëndësi të përcaktohet :

- 1) motivimi i pacientit për trajtimin ortodontiko-kirurgjikal
- 2) gjëndja psikologjike
- 3) statusi social i tij.

Edgerton dhe Knorr [13] ishin ndër të parët që përcaktuan 2 tipe të motivimit të pacientit për kirurgji estetike, atë intern dhe atë ekstern. Motivim ekstern kanë ata pacientë që nxiten nga të tjerët për të kërkuar kirurgjinë ortognatike, si nga prindërit, bashkëshorti, shoqëria etj. Ndërsa motivim intern kanë ata pacientë që e kërkojnë kirurgjinë të nisur nga dëshirat vetjake për të përmirësuar estetikën apo funksionin. Normalisht këta pacientë janë kandidatët më të mirë për tju nënshtruar kirurgjisë estetike dhe në veçanti asaj ortognatike. Në vlerësimin e gjëndjes psikologjike ka një rëndësi të veçantë përcaktimi nëse pacienti është emocionalisht stabil dhe në raste të veçanta mund të kërkohej edhe konfirmimi i psikiatrit apo psikologut. Vlerësimi i statusit social bëhet për të përcaktuar sa i integruar është pacienti në shoqëri dhe sa pretendon ai që nëpërmjet kirurgjisë të përmirësojë jetën e tij sociale. Pacientët me kërkesa joreale janë pacientë më pak të përshtatshëm për kirurgji .

Në saj të vlerësimit psikosocial, pacientët që **nuk** duhet ti nënshtrohen kirurgjisë ortognatike janë:

1. Pacientët me sëmundje psikiatrike kronike, apo që përdorin mjekim psikiatrik të herë pas hershëm, antidepressivë të ndryshëm.

2.Pacientët me motivim ekstern, që kërkojnë kirurgjinë ortognatike për të përmbushur dëshirat e të tjerëve si prindërve, bashkëshortit, shoqërisë etj.

3.Pacientët që i janë nënshtruar shumë ndërhyrjeve estetike, (janë pacientë që nuk kënaqen asnjë herë me rezultatin).

4.Pacientët që besojnë se kirurgjia është zgjidhja e gjithë problemeve të tyre.

5.Pacientët që vuajnë nga çrregullime dismorfike (BDD). [12]

6.Pacientë me kërkesa absurde.

3.1.5. Vlerësimi klinik

3.1.5.a.Vlerësimi i estetikës faciale [9.15]

Ekzaminimi klinik i fytyrës bëhet nga mjeku, direkt tek pacienti, nëpërmjet fotografive ose nëpërmjet programeve kompjuterike .

Pamja frontale:

Pacienti duhet të qëndrojë në pozicion qetësie, dhëmbët në okluzion qendror dhe buzët e relaksuara. Në pamjen frontale, vlerësohen dimensionet vertikale (fig nr 5), transversale dhe simetria e fytyrës.

- **Dimensionet vertikale:**

Fytyra ndahet në tre pjesë, të cilat duhet të jenë të barabarta në gjatësi:

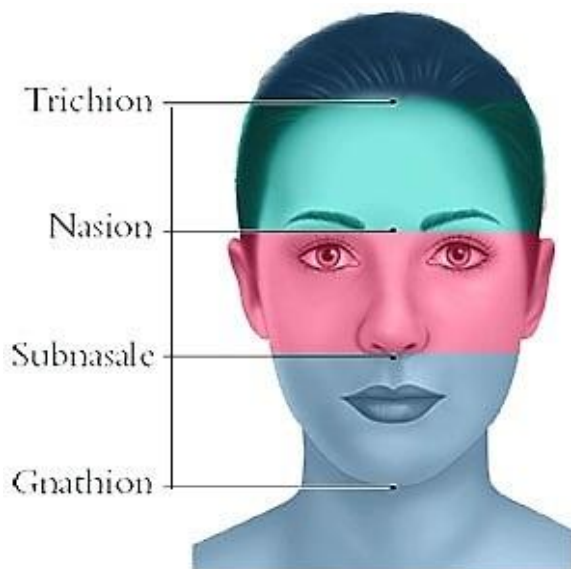


Fig Nr 5 :Dimensionet vertikale të fytyrës

- ❖ 1/3 e sipërme (Trichion –Glabela) ,
- ❖ 1/3 e mesme (Glabela –Subnasion)
- ❖ 1/3 e poshtme (Subnasion-Mentum)

1/3 e sipërme e fytyrës (Tr-G)

Është një zonë që shpesh mbulohet nga flokët, por ka rëndësi të ekzaminohet për praninë ose jo të ndonjë anomalie kraniofaciale.

1/3 e mesme e fytyrës (G-Sn)

Në 1/3 e mesme të fytyrës vlerësohen: sytë, veshët, kockat zigomatike, zona paranasale dhe hunda.

- **Sytë dhe Veshët**

Sytë dhe veshët janë të parët që shikohen në pamjen frontale. Vlerësimi i tyre shpesh na jep informacion për praninë e ndonjë anomalie kranio-faciale apo sindromi. Kështu për sytë vlerësojme distancën interokuare nëse kemi zgjerim (hipertelorizmi) apo zvogëlim (hipotelorizmi) të saj. Ndërsa për veshët vlerësojmë morfologjinë e tyre, përmasat dhe kanalin e jashtëm të dëgjimit.

- **Zona paranazale dhe kockat zygomatike**

Për të vlerësuar harmoninë midis mesit të fytyrës (zygomatiket, maksila dhe baza e hundës) me zonën paranazale dhe buzën e sipërme, krijohet një linjë që bashkon mollzën e faqes-bazën e hundës dhe konturin e buzës. Kjo linjë duhet të formojë një kurbë të vazhdueshme pa ndërprerje (fig nr 6). Nëse ka ndërprerje të saj, mund të kemi praninë e ndonjë anomalie skeletike si përshembull ndërprerja e saj në zonën maksilare mund të flasë për praninë e ndonjë defiqence antero-posteriore në maksilë [16].

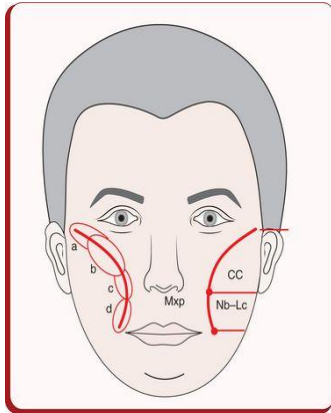


Fig Nr 6: Linja që bashkon mollzën e faqes(CC), me bazën e hundës dhe konturin e buzës (Nb- Lc),(e ndarë ne 4 pjesë a,b,c,d)

- **Hunda**

Hunda për shkak të pozicionit të saj central, luan një rol të rëndësishëm në estetikën faciale. Ajo mund të ekzaminohet si në pamjen frontale, ashtu dhe në profil. Në pamjen frontale kontrollohet piramida nasale, ku rëndësi i kushtohet bazës së hundës dhe simetrisë së saj, prania ose jo e ndonjë devijimi të septum nasi.

1/3 e poshtme e fytyrës

Raporti midis lartësisë Subnasion-Stomion superior (Sn-St sup) me lartësinë Stomion inferior-Mentum i indeve të buta është 1:2. (fig nr 7)



Fig Nr 7: Raportet në 1/3 e poshtme të fytyrës

Në pacientët që do të nënshtrohen kirurgjisë ortognatike, në 1/3 e poshtme të fytyrës ka rëndësi ekzaminimi i buzëqeshjes, ekspozimi i incizivëve si dhe raporti i buzëve midis tyre.

Buza e sipërme ka një gjatësi mesatarisht 20 ± 2 mm për femrat dhe 22 ± 2 për meshkujt, gjatësi e matur nga Subnasium në Stomion superior.

Buza e poshtme ka një gjatësi 40 ± 2 mm për femrat dhe 44 ± 2 mm për meshkujt gjatësi e matur nga stomion inferior në mentumin e indeve të buta .

Tre janë komponentet e buzëqeshjes që kanë rëndësi të ekzaminohen në pacientët që do të nënshtrohen trajtimit ortodontiko-kirurgjikal [33,34]: (fig nr 8)

a) linja e buzëqeshjes

b) harku i buzëqeshjes

c) korridoret bukale

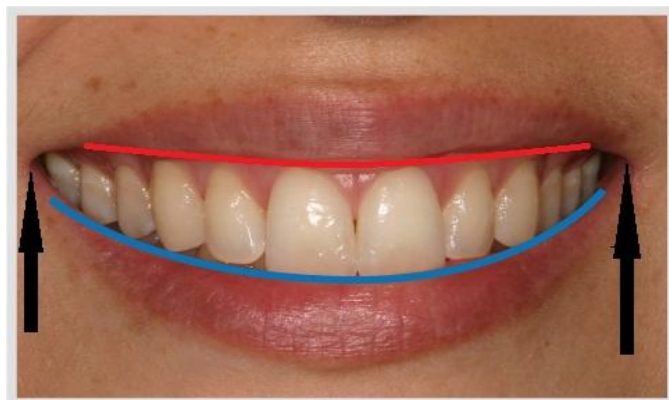


Fig Nr 8: Linja e buzëqeshjes, harku i buzëqeshjes dhe korridoret bukale

Linja e buzëqeshjes

Është raporti vertikal midis buzës së sipërme dhe incizivëve maksilar gjatë buzëqeshjes. Në pozicion qetësie me buzët lehtësisht të hapura, ekspozimi i incizivëve superior duhet të jetë 2-4mm. Në buzëqeshje e gjithë kurora e incizivëve ekspozohet, ose deri në 2mm të gingivës për femrat. Gjatë ekzaminimit të buzëqeshjes duhet të kihet parasysh që ekspozimi i incizivëve varet nga disa faktorë si: 1) gjatësia vertikale e maksilës, 2) gjatësia e buzës, 3) gjatësia e kurorës së dhëmbëve, 4) lëvizshmëria e buzës gjatë buzëqeshjes dhe 5) forma e linjës së Kupidonit në buzë.

Repozicionimi superior kirurgjikal në maksilë indikohet vetëm në rastet kur ka ekspozim të madh të gingivës, e shoqëruar me rritje të lartësisë vertikale në 1/3 e poshtme të fytyrës, rritje të ekspozimit të incizivëve maksilar dhe rritje të hapësirës midis buzëve [16.34].

Harku i buzëqeshjes

Koncepti mbi harkun e buzëqeshjes u prezantua për herë të parë nga Frush dhe Fisher [31]. Sipas tyre për një buzëqeshje të bukur, duhet të ketë një harmoni midis kurbës që formohet nga buzët prerëse të incizivëve maksilar së bashku me kaninin dhe kurbaturës së buzës së poshtme .

Pacienti duhet të informohet paraprakisht ose të dijë preoperator, nëse harku i buzëqeshjes nuk është harmonik dhe çfarë mund të bëhet për ta korrigjuar.

Kjo kurbë ndikohet nga plani i okluzionit si dhe pozicioni vertikal i incizivëve.

Korridoret bukale

Korridoret bukale përcaktohen si distanca gjatë buzëqeshjes nga pjesa më e dukshme e dhëmbëve posteriorë dhe komisurës së brendshme të buzës [31]. Ka studime të ndryshme që shprehin se kur këto korridore bukale janë të ngushtë [35], kemi një buzëqeshje më estetike ashtu sikurse ka studime të ndryshme që shprehin të kundërtën [36].

- **Dimensionet transversale**

Ekzaminimi kryhet duke bërë matje të gjerësisë faciale në zona të ndryshme (fig Nr 9). Kështu përcaktohet gjerësia bitemporale (Ft-Ft), bizigomatike (Zy-Zy), bigoniane (Go'-Go') dhe gjerësia e mjekrës. Raportet ideale midis këtyre gjerësive jepen në figurën nr 9. Raporti midis gjerësisë dhe lartësisë faciale përcakton formën e fytyrës, e cila varion nga e gjerë ose e ngushtë, e gjatë e shkurtër, apo katrore dhe trekëndore.

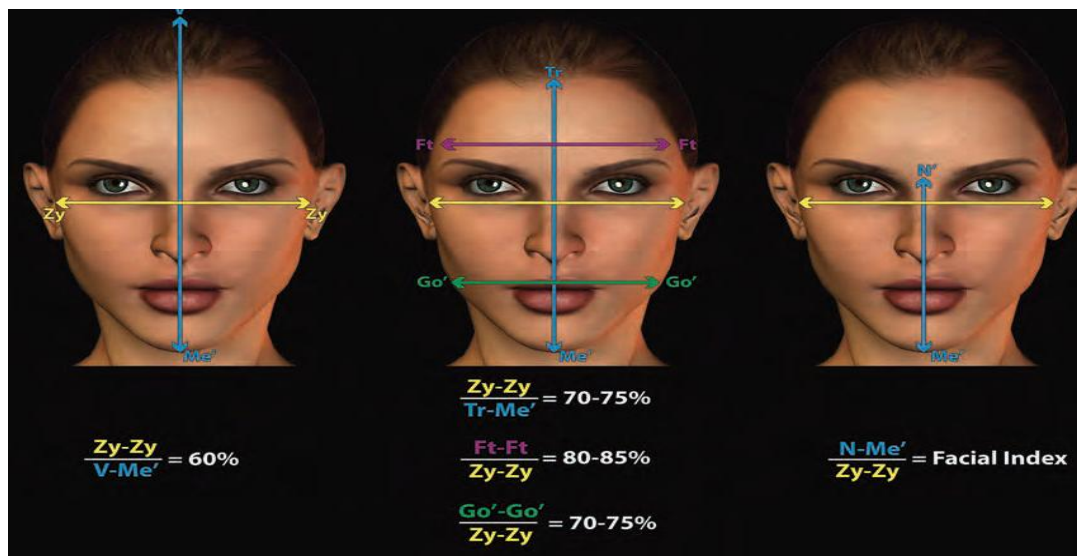


Fig Nr 9: Raportet transversale të fytyrës

Gjithashtu “rregulli i 1/5 ve” është një mënyrë për vlerësimin e dimensioneve transversale. Fytyra ndahet në 5 pjesë të barabarta në planin frontal.(fig Nr 10).

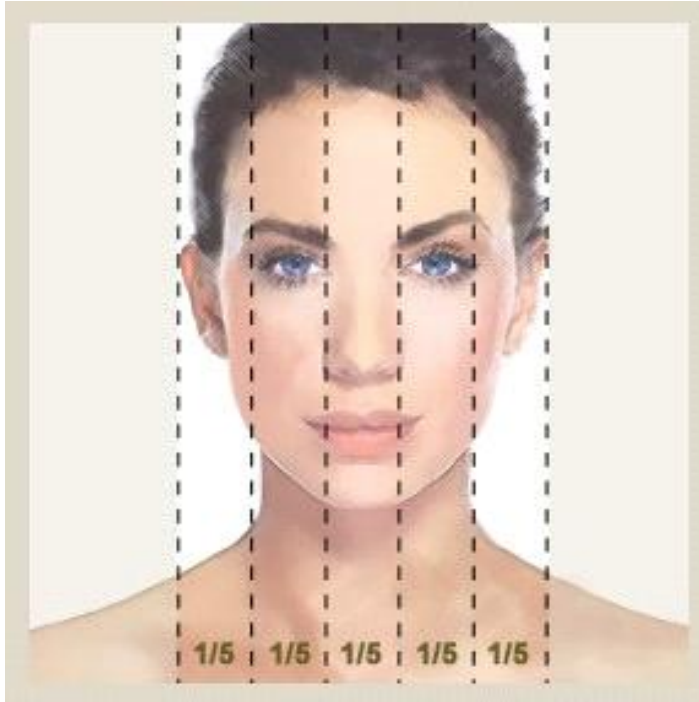


Fig Nr 10: Dimensionet transversale

- **Simetria faciale dhe raportet e linjës mediane**

Pacienti duhet të vlerësohet nëse ka apo jo asimetri faciale, sidomos në 1/3 e mesme dhe 1/3 e poshtme të fytyrës. Linja mediane e fytyrës është një linjë e drejtë që bashkon Tr-Na-Sn-Me e indeve te buta. Linja mediane dentare në maksilë dhe mandibul duhet të përkojë me linjën mediane faciale. Në rastet kur linja mediane dentare në maksilë është e spostuar nga linja mediane e fytyrës, zakonisht ka indikacion për korrigjim ortodontik më shumë sesa rotacion kirurgjikal të maksilës [16]. Në rastet kur linja mediane dentare në mandibul nuk përkon me linjën mediane të fytyrës është e rëndësishme të përcaktohet nëse është si pasojë e asimetrisë skeletike të mandibulës apo me natyrë dentare. Kur linja mediane dentare nuk përkon me linjën mediane të fytyrës trajtimi është kryesisht ortodontik. Kur asimetria skeletike dhe linja mediane dentare përkojnë trajtimi është kirurgjikal.

Profili

Konturi facial në profil mund të përshkruhet si konveks, i drejtë dhe konkav (fig nr 11). Për të përcaktuar llojin e profilit shikohet raporti që plani facial i sipërm, UFP (plani që lidh G' - Sn), ka me planin facial të poshtëm LFP (plani që lidh Sn-Pog'). Në një pacient me profil të drejtë,

ortognat këto dy plane janë në vijë të drejtë. Nëse këto dy plane krijojnë një kënd midis tyre kemi:

- Profil konveks, kur Pog' është mbrapa Sn në planin sagital (Klasë e II-të skeletike)
- Profil konkav, kur Pog' ndodhet para Sn në planin sagital (Klasë e III-të skeletike)

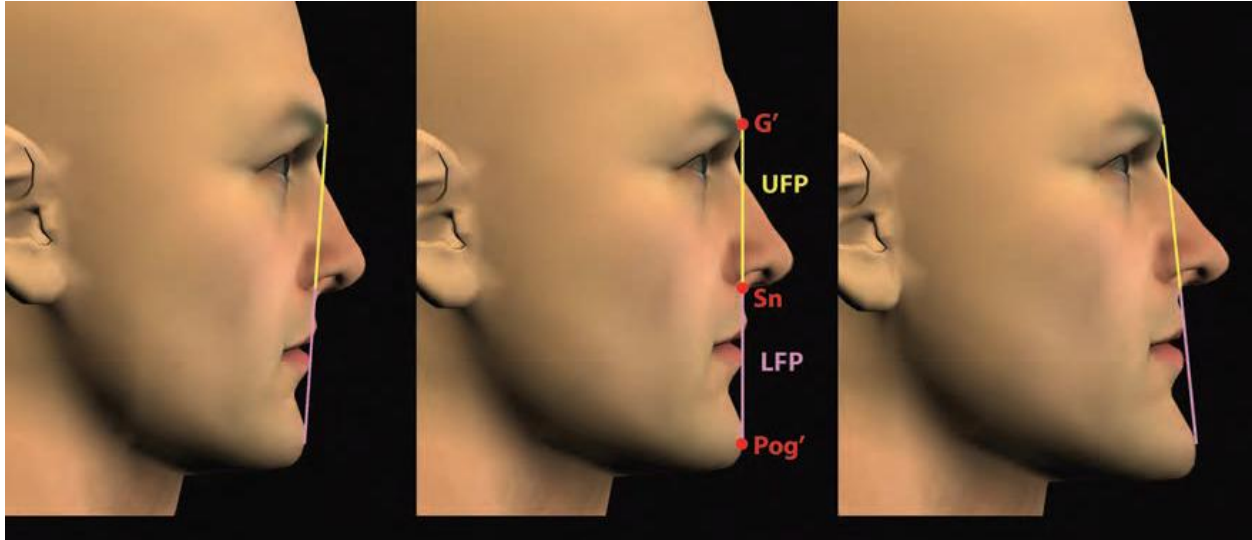


Fig Nr 11: Llojet e profilin

Analiza e profilin ashtu sikurse dhe në pamjen frontale, mund të bëhet duke ekzaminuar fytyrën në tre pjesë. 1/3 e sipërme, 1/3 e mesme dhe 1/3 e poshtme.

1/3 e sipërme (Tr –Na e indeve të buta)

Në 1/3 e sipërme vlerësohet balli , linja supraorbitale, prania ose jo e exoftalmus apo enoftalmusit. Linja supraorbitale normalisht është 5-10 mm mbi pjesën më anteriore të globit të syrit.[15]

1/3 e mesme (Na-Sn e indeve të buta)

Në këtë pjesë ekzaminohet hunda, faqet dhe zonat paranasale:

Morfologjia e hundës:

Forma e kurrizit të hundës përcaktohet si normale, konvekse apo konkave. Pamja e hundës ndryshon gjatë osteotomive [38.39]. Si përshembull, një hundë e madhe mund të duket më mirë pas kirurgjisë bimaxilare apo pas Le fort 1 osteotomisë, kur me avancim maja e hundës mund të duket më e lartë dhe kurrizi më i drejtë. Përsa i përket deformimeve intranasale, ato kryhen në të njëjtën seancë me Le Fort I, ndërsa ato ekstra nazale mund të kryhen në një séance, por më shpesh pas stabilizimit të Le Fort I.

Faqet

Margoja laterale e orbitës është 8-12mm mbrapa projeksonit të globit të syrit, ndërsa në raport me linjën infroorbitale, globi i syrit projektohet 0-2mm më përpara.



Fig nr 12: Ekzaminimi i faqeve dhe zonës paranasale

Faqet zakonisht paraqesin një konveksitet, që fillon nga mollëza e faqes deri në komisurën labiale. Pikërisht kjo linjë (mollëza e faqes, baza e hundës dhe konturi i buzës) kërkon një ekzaminim të veçantë. Kjo linjë fillon nga pjesa anteriore e veshit, vazhdon përpara në pjesën e maksilës dhe anash alar nasi për të përfunduar në pjesën laterale të komisurës labiale. Kjo linjë duhet të jetë në formë harkore e pandërprerë. Ndërpreje të saj flasin për anomali të skeletit.(figura nr 12).

- **Zona Paranasale**

Zona paranasale luan një rol të rëndësishëm në deficienat e 1/3 së mesme të fytyrës. Kështu raporti i distancës lineare midis majës së hundës-subnasium dhe subnasium –alar nasi, është normalisht 2:1.(figura nr 12) .Në rastet e klasës së III-të skeletike, projeksoni i hundës ulet, dhe një hundë e shkurtër duhet të trajtohet më mirë me zhvendosje mbrapa të mandibulës sesa me avancim të maksilës [39].

1/3 e poshtme e fytyrës

Në 1/3 e poshtme të fytyrës duhet të ekzaminohen buzët, këndi naso-labial, thellimi labio mental, mjekra dhe zona midis mjekrës dhe qafës.

- **Buzët**

Vlerësimi i buzëve bëhet në pozicion qetësie. Duke qenë se pozicioni i tyre ndikohet nga pozicioni i dhëmbëve nën to, si proklinimi apo retroklinimi i tyre, ka rëndësi ekzaminimi para

trajtimit ortodontik. Pozicioni antero-posterior i buzëve mund të përcaktohet me ndihmën e linjave E ose linjës S. Kjo linjë që bashkon Subnasion-Pogonium quhet dhe plani facial i poshtëm. Ka rëndësi në përcaktimin e pozicionit të buzëve dhe planifikimin ortodontiko-kirurgjikal të pozicionit të incizivëve. Buza e sipërme duhet të jetë 3+/-1mm përpara kësaj linje, ndërsa buza e poshtme 2+/-1mm përpara kësaj linje.

- **Thellimi labio-mental**

Konturi midis buzës së poshtme dhe mjekrës duhet të ketë formën e gërmës S jo shumë të shprehur dhe këndi midis tyre duhet të jetë mesatarisht 130 gradë (fig nr 13). Në planifikimin e genioplastikës kirurgu duhet ti kushtojë rëndësi krahas pozicionit antero-posterior të pogoniumit edhe thellimit labiomental.

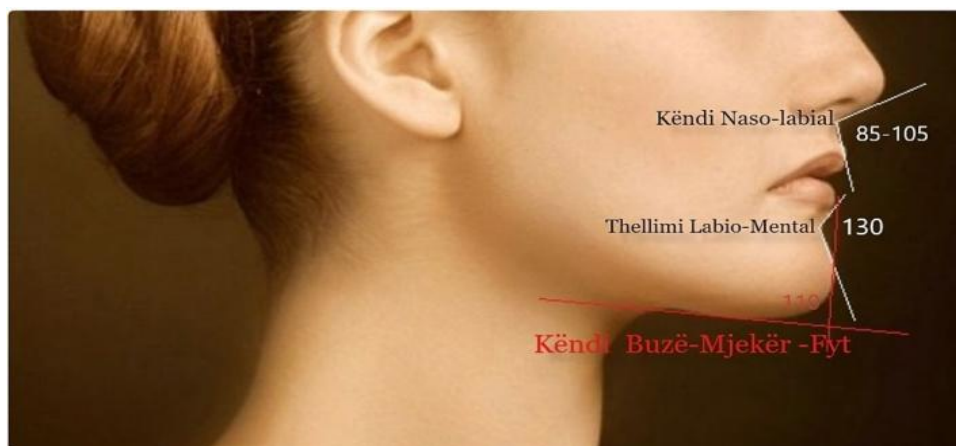


Fig nr 13: Këndi Naso-labial, Këndi labio-mental, Këndi Buzë-Mjekër-fyt

- **Këndi nasolabial**

Këndi nasolabial (fig nr 13) matet midis linjës që kalon tangent me kolumnelën e hundës tek Sn dhe linjës që kalon nga Sn në pikën më protuzive të buzës së sipërme dhe zakonisht ky kënd është 85-105 gradë [15,16]. Ky kënd është zakonisht i gjerë në raste me deficiencë antero-posteriore të mandibulës dhe i ngushtë në Klasat e III-ta skeletike. Ky kënd ka një rëndësi të veçantë në planin e trajtimit ortodontik apo kirurgjikal. Kështu retroklinimi i incizivëve maksilar në një kënd të gjerë nasolabial nuk rekomandohet. Në rastet me grumbullime dentare, trajtim me ekstraksione të premolarëve të parë apo të dytë maksilar ndikohet nga këndi nasolabial. Ndërhyrja kirurgjikale me zhvendosje posteriore të maksilës, duke qënë se ul suportin për buzën e sipërme, rrit këndin nasolabial, prandaj indikohet vetëm në rastet kur kemi një protuzion të vërtetë të maksilës, në rastet e tjera mund të na japi një prishje të estetikës.

- **Mjekra**

Mjekra duhet të jetë e balancuar me gjithë profilin. Analiza të ndryshme cefalometrike të indeve të buta mund të përdoren për të vlerësuar mjekrën. Mjekra duhet të vlerësohet në tre dimensione. Përpara planifikimit të genioplastikës duhet të vlerësohet thellimi labiamental, forma e mjekrës, linja mediane dentare, simetria e mjekrës dhe margoja inferiore.

- **Zona midis mjekrës dhe fytit.**

Prezenca e “mjekrës dyshe” dhe prania e indit adipoz duhet të evidentohet. Zakonisht ky kënd (fig nr 13) është 110 gradë. [16] Distanca midis pogoniumit të indeve të buta dhe këndit qafë-fyt duhet të jetë mesatarisht 42mm. Kjo zona ka rëndësi të vlerësohet në kirurgjinë e mandibulës, genioplastikë, heqjen e indit adipoz submental apo lifting i qafës.

3.1.5.b Ekzaminimi intraoral

Ekzaminimi intraoral përfshin:

a) Ekzaminimi i gjuhës

Anomalitë në madhësinë (makroglosia), formën dhe pozicionim e gjuhës, prishin ekuilibrin dhe balancën e muskulaturës intraorale duke çuar kështu në krijimin e malokluzioneve dentare. Duhet të bëhet diagnoza diferenciale midis makroglosisë së vërtetë dhe pseudo makroglosisë.

Glosektomia mund të bëhet para, gjatë dhe pas ortodoncisë apo kirurgjisë ortognatike.

Kontrollohet gjithashtu frenulumi lingual, në pacientët të cilët kanë frenulum të shkurtër (gjuha e lidhur), e cila kufizohet lëvizshmërinë e gjuhës.

Kontrollohet gjithashtu prania apo e jo e refleksit “Gag”, i cili bën që gjuha të vendoset poshtë dhe përpara duke ndikuar kështu në zhvillimin anormal të gjerësisë së harkut dentar.

b) Ekzaminimi i palatumit

Në palatum duhet të ekzaminohet :

- 1) Thellësia e palatumit është shumë e rëndësishme në pacientët që kërkojnë ekspansion të maksilës.
- 2) Prania ose jo e ndonjë tumefaksioni, çka mund të tregojë praninë e ndonjë dhëmbi të impaktuar, kisti apo patologji të kockës.
- 3) Ulçeracione në mukozë, që mund të flasin për praninë e kafshimit të thellë traumatik.
- 4) Prania e klefteve
- 5) Rafe e tretë palatine që duhet të jetë në linjë me kaninët, duke na ndihmuar në vlerësimin e proklinimit të incizivëve.

c) Ekzaminimi i gingivave dhe periodontit

Gingivat duhet të ekzaminohet për praninë e inflamacioneve, reçesionit gingivar apo lezioneve mukogingivale.

d) Ekzaminimi i tonsilave dhe adenoideve

Tonsilat ekzaminohen për sa i perket përmasave të tyre dhe pranisë ose jo të inflamacionit. Nëse këto kanë indikacion për kirurgji duhen bërë në bazë të konsultës me mjekun ORL.

e) Vlerësimi i dhëmbëve dhe denticionit

Në ekzaminimin intraoral, fillimisht evidentohen dhëmbët e pranishëm dhe ato që mungojnë, vlerësohet higjena orale, si dhe kontrollohet për praninë e lezioneve karioze apo patologjive periodontale. Trajtimi i dhëmbëve me leziona karioze apo parodontopati bëhet përpara fillimit të trajtimit ortodontiko kirurgjikal, ndërsa zëvendësimi i dhëmbëve që mungojnë bëhet në fund të trajtimit. Ekzaminimi intraoral ortodontik gjithashtu përfshinë:

1. Vlerësimin e okluzionit statik dhe funksional, si dhe raportet dentare në 3 plane.
2. Evidentimin e grumbullimeve dentare apo hapësirave, përmasat e dhëmbëve, si dhe çrregullimet në morfologjinë dentare.
3. Prania ose jo e dhëmbëve të rrotulluar apo dislokuar.
4. Vlerësimin e inklinimit të incizivëve (matja e Overjet (OJ) dhe Overbite (OB))
5. Prania ose jo e çrregullimeve në planin e okluzionit (kontrolli i kurbës Spee dhe Wilson)
6. Vlerësimi i morfologjisë së harqeve dentare
7. Prania ose jo e dhëmbëve të përmbajtur.

3.1.5.c. Vlerësimi i Artikulacionit temporomandibular (ATM)

Përpara fillimit të cdo trajtimi ortodontik, apo ortodontiko-kirurgjikal, duhet të bëhet vlerësimi i ATM. Fillimisht, kryhet anamneza (marja e shqetësimeve të pacientit), ekzaminimi klinik dhe ai radiologjik (panorameksi). Ekzaminimi klinik fokusohet në tre komponentë: 1) lëvizja e mandibulës, 2) simptomat në ATM, 3) hapja e gojës dhe devijimi. Në rastet kur evidentohen çrregullime në ATM mund të kryhen ekzaminime të mëtejshme si artrografia apo rezonanca magnetike. Çrregullimet e ATM-së paraqiten me një sërë simptomash si dhimbje në fytyrë ose zonën e artikulacionit, dhimbje koke, marrje mendësh, hipertrofi e muskujve mastikator, hapje e limituar e gojës, çrregullime të okluzionit, zhurmë dhe kërcitje si dhe shqetësime të tjera. Otorinolaringologu Costen (1934) ishte i pari që evidentoi se trajtimi i malokluzioneve dentare çonte në përmirësim të simptomave në ATM. Një sërë studimesh [17, 18] raportojnë për lidhjen e çrregullimeve në ATM dhe malokluzioneve si kafshimi i hapur, kafshimi i thellë apo kafshimi i kryqëzuar unilateral. Çrregullimet e ATM-së janë më evidente në malokluzione e Klasës së II-të skeletike krahasuar me anomalitë e tjera dentoskeletike [18,19]. Schellas [20] në një studim të tij shpreh se patologjitë e ATM mund të jenë shkaktare të disa malookluzioneve, më shumë sesa e kundërta .Ai theksoi rëndësinë e madhe që ka diagnoza e patologjive të ATM-së përpara fillimit të çdo trajtimi ortodontik, apo ortodontiko -kirurgjikal. Në literaturë [21,22] prevalenca e simptomave në ATM përpara trajtimit ortodontiko kirurgjikal varion nga 14%-97% të

pacientëve. Duke qenë se një prej qëllimeve të kirurgjisë ortognatike është përmirësimi i funksionit, shume studime flasin për efektet pozitive që kjo kirurgji ka në përmirësimin e simptomave në ATM. Kështu në anomalitë e klasës së II-të është vënë re një përmirësim rreth 50% i simptomave në ATM pas kirurgjisë [23]. Megjithatë duhet thënë se kirurgjia ortognatike mund të ketë dhe efekte negative në ATM duke filluar nga çrregullimet e funksionit e deri në rezorbime të procesit kondilar. Prevalenca e çrregullimeve në ATM pas kirurgjisë në pacientë asimptomatik para ndërhyrjes varion nga 3,7 %-11,9% [24,25]. Nuk duhet harruar se rreth 25% e pacientëve me patologji apo çrregullime të ATM-së janë asimptomatikë. Për këto duhet informuar pacienti në detaje.

3.1.6. Analizat suplementare

3.1.6.a. Analiza e modeleve klasike te studimit



Fig nr 14. Modelet klasike të studimit

Modelet e studimit (fig nr 14) janë një imitim 3 dimensional i dhëmbëve dhe nofullave. Ato konsiderohen esenciale në vendosjen e diagnozës dhe planin e trajtimit ortodontik dhe kirurgjikal pasi nëpërmjet tyre bëhet një vlerësim më objektiv i malokluzionit, sigurohet një komunikim më i mirë me pacientin dhe në rastet kirurgjikale lejon imitimn e ndërhyrjes paraprakisht. Nëpërmjet modeleve vlerësohet:

- Prania ose jo e anomalive të harqeve dentare përsa i përket formës, simetrisë, gjerësisë dhe rreshtimit të dhëmbëve.
- Raportet e gjatësisë së harkut krahasuar me përmasat e dhëmbëve
- Raportet interdental në të gjithë planet
- Kurba Spee dhe Wilson
- Gjerësia dhe thellësia e palatumit
- Kontrolli i Okluzionit me ndihmën e artikulatorit

Ekzistojnë një sërë analizash për sa i përket modeleve të studimit [26]. Keshtu kemi:

A. Analizat që studjojnë raportet e përmasave të një grupi dhëmbësh:

- Sipas Boltonit
- Analiza Sanin-Savara
- Peck dhe Indeksi i Peckut

B. Analizat që studjojnë raportet e përmasave të dhëmbëve me përmasat e strukturës ku mbështeten dhëmbët.

- Analiza sipas Ashley Howe
- Analiza e Pontit
- Analiza e Korkahusit
- “Set up “ diagnostik
- Analiza Linder Hearth

C. Analizat që studjojnë raportet e përmasave të dhëmbëve me hapësirën e pranishme në denticionin miks.

- Analiza sipas Moyer's
- Analiza sipas Tanaka-Johnson
- Analiza sipas Staley dhe Kerber
- Metoda radiologjike

D. Analizat që studjojnë raportet e përmasave të dhëmbëve me hapësirën e pranishme në denticionin e përhershëm

- Analiza sipas Carey
- Analiza që mat perimetrin e harkut
- Analiza e hapësirës totale

Mjeku sipas rastit përdor analizën më të përshtatshme dhe me të cilën është më i familjarizuar.

Analiza e Boltonit [26] që studjon diskrepancën dentoalveolare në denticionin permanent, gjen një përdorim të gjerë klinikisht. Sipas Boltonit ekziston një raport i caktuar midis madhësisë së dhëmbëve në një hark dentar apo sektor harku dhe madhësisë së dhëmbëve në harkun apo sektorin e harkut antagonist. Analiza e Boltonit kryhet duke matur gjerësinë mezio-distale të dhëmbëve mandibularë dhe atyre maksilarë nga molari i parë majtas tek ai djathtas (fig nr 15), ose duke matur gjerësinë e vetëm 6 frontalëve në maksilë dhe mandibul. Formula e Boltonit është si më poshtë:

$$\text{Raporti Gjeneral} = \frac{\sum 12 \text{ dhëmbëve mandibular}}{\sum 12 \text{ dhëmbëve maxillar}} \times 100$$

$$\text{Raporti anterior} = \frac{\sum 6 \text{ dhëmbëve mandibular}}{\sum 6 \text{ dhëmbëve maxillar}} \times 100$$



Fig Nr 15. Matja e gjerësisë mesio-distale të dhëmbëve me kalibër

Raporti gjeneral sipas Boltonit duhet të jetë 91.3 %, ndërsa raporti anterior duhet të jetë 77,5+/- 3.5% . Mbi këto vlera thuhet se ka një diskrepancë dhe gjerësia mesio-distale e dhëmbëve mandibularë është më e madhe se ato maksilarë. Nën keto vlera thuhet gjithashtu se ka një diskrepancë, dhe gjerësia mesio-distale e dhëmbëve mandibularë është më e vogël krahasuar me ato maksilarë.

Analiza e Korkhausit [26] është e ngjashme me atë të Pontit, vetëm se përdor formulën e Linderharths për të përcaktuar gjerësinë transversale në regjionin e premolarëve dhe molarëve . Indeksi i Pontit dhe analiza e Korkhausit ndihmojnë për të përcaktuar çfarë zgjerimi nevojitet për të korrigjuar grumbullimet dentare. Korkhausi ka paraqitur në një tabelë vlerat SI (shuma e gjerësisë mesio-distale të 4 incizivëve) dhe vlerat përkatëse të gjerësisë anteriore dhe posteriore në maksilë dhe mandibul. Në modele bëhet matja e SI, gjerësia anteriore dhe posteriore për secilën nofull dhe krahasohen vlerat e matura me atë të paraqitura në tabelën e Korkhausit duke evidetuar diskrepancat në planin transversal.

3.1.6.b. Analiza e grafisë ortopantomografike (fig nr 16)

Vlerësimi i grafisë ortopantomografike është një procedurë standarte në trajtimin ortodontik. Kjo grafi na jep të dhëna të rëndësishme për sa i përket, dhëmbëve, nofullave, ATM-së dhe sinuseve maksilarë. Nëpërmjet grafisë panoramike, në të dhënat dentare mjeku vlerëson:

- Dhëmbët e pranishëm (të eruptuar apo të paeruptuar)
- Pozicionin e dhëmbëve në raport me dhëmbët e tjerë dhe nofullën.
- Dhëmbët që i janë nënshtruar trajtimeve dentare, mbushje, trajtime endodontike etj

- Patologjitë karioze, proceset infeksioze periapikale apo marginale
- Rrënjët e dhëmbëve (lartësinë, drejtimin e tyre, rezorbimin etj)



Foto Nr 16: Grafia Ortopanografike

Informacioni i marrë nga kjo grafi është shumë i rëndësishëm në planin e trajtimit ortodontik dhe kirurgjikal.

Në trajtimin ortodontiko-kirurgjikal nëpërmjet grafisë panoramike vlerësohen gjithashtu dhëmballët e pjekurisë dhe pozicioni i tyre në nofull. Kur këto dhëmballë nuk kanë vend mjaftueshëm për të dalë, mund të bëhen pengesë gjatë kirurgjisë, ndaj bëhet heqja kirurgjike e tyre minimalisht 6 muaj para ndërhyrjes [40].

Nga grafia panoramike sigurohet informacion i rëndësishëm përsa i përket trupit, ramusit dhe kondilit në mandibul. Në rastet e asimetrisë në mandibul bëhet një skicim i grafisë duke përdorur planin e okluzionit si referencë. Duke mbivendosur krahun “normal” mbi atë “jo normal”, shikohet nëse asimetria është në margin inferiore të mandibulës, pra në trupin e saj, është në lartësinë e ramus mandibule apo në përmasat dhe formën e kondilit.

Përsa i përket sinusit maksilar, kur nga grafia panoramike dyshohet për patologji të tij, dhe pacienti do të nënshtrohet kirurgjisë në maksilë, rekomandohen investigime të tjera, si grafi sinusesh, CT scan si dhe konsulta e mjekut ORL. Pas trajtimit të patologjive të sinusit vazhdohet me trajtimin kirurgjikal.

3.1.6.c. Analiza e grafisë postero-anteriore (frontale)

Radiografia postero-anteriore (PA) qëkurse u prezantua për herë të parë në 1930, është përdorur në ortodonci dhe kirurgjinë ortognatike, për diagnostifikimin e asimetrive faciale. Duhet theksuar

që grafia PA siguron gjithashtu informacion të vlefshëm mbi zhvillimin transversal të skeletit kranio-facial dhe procesit dentoalveolar.[46]

Për të analizuar grafinë (figura nr 17) bëhet skicimi i saj dhe duke u bazuar në planin vertikal dhe atë horizontal, shihet prania ose jo e asimetrisë [41].

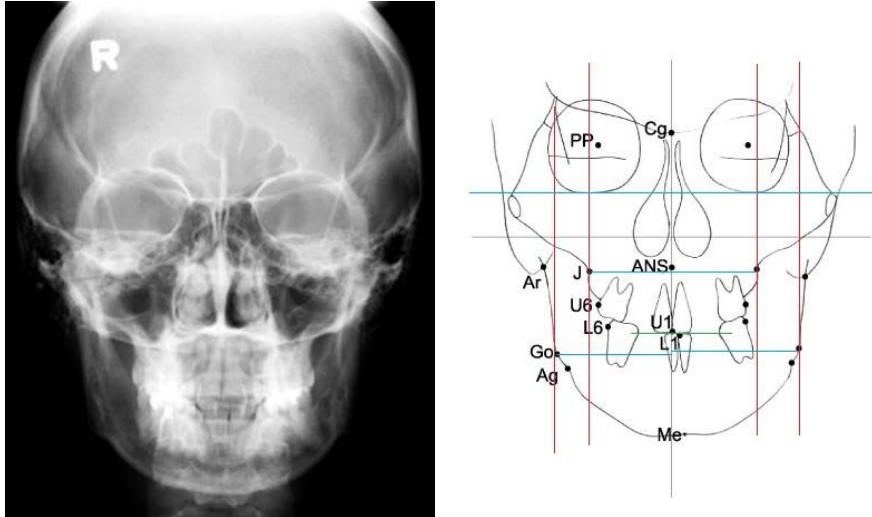


Figura nr 17: Grafia posterior-antieriore dhe skicimi

Në planin vertikal, fillimisht përcaktohet linja mediane, që është një linjë e drejtë që kalon nga qendra e kockës nasale, në septum nasi (me përjashtim të rasteve kur ka devijime të saj). Kjo linjë duhet të përkojë me linjën mediane dentare (midis incizivëve maksilarë dhe atyre mandibularë) dhe mesin e mjekrës. Paralel me këtë linjë, ndërtohen dy linja majtas dhe djathtas, tangent me regjionin e tuberit maksilar dhe me këndin gonian.

Në planin horizontal si plan reference përdoret linja horizontale që kalon në kufirin e poshtëm të margos infraorbitale. Kjo linjë duhet të formojë një kënd të drejtë me linjën mediane.

Linjat horizontale që bashkojnë përkatësisht kufirin inferior të tuberoziteteve maksilare të krahut të majtë dhe të djathtë dhe këndin gonian të secilit krah, duhet të jenë paralele midis tyre dhe me planin e referencës.

Gjithashtu plani okluzal, linja që kalon në margon incizale të dhëmbëve frontale sipër dhe poshtë duhet të jetë paralel me planin e referencës.

3.1.6.d. Analiza Cefalometrike (fig nr 18)

Analiza Cefalometrike ka qënë një element bazë në diagnozën dhe planin e trajtimit ortodontik që kurse u prezantua për herë të parë nga Broadbend (1931). Ajo jep të dhëna për sa i përket raporteve skeletike, dentare dhe indeve të buta të fytyrës, në planin antero-posterior dhe atë

vertikal [7,10,11]. Edhe pse vlerësimi klinik është më i rëndësishmi në përcaktimin e planit të trajtimit, analiza cefalometrike është pjesë kryesore në dosjen ortodontike.

Nëpërmjet saj mjeku përcakton:

- diagnozën dhe planin e trajtimit,
- nevojën ose jo për ekstraksione ,
- monitoron trajtimin,
- analizon ndryshimet specifike gjatë dhe pas trajtimit ,
- studion rritjen faciale dhe rezultatin pas trajtimit.

Sot ekzistojnë shumë lloje analizash cefalometrike, të cilat duke krahasuar matje të ndryshme lineare dhe këndore me vlerat normale, përcaktojnë diskrepancat e ndryshme në kompleksin kraniofacial. Vlerat normale ndryshojnë sipas racës, moshës, seksit apo pozicionit të radiografisë (referimi tek plani i Frankfurtit apo pozioni normal i kokës (McNamara & Brudon 1993). Ndaj çdo mjek, në varësi të mostrës (popullatës) që merr në studim zgjedh edhe vlerat e referencës. Në literaturë njihen shumë llojesh analizash cefalometrike si ajo e Steinerit, Mc Namares, Rickets, Jarabak etj. Çdo mjek ortodont në punë e tij mund të përdor një ose disa nga keto analiza. Analiza cefalometrike që kemi përdorur është zgjedhur për të plotësuar edhe kërkesat e kirurgut.

Fillimisht bëhet skicimi, përcaktimi i pikave dhe planeve dhe më pas kryhen matjet lineare dhe këndore. Matjet mund të kryhen manualisht ose nëpërmjet programeve kompjuterike.

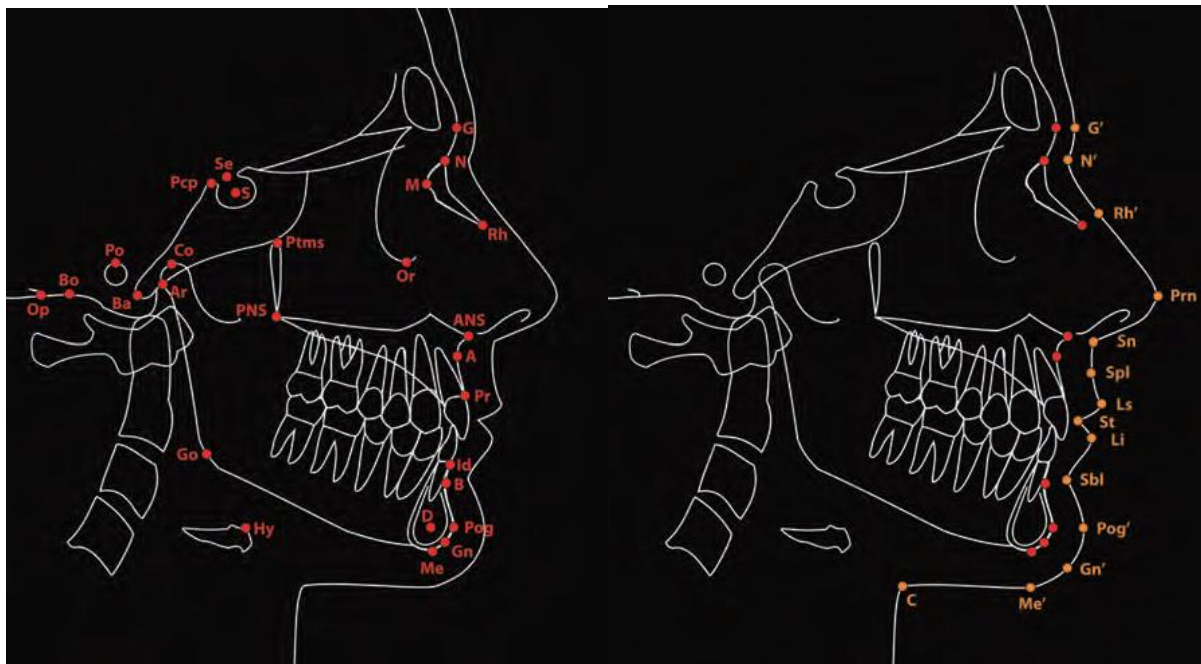


Fig nr 18. Pikat cefalometrike në indet e forta dhe të buta

Skicimet cefalometrike janë ndërtuar duke përcaktuar këto pika në indet e forta dhe të buta. (Tabela Nr 8 dhe 9):

Pika Cefalometrike (indet e forte)	Pershkrim
S (Sella)	Pika mediane e kavitetit të sella turcica,
Or (Orbital)	pika më e ulët e kufirit orbital
Na(Nasion)	pika e bashkimit anterior midis kockave frontale dhe nazale
Po (Porion)	pika mediane e kufirit superior të meatus acusticus ester n; apo pika mediane e kufirit të sipërm të treguesit metalik të meatusit akustik të kraniostatit,
Pika A	pika më e brendshme në konturin e maksilës të përfshirë nga spina nazale anteriore dhe incizivit.
SNA (Spina nasale anterior)	maja e spinës nazale anteriore
SNP (Spina nasale posterior)	maja e spinës posteriore të kockës palatine, që i korespondon bashkimit midis qiellzës së butë dhe të fortë;
Pika B	pika më e brendshme në konturin e mandibulës e përfshirë midis incizivit dhe kockës mentale;
Ba (basion)	pika më e ulët në margon anteriore të foramen magnum, në bazë të clivus;
Gn (gnation)	qendra e konturit inferior të mentumit
Go (gonion)	qendra e konturit inferior të këndit mandibular
Me (menton)	pika më inferiore e simfizës mandibulare (pika më e ulët e mjekrës)
Pog(pogonium)	pika më anteriore në konturin e mjekrës

Tabela Nr 8: Pika Cefalometrike në indet e forta

Pikat cefalometrike ne indet e buta	Pershkrimi
Tr (Trikon)	Linja anterior e flokeve ne linjen mediane
G (Glabella)	Pika me anterior e indeve të buta të ballit
N (nasion i indeve të buta)	Pika më e thellë e indeve të buta nën glabelle
Prn (pronasium)	Pika më anterior e hundes ne skicimin e hundës
Cm (columnella)	Pika më anteriore e kolumnelës së hundës
Sn (subnasion)	Pika e bashkimit midis buzës së sipërme dhe kolumnelës
A (pika A e indeve të buta)	Pika më e brendëshme në kufirin anterior midis buzës së sipërme dhe subnasionit
Ls (buza e sipërme)	Bashkimi muko-kutan i buzës së sipërme
Sts (stomion superior)	Pika më e ulët në vermilionin e buzës së sipërme
Sti (stomion inferior)	Pika më e lartë e vermilionit të buzës se poshtme
Li (Buza e poshtme)	Bashkimi muko-kutan i buzës së poshtme
B (pika B e indeve të buta)	Pika më e brendëshme në konturin anterior të mandibules
Pg (pogonimi i indeve të buta)	Pika më anteriore e indeve të buta në mjekër
Me (mentumi i indeve të buta)	Pika më e ulët mjekrës në inde të buta

Tabela nr 9: Pikat cefalometrike në inde të buta

Plane reference:

SN -Linja që lidh Sella (S) me Nasion (N), përfaqëson bazën kraniale anteriore

FP- Plani i Frankfurtit, Linja që kalon midis Porion (Po) dhe Orbitales (Or)

Max- Plani maksilar, Linja që kalon midis spina nasale posteriore dhe asaj anteriore (SNP dhe SNA)

FOP – Plani okluzal funksional, Linja që kalon në majën e kuspideve të molarëve dhe premolarëve inferior

Mand -Plani mandibular, Linja që kalon nga Gonium (Go) dhe Mentum (Me)

Në trajtimin ortodontiko-kirurgjikal, nëpërmjet analizës cefalometrike është e rëndësishme të analizohen raportet skeletike, ato dentare si dhe indet e buta. [14,16] Disa nga matjet më të kryesore jepen më poshtë:

Analiza e skeletit (në planin antero-posteriore)

Këndet SNA, SNB, ANB sipas Steiner përcaktojnë raportin antero posterior të maksilës, mandibulës me bazën kraniale dhe midis tyre.(fig nr 19) Këto kënde janë bazë në Kirurgjinë Ortognatike. Vlerat normale të këtyre këndeve në popullatën kaukaziane janë SNA 81+/-3, SNB 78+/-3 dhe ANB 3+/-2. Vlerat më të mëdha të SNA flasin për një protuzion të maksilës, ndërsa më të vogla për një retruzion të saj.Vlerat më të mëdha të SNB flasin për një prognati mandibulare ndërsa me të vogla për një retrognati. Ndërsa këndi ANB përcakton klasën skeletike, vlerat brenda normës të tij përcaktojnë një klasë të I-rë skeletike, vlerat më të mëdha një klasë të II-të skeletike, ndërsa vlerat më të vogla një Klasë të III-të skeletike.

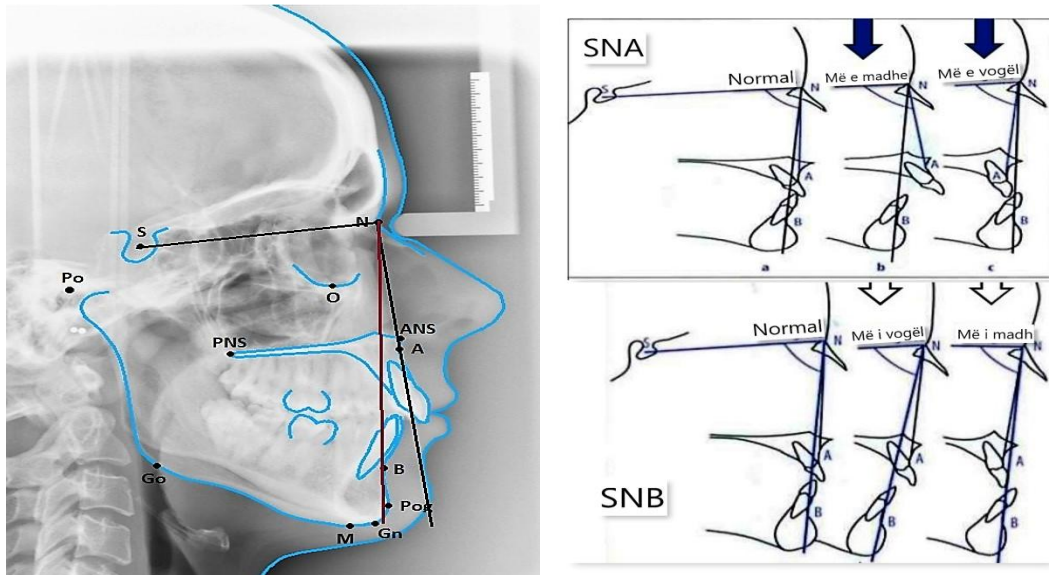


Fig nr 19. Këndi SNA, SNB dhe ANB

Matja e Witts, është një matje lineare që përcakton raportin antero-posterior të nofullave pa u ndikuar nga baza kraniale. Witts mat distancën e krijuar midis (BO dhe AO), që janë përkatësisht linja të krijuara duke hequr një perpendikulare me planin e okluzionit nga pika B dhe A. Për meshkujt kjo distancë është 1mm ndërsa për femrat 0. Një diskrepancë e vogël mund të trajtohet vetëm me ortodonci, ndërsa një diskrepancë e madhe kërkon dhe kirurgji .

Distanca e pikës A nga Linja e McNamarës (N perpendikular me planin e Frankfurtit), përcakton raportin anterior-posterior të maksilës me kraniumin. Vlerat mbi 3mm flasin për një protuzion të maksilës, ndërsa vlerat -3mm flasin për një retruzion të saj. (Norma: Femrat $0.4+/-2.3\text{mm}$, Meshkuj $1.1+/-2.7\text{mm}$)

Distanca e pogonimit nga Linja e McNamarës, përcakton raportin antero-posterior të mandibulës me kraniumin. Normalisht kjo distancë varion nga (-4 në 0 mm). Kur kjo distancë është nën -5mm, kemi një retruzion të mandibulës, ndërsa për vlerat mbi 3 mm kemi një protuzion të saj. (Norma: Femrat $0-1.8+/-4.5\text{mm}$; Meshkujt $-0.3+/-3.8\text{mm}$)

Raportet e nofullave në planin vertikal (fig nr 20)

Këndi FMA i Tweed është këndi që formohet midis planit të Frankfurtit dhe planit mandibular (Go-Me). Ky kënd jep të dhëna për sa i përket lartësisë vertikale të ramus mandibule dhe lartësisë posteriore të fytyrës. Vlerat normale të tij janë $22+/-4^0$. Një kënd i gjerë, tregon një fytyrë të gjatë dhe praninë e kafshimit të hapur skeletik të shkaktuar nga mandibula, ndërsa një kënd i ngushtë tregon një fytyrë të gjerë, dhe /ose praninë e kafshimit të thellë skeletik.

Këndi MMA, është këndi që formohet midis planit maksilar dhe atij mandibular. Vlerat më të mëdha se norma ($25+/-4^0$) flasin për praninë e kafshimit të hapur skeletik, ndërsa vlerat më të vogla për praninë e kafshimit të thellë skeletik. Ky kënd na jep të dhëna edhe për lartësinë posteriore faciale, kështu një kënd i gjerë, flet për një lartësi faciale posteriore të shkurtër dhe për pasojë një lartësitë të shkurtër të muskujve dhe ligamenteve të përfshirë. Kështu ndërhyrja kirurgjikale me zhvendosjen e mandibulës në drejtim anterior, mund të çojë në një relaps të shpejtë.

Këndi SN-Max, këndi midis planit kranial dhe maksilës, me vlerat normale $8+/-3$.

Këndi SN-Mand, këndi midis planit kranial dhe mandibulës, me vlera normale $32+/-3$.

Këndi gonian (Ar-Go-Me), kënd që formohet midis kufirit posterior të ramus mandibule (Ar-Go) dhe margos inferiore të korpus mandibule (Go-Me).

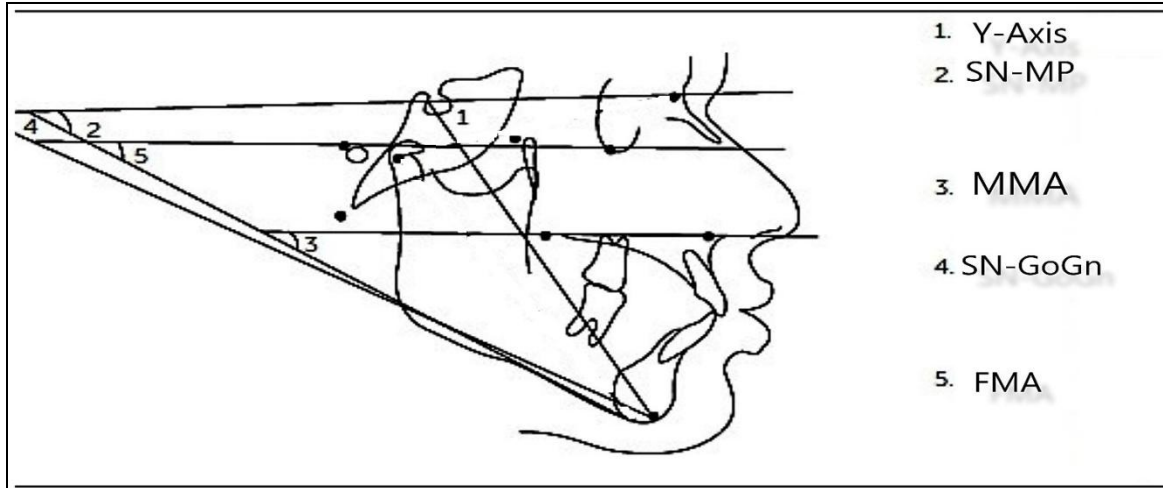


Fig nr 20: Skicimi cefalometrike i raporteve vertikale

Matjet lineare:

UAFH (lartësia anteriore faciale e sipërme) 55+/- 8mm, distanca midis Na dhe SNA e matur perpendicular me planin e Frankfurtit.

LAFH (lartësia anteriore faciale e poshtme) 68+/- 8mm, distanca midis SNA dhe Me e matur perpendicular me FP.

TAFH (lartësia faciale anteriore) 124+/-8mm. (shuma e UAFH dhe LAFH)

UPFH (lartësia posteriore faciale e sipërme) 45 +/-5 mm , distanca midis Sella (S) dhe SNP e matur perpendicular me FP.

LPFH (lartësia posteriore faciale e poshtme) 34 +/- 5 mm, distanca midis SNP dhe Go e matur perpendicular me FP.

TPFH (Lartësia faciale posteriore) 79 +/- 6 mm , shuma UPFH dhe LPFH .

Ar-Go (gjatësia e ramus mandibule) femrat 55.6mm dhe meshkujt 62mm, distanca midis Ar dhe Go.

Raportet dentare (fig nr 21)

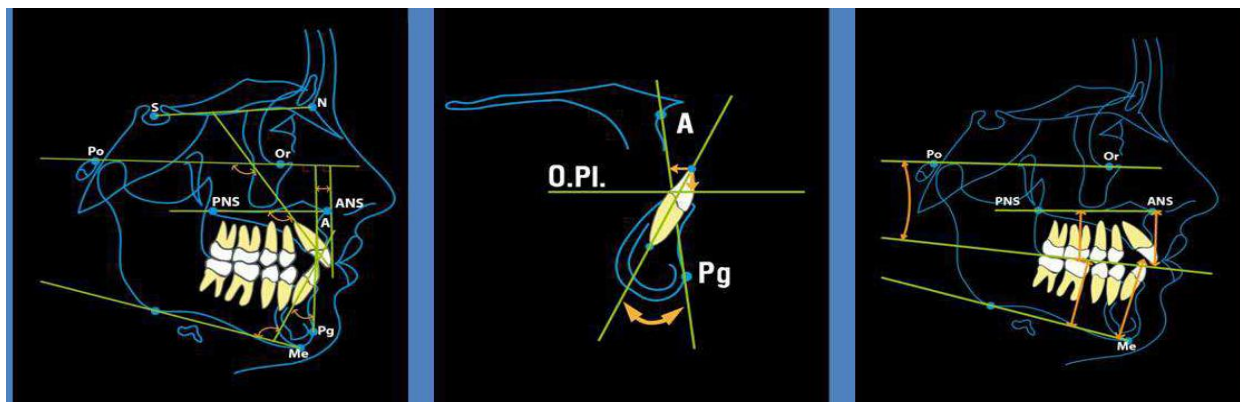


Figura Nr 21: Raportet dentare

UI-Max (këndi që formohet midis aksit longitudinal të incizivit superior dhe planit maksilar), vlerat normale $109 \pm 6^\circ$. Në Klasat e III-ta skeletike, ky kënd zakonisht paraqitet më i gjerë për shkak të kompensimit dentar të anomalisë skeletike.

UI-SN (këndi midis aksit longitudinal të incizivit maksilar dhe planit kranial), vlerat mesatare $103 \pm 2^\circ$). Ky kënd ka rëndësi të matet në rastet kur do të bëhet kirurgjia në maksilë.

UI-NA (përcaktohet distanca dhe këndi që aksi longitudinal i incizivit superior formon me linjën që kalon midis Nasion dhe pikes A. (vlerat mesatare këndi $22 \pm 2^\circ$ dhe distanca 4-6mm).

UADH (Lartësia anteriore dentare e sipërme 33 ± 3 mm) është distanca e matur nga margoja e incizivëve superiore perpendikular me planin maksilar.

Li-Mand (këndi që formohet midis aksit longitudinal të incizivit mandibular dhe planit mandibular. Vlerat mesatare ($90 \pm 5^\circ$). Në Klasat e II-ta skeletike, shpesh ky kënd paraqitet i gjerë.

Li-(A-Pg) raportet e incizivëve mandibularë (këndi dhe distanca) me planin dentoalveolar përcaktojnë inklinimin e tyre me këtë plan. Vlerat mesatare të këndit ($22 \pm 2^\circ$) dhe distanca ($2,4 \pm 2$ mm).

LADH (lartësia dentare anteriore e poshtme M 44 ± 2 mm F 40 ± 2 mm) distanca e matur nga margoja incizale e incizivëve mandibularë perpendikular planit mandibular.

UPDH (lartësia dentare posterior e sipërme) përcaktohet si distanca nga maja e kuspudit mesio-vestibular të molarit të parë maksilar me planin maksllar.

LPDH (lartësia dentare posteriore e poshtme, vlera mesatare 38 ± 3) përcaktohet si distanca nga maja e kuspudit mezial të molarit të parë mandibular me planin mandibular.

Ui-Li (këndi interincizival, vlerat mesatare 126+/-4).

Analiza e indeve të buta [42,43]

Analiza cefalometrike e indeve të buta përfshinë matje në planin vertikal dhe atë horizontal.

1) **Raporti i lartësisë së 1/3 së mesme të fytyrës (G-Sn) me 1/3 e poshtme (Sn-Me).** Ky raport duhet të jetë 1:1. Në pacientët që do të nënshtrohen kirurgjisë ortognatike, anomalitë zakonisht janë të lokalizuara në 1/3 e poshtme të fytyrës. Kështu rritja e lartësisë në 1/3 poshtme të fytyrës mund të jetë si pasojë e rritjes së lartësisë vertikale në maksilë, klasës së III-të skeletike me rritje të lartësisë vertikale apo kafshimit të hapur. Ndërsa ulja e lartësisë në 1/3 e poshtme të fytyrës mund të vijë si pasojë e hypoplasisë maksilare, retruzionit mandibular shoqëruar me kafshim të thellë apo nënzhvillimit horizontal të mjekrës. [42,44]

2) **Gjatësia e buzës së sipërme(Sn-Sts).** Norma e gjatësisë së buzës së sipërme është 20+/-2mm për femrat dhe 22+/-2mm për meshkujt. Kur kjo gjatësi është më e vogël se 18mm thuhet se pacienti ka një buzë të shkurtër dhe për pasojë mund të kemi një rritje të ekspozimit të incizivëve. Kjo matje është e rëndësishme të kihet parasysh në korrigjimin e “gummy smile”.

3) **Distanca interlabiale (Sts-Sti).** Kjo distancë normalisht duhet të jetë 0-3mm. Vlera më të mëdha flasin për një inkompetencë labiale

4) **Ekspozimi i incizivëve të sipërm, distanca nga Sts në margon incizivale.** Normalisht kjo distancë është 2,5+/-1,5mm. Kjo matje ka rëndësi në vlerësimin e dimensionit vertikal të fytyrës. Kur ky ekspozim i incizivëve është i vogël mund të kemi praninë e hypoplazisë maksilare, ndërsa ekspozimi mbi 4mm kur gjatësia e buzës është normale mund të flasi për një zhvillim më të madh vertikal të maksilës.[16]

5) **Këndi Nasolabial,** formohet nga dy linjat njëra që kalon tangjent nga kolumnella e hundës tek Sn dhe tjetra nga Sn në pikën më protuzive të buzës së sipërme. Ky kënd ka vlera normale 85-100⁰ dhe mund të jetë më i shprehur në klasat e III-ta skeletike dhe më i ngushtë në klasat e II-ta skeletike.

Gjithashtu në analizën cefalometrike të indeve të buta mund të kryhen matje të këndëve; nasolabial, mentolabial, labiocervikal, ashtu sikurse i përmendëm më lart në analizën e profilit.

Duhet ditur si nga ortodonti dhe nga kirurgu OMF se nuk mund të përcaktohen ekzakt ndryshimet që pësojnë indet e buta pas ortodoncisë dhe kirurgjisë ortognatike.

3.1.6.e. Përcaktimi i moshës skeletike

Përgjithësisht pacientët që do të kryejnë trajtime ortodontike janë individë në rritje, ndaj është detyra e ortodontit, që për të pasur një trajtim të suksesshëm të vlerësojë stadin e zhvillimit skeletik. Nëse pacientët nuk kanë përfunduar procesi i rritjes dhe mjeku ortodont fillon trajtimin pa e marrë parasysh këtë fakt, pacientët do të kenë ndryshime sinjifikative në rezultatin e trajtimit. Kështu përshembull në një pacient me klasë të II-të skeletike rritja mund të konsiderohet e favorshme, ndërsa në një pacientët me klasë të III-të skeletike apo kafshim të hapur rritja ndikon negativisht në trajtim.

Zakonisht kirurgjia ortognatike kryhet në pacientë adultë, të cilët e kanë përfunduar procesin e rritjes. Në ato raste që mund të konsiderohen në “limitet e moshës”, për të përcaktuar nëse pacienti vazhdon akoma apo ka përfunduar rritjen skeletike, rekomandohet kryerja e analizave të ndryshme për të vlerësuar maturimin skeletik. Ndër metodat më efektive mund të përmendim përcaktimin e moshës skeletike nëpërmjet grafisë së vertebrave cervikale si dhe nëpërmjet grafisë së dorës dhe kyçit. Zakonisht grafia e dorës analizohet duke përdorur metodën krahasuese sipas atlasit të Greulich dhe Pyle. [128] Atlasi i Greulich dhe Pyle (fig nr 22 a) që përdoret si referencë përmban foto të radiografisë së dorës dhe kyçit të majtë, nga lindja deri në 19 vjeç për meshkuj dhe 18 vjeç për femra. Moshja skeletike përcaktohet duke krahasuar stadin e osifikimit të kockave të dorës me imazhin më të përafërt në atlasin e Greulich dhe Pyle. Analizimi i maturimit skeletik të vertebrave cervikale është metoda që përdoret dhe më shpesh, pasi shfrytëzohet grafia laterale që përdoret rutinë për analizën cefalemetrike në ortodonci. Në grafinë laterale studiohet stadi i maturimit të vertebrave cervikale C2, C3 dhe C4 duke krahasuar me 6 stadet e maturimit të paraqitura skematikisht (fig nr 22 b) dhe përcaktohet nëse pacienti ka përfunduar rritjen apo ka akoma kohë.

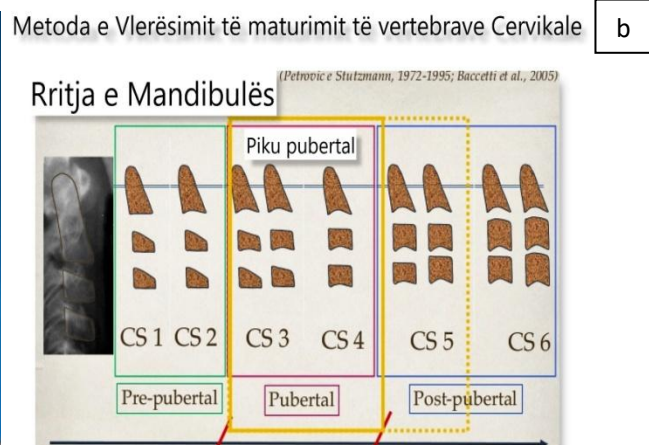
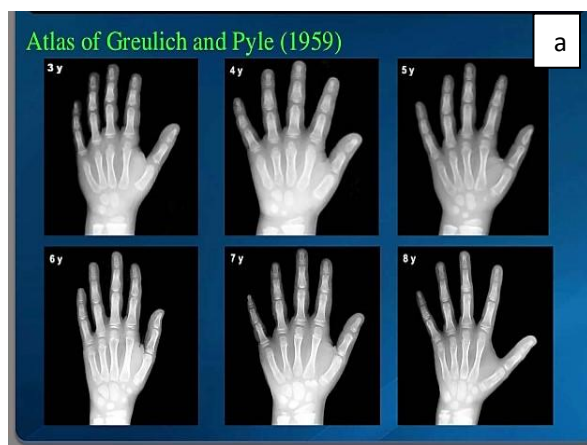


Figura nr 22: (a)Foto nga Atlasi i Greulich dhe Pyle (b) Skematikisht stadet e maturimit të vertebrave cervikale.

3.1.6.f Analiza dhe ekzaminime të tjera suplementare

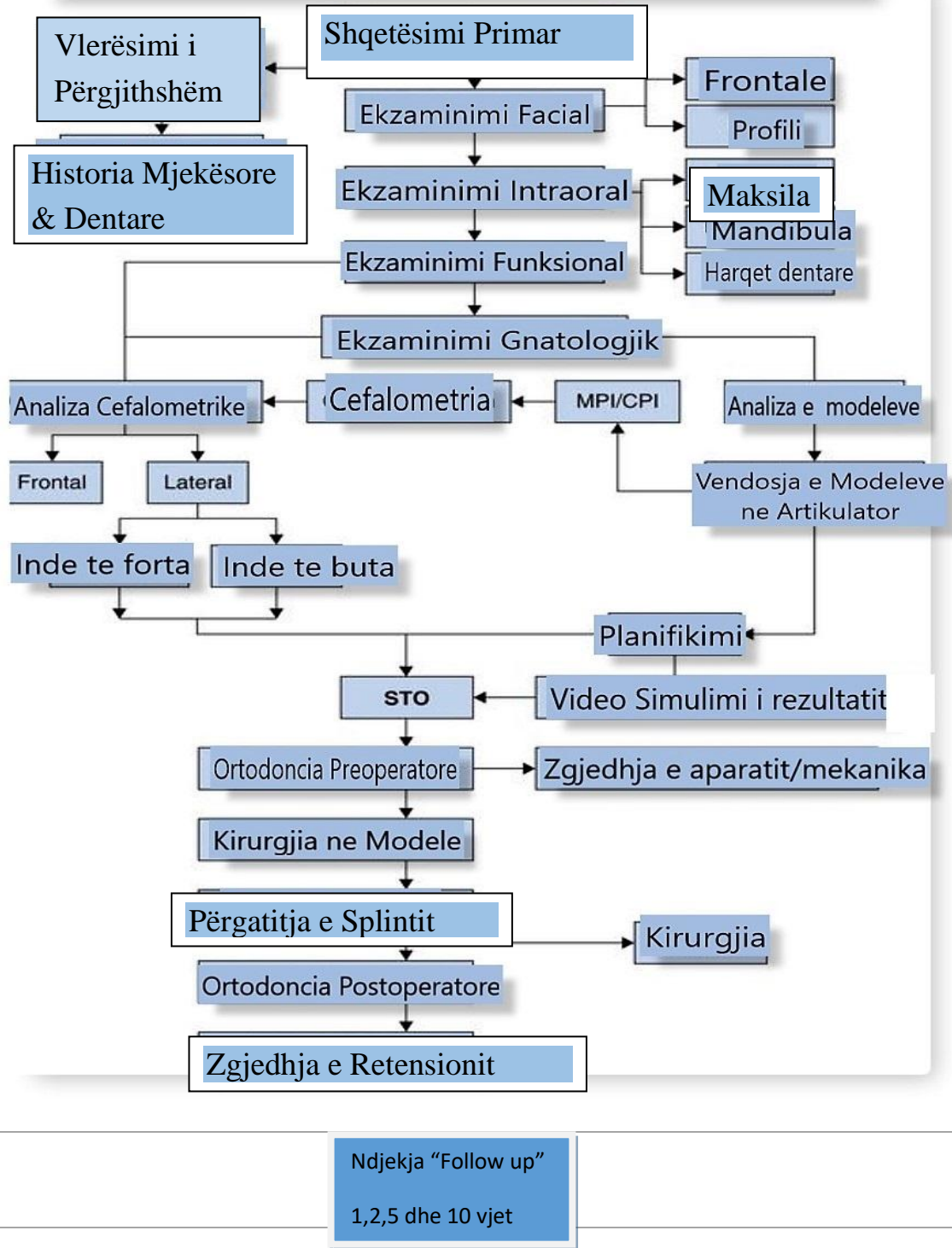
- **Kompjuter Tomografia** (CT scan) siguron një imazh 3 dimensional të kompleksit dentoskeletik si dhe indeve të buta të fytyrës. Është veçanërisht i rëndësishëm në rastet e anomalive kranio-faciale.
- **Skeneri dentar**, siguron informacion të detajuar 3 dimensional mbi dhëmbët dhe nofullat. Shumë i rëndësishëm në trajtimin e dhëmbëve të impaktur.
- **Elektromiografia**
- **Testi endokrin**
- **Setup diagnostik**, skanim introral dhe përgatitja e modeleve digitale
- **Matje të gjatësisë**
- **Llogaritje të metabolizmit bazal**
- **Shintigrafi**

Duke qënë se operacionet e kirurgjisë ortognatike kryhen me anestezi gjenerale, në analizat e tjera që duhet të kryejë pacienti janë dhe analizat e domosdoshme për anestezinë si gjak komplet,urinë komplet, transaminaza, provë hepari, EKG etj. I rëndësishëm është edhe grupi i gjakut dhe të sigurohet gjak me grupin përkatës në momentin e kirurgjisë.

3.2. Planifikimi për kirurgjinë Ortognatike

Skematikisht planifikimin për kirurgji ortognatike do ta paraqisim kështu:

Planifikimi për Kirurgji Ortognatike



KAPITULLI 4.TRAJTIMI ORTODONTIK NË KIRURGJINË ORTOGNATIKE

Fazat e trajtimit ortodontik në pacientët që do të nënshtrohen kirurgjisë ortognatike janë [7,45]:

- 1) Ortodoncia preoperatore
- 2) Takimi para kirurgjisë
- 3) Përgatitja ortodontike para kirurgjisë
- 4) Takimi pas kirurgjisë
- 5) Ortodoncia Postoperatore
- 6) Follow Up

4.1. Ortodoncia preoperatore

Ortodoncia preoperatore në pacientin që do të nënshtrohet kirurgjisë ortognatike ndryshon në varësi të kompleksitetit të lëvizjeve të dhëmbëve që do të bëhen dhe llojit të kirurgjisë. Kjo fazë mund të zgjasi nga 12-24 muaj, duke përbërë etapën më të gjatë por dhe shumë të rëndësishme të trajtimit. Aparatet ortodontike që përdoren shpesh janë në zgjedhje të mjekut ortodont. Sot përdoren kryesisht aparate ortodontike fikse, që mund të jenë labiale ose linguale. Sistemi i harkut të drejtë "Straight-wire appliance" i përshkruar për herë të parë nga Andrews është aparati ortodontik fiks më i përdorshëm në trajtimet ortodontiko-kirurgjikale. Ky lloj aparati është një modifikim i aparatit standart Edgewise, ku informacioni për sa i përket lëvizjeve të dhëmbëve nuk bëhet nëpërmjet përkuljeve të harkut por është i inkorporuar në braketat e aparatit. Çdo braketë është e dizenuar në mënyrë të tillë që të sigurojë pozicionin final të çdo dhëmbi për sa i përket torkut, mesio-distalizimit (tip) të kurorës dhe pozicionit brenda jashtë (in-out) të tij. Ky informacion i braketës shprehet në momentin që vendoset harku, zakonisht rektangular, që përmbush përmasat e slotit të braketës. Kështu në një braketë me slot 0.022, harku me përmasa më të mëdha që mund të vendoset është 0.022 X 0,028 inch. Edhe pse quhet "Sistemi i harkut të drejtë", për të siguruar pozicionin optimal të dhëmbëve, në fazat e fundit të trajtimit mjeku mund të bëjë përkulje të harkut. Sot gjenden në treg një sërë sistemesh braketash si MBT, Roth, Damon etj me vlera të ndryshme për sa i përket torkut, tipit dhe pozicionit brenda-jashtë. Mjeku ortodont zgjedh sistemin që do të përdorë sipas preferencave të tij dhe lëvizjeve të dhëmbëve që do të bëjë. Në pacientët tanë ne kemi përdorur kryesisht sistemin MBT.

Qëllimi kryesor i ortodoncisë preoperative është vendosja e dhëmbëve në një pozicion korrekt me nofullën përkatëse në mënyrë që pas pozicionimit kirurgjikal të nofullave të sigurohet një okluzion optimal i dhëmbëve dhe të garantohet sukcesi.

Lëvizjet e dhëmbëve në trajtimin ortodontik preoperator kanë për qëllim të sigurojnë:

- Rreshtimin dhe nivelimin
- Dekompensimin
- Përgatitjen e inklinimit incizival
- Koordinimin e harqeve
- Eliminimin e interferencave okluzale

Rreshtimi dhe nivelimi

Rreshtimi i dhëmbëve përbën fazën e parë të trajtimit ortodontik fiks dhe synon të korigjojë rotacionet dhe inklinimet (pozicionet mezio-distale) jo korrekte të dhëmbëve. Në këtë fazë përdoren harqet të holla, të rrumbullakta nikel-titani. Në varësi të rastit përmasat e këtyre harqeve mund të jenë 0.012-0.014 inch kur ka shumë grumbullime dentare dhe 0.016-0.018 inch në rastet më të lehta. [8]

Nivelimi i harkut të dhëmbëve përfshinë fazën e trajtimit që ka të bëjë me korigjimin e kurbës Spee, (figura nr 23) në mënyrë të tillë që të lejojë lëvizjen vertikale të dhëmbëve në secilën hark duke bërë që margot incizale dhe faqet okluzale të tyre të përkojnë me planin horizontal. Për një okluzion dentare të mirë kërkohet një kurbë Spee sa më e sheshtë. [7,8,14]

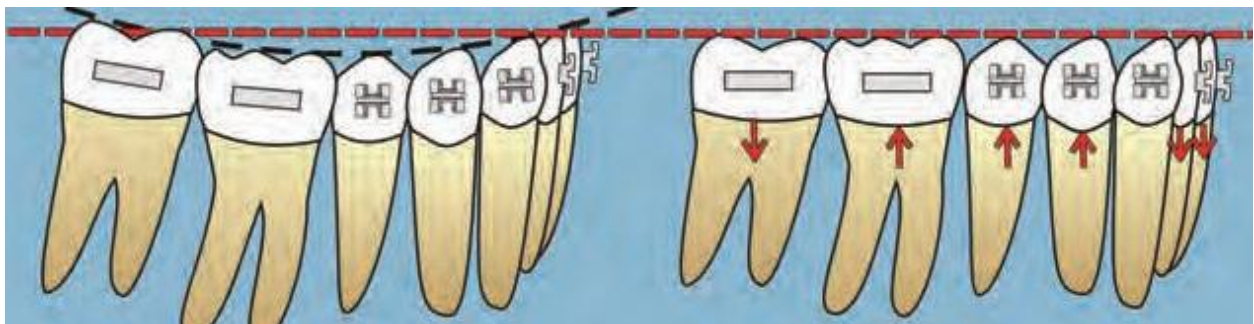


Figura nr 23. Nivelimi i Kurbës Spee

Nivelimi i kurbës Spee në varësi të rastit mund të bëhet para kirurgjisë (në pjesën më të madhe të rasteve), intraoperator (në rastet kur do të bëhet kirurgji segmentare) dhe postoperator. [45,46]

Nivelimi në maksilë do të varet nga pozicioni që duam i incizivëve frontalë në raport me buzën e sipërme dhe fytyrën. Pasi përcaktohet plani në maksilë vendosim për nivelimin e Kurbës Spee në mandibul duke marrë parasysh raportin që incizivët mandibularë do të kenë me ata maksilarë pas kirurgjisë si dhe efektin në lartësinë anteriore faciale të poshtme (LAFH). Nivelimi i kurbës Spee

në mandibul do të varet pikërisht nga ndryshimet që duam në LAFH. Nëse nuk duam të rrisim LAFH, atëherë nivelimi i kurbës Spee bëhet preoperator nëpërmjet intrudimit të incizivëve.

Në trajtimin ortodontik preoperator nivelimi mund të bëhet total, i pjesshëm ose segmentar. Nivelimi total i vazhdueshëm realizohet nëpërmjet sekuencës së harqeve, deri tek ata rektangulor prej çeliku. [7,8,9]

Në rastet e nivelimit të pjesshëm të vazhdueshëm, kurba Spee mbetet pak e shprehur para kirurgjisë dhe pas saj sigurohet okluzioni në 3 pika (një anterior dhe 2 posteriorë). Nivelimi përfundimtar në këto raste bëhet në ortodoncinë postoperative.

Nivelimi segmentar bëhet në rastet kur do të kryhet kirurgji segmentare. Harku ortodontik pritet në segmente ose përkulet vertikalisht dhe menjëherë pas kirurgjisë vendoset një hark i vazhdueshëm.

Dekompensimi

Dalja e dhëmbëve dhe pozicionimi i tyre në hark drejtohet nga zhvillimi i nofullave dhe ekuilibrimi i forcave që ushtrojnë indet e buta, siç është gjuha buzët dhe faqet [30]. Në rastet e diskrepansave të nofullave, ky ekuilibër ndryshon e për pasojë krijohet një kompensim dentoalveolar në të tre planet. Dhëmbët inklinohen në mënyrë që të kompensojnë diskrepancën skeletike. Trajtimi ortodontik preoperator konsiston pikërisht në dekomensimin e harqeve dentare në të tre planet dhe vendosjen korrekte të dhëmbëve me bazën skeletike të nofullës përkatëse. Është e rëndësishme të sqarohet pacienti për këtë fazë të trajtimit, pasi si pasojë e dekomensimit anomalia bëhet më e dukshme.

Zakonisht bëhet një dekomensim total para kirurgjisë, por në disa raste ai mund të jetë i pjesshëm si: [7]

- Në rastet kur do të kryhen procedura kirurgjikale të vogla për arsye estetike faciale.
- Në rastet kur duam të evitojmë zhvendosje të mëdha kirurgjikale të nofullave
- Në rastet kur kemi probleme morfologjike, si përshembull një gingivë të hollë, të predispozuar për të dhënë rechesion gingivar.
- Në rastet e Klasave të III-ta, kur ruhet pozicioni lingual i molarëve mandibularë, për të lehtësuar korrigjimin e kafshimit të kryqëzuar.

Në planin horizontal

Në pacientët me klasë të II-të skeletike, qëllimi i ortodoncisë prekirurgjikale është proklinimi i incizivëve maksilarë dhe retroklinimi i atyre mandibularë ndërsa në klasat e III-ta skeletike është retroklinimi i incizivëve maksilarë dhe proklinimi i atyre mandibularë. [47,48]

Në planin vertikal

Në anomalitë skeletike, kompensimi dentar ndodh edhe në planin vertikal, si në maksilë dhe në mandibul. Kështu në pacientët me kafshim të hapur vihet re një erupim më i madh i incizivëve maksilarë dhe mandibularë që kompenson lartësinë e rritur faciale. Në këta pacientë shpesh vihet re dhe një rritje e lartësisë së procesit alveolar, çka bën që anomalia të shoqërohet edhe me “gummy smile”. Trajtimi ortodontik preoperator në këto raste do të varet pikërisht nga lartësia anteriore faciale.

Në kafshimet e hapura, kur trajtimi përfshin osteotomi segmentare në maksilë, ortodoncia preoperatore konsiston në ruajtjen e dy planeve të okluzionit. Segmenti anterior (kanin -kanin) dhe segmenti posterior (distalisht kaninëve) nivelohen në mënyrë të pavaruar me harqe segmentare. [7,49]

Në rastet kur lartësia e poshtme faciale është e ulur, siç janë klasat e II-ta skeletike dhe kafshimet e thella, në ortodoncinë preoperatore nuk bëhet nivelimi i harqeve. Qëllimi është ruajtja e kurbës Spee në mënyrë që me avancimin kirurgjikal të mandibulës të bëhet rritja e lartësisë faciale dhe të sigurohet kontakti në tre pika, midis incizivëve dhe molarëve. Në ortodoncinë postoperatore, behet nivelimi i kurbës Spee duke ekstruduar segmentin bukal nëpërmjet përdorimit të elastikëve intermaksilarë. [7]

Në planin transversal

Në klasat e II-ta skeletike, harku dentare paraqitet i ngushtë, ndërsa në klasat e III-ta paraqitet në formë V-je. Forma e harkut korrigjohet në ortodoncinë preoperatore nëpërmjet harqeve rektangulare me përmasa të mëdhaja, që përmbushin përmasat e slotit të braketës.

Në klasat e III-ta skeletike, kur ka deficiencë transversale të maksilës, mund të jetë e nevojshme kryerja e ekspansionit kirurgjikal, nëpërmjet kirurgjisë SARPE ose Le Fort 1 osteotomisë në disa pjesë. [50] Në të dyja këto raste, nuk bëhet koordinim prekirurgjikal i harqeve, pasi kjo realizohet më mirë pas kirurgjisë.

Përgatitja e inklinimit të incizivëve

Përgatitja e inklinimit të duhur të incizivëve është pjesë e dekompensimit në ortodoncinë preoperatore. Në klasat e II-ta skeletike, zakonisht incizivët maksilarë janë të retroklinuar dhe ata mandibularë të proklinuar. Ndërsa në klasat e III-ta skeletike incizivët maksilarë paraqiten të proklinuar ndërsa ata mandibularë të retroklinuar për të kompensuar anomalinë e skeletike.

Dekompensimi në këto raste do të bëjë anomalinë më të dukshme:

a) në klasat e II-ta skeletike, do të bëhet proklinimin i incizivëve maksilarë dhe retroklinimi i atyre mandibularë, rritje të overjetit pozitiv.

b) në klasat e III-ta skeletike, do të bëhet retroklinim i incizivëve maksilarë dhe proklinim i atyre mandibularë, rritje e overjetit negativ.

Ky dekomensim mund të arrihet nëpërmjet:

a) **Mekanikës ortodontike** [32,51]

Retroklinimi (lëvizja e koronës së dhëmbit në drejtim labio-lingual/palatal), bëhet kryesisht me harqe të rumbullakta çeliku dhe zinxhir elastik. (foto nr 24)

Retruzionit (lëvizja trupore e dhëmbit në drejtim labio-lingual/palatal), me harqe rektanguluar çeliku.



Foto nr 24

b) **Elastikë intraoralë të klasës së II-të dhe të III-të**

Elastikët intraoralë për të arritur, proklinimin apo retroklinimin e incizivëve në pacientët që do të bëjnë kirurgji ortognatike, përdoren në mënyrë të kundërt me përdorimin e zakonshëm në ortodonci: Kështu në klasat e II-ta skeletike përdoren elastikë të Klasës së III-të, dhe në Klasat e III-ta përdoren elastikë intraoralë të klasës së II-të. [32.51]

c) **Ekstraksionet**

Vendimi për të bërë ekstraksione apo jo do të varet nga qëllimi për sa i përket koordinimit të harqeve. Kështu në klasa e II-ta skeletike, në ortodoncinë preoperative, mund të bëhet ekstraksioni i premolarëve të dytë për të lehtësuar grumbullimet dentare në maksilë dhe ekstraksioni i premolarëve të parë në mandibul për të ndihmuar në rreshtimin dhe retroklinimin e incizivëve. Kjo zgjedhje për sa i përket ekstraksioneve është e kundërt me ekstraksionet që bëjmë normalisht në trajtimin ortodontik në klasat e dyta, ku në maksilë ekstrahet premolari i parë dhe në mandibul premolari i dytë.

Në pacientët me klasa të III-të skeletike, mund të bëhet ekstraksioni i premolarit të dytë në mandibul dhe premolarit të parë në maksilë, për të rritur overjetin negative dhe në disa raste ekstraksione vetëm në maksilë.

Koordinimi i harqeve

Koordinimi i harqeve dentare përbën pjesën më të rëndësishme të trajtimit ortodonik preoperator, duke bërë të mundur okludimin normal të harqeve dentare në maksilë dhe mandibul pas kirurgjisë. Zakonisht koordinimi arrihet duke bërë zgjerimin e njërit hark (kryesisht maksilës) dhe ngushtimin e harkut tjetër. Studimi i okluzionit nëpërmjet modeleve të studimit, siguron informacionin e nevojshëm përsa i përket regjionit interkanin dhe inklinimit bukolingual të premolarëve dhe molarëve në raport me bazën skeletike përkatëse .

Harku dentar në maksilë:

Në varësi të inklinimit bukolingual të premolarëve dhe molarëve në maksilë përcaktohet dhe nevoja për zgjerim apo ngushtim të harkut në maksilë.

Zgjerimi i harkut dentar në maksilë mund të bëhet me:

1. Harqet zgjeruese

Përdorimi i harqeve zgjeruese nikel titani (fig nr 25) nëpërmjet aparatit ortodontik fiks dhe kryesisht atij vetëlidhës “Self ligating,” ku forcat e fërkimit janë më të ulta, siguron një zgjerim të harkut dentar. Pasi sigurohet zgjerimi i nevojshëm bëhet koordinim me harqet rektangulare të çelikut, të cilët japin tork bukal të rrënjëve të dhëmbëve posteriorë, dhe sigurojnë inklinim korrekt të tyre me nofullën përkatëse.



Fig nr 25: Hark 19x 25 Inch NiTi i zgjeruar në maksilë përpara se të ligohet në braketë

2. Aparatet e lëvizshme me vidë zgjeruese

Këto aparate përbëhen nga një vidë e cila aktivizohet nga pacienti $\frac{1}{4}$ rrotullime një herë në javë, afërsisht 0,25mm zgjerim. Këto aparate përdoren kryesisht në fëmijë. Në të rritur ato japin zgjerim të harkut vetëm duke bërë inklinimin bukal të dhëmbëve posteriorë, dhe për pasojë kalimi në aparatit fiks duhet të bëhet me kujdes, në mënyrë që të ruhet zgjerimi.

3. Quad Helixi (fig nr 26)

Ky është një modifikim i sustës W të Kofinit dhe siguron një zgjerim të harkut maksilarë në adultë duke bërë inklinimin bukal të dhëmbëve posteriorë.



Fig Nr 26: Zgjerimi i maksilës me aparat Quad helix

4. Zgjeruesi i shpejtë maksilar (RPE) (fig nr 27)

Ky aparat bën të mundur zgjerimin e maksilës, duke hapur suturën midpalatine. Zgjerimi i shpejtë maksilar indikohet në rastet kur diskrepanca transversale në maksilë është mbi 4 mm dhe pacienti është përpara ose gjatë pikut të rritjes pubertale. Aparati përbëhet nga 2 ose 4 banda që ngjiten në nivelin e premolarëve dhe molarëve maksilarë si dhe nga një vidë zgjeruese. Aktivizimi i vidës bëhet duke bërë 2 rrotullime në ditë. Hapja e suturës midpalatale vihet re në momentin që fillon të krijohet diastema midis dy centralëve maksilarë. Mosaktivizimi i mëtejshëm i vidës bëhet nga mjeku pasi është arritur zgjerimi i nevojshëm. Ekspansioni në zonën interkanine është gati dyfish në krahasim me segmentin posterior. Në klasat e III-ta skeletike të shoqëruara me hipoplazi maksilare dhe grumbullime dentare nëpërmjet zgjerimit të shpejtë maksilar, sigurohet hapësirë edhe për rreshtimin korrekt të dhëmbëve.



Foto Nr 27: Zgjerimi i shpejtë maksilar me aparat Hyrax

5. Zgjerimi i shpejtë maksilar me ndihmën e kirurgjisë (SARPE)

Në pacientët adultë me diskrepancë të madhe transversale, kur ka mbaruar maturimi skeletik, zgjerimi në maksilë bëhet me një aparat RME i asistuar nga kirurgjia. Kirurgjia SARPE, bën lirim të suturave që pengojnë ekspansionin e maksilës. Menjëherë pas kirurgjisë bëhet aktivizimi i vidës të aparatit RPE që është ngjitur paraprakisht, rreth 0,4mm në ditë (2 rrotullime në ditë). Relapsi në rastet e zgjerimit të maksilës me SARPE është më i madh si pasojë e

mungesës së elasticiteti të periositit mukopalatal, ndaj dhe gjithmonë bëhet një mbi zgjerim i maksilës.

Eliminimi i interferencave okluzale (parakontaktet)

Eliminimi i interferencave okluzale duhet të bëhet që në fillim të trajtimit. Interferencat më të shpeshta në pacientët ortognatikë janë:

a) Inklinimi i kaninëve

Koordinimi i gjërësisë interkanine është shumë i rëndësishëm në mënyrë që pas kirurgjisë okluzioni të jetë në klasë të I-rë kanine. Pozicionimi i braketës pak me mezial, përkulja e harkut apo përdorimi i sustave të ndryshme ndihmon në pozicionimin e duhur mezio-distal dhe bukopalatinal të kaninit.

b) Ekstrudimi i molarëve të dytë maksilarë

Molarët e dytë maksilarë, duhen të përfshihen patjetër në aparatën ortodontik fiks në pacientët që do të bëjnë kirurgji ortognatike. Nëse ato janë të ekstruduar, duhet të bëhet intrudimi i tij para kirurgjisë për të shmangur parakontaktet.

c) Inklinimi bukal i molarëve maksilarë

Në rastet kur është bërë zgjerimi i maksilës, molarët e parë maksilarë mund të jenë të inklinuar më shumë nga ana bucale, duke bërë që tuberkulat palatinalë të shkaktojnë parakontakt në okluzion. Përdorimi i harqeve rektangulare me tork bukal për rrenjët e molarëve, si dhe ulja në raste të rralla e lartësisë së tuberkulit, eliminon këto parakontakte .

d) Premolarët e ekstruduar

Pozicionimi jo korrekt i braketës tek premolarët shpesh jep një ekstrudim të tyre, i cili duhet të evitohet para kirurgjisë ortognatike. Për këtë arsye mund të bëhet pozicionimi më okluzal i braketës tek premolarët dhe ripozicionimi i saj pas kirurgjisë.

e) Ekstrudimi i dhëmbëve që i mungon anatagonisti

Dhëmbët të cilëve u mungon antagonisti, shpesh ekstrudohen si pasojë e fenomenit Godon-Popov. Intrudimi i këtyre dhëmbëve para kirurgjisë shmang parakontaktet okluzale që mund të lindin .

f) Zëvendësimi i kaninit me premolar

Në rastet kur për arsye të ndryshme kanini maksilar mungon, premolari i parë maksilar do të zëri vendin e tij. Para kirurgjisë duhet të bëhet ulja e tuberkulit palatinal të tij.

g) Zëvendësimi i incizivit lateral me kaninin

Në rastet e mungesave të incizivëve lateralë, kanini i cili do të zërë vendin e tij duhet të modelohet më frezë në mënyrë që faqja palatinale të mos pengojë në okluzion dhe maja e tij të ulet që të ngjasojë me margon incizale të lateralit.

h) Kuspide prominente

Në rastet kur dhembët, kanë kuspide më të zhvilluara që krijojnë parakontakte në okluzion bëhet një reduktim i tyre me frezë nën irrigimin me fiziologjik.

Dhëmballët e pjekurisë

Ekstraksioni i dhëmballëve të pjekurisë indikohet që të kryhet së paku 6 muaj para kirurgjisë ortognatike, duke analizuar me kujdes indikacionet për heqjen e tyre.

Konsulta me kirurgun para kirurgjisë

Pasi ka përfunduar ortodoncia preoperatore bëhet konsulta e dytë me kirurgun për të vendosur mbi trajtimin kirurgjikal. Për këtë konsultë, mjeku ortodont përgatit dosjen e pacientit ku tani duhet të përfshihen edhe:

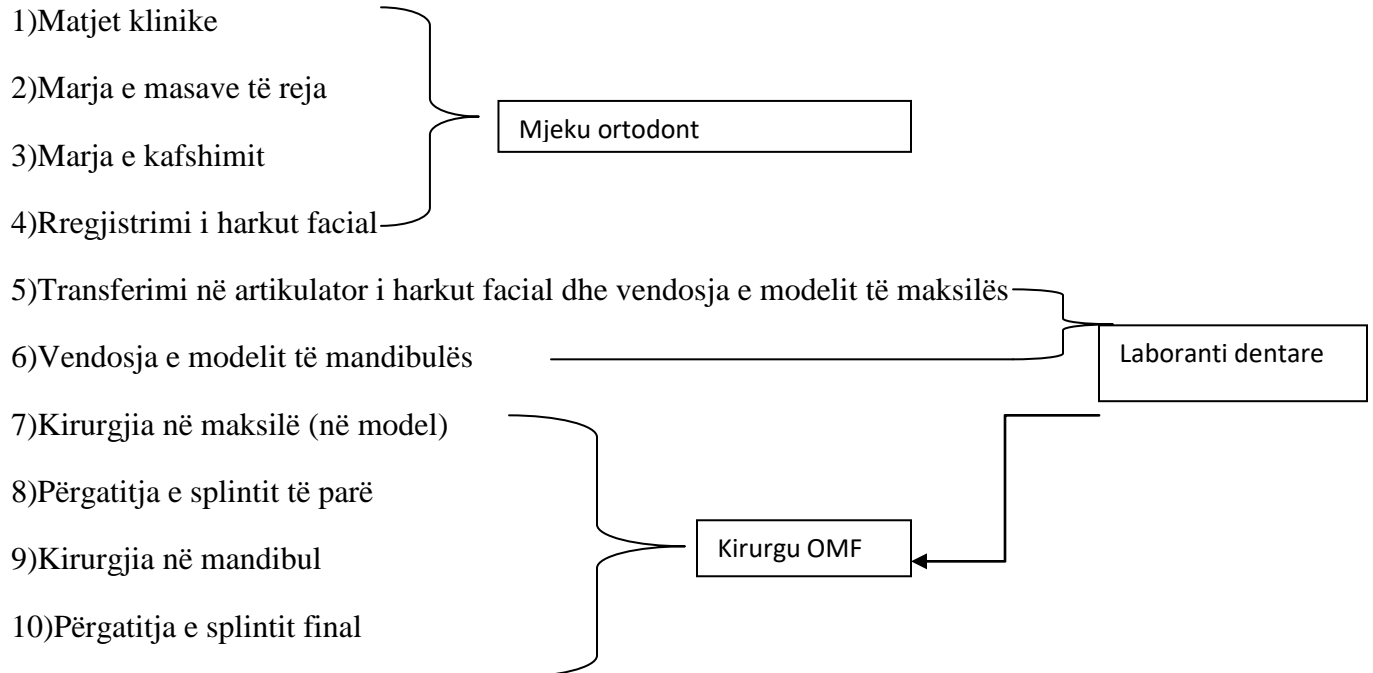
- Grafia panoramike e re
- Grafia laterale e re së bashku me analizën cefalometrike
- Modelet e studimit, të mara së fundmi me aparatit fiks në gojë, dhe harkun e hequr
- Foto të pacientit, frontale, profil, oblike dhe intraoral
- Grafia postero-antérieure, ose skaneri 3D mund të bëhen nëse kërkohen nga kirurgu për pacientët që paraqesin asimetri faciale

Pasi bëhet konsulta e dytë me kirurgun dhe përcaktohet plani final i trajtimit kirurgjikal, mjeku ortodont në bashkëpunim me kirurgun dhe laborantin dentar bëjnë kryerjen e matjeve faciale, kirurgjinë në modele [60] dhe përgatitjen e splintit kirurgjikal. (foto nr 28)



Figura nr 28. Matja e harkut facial, vendosja në artikulator dhe splintet kirurgjikale

Kështu planifikimi preoperativ përfundimtar përfshin këto stade:



Në rastet kur do të kryhet osteotomia në mandibul, planifikimi i kirurgjisë në modele duke përdorur harkun facial si dhe artikulatorin anatomik nuk nevojitet. Kirurgjia në maksilë, si dhe bimaksilarja kërkon patjetër splint.

4.2. Përgatitja ortodontike para kirurgjisë

Takimi me ortodontin bëhet 1-2 javë para kirurgjisë. Në këtë takim kontrollohet:

- Nëse aparati është në rregull, nuk kemi shkëputje braketa apo bandash
- Vendosen harqet kirurgjikale prej çeliku zakonisht 0.019x0.025 ose 0.021x0.025 Inch
- Vendosen ligatura teli
- Vendosen grepat kirurgjikale në harkun e çelikut, që ndihmojnë kirurgun për fiksimin e nofullave me elastikë intraoralë pas kirurgjisë.
- Vendosen minimplantet ortodontike për fiksimin bimaksilar.

4.3. Kirurgjia Ortognatike

4.4. Takimi pas Kirurgjisë

Ortodonti sëbashku me kirurgun duhet të kontrollojnë pacientin ditën e nesërme pas ndërhyrjes. Kontrollohet:

- Nëse është arritur qëllimi i kirurgjisë përsa i përket okluzionit dentar dhe skeletit
- Pavarësisht edemës, shikohen ndryshimet e arritura në indet e buta
- Në grafinë panoramike dhe atë laterale pas kirurgjisë shikohet:

- a) Pozicioni i kondilit pas kirurgjisë
- b) Linja e osteotomise
- c) Pozicioni i mjekrës pas genioplastikës
- d) Krahasimi i grafisë laterale para dhe pas kirurgjisë
- Kontrolli i splintit

Si rregull hiqet splinti në sallën e operacionit në fund të ndërhyrjes.

Nëse kirugu nuk e ka hequr splintin, bëhet heqja e tij ditën e nesërme dhe vendosen elastikët intermaksilarë të lehtë.

Nëse pas heqjes së splintit kemi një devijim 2-3mm të harkut në mandibul në drejtim anterior ose lateral, vendosen elastikë intraoralë në mënyrë të tillë që përveç fiksimit të bëjnë dhe drejtimin e nofullave në okluzionin final. Në disa raste splintit përfundimtar mund të lihet edhe 1 muaj, dhe pastaj të vazhdohet me trajtimin ortodontik.

4.5. Ortodoncia Postoperatore

Ortodoncia postoperatore zakonisht fillon 2-3 javë pas ndërhyrjes, në një kohë që pacienti është më i qetë. Në këtë fazë hiqen harqet kirurgjikalë dhe vendosen harqet me të cilët do të punohet për të siguruar okluzionin final. Këto harqe mund të kenë përmasat 0.017, 0.018 ose 0.019x0.025 inch dhe mund të jenë :

- a) harqet me disa fije çeliku
- b) harqe TMA (aliazh titan molbiden)
- c) harqe Ni-Ti (nikel-titani)

Elastikët intermaksilarë

Elastikët intermaksilarë luajnë rol shumë të rëndësishëm në ortodoncinë postoperatore.

2 javë pas ndërhyrjes hiqen elastikët introralë që bëjnë fiksimin e nofullave dhe kalohet në elastikët intraoralë që bëjnë lëvizje të drejtuar të dhëmbëve për në okluzionin final.

Elastikët intraoralë kapen tek grepat kirurgjikalë, tek grepat e braketave ose në grepat e krijuara me ligature kobayashi në dhëmbët që duam të lëvizim. Forma e vendosjes së elastikëve, dhëmbët ku do të kapen dhe kohëzgjatja e mbajtjes së tyre përcaktohet nga mjeku ortodont .

Format e elastikëve intra oralë (fig nr 29) mund të jenë :

- a) katrore (box)
- b) trekëndorë

c) elastikë të klasës së II-të

d) elastikë të klasës së III-të

f) elastikë për korrigjimin e linjës mediane

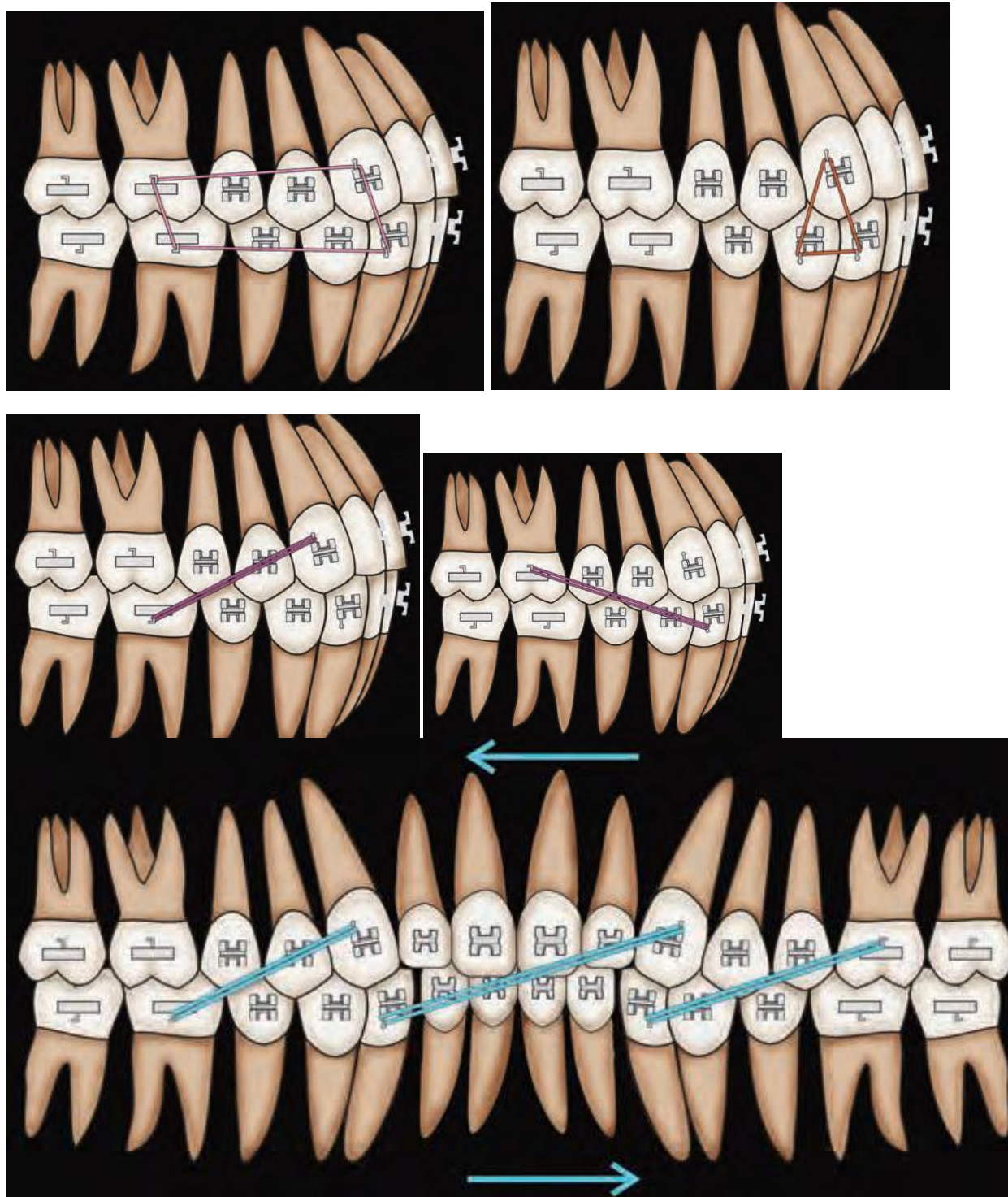


Figura Nr 29: Vendosja e elastikëve intraoral

Mbajtja e elastikëve reduktohet gradualisht, derisa të arrihet okluzioni i duhur. Elastikët duhet të ndërpriten minimalisht 6 javë para se të hiqet aparati, në mënyrë që të sigurohemi që rezultati është stabil.

Në rastet kur pas kirurgjisë kemi një estetikë faciale të kënaqshme, por një okluzion jo të rregullt si përshembull mbi korrigjim (klasa e III-të në klasë të II-të), ose korrigjim jo të plotë të anomalisë, ortodonti do të vendosë nëse kjo mund të korrigjohet me lëvizjen e dhëmbëve nëpërmjet aparatit ortodontik, duke shkuar sa më afër okluzionit normal.

Rifinitura ortodontike dhe retensioni

Ashtu sikurse edhe në trajtimet ortodontike normale, edhe në ortodoncinë postoperative, faza e fundit e trajtimit është pikërisht rifinitura ortodontike dhe retensioni.[51]

Rifinitura ortodontike ka të bëjë me:

- a) mbyllja e hapësirave midis dhëmbëve
- b) paralelizmi i rrënjëve
- c) përkuljet e harkut për të siguruar pozicionin final të dhëmbëve në secilin hark.

Retensioni

Rezultati i arritur nga trajtimi ortodontik është e rëndësishme të jetë stabil për një kohë të gjatë. Pasi hiqet aparati fiks, në të njëjtën ditë ose të nesërmen vendosen retenirat, të cilët mund të jenë fiks ose të lëvizshëm.

Në rastet kur janë bërë lëvizje të shumta të dhëmbëve si derotacione, ekstrudime etj rekomandohen retenirat fiks (figura nr 30), të cilët mbahen për kohë të gjatë nga pacienti.



Fig Nr 30. Retainer fiks

Në raste të tjera mund të përdoren retenirat termoplastikë Essix ose Hawley.

Retainerat Essix janë më estetike dhe të pranueshëm nga pacienti. (figura nr 31)



Fig Nr 31. Essix Retainer

Ndërsa retainerat Hawley (figura nr 32), rekomandohen kryesisht në rastet kur është bërë ekspansion i maksilës. Ato mund të modifikohen me vidë ekspansioni, apo kroshe të ndryshme dhe në rast rilapsi të përdoren si aparate aktive.

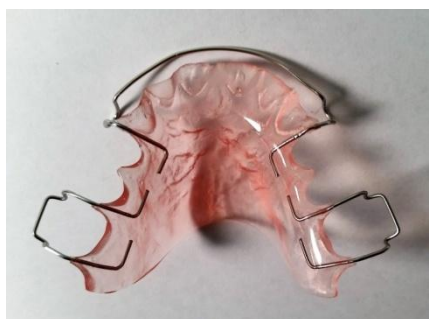


Fig Nr 32 .Hawley Retainer

Protokolli i mbajtjes së retainerave varion në shkolla apo mjekë të ndryshëm. Në trajtimet ortodontike kirurgjikale retainerat e lëvizshëm rekomandohet të mbahen 6 muaj 24 orë dhe pas 6 muajve deri në 24 muaj vërtëm natën.

Duhet theksuar se mbajtja korrekte e retainerave, si dhe kontrolli i herë pas hershëm, e rrit përqindjen e suksesit dhe stabilitetit të trajtimit.

4.6. Kirurgjia Para “Surgery First” dhe trajtimi Ortodontik

Ortodoncia preoperatore shpesh është kritikuar si pjesa e trajtimit ortodontiko-kirurgjikal që zë kohën më të gjatë [61]. Kohëzgjatja e ortodoncisë preoperatore varion nga 7-47 muaj [62]. Kjo kohë e gjatë trajtimi mund të sjellë një sërë problemesh për pacientin duke filluar nga ato dentare, si procese karioze apo paradontale, e deri tek problemet psikologjike për shkak të agravimit të estetikës faciale gjatë dekompensimit ortodontik, ku anomalia bëhet më e dukshme.

Koncepti mbi “Kirurgjinë Para”, u shpreh fillimisht nga Brachvogel në 1991. Në punën e tij Brachvogel theksoj avantazhet mbi trajtimin “Kirurgjia Para” duke theksuar se lëvizjet ortodontike nuk interferojnë me përgjigjen biologjike kompensatore, lëvizjet dentare mund të kryhen më mire në një skelet të korrigjuar si dhe në rastet kur ka një relaps kirurgjikal mund të menaxhohet gjatë trajtimit.[63]

Sot gjithmonë e më shumë është duke u aplikuar “Kirurgjia Para”. Parimi i të cilës është që të ndërtohet shtëpia para dhe pastaj manovrojmë me mobiljet, duke vënë theksin mbi ulje e kohës së trajtimit dhe reduktimin e efektit negativ që ortodoncia preoperative ka në estetikën faciale. Por duhet theksuar se kjo teknikë kërkon një mjek ortodont dhe një kirurg maksilo-facial shumë të përgatitur, pasi jo çdo rast mund të trajtohet me këtë teknikë.

Indikacion për trajtim me teknikën “Kirurgjia Para” kanë ato raste që përmbushim disa kritere si përshembull: rastet kur anomalia dentare që shoqëron atë skeletike ka grumbullime dentare të lehta në mesatare, proklinim apo retroklinim të incizivëve maksilar dhe mandibular normal ose mesatar, si dhe diskrepancë transversale minimale. [64]

Planifikimi i kujdesshëm është çelësi i suksesit të kësaj teknike.

- Duke qenë se dhëmbët do të dekompesohen në pozicionin normal pas kirurgjisë, kontrollohen nëpërmjet modeleve që okluzioni pas kirurgjisë të lejojë lëvizjet e dhëmbëve.
- Duke qenë se incizivët nuk mund të përdoren si guidë për të parashikuar okluzionin final, raportet molare mund të përdoren si guidë për okluzionin e përkohshëm pas kirurgjisë.
- Inklinimi i incizivëve superiorë është i rëndësishëm për të përcaktuar nevojën ose jo për ekstraksione. Si rregull nëse inklinimi i incizivëve superior me planin okluzal është më pak se 53-55,⁰ duhet të konsiderohen ekstraksionet.
- Përputhja e harqeve në planin transversal është një sfidë në teknikën “Kirurgjia Para”. Në saj të modeleve duhet të kontrollohet që linjat mediane në maksilë dhe mandibul duhet të përkojnë pas kirurgjisë, si dhe të sigurohet mbulim bilateral në rregjionin bukal.
- Përgatitja e splintit kirurgjikal është e rëndësishme në këtë teknikë. Së paku duhet që okluzioni pas kirurgjisë të sigurojë një kontakt në 3 pika midis modeleve të nofullës së sipërme dhe të poshtme. Në rast të interferencave okluzale, trajtimi ortodontik mund të nis më herët.
- Sot ancorimit skeletik nëpërmjet përdorimit të minimplanteve është duke u përdorur masivisht në ortodoncinë postoperative. [65]
- Ekzistojnë protokolle të ndryshme përse i përket aparatit ortodontik dhe harqeve që vendosen në teknikën “Kirurgjia Para.” Disa ortodontë vendosin një hark pasiv çeliku 0,017x 0,025 inch para kirurgjisë, disa të tjerë vendosin hark nikel-titani, të tjerë ngjisin vetëm braketat dhe nuk vendosin hark në momentin e kirurgjisë. Gjithashtu edhe mbi përdorimin e splintit kirurgjikal ka mendime të ndryshme. Disa autorë rekomandojnë heqjen e splintit menjëherë pas kirurgjisë, të tjerë rekomandojnë mbajtjen e tij 4-6 javë pas dhe përdorimin e elastikëve intraoralë në rast evidentimi të ndonjë kafshim të hapur.

Protokoll i autorit të parë	Protokoll i autorëve të tjerë
Braketa me slot 0.022	Braketa me slot 0.018 Inch Pa braketa (harku ngjitet direkt te dhëmbët)
Hark çeliku pasiv 0.017 x 0.025 Inch para kirurgjisë	Harqe Nikel titani para kirurgjisë Pa harqe
Mbajtja e splintit pas kirurgjisë dhe përdorimi i elastikëve introral 2-3 javë në kohë të plotë.	Jo përdorim i splintit Mbajtja e splinti 4 javë pas kirurgjisë
Nëse mandibula është stabël, 5-7 javë pas kirurgjisë fillohet lëvizja e dhëmbëve me harqe Ni-Ti	Fillohet lëvizja e dhëmbëve menjëherë pas kirurgjisë (më pak se 1 muaj)

Ndjekja në kohë “Follow Up”

Pacientët që i nënshtrohen kirurgjisë ortognatike është mirë që të ndiqen rregullisht nga ortodonti dhe kirurgu çdo 6 muaj, 1 vit, 2 vjet dhe 4 deri në 5 vjet. Nëse nuk ndiqen rregullisht mund të kemi insuksese të pariparueshme të trajtimit.

PJESA SPECIALE

KAPITULLI 5:PJESA SPECIALE

5.1: Qëllimi

Të evidentojmë rolin e ortodoncisë në vendosjen e diagnozës së saktë dhe suksesin e trajtimit ortodontiko-kirurgjikal në pacientët me anomali të nofullave.

5.2: Objektivat

1. Të paraqesim prevalencën dhe etiologjinë e anomalive dentomaksilare në pacientët tanë.
2. Të paraqesim veçoritë e diagnozës ortodontike në pacientët që do ti nënshtrohen kirurgjisë ortognatike.
3. Të paraqesim rolin e trajtimit ortodontik, duke krahasuar rezultatet e kirurgjisë në pacientë me dhe pa trajtim ortodontik.
4. Të japim rolin e ortodoncisë postoperatore në stabilizimin e rezultatit dhe suksesin e kirurgjisë ortognatike nëpërmjet:
 - I. Analizimit të retensioni të përdorur dhe protokollit të zbatuar në ndjekjen postoperatore
 - II. Analizimit të rezultateve të trajtimit duke krahasuar analizat cefalometrike para dhe pas.

5.3: Materiale dhe Metoda

Për realizimin e këtij punimi janë marrë në studim n=200 pacientë të moshës nga 12-39 vjeç të cilët kanë kërkuar trajtim ortodontik dhe kirurgjikal pranë klinikës sonë private "ISUFI DENTAL CLINIC" dhe pranë Shërbimit të Kirurgjisë OMF, QSUT, TIRANË, në periudhën kohore Shtator 2011- Prill 2018.

Pacientët e përfshirë në studim i janë nënshtruar një protokollit të detajuar ku përfshihet;

1. Vizita e parë

- Hapja e kartelës klinike dhe marrja e të dhënave personale
- Marrja e anamnezës

Gjatë anamnezës u morën të dhëna të pacientit për sa i përket shqetësimit primar, duke e ndarë në shqetësime mbi estetikën, (faciale, dentare apo ekspozim të gingivave në buzëqeshje) dhe në shqetësimin funksional si vështirësi në kafshim dhe ushqyerja, diskomfort si pasojë e anomalisë, probleme në ATM, probleme në të folur.

Gjatë intervistës me pacientët u përpoqëm të evidentonim disa faktorë të mundshëm etiologjikë duke i grupuar në faktorë të lindur, të fituar dhe trashëgimia. Si faktorë të lindur u përfshinë rastet kur pacienti referoi se e kishte pasur problemin që në lindje dhe gjatë fëmijërisë, (anomalitë e zhvillimit dhe ato kongenitale). Trashëgimia u konsiderua si faktor etiologjik në ato raste kur pacienti referoi të kishte së paku një familjar me të njëjtën problem. Ndërsa faktorë të fituar, u përfshinë ato raste kur pacienti referoi se nuk e kishte problemin skeletik apo dentare në fëmijëri, por ishte shfaqur me kalimin e kohës si pasojë e influencës së faktorëve të jashtëm si trauma, veset, semundjet dhe në rastet kur pacientët nuk mund të cilësonin një shkak të mundshëm u cilësuan si faktorë të panjohur.
- Të gjithë pacientët ju nënshtruan ekzaminimit ortodontik si më poshtë:
 - Ekzaminimi: Ekstraoral

Intraoral
Funksional

- Marrja e masës dhe përgatitja e modeleve klasike të studimit
- Ekzaminimi radiologjik: Panorameksi
 - Ro grafi Laterale
 - Ro grafi Postero-anteriore
- Fotografimi dhe analizat Suplementare
 - ✓ Analiza e modeleve të studimit
 - ✓ Analiza e panorameksit
 - ✓ Analiza Cefalometrike
 - ✓ Analiza e grafisë postero-anteriore
 - ✓ Analiza e estetikës faciale

2. Të dhënat e grumbulluara u analizuan dhe u hartua një klasifikim i posaçëm përse i përket anomalive në planin sagital, vertikal dhe transversal.

3. U analizuan veçoritë e diagnozës ortodontike në pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike.

4. Për pacientët mbi 17 vjeç të cilët ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike u aplikua IOFTN.

5. Pacientët që kryhen kirurgji ortognatike u ndanë në dy grupe.

Grupi i parë ishin pacientët që kryhen trajtimin ortodontiko-kirurgjikal dhe grupi i dytë pacientë që kryhen vetëm kirurgji ortognatike.

Në pacientët e grupit të parë u analizua ortodoncia preoperatore, ortodoncia postoperatore dhe kohëzgjatja e tyre.

6. Rezultatet e trajtimit u krahasuan midis grupit të parë dhe të dytë përse i përket estetikës, faciale, okluzionit, stabilitetit të rezultatit dhe kënaqësia e pacientit.

5.3.a. Kriteret përfshirëse

Në studim u përfshinë të gjithë pacientët të cilët kërkuan trajtim ortodontik apo kirurgjikal pranë klinikës sonë dhe Shërbimit të Kirurgjisë OMF dhe nënshkruan konsentin (fig nr 4) për analizimin e të dhënave të tyre dhe përdorimin e ketyre të dhënave në punime të ndryshme shkencore.

5.3.b. Kriteret përjashtuese

Pacientët me kërkesa që nuk mund të plotësoheshin me trajtimin ortodontik apo kirurgji ortognatike.

Pacientët që nuk firmosën konsentin për analizimin e të dhënave, si dhe pacientët që kishin kundërintikacione për kirurgji ortognatike.

5.4: Analiza Statistikore

Ky është një studim Kohort Prospektiv.

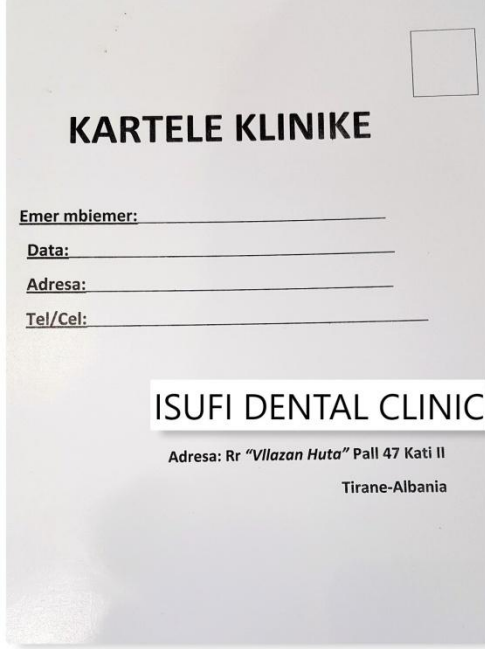
Të gjitha të dhënat e mbledhura u hodhën në kompjuter në programin Microsoft-Excel, nga ku më pas u eksportuan në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 20.0, program në të cilin u realizua e gjithë analiza statistikore.

Procedurat dhe teknikat statistikore të aplikuara në analizën e të dhënave të këtij studimi përshkruhen me hollësi më poshtë:

- Për të gjitha variabellet (ndryshorët) kategorike (*nominale* përfshi shkallën *binare/dikotomike* dhe *ordinale*), u llogaritën numrat absolutë dhe përqindjet përkatëse.
- Për të gjitha variabellet *numerike*, kur të dhënat që i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mesataret *aritmetike* \pm *deviacionet standarte* përkatëse.
- Diferencat mes grupeve për variable diskretë, të dhënat *joparametrike*, u kryen me anë të testit Hi-katror.
- Paraqitja e të dhënave u krye me anë të tabelave të thjeshta dhe të përbëra, si dhe përmes grafikëve të tipit bar-diagramë, box-plot, diagramë me sipërfaqe, etj.
- U konsideruan sinjifikante vlerat e $p \leq 0.05$

5.5: Kartela klinike

Kartela tip e përdorur në pacientët tanë përfshinë pyetësor mbi historinë mjekësore dhe dentare, konsentin për trajtimin dhe analizimin e të dhënave (foto nr 1) si dhe formati i ekzaminimit ortodontik (foto nr 2,3). Pacientët që pranuan të fillonin trajtimin ortodontik, nënshkruan edhe konsentin e trajtimit ortodontik (foto nr 4). Pacientët që kryhen kirurgji ortognatike nënshkruan konsentet standarte të Shërbimit të Kirurgjisë OMF, QSUT, “Nënë Tereza”.



KARTELE KLINIKE

Emer mbiemer: _____

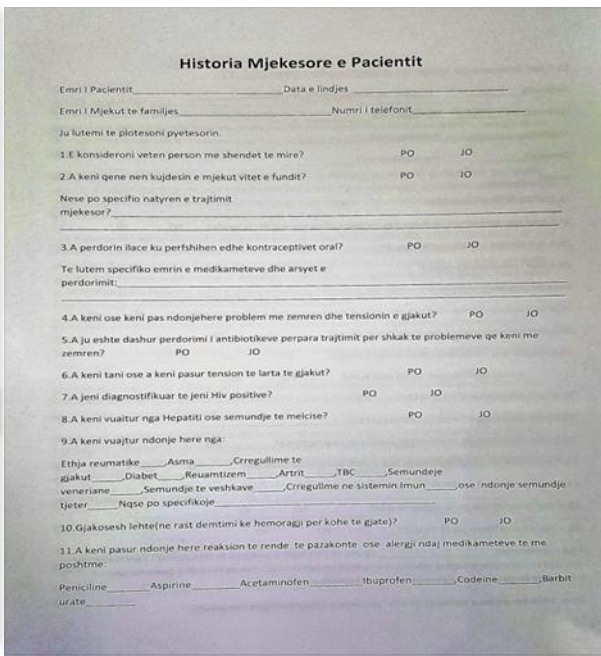
Data: _____

Adresa: _____

Tel/Cel: _____

ISUFI DENTAL CLINIC

Adresa: Rr “Vilazan Huta” Pall 47 Kati II
Tirane-Albania



Historia Mjekesore e Pacientit

Emri i Pacientit _____ Data e lindjes _____

Emri i Mjekut te familjes _____ Numri i telefonit _____

Ju lutemi te plotesoni pyetesorin.

1.E konsideroni veten person me shendet te mire? PO JO

2.A keni qene nen kujdesin e mjekut vitet e fundit? PO JO

Nese po specifiko natyren e trajtimit mjekesor? _____

3.A perdorin ilace ku perfshihen edhe kontrceptivet oral? PO JO

Te lutem specifiko emrin e medikamenteve dhe arsyet e perdorimit: _____

4.A keni ose keni pas ndonjehere problem me zemren dhe tensionin e gjakut? PO JO

5.A ju eshte dashur perdorimi i antibiotikeve perpara trajtimit per shkak te problemeve qe keni me zemren? PO JO

6.A keni tani ose a keni pasur tension te larta te gjakut? PO JO

7.A jeni diagnostifikuar te jeni HIV positive? PO JO

8.A keni vuajtur nga Hepatiti ose semundje te melcise? PO JO

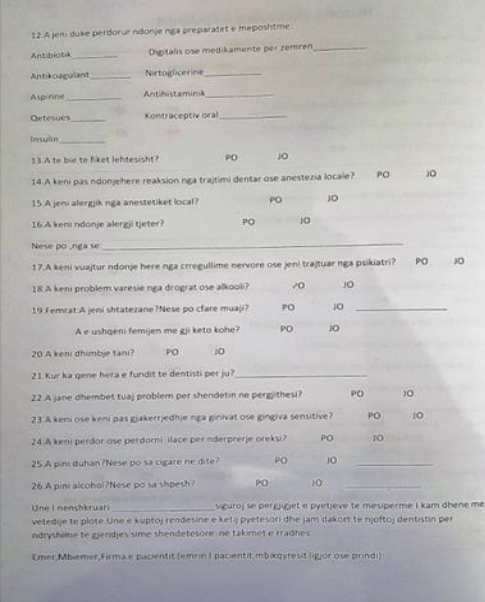
9.A keni vuajtur ndonje here nga:

Ethja reumatike _____ Asma _____ Crrregullime te gjakut _____ Diabet _____ Reumatizem _____ Artrit _____ TBC _____ Semundeje veneriane _____ Semundje te veshkave _____ Crrregullime ne sistemin Imun _____ ose ndonje semundje tjeter _____ Nqse po specifikoje _____

10.Gjakosesh lehte(nie rast demtimi ke hemoragi per kohe te gjate)? PO JO

11.A keni pasur ndonje here reaksion te rende te pazakonte ose alergji ndaj medikamenteve te me poshtme:

Peniciline _____ Aspirine _____ Acetaminofen _____ Ibuprofen _____ Codeine _____ Barbitufate _____



12.A jeni duke perdorur ndonje nga preparatet e meposhtme:

Antibiotik _____ Digitalis ose medikamente per zemren _____

Antikoagulant _____ Nirtoglicerine _____

Aspirine _____ Antihistaminik _____

Qetesues _____ Kontraceptiv oral _____

Insulin _____

13.A te bie te fiket lehtesisht? PO JO

14.A keni pas ndonjehere reaksion nga trajtimi dentar ose anestezia lokale? PO JO

15.A jeni alergjik nga anestetiket lokal? PO JO

16.A keni ndonje alergji tjeter? PO JO

Nese po nga se _____

17.A keni vuajtur ndonje here nga crrregullime nervore ose jeni trajtuar nga psikiatri? PO JO

18.A keni problem varesie nga drograt ose alkooli? PO JO

19.Femrat:A jeni shtatezane?Nese po cfare muaji? PO JO

A e uahqeni femijen me gj kete kohe? PO JO

20.A keni dhimbje tani? PO JO

21.Kur ka qene hera e fundit te dentisti per ju? _____

22.A jane dhembet tuaj problem per shendetin ne pergjithesi? PO JO

23.A keni ose keni pas gjaqerjedhie nga ginvat ose ginvja sensitive? PO JO

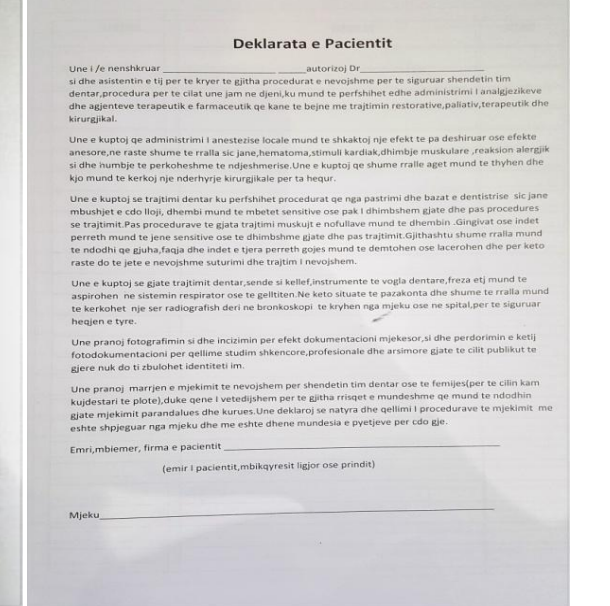
24.A keni perdor ose perdorni ilace per nderperrije oreko? PO JO

25.A pini duhan/Nese po sa cigare ne dite? PO JO

26.A pini alkooli?Nese po sa shpesh? PO JO

Une i nenshkruaj _____ siguroj se pergjigjet e pyetjeve te mesiperme i kam dhene me vetedije te plote.Une e kuptoj rëndesine e kete pyetesori dhe jam dakort te njoftoj dentistin per ndryshime te gendjes sime shendetesore ne takimet e rradhes.

Emer,Mbiemer,Firma e pacientit (emri i pacientit,mbikqyresit ligjor ose prindit): _____



Deklarata e Pacientit

Une i/e nenshkruaj _____ autoritot Dr. _____ si dhe asistentin e tij per te kryer te gjitha procedurat e nevojshme per te siguruar shendetin tim dentar,procedura per te cilat une jam ne djeni,ku mund te perfshihet edhe administrimi i analizezikeve dhe agjenteve terapeutik e farmaceutik qe kane te bejne me trajtimin restorative,pallativ,terapeutik dhe kirurgjikal.

Une e kuptoj qe administrimi i anestezeze lokale mund te shkaktoj nje efekt te pa deshiruar ose efekte anesore,ne raste shume te rralla sic jane,hematoma,stimuli kardiak,dhimbe muskulare ,reaksion alergjik si dhe humbje te perkoheshme te ndjeshmerise.Une e kuptoj qe shume rralle aget mund te thyhen dhe kjo mund te kerkoj nje nderhyrje kirurgjikal per ta hequr.

Une e kuptoj se trajtimi dentar ku perfshihet procedurat qe nga pastrimi dhe bazat e dentistrise sic jane mbushjet e cdo lloj, dhembj mund te mbetet sensitive ose pak i dhimbshem gjate dhe pas procedures se trajtimit.Pas procedurave te gjata trajtimi muskujt e nolllave mund te dhembin.Gingivat ose indet perreth mund te jene sensitive ose te dhimbshme gjate dhe pas trajtimit.Gjithashtu shume rralle mund te ndodhi qe gjuha,faqja dhe indet e tjera perreth gojes mund te demtohen ose lacerohen dhe per keto raste do te jete e nevojshme suturimi dhe trajtim i nevojshem.

Une e kuptoj se gjate trajtimit dentar,sende si kellef,instrumente te vogla dentare,freza etj mund te aspirohen ne sistemin respirator ose te gelliten.Ne keto shtate ne pazakonte dhe shume te rralla mund te kerkohet nje ser radiografish deri ne bronkoskopi te kryhen nga mjeku ose ne spital,per te siguruar heqjen e tyre.

Une pranoj fotografimin si dhe incizionin per efekt dokumentacioni mjekesor,si dhe perdorimin e ketij fotodokumentacioni per qellime studim shkencore,profesionale dhe arsimore gjate te cilit publikut te gjere nuk do ti zbulohet identiteti im.

Une pranoj marrjen e mjekimit te nevojshem per shendetin tim dentar ose te femijes(per te cilin kam kujdestari te plote),duke qene i vetedijshem per te gjitha rrisqet e mundeshme qe mund te ndodhin gjate mjekimit parandalues dhe kurues.Une deklaroj se natyra dhe qellimi i procedurave te mjekimit me eshte shpjeguar nga mjeku dhe me eshte dhene mundesia e pyetjeve per cdo gje.

Emer,mbiemer, firma e pacientit _____

(emir i pacientit,mbikqyresit ligjor ose prindit)

Mjeku _____

Foto nr 1: Kartela Klinike

1.

Ekzaminimi Ortodontik , Diagnoza dhe Plani i trajtimit

Data e Ekzaminimit : ____ / ____ / ____

Emri i Pacientit: _____ Ditelindja: ____ / ____ / ____ Gjinia: M/F

1. Shqetesimi primar: _____

2. Historia mjeksore dhe ekzaminimi i rrugeve te frymemarjes

a. Shendeti i pergjitheshem: _____

b. Gjendje te vecanta shendetesore : _____

c. Ilace qe perdor: _____

d. Tonsilat dhe adenoidet: Normale _____ Te rritura _____

e. Rruget nasale ajore: Te hapura _____ Te bllokuara _____ Frymemarje orale _____

3. Historia Dentale

a. Zakone: Gishti ne goje _____ Gjuha _____ Buzet _____ Bruxism _____
Instrument muzikor _____ Te tjera _____

b. Trauma ne fytyre dhe dhembe: _____

c. Trajtimi ortodontik i meparshem: _____

4. Ekzaminimi i ATM:

Simptoma _____ Dhimbje _____ Historia _____

5. Ekzaminimi i fytyres

a. Frontal:

1) Vertical: Gjatesia e fytyres: Normale _____ E gjate _____ E shkurter _____

2) Bilateral: Simetri _____ Asimetri _____

3) Buzet: Pozicioni ne qetesi: Prekin _____ Larg(mm) _____

4) Gummy Smile: Po _____ Jo _____

b. Profile: 1. I drejte _____ Konveks _____ Konkave _____

Foto nr 2: Formular i ekzaminimit ortodontik

2.

2. Kendi FMA .Normal _____, I rritur _____, I vogel _____

3. Kendi nasolabial : I rritur _____ Normal _____ I vogel _____

6. Denticioni

A. Stadi i denticionit: Te perkoheshem _____ Miks _____ Permanent _____

B. Dhemb te pranishem: $\frac{7654321}{7654321} / \frac{123456}{1234567}$

C. Gjendja e periodontale: . _____ Recesioni gingival _____ Frenulum _____

D. Punime Restorative: Mbushje _____ Endodontike _____

Restaurime protetike _____

E. Higjena orale: E mire _____ E dobet _____ Njolla te bardha _____

F. Vertical

1. Overbite (%) _____ Kafshim i hapur anterior (mm) _____ Kafshim i hapur posterior (mm) _____

F. Transverse

1. Linja mediane dentare me ate faciale (mm): Siper _____ Poshte _____

2. Kafshim i kryqezuar: Unilateral _____ Bilateral _____

3. Asimetri ne harqet dentare : _____

G. Anteroposterior

1. Molar Djathtas _____ Kanine Djathtas _____ Kanine Majtas _____ Molar Majtas _____

2. Overjet:(mm) _____

H. Permasat e dhembeve/Permasat e harqeve:/Me shume hapesire / grumbullime dentare

Maxilla : _____ Mandible : _____

K. Analiza radiografike:

Erupsion ektopik _____ Rrenje te shkurtra _____ Patologji periapikale _____

Dhemb qe mungon _____ Dhembe te mbinumert _____ Ankiloze _____

Dhemb i impaktuar _____ Resorbimi i rrenjeve _____ Karies _____

Te tjera _____

Foto nr 3: Formular i ekzaminimit ortodontik

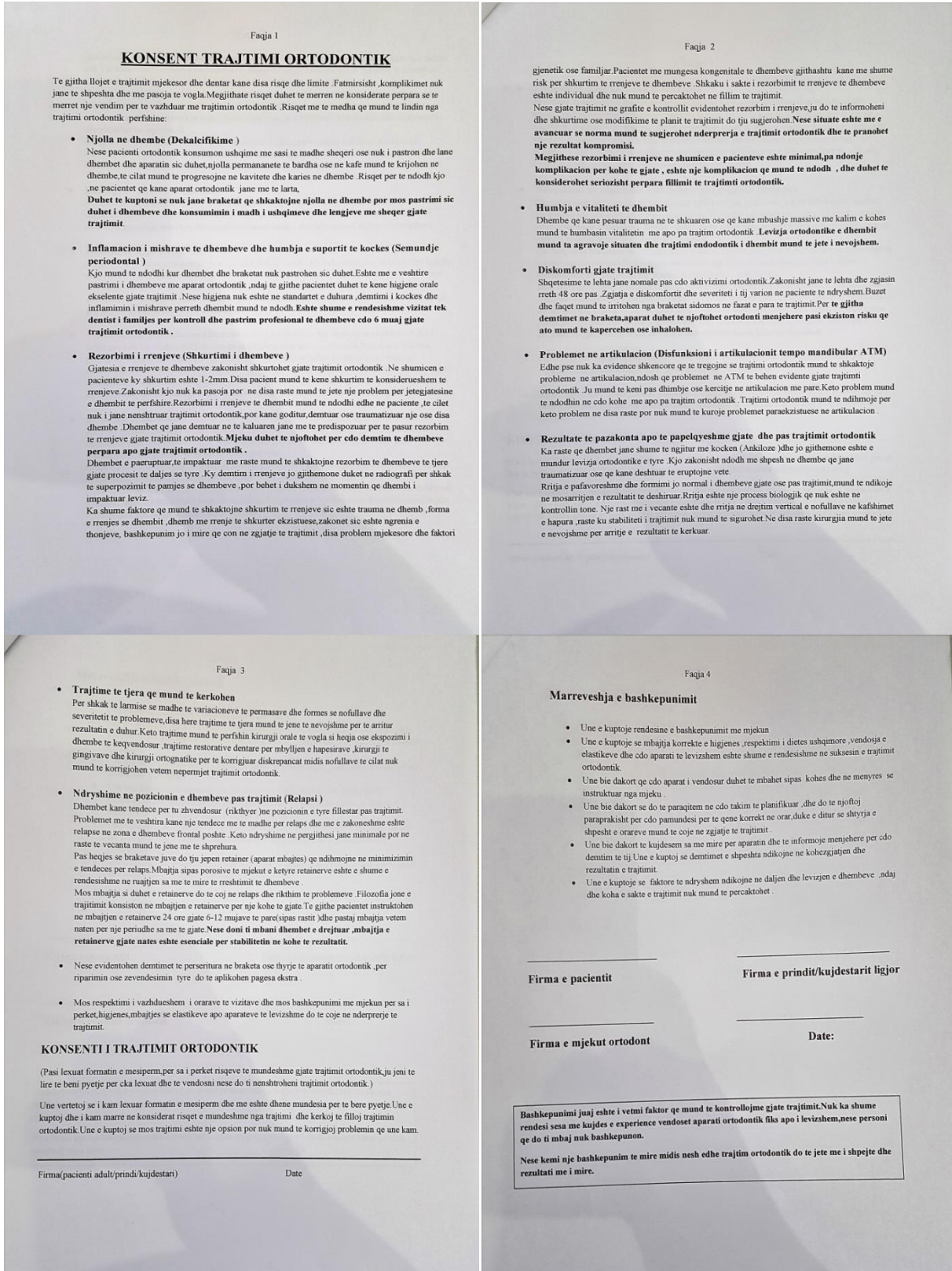


Foto Nr 4: Konsenti Ortodontik

5.6:REZULTATE

Në këtë studim morën pjesë 200 pacientë nga të cilët 119 femra (59,5%) dhe 81(40,5%) meshkuj, të moshave nga 12-39 vjeç mesatarja 19,4±5.0 vjeç. (Grafiku dhe Tabela Nr 1)
Nga Grafiku dhe Tabela nr 1 rezulton se në pacientët tanë dominon seksi femër me n=119 raste ose 59,5%.



Grafiku Nr 1

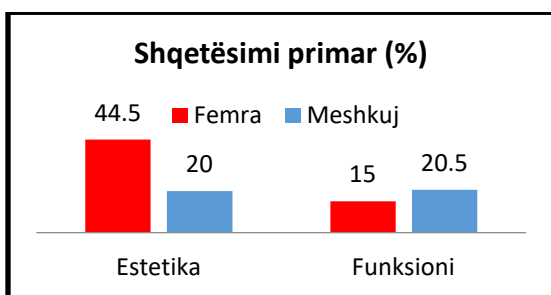
Moshë	
Valid	200
Mungesa	0
Mesatare	19.415
Std. Deviacion	5.013
Minimum	12.000
Maksimum	39.000

Tabela:Nr 1

5.6.1. Shqetësimi primar i pacientëve

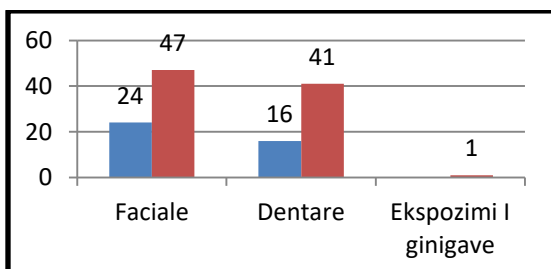
Gjatë anamnezës pacientët referuan shqetësimin primar të cilin kërkonin të zgjidhnin përmes trajtimit ortodontik apo kirurgjikal.

Në pacientët tanë shqetësimi primar rezultoi estetika (64,5%) dhe në veçanti estetika faciale(55%).



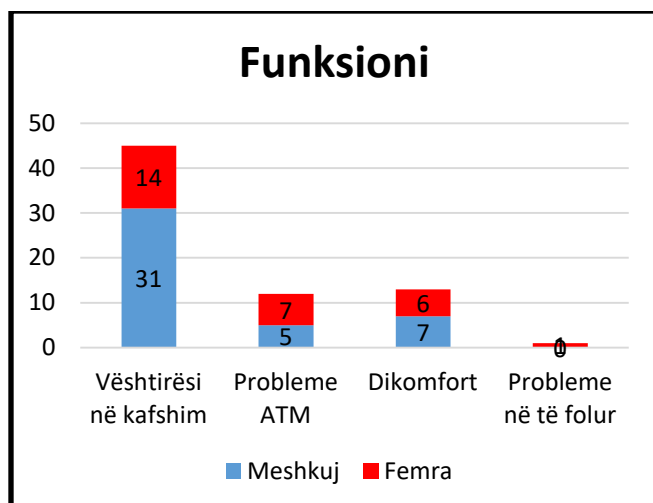
Seksi	Shqetësimi Primar		Total
	Estetike	Funksional	
F	89(44,5%)	30(15%)	119
M	40(20%)	41 (20,5%)	81
Total	129(64,5%)	71 (35,5%)	200

Grafiku dhe Tabela Nr 2. Shqetësimi primar i pacientëve tanë



Shqetësimi primar	Femra	Meshkuj	Total
Faciale	47 (36,4%)	24(18,6%)	71 (55%)
Dentare	41(31,8%)	16(12,4%)	57 (44,2%)
Ekspozimi i gingivave në buzëqeshje	1 (0,8%)	0	1(0,8%)
Total	89 (69%)	40(31%)	129 (100%)

Grafiku dhe Tabela Nr 3. Estetika si shqetësim primar



	Meshkuj	Femra	Total
Vështirësi në kafshim	31(43,8%)	14(19,7%)	45 (63,4%)
Probleme ATM	5 (7%)	7 (9,9%)	12 (16,9%)
Diskomfort	7 (9,9%)	6 (8,4%)	13(18,2%)
Traume Palatale	3(4,2%)	5(7%)	8(11,2%)
Traume Dentare	4 (5,6%)	1(1,4%)	5 (7%)
Probleme në të folur	-	1(1,4%)	1 (1,4%)
Total	41(57,7%)	30(42,2%)	71(10%)

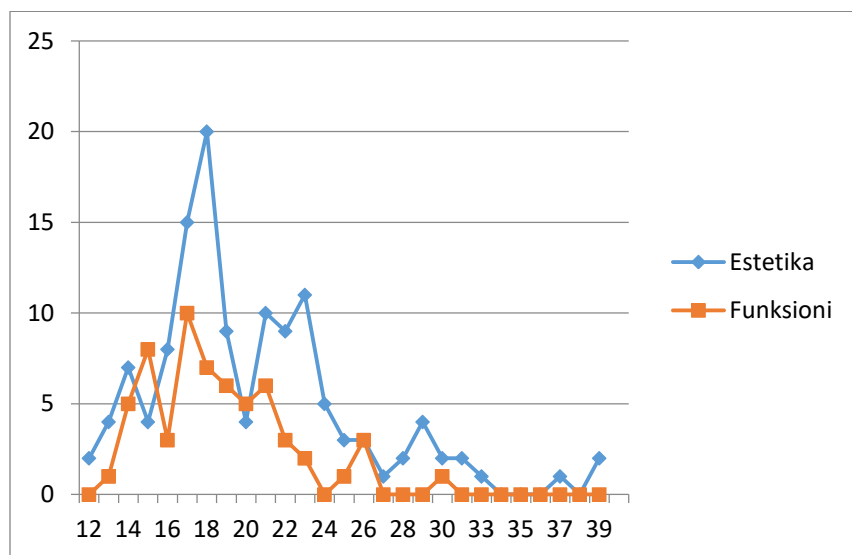
Grafiku dhe Tabela Nr 4: Problemet funksionale

Në pacientët tanë shqetësimi primar për të cilin kërkuan trajtim ishte estetika 64,5%, prej të cilëve 44,5% ishin femra dhe 20% ishin meshkuj. Ndërsa funksioni si shqetësim primar rezultoi në 35,5% të pacientëve, prej të cilëve 15% ishin femra dhe 20,5% ishin meshkuj.(Grafiku dhe Tabela nr 2)

Estetika faciale rezultoi të ishte shqetësimi më i shpeshtë në pacientët tanë 55%, prej të cilëve 36,4% ishin femra dhe 18,6% ishin meshkuj. Estetika dentare përbënte shqetësim primar për 44,2% të pacientëve, prej të cilëve 31,8% ishin femra dhe 12,4% ishin meshkuj. Ekspozimi i gingivave në buzëqeshje “gummy smile” rezultoi shqetësim primar në 1 paciente femër ose 0,8 %. (Grafiku dhe Tabela nr 3).

Vështirësi në të kafshuar dhe në ushqyerje rezultoi shqetësim primar në shqetësimet funksionale në 63,5% të pacientëve, nga të cilët 43,8% ishin meshkuj dhe 19,7% ishin femra. Problemet në ATM rezultuan shqetësim primar për 16,9% të pacientëve me probleme funksionale, prej të cilëve 7% ishin meshkuj dhe 9,9% ishin femra. Diskomforti si pasojë e malokluzionit rezultoi në 18,2% të pacientëve, 9,8% meshkuj dhe 8,4% femra. Pacientët me shqetësim primar diskomfortin si pasojë e malokluzionit, referuan trauma palatale (11,2%), (4,2%) meshkuj dhe 7% femra, ndërsa trauma dentare referuan 7% e pacientëve, 5,6% meshkuj dhe 1,4% femra. (Grafiku dhe Tabela nr 4).

Në raport me moshën, nga grafiku nr 5 shihet se shqetësimet mbi estetikën dhe funksionin ishin më të shprehura në pacientët e moshave nga 14 deri në 23 vjeç. Numri më i madh i pacientëve me shqetësim mbi estetikën ishte tek 18 vjeçarët ndërsa për funksionin tek 17 vjeçarët.(Grafiku dhe tabela nr 5)

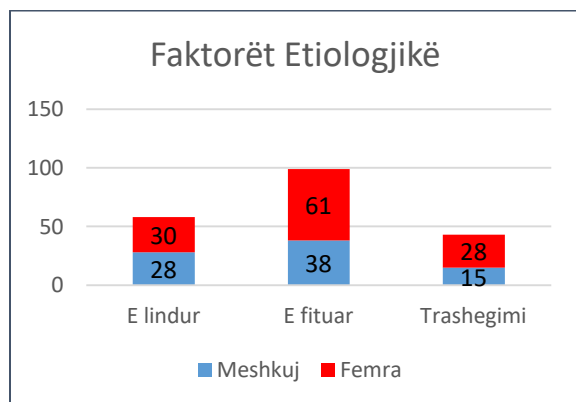


Mosha	Shqetësimi		Total
	Estetike	Funksional	
12	2	10	12
13	4	1	5
14	7	5	12
15	4	8	12
16	8	3	11
17	15	10	25
18	20	7	27
19	9	6	15
20	4	5	9
21	10	6	16
22	9	3	12
23	11	2	13
24	5	0	5
25	3	1	4
26	3	3	6
27	1	0	1
28	2	0	2
29	4	0	4
30	2	1	3
31	2	0	2
33	1	0	1
37	1	0	1
39	2	0	2
Total	129	71	200

Grafiku dhe Tabela Nr 5: Shqetësimi mbi estetikën dhe funksionit sipas moshave

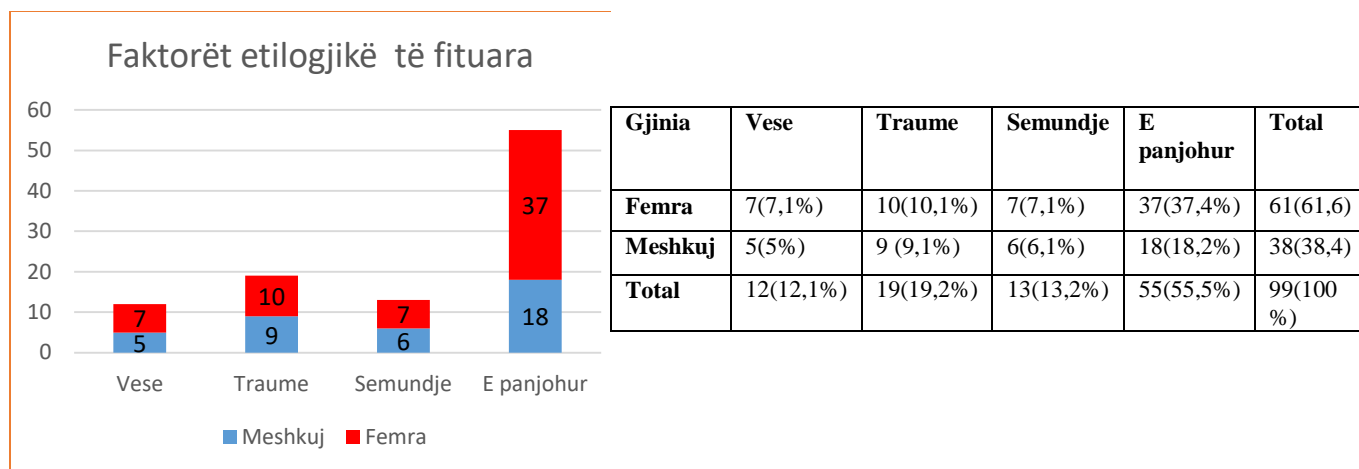
5.6.2: Faktorët etiologjikë të mundshëm

Gjatë anamnezës u evidentua se faktorët etiologjikë të mundshëm të anomalive të ndryshme në pacientët tanë ishin të fituar (49,5%) dhe kryesisht me natyrë të panjohur.

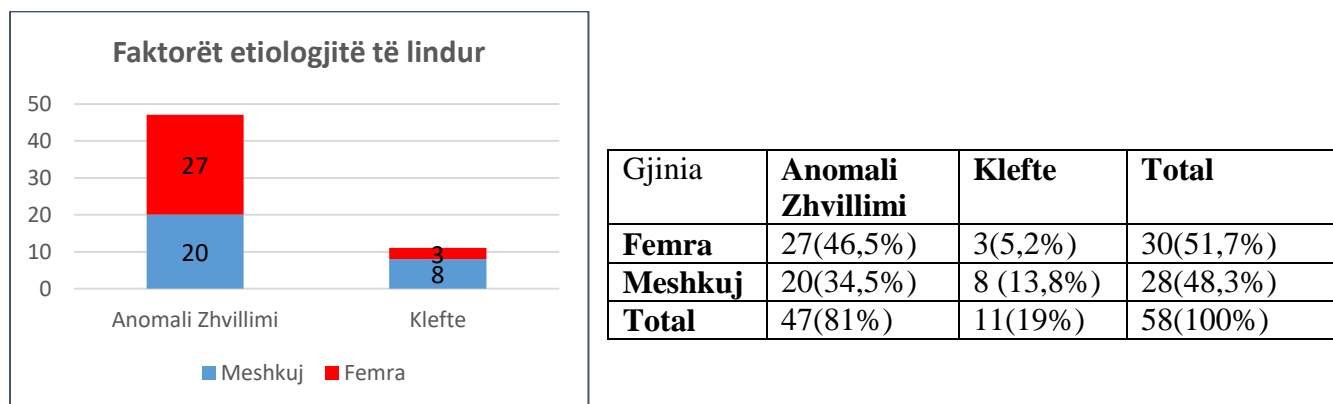


Etiologjia				
Gjinia	E fituar	E lindur	Trashegimi	Total
Femra	61(30,5%)	30(15%)	28(14%)	119(59,5%)
Meshkuj	38(19%)	28(14%)	15(7,5%)	81(40,5%)
Total	99(49,5%)	58(29%)	43(21,5%)	200(100%)

Grafiku dhe Tabela Nr 6: Faktorët etiologjikë të mundshëm



Grafiku dhe Tabela Nr 7: Faktorët etiologjikë të fituara



Grafiku dhe Tabela Nr 8: Faktorët etiologjikë të lindur

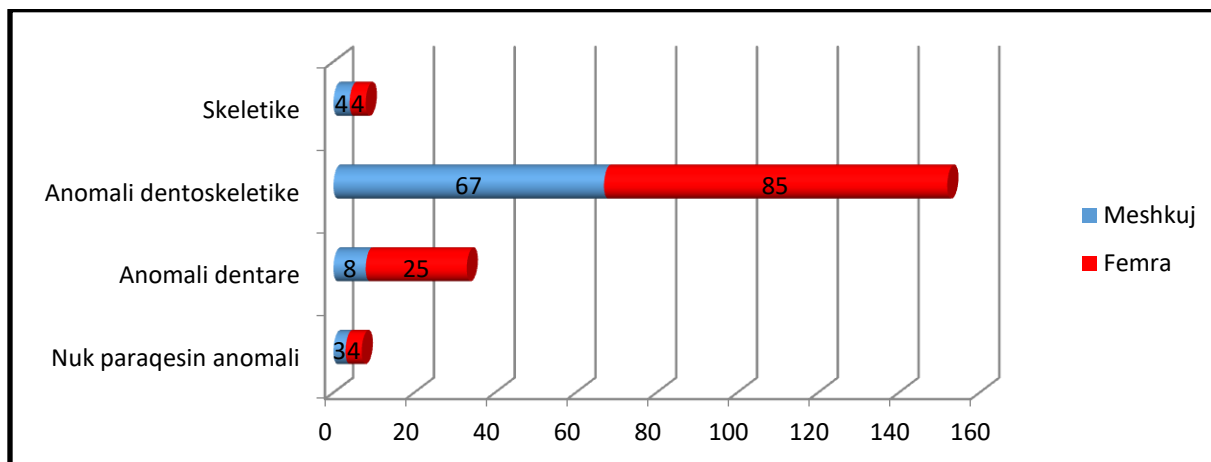
Në pacientët tanë, anomalitë dentare dhe skeletike sipas intervistës me pacientët rezultojnë të kenë faktor etiologjikë të mundshëm, të fituar (49,5%) e rasteve, prej të cilëve 30,5% te femrat dhe 19% meshkujt, me një diferencë statistishtë të rëndësishme mes tyre ($p=0.011$). Në këtë grup faktori etiologjik i panjohur rezultoi të ishte më i shpeshti 55,5% ku 37,4% ishte tek femrat dhe 18,2% te meshkujt. Ndërsa faktorët e tjerë rezultuan; 12,1% veset e ndryshme (7,1% te femrat dhe 5% te meshkujt), 19,2% traumat (10,1% te femrat dhe 9,1% te meshkujt), dhe 13,2% sëmundjet e ndryshme, ku 7,1% ishin te femrat dhe 6,1% te meshkujt.

Anomalia dentare apo skeletike rezultoi prej faktorëve etiologjikë të lindur në 29% të pacientëve tanë, nga ku 15% ishte te femrat dhe 14% tek meshkujt. Anomali të zhvillimit rezultoi në 81% të këtyre pacientëve (46,5% te femrat dhe 34,5% te meshkujt). Nga keto anomali të lindura 19% e pacientëve ishin klefte (defekte të lindura), prej të cilëve 5,2% femra dhe 13,8% meshkuj.

Trashëgimia rezultoi të ishte një faktor i mundshëm etiologjik në 21,5% të pacientëve, prej të cilëve 14% ishin femra dhe 7,5% meshkuj.

5.6.3: Klasifikimi i anomalive

Në pacientët tanë anomali të dentoskeletike ishin më të shpeshta (76%)



Grafiku Nr 9: Klasifikimi i anomalive

	F n=119(%)	M n=81 (%)	Total
Dentare	25 (12,5%)	8 (4 %)	33 (16,5%)
Dentoskeletike	86 (43%)	66 (33%)	152 (76%)
Nuk ka	4 (2%)	3 (1,5%)	7 (3,5%)
Skeletike	4 (2%)	4 (2%)	8 (4%)

Tabela Nr 9: Shpërndarja e anomalive

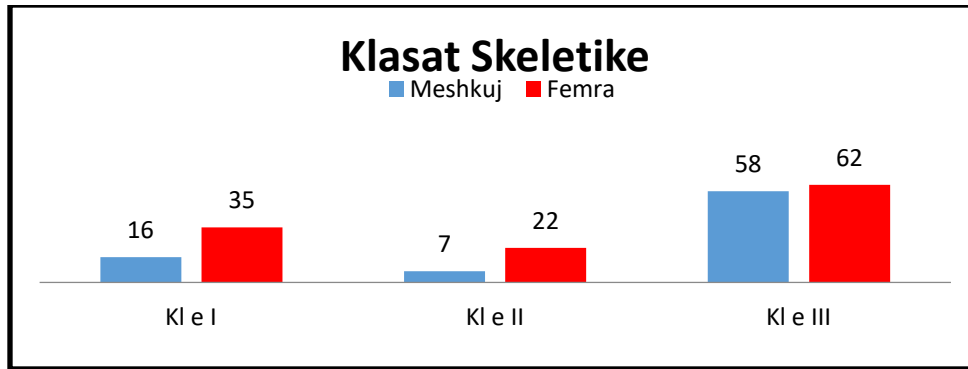
Në pacientët tanë, n=152 ose 76% paraqitën anomali dentoskeletike, prej të cilëve n=86 (43%) ishin femra dhe n=66 (33%) meshkuj. Anomali të vetëm dentare ishin në n=33 (16,5%) të pacientëve, n=25 (12,5%) femra dhe n=8 (4%) meshkuj, n=7 (3,5%) e pacientëve nuk paraqitën anomali dhe n=8 (4%), prej të cilëve n=4 (2%) femra dhe n=4 (2%) meshkuj paraqitën vetëm anomali të skeletit. (Grafiku dhe tabela nr 9)

5.6.4: Klasa Skeletike dhe raporti i maksilës dhe mandibulës në planin sagital

a. Këndi ANB

Për klasifikimin e anomalive në planin sagital u mbështetëm në karakteristikat klinike si dhe vlerat e këndit ANB në analizën cefalometrike. Kështu Klasa e I-rë skeletike, këndi ANB duhet të jetë $0-4^{\circ}$, Klasa e II-të skeletike këndi ANB $>4^{\circ}$ dhe Klasa e III-të Skeletike këndi ANB $<0^{\circ}$.

Në pacientët tanë, klasa e III-të skeletike ishte më e shpeshtë n=120 ose 60% e pacientëve.



Grafiku nr 10: Klasifikimi sipas klasës skeletike

Klasa Skeletike	Këndi ANB	F n=119 (%)	M n=81(%)	Total n=200 (%)
Klasë e II-të	ANB > 4°	22(11%)	7(3,5%)	29 (14,5%)
Klasë e I-rë	ANB 0-4°	35(17,5%)	16(8%)	51(25,5%)
Klasë e III-të	ANB < 0°	62 (31%)	58(29%)	120 (60%)

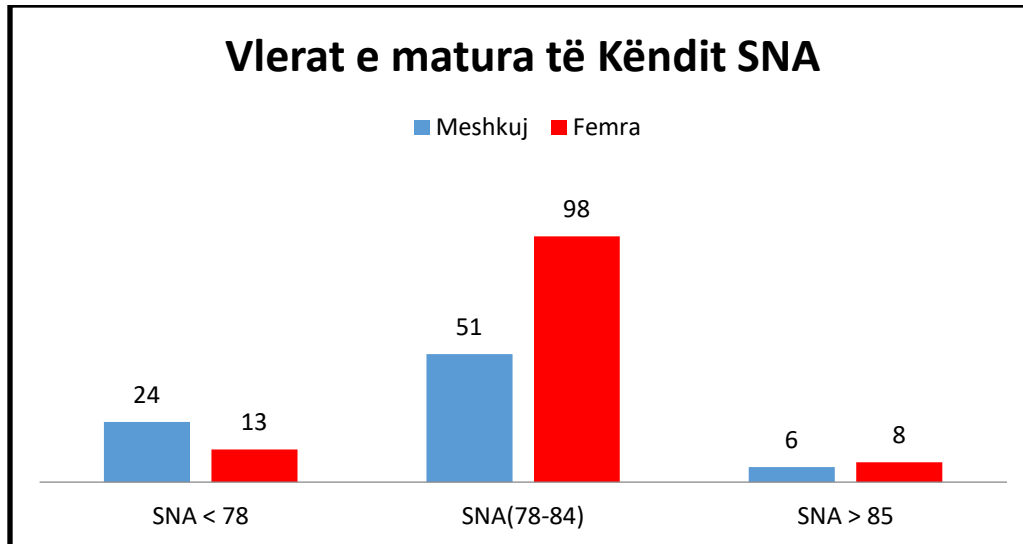
Tabela Nr 10: Klasifikimi sipas klasës skeletike dhe vlerat e matura të Këndit ANB (p<0.001)

Në pacientët tanë, n=120 (60%) e pacientëve, prej të cilëve n=62 (31%) femra dhe n=58 (29%) meshkuj paraqitën një klasë të tretë skeletike, ku vlerat e këndit ANB më të vogla se 0°.

N= 51 (25,5%) e pacientëve, n=35 (17,5%) femra dhe n=16 (8%) meshkuj kishin një Klasë të I-rë skeletike, ku vlerat e matura të këndit ANB ishin brenda normës, nga 1° në 4°, dhe n=29 (14,5 %) e pacientëve, prej të cilëve n=22 (11%) femra dhe n=7 (3,5%) meshkuj kishin një Klasë të II-të skeletike, ku vlerat e Këndit ANB ishin nga 5° në 10°. (Grafiku nr 10 dhe Tabelat nr 10)

b. Këndi SNA

Raportet e maksilës me kraniumin në planin sagittal brenda normës, Këndi SNA normal rezultoi në n=149 (74,5%) të pacientëve.



Grafiku nr 11: Vlerat e matura të Këndit SNA

Raporti Maksilë/ Kranium në planin Sagital	Këndi SNA	F n=119 (%)	M n=81 (%)	Total n=200
Retrognatike	SNA < 78 ⁰	13 (6,5%)	24 (12%)	37 (18,5%)
Normal	SNA (81 ⁰ +/-3 ⁰)	98 (49%)	51 (25,5%)	149 (74,5%)
Prognatike	SNA > 85	8 (4%)	6 (3%)	14 (7%)

Tabela nr 11. Raporti maksilë / kranium në planin sagital, vlerat e matura të Këndit SNA

Raportet e maksilës me kraniumin në planin sagital, u analizuan nga matjet e Këndit SNA në grafinë laterale. (Grafiku dhe Tabela nr 11)

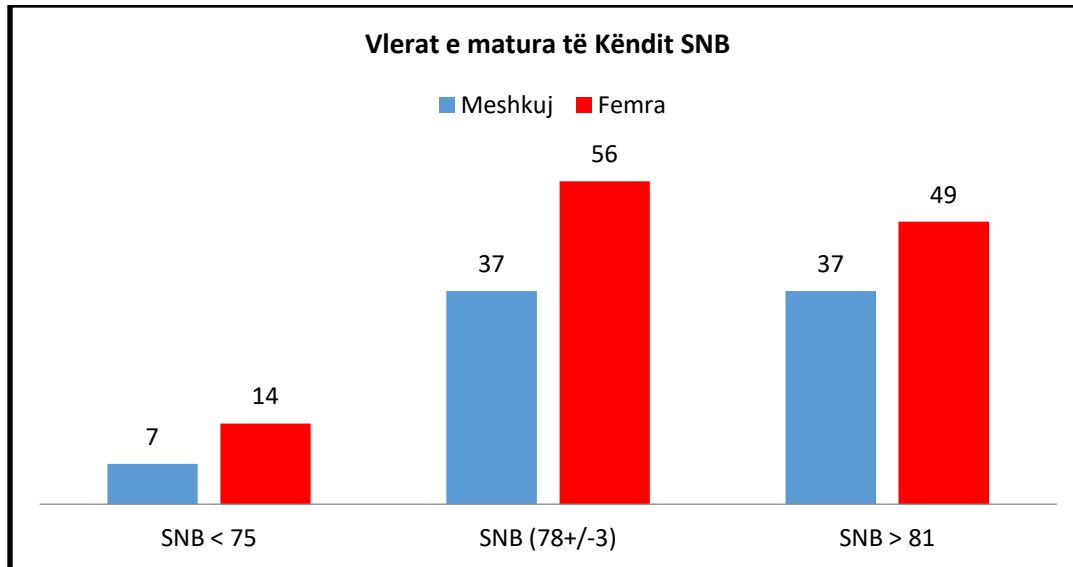
Në pacientët tanë, n=37 (18,5%), prej të cilëve n=13 (6,5%) femra dhe n=24 (12%) meshkuj, **maksila rezultoi retrognatike** në planin sagital në raport me kraniumin.

Në n=149 (74,5%) të pacientëve, prej të cilëve n=98 (49%) femra dhe n=51 (25,5%) meshkuj, **maksila raport normal** me kraniumin në planin sagital.

Në n=14 (7%) të pacientëve, prej të cilëve n=8 (4%) femra dhe n=6 (3%) meshkuj, **maksila prognatike** në raport me kraniumin në planin sagital.

c. Këndi SNB

Raportet e mandibulës me kraniumin në planin sagital brenda normës, Këndi SNB normal rezultoi në n=93 (46,5%) të pacientëve.



Grafiku nr 12. Vlerat e matura të këndit SNB

Raporti Mandibul/ Kranium në planin Sagital	KëndiSNB	F n=119 (%)	M n=81 (%)	Total n=200
Retrognati	SNB < 75 ⁰	14 (7%)	7 (3,5%)	21(10,5%)
Normal	SNB (78 ⁰ +/- 3 ⁰)	56 (28%)	37 (18,5%)	93 (46,5%)
Prognati	SNB > 81 ⁰	49 (24,5%)	37 (18,5%)	86 (43%)

Tabela nr 12. Raporti mandibul/ kranium në planin sagital, vlerat e matura të këndit SNB (p=0.027)

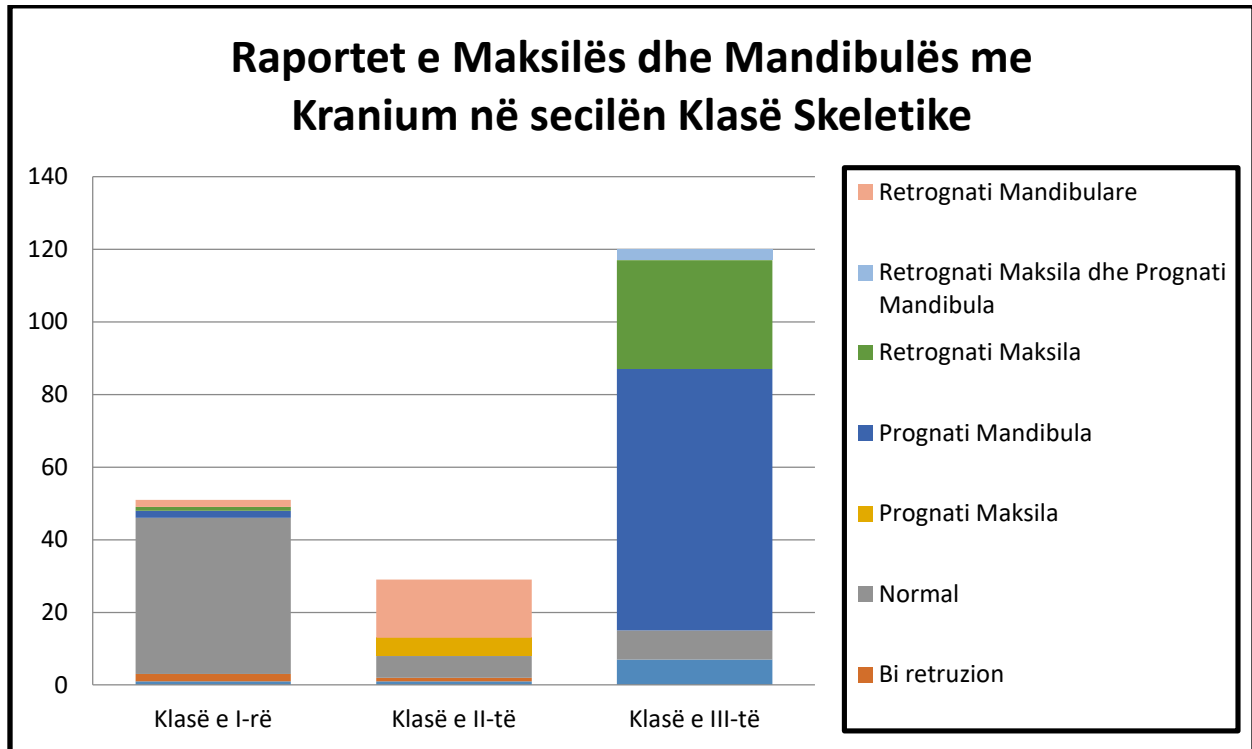
Raportet e mandibulës me kraniumin në planin sagital, u analizuan nga matjet e Këndit SNB në grafinë laterale.(Grafiku dhe Tabela nr 12)

Në pacientët tanë, n=21 (10,5%), prej të cilëve n=14 (7%) femra dhe n=7 (3,5%) meshkuj, **mandibula rezultoi retrognatike** në planin sagital në raport me kraniumin, SNB më e vogël se 75⁰. Në n=93 (46,5%) të pacientëve, prej të cilëve n=56 (28%) femra dhe n=37 (18,5%) meshkuj, **mandibula kishte një raport normal** me kraniumin në planin sagital, SNB brenda normës. Në n=86 (43%) të pacientëve, prej të cilëve n=49 (24,5%) femra dhe n=37 (18,5%) meshkuj, **mandibula ishte prognatike** në raport me kraniumin në planin sagital, SNB më e madhe se 81⁰.

d. Raportet e nofullave në secilën nga klasat skeletike

Në Klasat e I-ra skeletike, në n=43 (21,5%) të rasteve, raportet e maksilës dhe mandibulës me kraniumin në planin sagital ishin normal.

Në Klasat e II-ta skeletike, në n=16 (8%) e rasteve kishim një retrognati mandibulare dhe në klasat e III-ta skeletike në n=72 (36%) të rasteve kishim një prognati mandibulare.



Grafiku Nr 13: Raportet e maksilës dhe mandibulës me kraniumin në secilën klasë skeletike

Sagital	Kl e I	Kl e II	Kl e III	Total
Biprotuzion	1 (0,5%)	1(0,5%)	7(3,5%)	9(4,5%)
Biretruzion	2 (1%)	1 (0,5%)	0	3(1,5%)
Normal	43 (21,5%)	6(3%)	8(4%)	57 (28,5%)
Prognati Maksila	0	5 (2,5%)	0	5 (2,5%)
Prognati Mandibula	2 (1%)	0	72 (36%)	74 (37%)
Retrognati Maksila	1(0,5%)	0	30 (15%)	31(15,5%)
Retrognati Maksila dhe Prognati Mandibula	0	0	3 (1,5%)	3 (1,5%)
Retrognati Mandibulare	2 (1%)	16 (8%)	0	18 (9%)
Total	51(25,5%)	29 (14,5%)	120 (60%)	200 (100%)

Tabela Nr 13: Raportet e nofullave me kraniumin në secilën klasë skeletike

Raportet e maksilës dhe mandibulës me kraniumin në planin sagital në secilën nga klasat skeletike paraqiten në grafikun dhe tabelën nr 13.

Në pacientët me **klasë të I-rë skeletike**, biprotuzioni ishte i pranishëm në n=1 (0,5%) të pacientëve, biretruzioni në n=2 (1%) të rasteve, raporte normale në n=43 (21,5%), prognatia mandibulare n=2 (1%), retrognati maksila n=1 (0,5%), retrognati mandibulare n=2 (1%).

Në pacientët me **klasë të II-të skeletike**, biprotuzioni ishte i pranishëm në n=1 (0,5%) të pacientëve, biretruzioni në n=1 (0,5%), raporte normale në n=6 (3%), prognati maksilare n=5 (2,5%), retrognati mandibula n=16 (8%).

Në pacientët me **klasë të III-të skeletike**, biprotuzioni ishte në n=7 (3,5%), raporte normale n=8 (4%), prognati mandibulare n=72 (36%), retrognati maksilare n=30 (15%), retrognati maksila dhe prognati mandibula n=3 (1,5%).

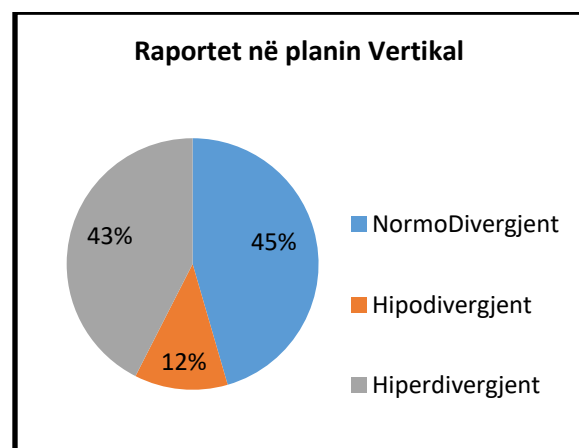
5.6.4. Anomalitë në planin vertikal

Për të analizuar rritjen vertikale të pacientëve u mbështetëm në ekzaminim klinik, raportet vertikale në pamjen frontale dhe profil, si dhe 3 vlera angulare në analizën cefalometrike, përkatësisht këndet FMA dhe këndi i bazës kraniale me planin mandibular (SN-Mand) dhe këndi MMA (Tabela Nr 14)

Tabela Nr 14: Këndet FMA dhe SN-Mand

	Vlera më e vogël se norma	Vlera Normale	Vlera me e madhe se norma
FMA	Hipodivergjent	22+/-4	Hiperdivergjent
SN-Mand	Kafshim i thellë	32+/-3	Kafshim i hapur
MMA	Rritje Horizontale	25+/-4	Rritje Vertikale.

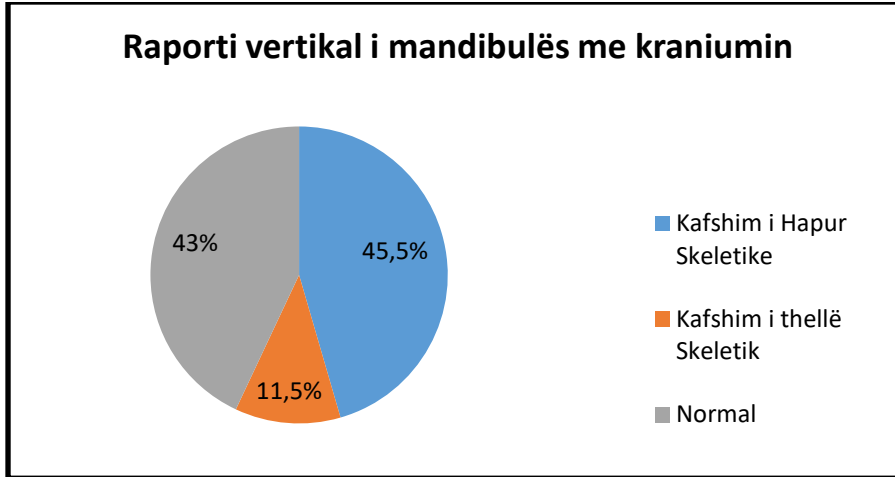
Në planin vertikal rreth 45,5% e pacientëve kishin një profil normodivergjent, 45% paraqitën rritje vertikale në mandibul, dhe 46% kafshim normal.



Grafiku nr 14.

	Nr		%		Total
	F	M	F	M	
Hipodivergjent	16	8	8	4	24 (12%)
NormoDivergjent	54	37	27	18,5	91 (45,5%)
Hiperdivergjent	49	36	24,5	18	85 (42,5%)
Total	119	81	59,5	40,5	200(100%)

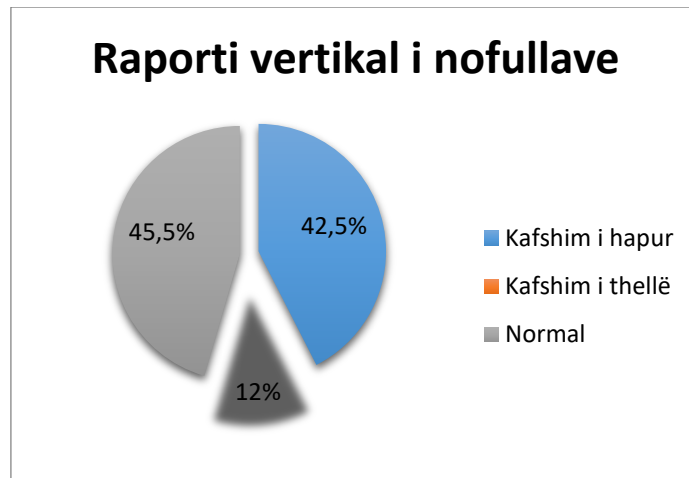
TabelaNr 15



Grafiku nr 15

Raporti vertikal i mandibulës me kraniumin	Këndi SN-Mand	F n=119(%)	M n=81(%)	Total n=200
Kafshim i hapur Skeletike	SN-Mand > 35 ⁰	55 (27,5%)	36 (18%)	91 (45,5%)
Kafshim i thellë	SN-Mand < 29 ⁰	12 (6%)	11 (5,5%)	23 (11,5%)
Kafshim normal	SN-Mand (32 ⁰ +/-3 ⁰)	52 (26%)	34 (17%)	86 (43%)

Tabela nr 16: Raporti vertikal i mandibulës me kraniumin, vlerat e matura të këndit SN-Mand



Grafiku nr 16

Raporti vertikal i nofullave	Këndi MMA	F n=119(%)	M n=81(%)	Total n=200
Rritje vertikale	MMA > 30 ⁰	49 (24,5%)	36 (18%)	85 (42,5%)
Rritje horizontale	MMA < 21 ⁰	16 (8%)	8(4%)	24 (12%)
Kafshim normal	MMA (25 ⁰ +/-4 ⁰)	54 (27%)	37 (18,5%)	91 (45,5%)

Tabela nr 17: Raporti vertikal i nofullave, vlerat e matura të këndit MMA (p=0.023)

Në grafiku nr 14 dhe tabela nr 15 shikohet se n=24 (12%) e pacientëve, prej të cilëve n=16 (8%) femra dhe n=8 (4%) meshkuj paraqisnin një profil hipodivergjent.

Profili normodivergjent u vu re në n=91 (45,5%) të pacientëve, prej të cilëve n=54 (27%) femra dhe n=37 (18,5%) ishin meshkuj.

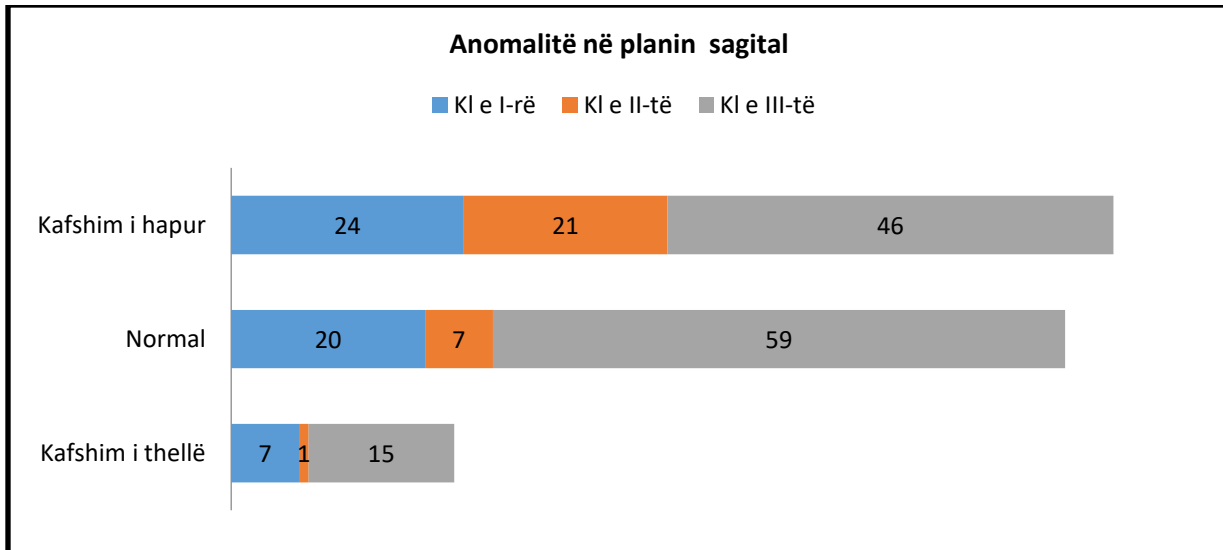
Profili hiperdivergjent u vu re në n=85 (42,5%) të pacientëve, nga të cilët n=49 (24,5%) ishin femra dhe n=36 (18%) ishin meshkuj.

Në grafikun nr 15 dhe Tabelën nr 16 vihet re, n=91(45,5%) e pacientëve, prej të cilëve n=55 (27,5%) femra dhe n=36 (18%) meshkuj paraqitën kafshim të hapur skeletik, vlerat e këndit midis kraniumit dhe mandibulës në planin vertikal më të mëdha se 35^0 , nga 36^0 deri në 53^0 . N=86 (43%) paraqitën rritje normale të mandibulës në raport me kraniumin, prej tyre n=52 (26%) ishin femra dhe n=34 (17%) ishin meshkuj. N=23 (11,5%) e pacientëve, prej të cilëve n=12 (6%) femra dhe n=11 (5,5%) meshkuj paraqitën kafshim të thellë skeletik. Vlerat e këndit midis kraniumit dhe mandibulës në planin vertikal ishin më të vogla se 29^0 , nga 18^0 - 28^0 .

Në grafikun nr 16 dhe tabelën nr 17 vihet re se n=24 (12%) e pacientëve, prej të cilëve n=16 (8%) femra dhe n=8 (4%) meshkuj, paraqitën rritje horizontale të mandibulës në raport me kraniumin në planin vertikal, kafshim të thellë skeletik. Vlerat e matura të këndit MMA ishin më të vogla se 21^0 nga 10^0 - 20^0 . N=91 (45,5%) e pacientëve n=54 (27%) femra dhe n=37 (18,5%) meshkuj, paraqitën raport normal midis nofullave në planin vertikal, vlerat e këndit MMA brenda normës. N=85 (42,5%) e pacientëve, prej të cilëve n=49 (24,5%) femra dhe n=36 (18%) meshkuj paraqitën rritje vertikale të mandibulës në raport me kraniumin, kafshim të hapur skeletik. Vlerat e këndit MMA më të mëdha se 29^0 , nga 30^0 - 45^0 .

5.6.5: Anomalitë në planin sagital dhe vertikal

Në studimin tonë klasa e III-të skeletike e shoqëruar me kafshim të hapur skeletik ishte më frekvente (23%)



Grafiku nr 17

	Kl e I	Kl e II-të	Kl e III-të	Total
Kafshim i thellë	7(3,5%)	1 (0,5%)	15 (7,5%)	23 (11,5%)
Normal	20(10%)	7 (3,5%)	59 (29,5%)	86(43%)
Kafshim i hapur	24(12%)	21(10,5%)	46 (23%)	91 (45,5%)
Total	51(25,5%)	29(14,5%)	120 (60%)	200 (100%)

Tabela Nr 18: Anomalitë në planin sagital dhe vertikal

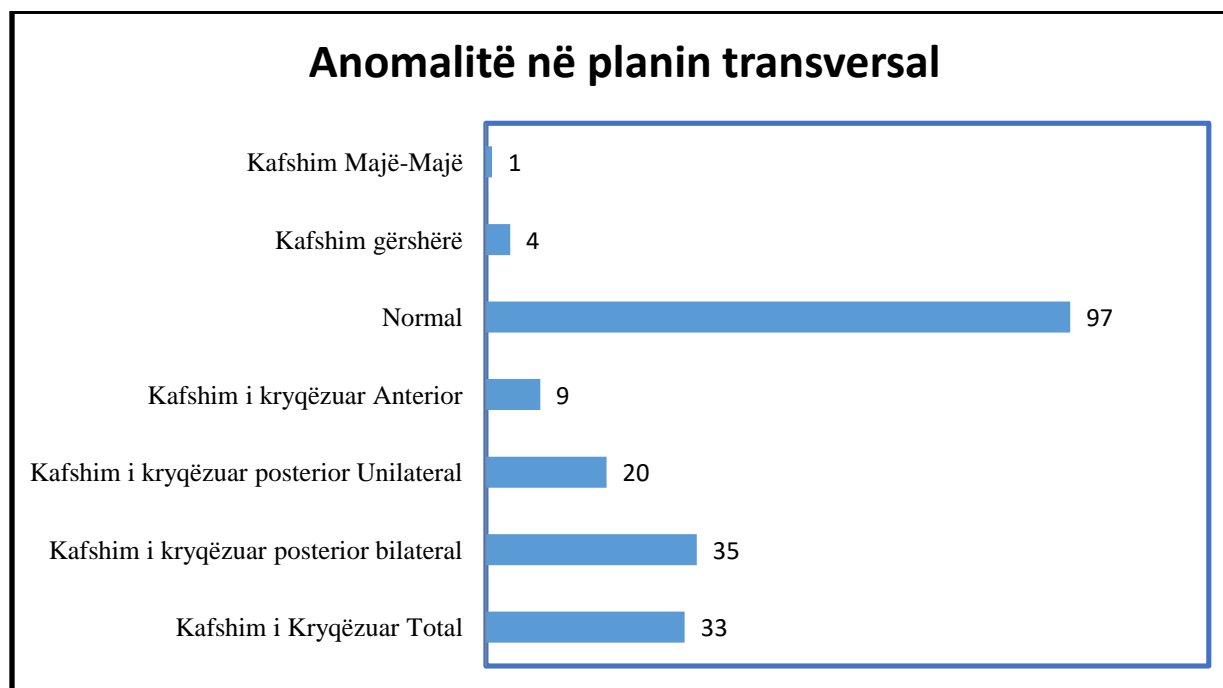
Anomalitë në planin sagital të kombinuara me anomalitë në planin vertikal paraqiten në grafiku nr 17 dhe Tabela nr 18. Kështu kafshim i thellë u vu re më tepër tek pacientët që paraqisnin një Klasë të III-të skeletike n=15 ose 7,5 % të rasteve. Kafshim i thellë ishte i pranishëm në n=7 ose 3,5% të pacientëve me klasë të I-rë skeletike dhe n=1 ose 0,5% tek pacientët me Klasë të II-të. Kafshim ishte normal në planin vertikal në n=20 ose 10% të pacientëve me klasë të parë, n=7 ose 3,5% të pacientëve me klasë të II-të skeletike dhe n=59 ose 29,5% të pacientëve me klasë të III-të skeletike.

Ndërsa Kafshim i hapur u vu re më tepër në pacientët me klasë të III-të skeletike n=46 ose 23% të rasteve, n=21 ose 10,5% në pacientët me klasë të II-të dhe n=24 ose 12% te pacientëve me klasë të I-rë.

5.6.6: Anomalitë në planin transversal

Anomalitë në planin transversal u përcaktuan në saj ekzaminimit klinik intraoral dhe analizës së modeleve të studimit.

Në planin transversal 48,5% e pacientëve paraqitën një kafshim normal dhe 17,5% një kafshim të kryqëzuar posterior bilateral.



Grafiku nr 18. Anomalitë në planin transversal

	F N=119 (%)	M N=81 (%)	Total N=200 (%)
Kafshim i Kryqëzuar total (cirkular)	15 (7,5%)	18 (9%)	33 (16,5%)
Kafshim i Kryqëzuar Posterior bilateral	19 (9,5%)	16 (8%)	35 (17,5%)
Kafshimi kryqëzuar posterior unilateral	13 (6,5%)	7 (3,5%)	20 (10%)
Kafshimi i kryqëzuar Anterior	2 (1%)	7 (3,5%)	9 (4,5%)
Kafshim Gërshtë	4 (2%)	0	4 (2%)
Kafshim Majë-Majë	1 (0,5%)	0	1 (0,5)
Normal	64 (32%)	33 (16,5%)	97 (48,5)
Mungesë	1 (0,5%)	0	1 (0,5%)

Tabela Nr 19: Anomalitë në planin Transversal

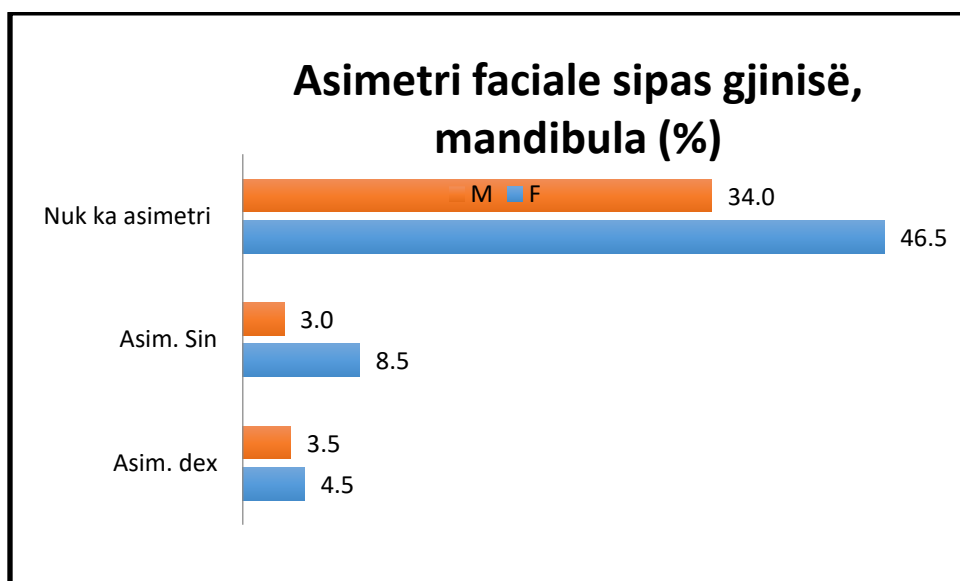
Në pacientët e marë në studim n=97(48,5%), prej të cilëve n=64 (93,2%) femra dhe n=33 (16,5%) meshkuj, paraqitën një kafshim normal në planin transversal. N=35(17,5%) pacientë prej të cilëve, n=19 (9,5%) femra dhe n=16 (8%) meshkuj, paraqitën një kafshim të kryqëzuar posterior bilateral. N=33(16,5%) pacientë, prej të cilëve n=15 (7,5%) femra dhe n=18 (9%) meshkuj kishin kafshim të kryqëzuar total. N=20(10%) e pacientëve, ku n=13 (6,5%) femra dhe n=7 (3,5%) meshkuj kishin kafshim të kryqëzuar posterior unilateral. N=9 (4,5%), kafshim të

kryqëzuar posterior unilateral n=2 (1%) femra dhe n=7(3,5%) meshkuj paraqitën kafshim të kryqëzuar anterior. N=4 (2%) paciente femra kishin kafshim gërshtë dhe n=1 (0,5%) pacient femër kishte kafshim majë më majë. Në një paciente femër (0,5%) e rasteve, nuk mund të përcaktohej kafshim për shkak të mungesës së dhëmbëve në maksilë.

5.6.7:Asimetria

Vlerësimi mbi asimetri në faciale u bë nëpërmjet ekzaminimit ekstraoral të pacientit dhe grafisë postero-anteriore (PA).

Në n=161 pacientë ose 80,5% nuk u vu re asimetri faciale, Asimetria faciale u vu re në n=39 pacientë ose 19,5% të pacientëve.



Grafiku nr 19 Asimetria faciale

	Asimetri	F n=119 (%)	M N=81 (%)	Total n=200 (%)
Mandibula	Asimetri/Djathtas	9(4,5)	7 (3,5%)	16 (8%)
	Asimetri/Majtas	17 (8,5%)	6 (3%)	23(11,5%)
Nuk ka		93 (46,5%)	68 (34%)	161 (80,5)
Maksila	Asimetri/ Djathtas	0	0	0
	Asimetri/Majtas	0	0	0

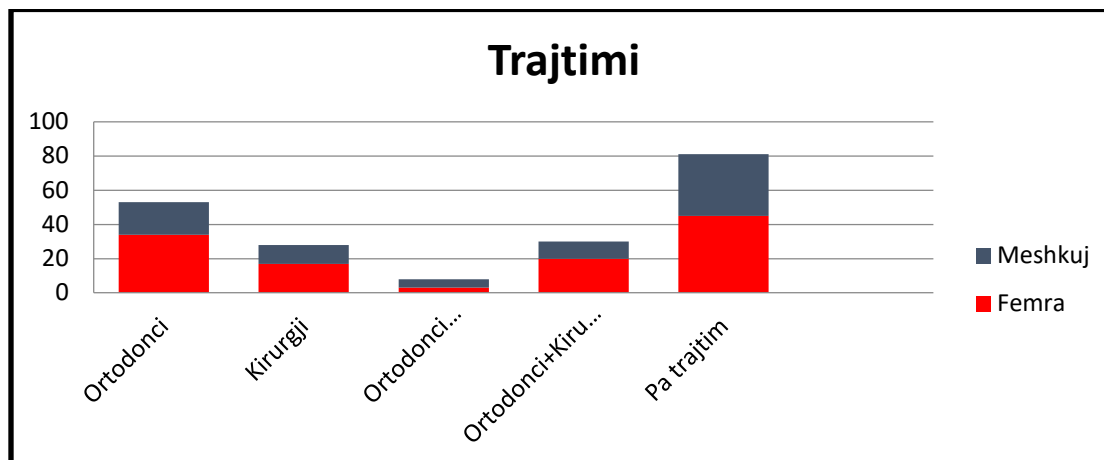
Tabela Nr 20: Asimetria Faciale

Në pacientët tanë asimetria faciale u vu re në n=39 (19,5%) të pacientëve, prej të cilëve n=16 (8%) paraqisnin devijim në mandibul djathtas ndërsa n=23(11,5%) devijimi në mandibul ishte majtas. Asimetria në mandibul devijim djathtas ishte e pranishme në n=9 (4,5%) femra dhe n=7 (3,5%) meshkuj, ndërsa asimetri në mandibul, devijim majtas ishte e pranishme në n=17 (8,5%)

femra dhe n=6 (3%) meshkuj. N=161 (80.5 %) e pacientëve, prej të cilëve n=93 (46,5% femra dhe n=68 (34%) meshkuj nuk paraqisnin asimetri faciale. Grafiku nr 19 dhe tabela nr 20.

5.6.8: Trajtimi i aplikuar

Nga pacientët e analizuar kirurgjia ortognatike u krye në n=58 ose 29% të pacientëve.



Grafiku Nr 20

Trajtimi	F	M	Total
Kirurgji	17 (8,5%)	11 (5,5%)	28 (14%)
Ortodonci	34 (17%)	19 (9,5%)	53 (26,5%)
Ortodonci preoperatore	3 (1,5%)	5 (2,5%)	8 (4%)
Ortodonci+kirurgji	20 (10%)	10 (5%)	30 (15%)
Pa trajtim	45 (22,5%)	36 (18%)	81 (40,5%)
Total	119 (59,5%)	81 (40,5%)	200 (100%)

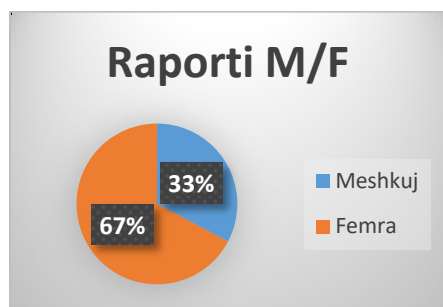
Tabela nr 21: Trajtimi

Në pacientët e marë në studim, grafiku nr 20 dhe tabela nr 21, n=28 ose 14% e pacientëve, prej të cilëve n=17 (8,5%) femra dhe n=11 (5,5%) meshkuj kryhen vetëm kirurgji ortognatike, n=53 ose 26,5% e pacientëve, nga të cilët n=34 (17%) femra dhe n=19 (9,5%) meshkuj kryhen vetëm trajtim ortodontik. Trajtim ortodoniko-kirurgjikal kryhen n= 30 ose 15% e pacientëve, n=20 (10%) femra dhe n=10 (5%) meshkuj, n=8 ose 4% e pacientëve, n=3 (1,5%) femra dhe n=5 (2,5%) meshkuj janë duke kryer ortodonci preoperatore dhe n= 81 ose 40,5% e pacientëve, n=45 (22,5%) femra dhe n=36 (18%) meshkuj nuk kryhen asnjë lloj trajtimi.

5.6.9: Pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë Ortognatike

Pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike dhe trajtimit ortodontiko kirurgjikal ishin n=38 femra dhe n=20 meshkuj të moshave nga 15 deri në 39 vjeç, mesatarja 21,3+/-SD 5,296. (Grafiku nr 21 dhe Tabela nr 22)

Në pacientët që kryen kirurgji ortognatike dominojnë femra 67% dhe moshë mesatare 21,3 vjeç.



Grafiku nr:21

	Mosha
Nr	58
Mungesa	0
Mesatare	21.310
Std. Deviacion	5.296
Minimum	15.000
Maximum	39.000

Tabela nr 22

5.6.10. Diagnoza në pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike.

Për vendosjen e diagnozës në të gjithë pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike u përdorën të dhënat mandatore për vendosjen e diagnozës në ortodonti. Në n=4 pacient u kërkua dhe dental scan. (Tabela nr 23)

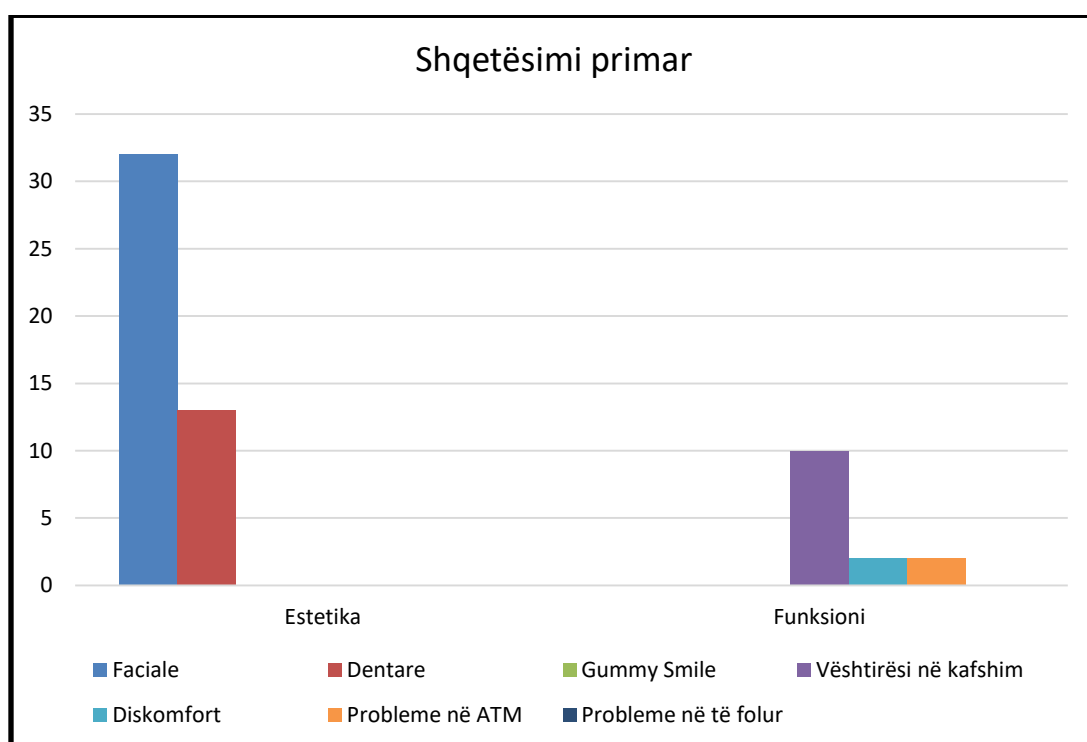
	Femra n (%)	Meshkuj	Total
Anamneza	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Histori Mjekësore, Histori Dentare	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Vlerësimi psikosocial	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Ekzaminimi Klinik Ekstraoral	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Ekzaminimi klinik intraoral	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Vlerësimi klinik i ATM-së	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Radiografitë			
✓ Panorameks	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
✓ Laterale	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
✓ PA	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
✓ Denta Skan	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100.0)

Modele studimi, analizë modelesh	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Analizë cefalometrike	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)
Analizë e grafisë PA			
Fotografimi	38 (65.5)	20 (34.5)	58 (100.0)

Tabela nr 23: Të dhënat diagnostikuese

5.6.10.a. Anamneza, Shqetësimi primar

Në pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike dhe trajtimit ortodontiko-kirurgjikal, shqetësimi primar rezultoi estetika faciale n= 32 ose 55,2% të rasteve.



Grafiku nr 22: Shqetësimi primar i pacientëve që ju nënshtruan kirurgjisë

Tabela nr 24

		F	M	Total
Estetikë	Faciale	23 (39,7%)	9 (15,5%)	32 (55,2%)
	Dentare	7 (12,1%)	6 (10,3%)	13 (22,4%)
	Ekspozimi i gingivave			
Funksion	Vështirësi në kafshim	5(8,6%)	5(8,6%)	10 (17,2%)
	Diskomfort	1(1,7%)	-	1(1,7%)
	Probleme ATM	2(3,5%)	-	2(3,5%)
	Probleme në të folur	-	-	-
Total		38 (65,5%)	20 (34,5%)	58 100%

(p<0.001)

Grafiku nr 22 dhe tabela nr 24.

Estetika faciale rezultoi shqetësimi primar në 55,2% të pacientëve tanë, prej të cilëve 39,7% ishin femra dhe 15,5% meshkuj.

Estetika dentare rezultoi shqetësimi primar në 22,4% të pacientëve, prej të cilëve 12,1% ishin femra dhe 10,3% meshkuj.

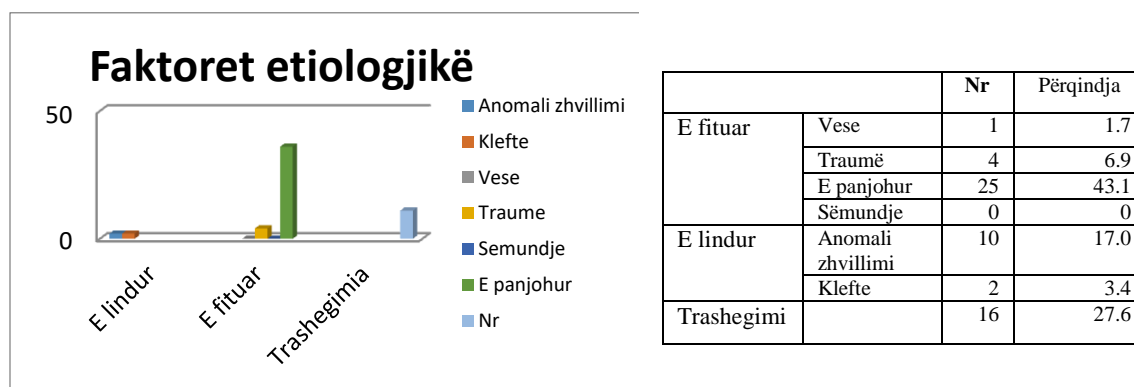
Vështirësia në kafshim dhe ushqyerja rezultoi shqetësim primar në 17,2% të pacientëve tanë, nga të cilët 8,6% ishin femra dhe 8,6% meshkuj.

Diskomforti si pasojë e anomalisë, rezultoi shqetësim primar në 1 paciente femër (1,7% të pacientëve).

Problemet në ATM rezultuan shqetësim për 2 paciente femra (3,4%).

5.6.10.b. Anamneza, Faktorët etiologjikë të mundshëm

Në pacientët që ju nënshtruan trajtimin kirurgjikal dhe ortodontiko-kirurgjikal rezultoi se faktorët e fituar me natyrë të panjohur ishin faktorët etiologjikë të mundshëm, më të shpeshtë (51,7%)

**Grafiku nr 23 dhe Tabela nr 25:Faktorët etiologjikë**

Në faktorët e fituar, faktorët me origjinë të panjohur rezultuan faktorë etiologjikë në 43,1% të pacientëve tanë, ndërsa trauma rezultoi 6,9%. (Grafiku nr 23 dhe tabela nr 25)

Në faktorët e lindur, 17% rezultuan anomali zhvillimi dhe 3,4% defekte të lindura të buzës dhe qiellzës, klefte.

Trashëgimia rezultoi faktor etiologjik në 27,6% të pacientëve.(Grafiku nr 23 dhe tabela nr 25)

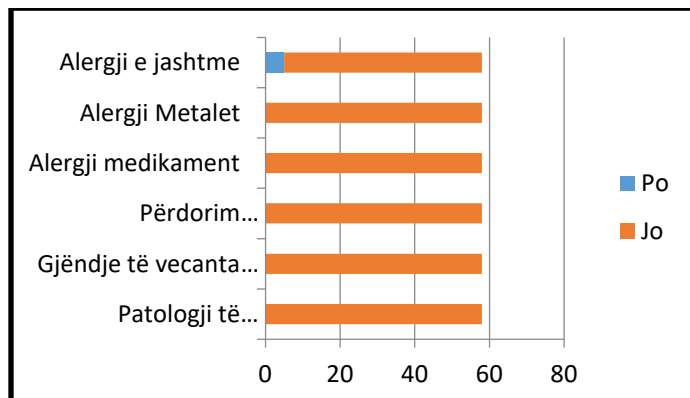
5.6.10.c Historia Mjekësore

Pacientët që ju nënshtuan trajtimit kirurgjikal dhe ortodontiko-kirurgjikal në studimin tonë u paraqitën klinikisht të shëndoshë.

Jo patologji të përgjithshme (100%), jo gjëndje të veçanta shëndetësore (100%), jo përdorim medikamentesh (100%), jo alergji nga medikamente dhe metalet 100%.

8,6% të pacientëve paraqitën alergji nga faktorë të jashtëm si pluhurat dhe polenet.

(Grafiku nr 24 dhe tabela nr 26)

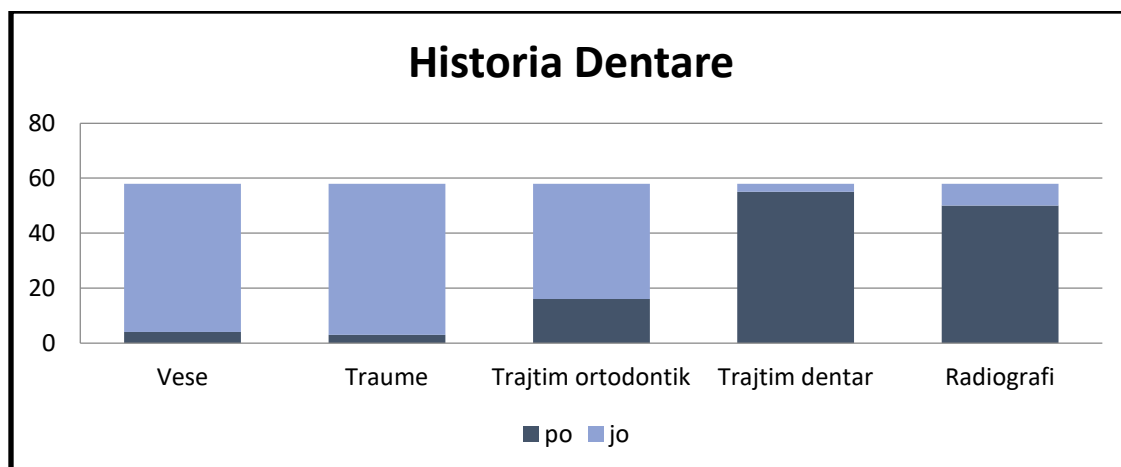


	Po	Jo
Patologji të përgjithshme	-	58
Sëmundje të veçanta	-	58
Përdorim ilaçesh	-	58
Alergji nga:		
Medikamentet	-	58
Metalet	-	58
Të jashtme	5	53

Grafiku nr 24 dhe tabela nr 26.Historia mjekësore

5.6.10.ç. Historia Dentare

Në historinë dentare rezultoi se pjesa më e madhe e pacientëve që ju nënshtuan kirurgjisë ortognatike, kishin kryer trajtime dentare (94,8%) dhe radiografi dentare (86%) të mëparshme.



Grafiku nr 25. Historia Dentare

	Po		Jo	
	F	M	F	M
Vese orale	4(6,9%)	-	34(58,6)	20(34,5%)
Traumë në fytyrë dhe dhëmbë	2(3,4%)	1(1,7%)	36(62,1%)	19(32,8%)
Trajtime ortodontike të mëparëshme	11(19%)	5(9%)	27(46%)	15(26%)
Trajtime dentare	37(63,8%)	18(31%)	1(1,75%)	2(3,45%)
Radiografi dentare të ndryshme	34(59%)	16(27%)	4(7%)	4(7%)

Tabela nr 27: Historia Dentare (p<0.001)

Në historinë dentare të pacientëve tanë: Veset orale 6,9% femra, traumë në fytyrë ose në dhëmbë (3,4% femra dhe 1,7% meshkuj), trajtime ortodontike të mëparëshme 19% femra dhe 9% meshkuj. Ndërsa trajtime dentare 63,8% femra dhe 31% meshkuj dhe radiografi të mëparëshme 59% femra dhe 27% meshkuj. (Grafiku 25 dhe Tabela Nr 27)

5.6.10.d. Vlerësimi psikosocial

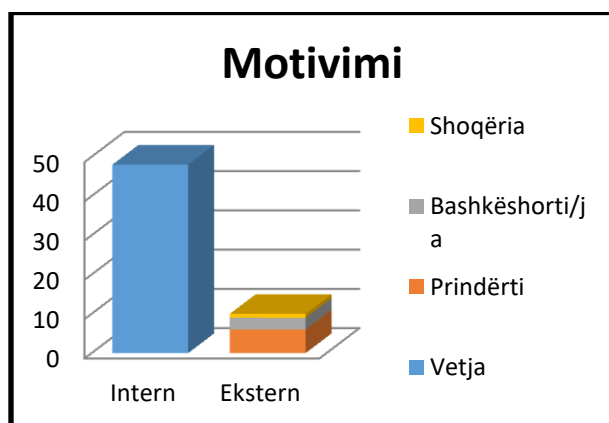
Në vlerësimin psikosocial të pacientëve tanë, 83% paraqitën motivim intern, dëshira për tju nënshtruar kirurgjisë ishte vetjake.

Problemi estetik për 78% të pacientëve ishte i moderuar, ndërsa problem funksional për 69% të pacientëve ishte i lehtë.

93% e pacientëve kishin aftësi të mira për të kuptuar problemin që paraqisnin, dhe 96,5% e tyre paraqitën kërkesa të realizueshme.

Motivimi ishte i lartë në 90% të pacientëve tanë.

Vlerësimi Psikosocial			
1.Dëshira e pacientit për tju nënshtuar trajtimit kirurgjikal, motivohet nga:			
a.Vetja	b.Prindërit	c.Bashkëshorti/ja	d.Shokë/shoqe
48(83%)	6(10%)	3(5%)	1(2%)
2.Si e percepton pacienti problemin estetik?			
1 2 3 I lehtë	4 5 6 7 I Moderuar	7 8 9 10 I rëndë	
4(7%)	45(78%)	9(15%)	
3.Si e percepton pacienti problemin funksional			
1 2 3 I lehtë	4 5 6 7 I moderuar	8 9 10 I rëndë	
40(69%)	10(17%)	8(14%)	
4.Aftësia e pacientit për të kuptuar problemin që ka.			
1 2 3 E vogël	4 5 6 7 Me ndihmë	8 9 10 E mirë	
2(3,5%)	2(3,5%)	54(93%)	
5.Kërkesat e pacientëve nga trajtimi.			
1 2 3 Jo të realizueshme	4 5 6 7 Të paqarta	8 9 10 Të realizueshme	
-	2(3,5%)	56(96,5%)	
6.Motivimi			
1 2 3 I ulët	4 5 6 7 Mesatar	8 9 10 I lartë	
-	6(10%)	52(90%)	

Tabela nr 28: Vlerësimi psikosocial**Grafiku nr 26 dhe Tabela nr 29. Motivimi**

	Nr	%
Intern	48	83%
Ekstern		
Prindërit	6	10%
Bashkëshorti/ja	3	5%
Shoqëria	1	2%

Vlerësimi psikosocial i pacientëve u paraqit në tabelat nr 28, 29 dhe grafikun nr 26 si më poshtë:

- 83% të pacientëve ishin nisur nga dëshira vetjake për tju nënshtuar kirurgjisë, 10 % të nxitur nga prindërit, 5% të nisur nga bashkëshorti/ja dhe 2% nga shoqëria.
- 78% e perceptonin problemin estetik si të moderuar, 7% si të lehtë dhe 15% si të rëndë.

- 69% e perceptonin problemin funksional si të lehtë, 17% të moderuar dhe 14% si të rëndë.
- 3,5% e pacientëve paraqitën një aftësi të vogël për të kuptuar problemin që kishin, 3,5% kërkuan ndihmë për të kuptuar problemin që kishin dhe 93% e kuptonin mire problemin që kishin.
- 96,5% e pacientëve paraqitën kërkesa të realizueshme për trajtimin kirurgjikal dhe 3,5% kërkesa të paqarta.
- 10% e pacientëve paraqitën motivim të moderuar për trajtimin dhe 90% motivim të lartë për trajtim.

5.6.10.dh. Ekzaminimi Ekstraoral

U analizua fytyra në pamjen frontale dhe në profil.

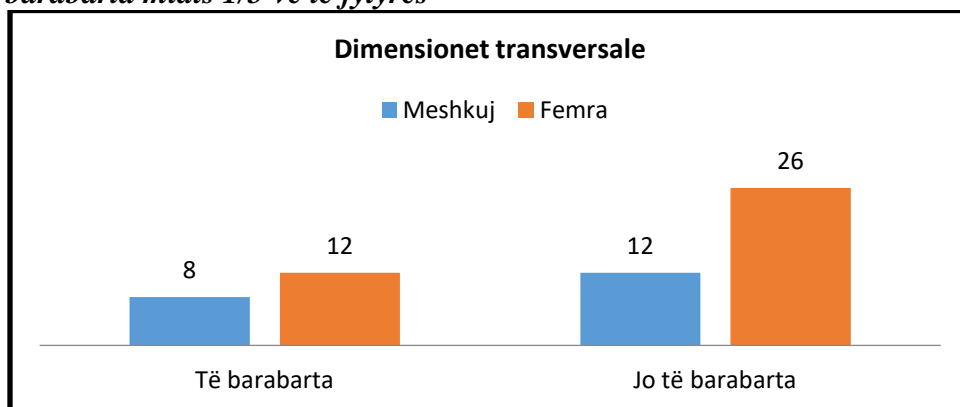
Në pamjen frontale u analizua: simetria, raportet vertikale dhe ato transversale.

Në profil u analizua: lloji i profilit, këndi nasolabial dhe ai labiometal dhe pozicioni i buzëve.

Pamja Frontale

1.Dimensionet transversale

Në pacientët e marrë në studim, në ekzaminimin ekstraoral, nga analiza e dimensioneve transversale duke e ndarë fytyrën në 5 pjesë, rezultoi se 65,5% e pacientëve kishin raporte jo të barabarta midis 1/5-ve të fytyrës



(p=0.031)

Grafiku nr 27. Raportet e 1/5 të fytyrës

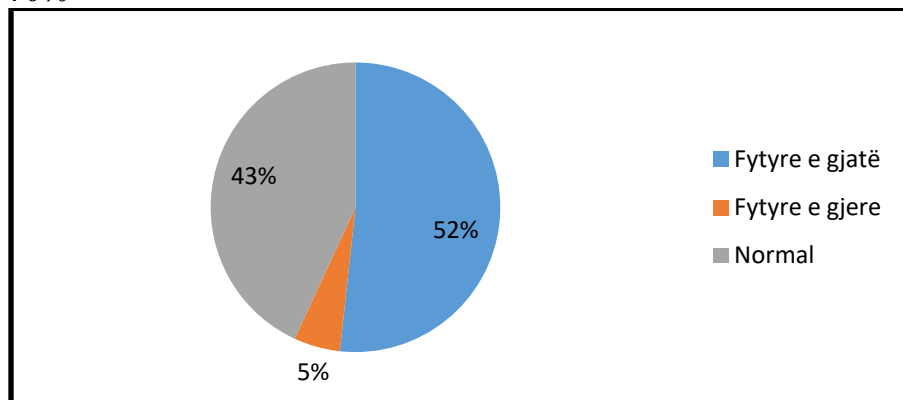
Dimensionet transversale	Gjinia		Total
	M	F	
Të barabarta	8 (13,8%)	12 (20,7%)	20(34,5%)
Jo të barabarta	12 (20,7%)	26 (44,8%)	38(65,5%)
Total	20 (34,5%)	38 (65,5%)	58(100%)

Tabela nr 30

Nga pacientët e marrë në studim, 34,5% nga të cilët 13,8% meshkuj dhe 20,7% femra, paraqitën raporte të barabarta midis 1/5-ve të fytyrës në planin transversal.

Në 65.5% të pacientëve, 20,7% meshkuj dhe 44,8% femra, raportet transversale midis 1/5 të fytyrës ishin jo të barabarta. (Grafiku nr 27 dhe Tabela nr 30)

Nga vlerësimi i dimensioneve transversale, rezultoi se rreth 52% e pacientëve paraqitën një fytyrë të gjatë dhe të hollë, raporti i gjerësisë bizigomatike me lartësinë faciale më i vogël se 70%



Grafiku nr 28

Tabela nr 31: Dimensionet transversale të fytyrës

Raporti Bizigomatike/Lartësi faciale	F	M	Total
Raporti <70% Fytyre e gjatë, ehollë	17 (29,3%)	13 (22,4%)	30 (52,7%)
Raporti 70-75% Normal	20 (34,5%)	5 (8,6%)	25 (43,1%)
Raporti >75% Fytyre e shkurter, e gjerë	1 (1,7%)	2 (3,5%)	3 (5,2%)
Total	38 (65,5%)	20 (34,5%)	58 (100%)

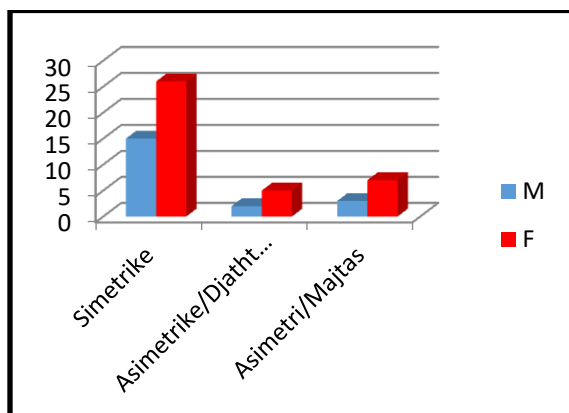
($p < 0.001$)

Në pamjen frontale u analizuan raportet transversale, të dhënat u paraqitën në grafikun nr 28 dhe tabelën nr 31 si më poshtë:

- N=30 ose 52% e pacientëve paraqitën një raport të gjerësisë bizigomatike me lartësinë faciale më të vogël se 70%, çka flet për një fytyrë të gjatë dhe të hollë. Prej këtyre pacientëve n=17(29,3%) ishin femra dhe n=12 (22,4%) ishin meshkuj.
- N=25 ose 43% e pacientëve paraqitën një raport normal të gjerësisë bizigomatike me lartësinë faciale. Nga këta pacientë n=20 (34,5%) ishin femra dhe n=5 (8,6%) ishin meshkuj.
- N=3 ose 5% e pacientëve paraqitën një raport më të madh se 75% të gjerësisë bizigomatike me lartësinë faciale, çka flet për një fytyrë të gjerë dhe të shkurtër. Nga këta pacientë, n=1 (1,7%) ishin femra dhe n=2 (3,5%) ishin meshkuj.

2. Simetria

Në pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike rreth n=17 (29%) paraqitën asimetri faciale, n=5 (8,4%) meshkuj dhe n= 12 (20,6%) femra.



Simetria	Gjinia n (%)		Total n (%)
	M	F	
Simetrike	15 (26.0)	26 (45.0)	41(71.0)
Asimetrike/djathtas	2 (3.4)	5(8.6)	7 (12.0)
Asimetrike/Majtas	3(5.0)	7(12.0)	10(17.0)
Total	20(34.4)	38(65.6)	58(100.0)

($p < 0.001$)

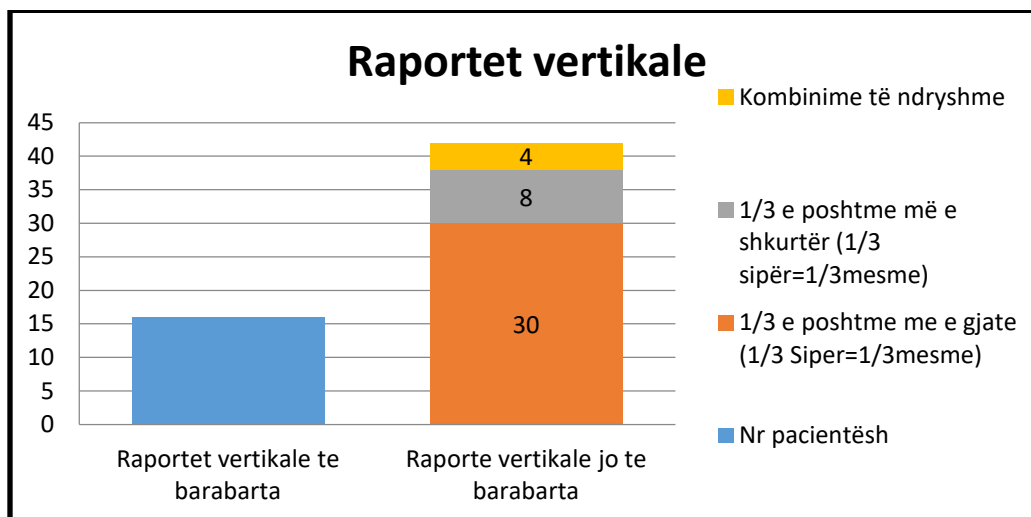
Grafiku nr 29 dhe Tabela Nr 32.Simetria faciale

N=41 (71%) e pacientëve që kryhen kirurgji ortognatike, nuk paraqitën asimetri faciale, prej të cilëve n=15 (26%) ishin meshkuj dhe n=26 (45%) femra. Asimetria faciale u vu re në n=17 (29%) të pacientëve, nga të cilët n=5 (8,4%) ishin meshkuj dhe n=12 (20,6%) femra. Asimetria, devijimi djathtas në mandibul u vu re në n=7 (12%) të pacientëve, n=2 (3,4%) meshkuj dhe n=5 (8,6%) femra, ndërsa devijimi majtas në n=10 (17 %) të pacientëve n=3 (5%) meshkuj dhe n=7 (12%) femra. (Grafiku nr 29 dhe Tabela nr 32)

3. Raportet vertikale

Nga ekzaminimi ekstraoral në pamjen frontale, ndarja e fytyrës në tre pjesë në planin vertikal, rezultoi se 72,4% e pacientëve paraqitën raporte jo të barabarta midis 1/3-ve të fytyrës.

Në 51.7% të pacientëve rezultoi se 1/3 e poshtme e fytyrës Sn-Me, ishte më e gjatë krahasuar me 1/3 e sipërme dhe të mesme.



Grafiku nr 30: Raportet Vertikale të fytyrës në pamjen frontale

	Raportet Vertikale	Gjinia n (%)		Total n (%)
		M	F	
Raportet vertikale të barabarta	1/3sip =1/3mesm=1/3poshtme	3(5,2%)	13(22,4%)	16(27,6%)
Raportet vertikale jo të barabarta	1/3sip =1/3mesm < 1/3poshtme	13(22,4%)	17(29,3%)	30(51,7%)
	1/3sip =1/3mesm >1/3poshtme	1(1,7%)	7(12,1%)	8(13,8%)
	Kombinime të tjera	3(5,2%)	1(1,7%)	4(6,9%)
Total		20(34,5%)	38(65,5)	58(100%)

Tabela nr 33: Raportet vertikale të fytyrës në pamjen frontale (p=0.04)

Analiza e raporteve vertikale të fytyrës në pamjen frontale. (Grafiku nr 30 dhe Tabela Nr 33)
Në n=16 (27,6%) të pacientëve, n=3 (5,2%) meshkuj dhe n=13 (22,4%) femra, raportet vertikale ishin të barabarta.

Në n=42 (72,4%) të pacientëve raportet vertikale jo të barabarta. 1/3 e poshtme e fytyrës më e gjatë krahasuar me 1/3 e sipërme dhe të mesme ishte në n=30 (51,7%) të pacientëve, prej të cilëve n=13 (22,4%) meshkuj dhe n=17 (29,3%) femra.

1/3 e poshtme më e shkurtër krahasuar me 1/3 e sipërme dhe atë të mesme u vu re në n=8 (13,8%) të pacientëve, prej të cilëve n=1 (1,7%) meshkuj dhe n=7 (12,1%) femra.

Në n=4 (6,9%) të pacientëve, prej të cilëve n= 3 (5,2%) meshkuj dhe n=1 (1,7%) femra, u gjendën kombinime të ndryshme midis 1/3 vertikale të fytyrës.

Karakteristikat diagnostike që dominuan në pacientët tanë gjatë ekzaminimit ekstraoral në pamjen frontale, jepen në tabelën nr 34.

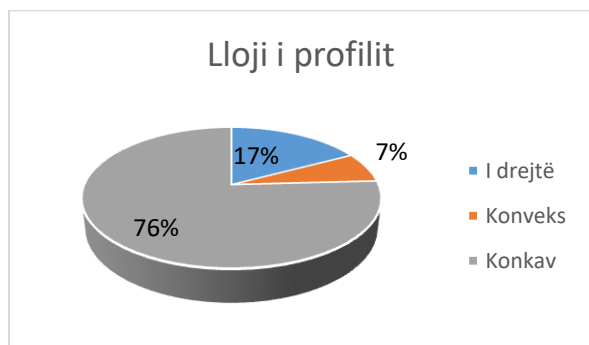
Tabela nr 34: Karakteristikat diagnostike në pamjen frontale

	Norma	Rezultate	Nr %
Raportet Vertikale	Tr-Ga/Ga-Sn/Sn-Me 1/3=1/3=1/3	Sn-Me më e madhe	30 (51,7%)
Raportet transversale	Rregulli i 5-ve	Jo të barabarta	38 (65,5%)
	Lloji i fytyrës Gjerësi Bizigomatik/lartësi faciale	Fytyrë e gjatë Raporti < 70%	30 (52%)
Simetria	Bilateral	Simetrike	41 (71%)

Profili

1.Lloji i profilit

Rreth n=44 (76%) të pacientëve tanë paraqitën profil konkav, n=17 (29%) meshkuj dhe n=27(47%) femra.



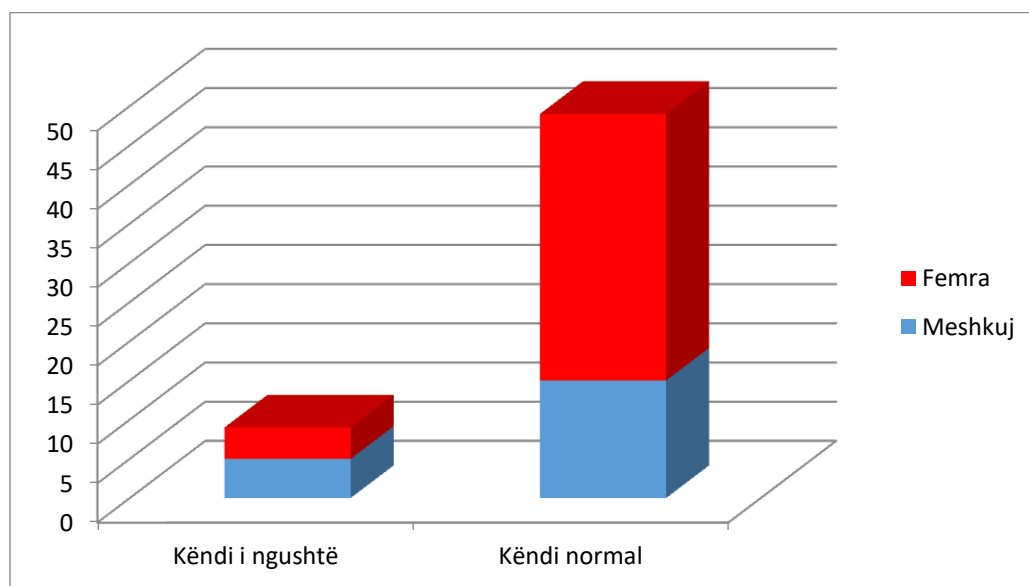
Profili	Gjinia nr (%)		Total nr (%)
	M	F	
I drejtë	3(5%)	7(12%)	10(17%)
Konveks	0	4(7%)	4 (7%)
Konkav	17(29%)	27(47%)	44 (76%)
Total	20(34%)	38(66%)	58(100%)

Grafiku nr 31 dhe Tabela nr 35. Llojet e profilit (p=0.017)

Profili ortognat (I drejtë) u vu re në n=10 (17%) të pacientëve që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike, prej të cilëve n=3 (5%) ishin meshkuj dhe n=7 (12%) femra. Profili konveks u vu re në n=4 (7%) të pacientëve femra, ndërsa profili konkav u vu re në n=44 (76%) të pacientëve, n=17 (29%) meshkuj dhe n=27 (47%) femra. (Grafiku nr 31 dhe Tabela Nr 35)

2.Këndi NazoLabial

Në pacientët tanë, këndi nazolabial rezultoi normal në 84,5% të pacientëve dhe i ngushtë në 15,5%.(Grafiku nr 32 dhe tabela nr 36)



Grafiku nr 32

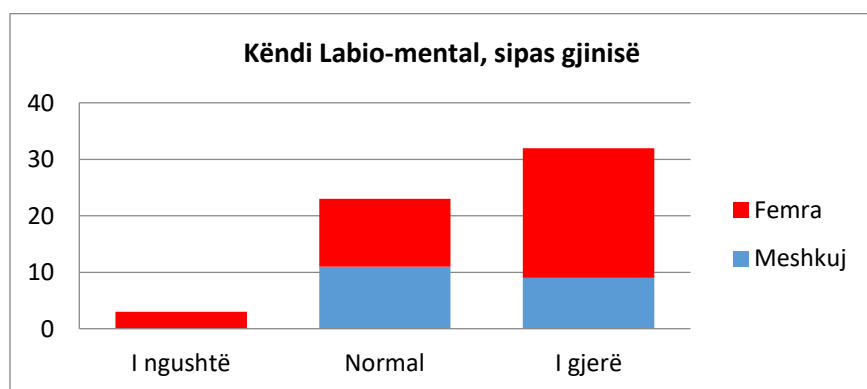
Këndi Nazolabial	F	M	Total
I ngushtë (< 84 ⁰)	4 (6,9%)	5 (8,6%)	9 (15,5%)
Normal (85 ⁰ -120 ⁰)	34 (58,6%)	15 (25,9%)	49 (84,5%)
I gjerë (> 120 ⁰)	-	-	-
Total	38 (65,5%)	20 (34,5%)	58 (100%)

Tabela nr 36 Vlerat e matura të këndit nazo-labial (p<0.001)

Vlerat e matura të këndit nazolabial paraqiten në grafikun nr 32 dhe tabelë nr 36. N=9 (15,5%) të pacientëve nga të cilët n=4 (6,9%) femra dhe n=5 (8,6%) meshkuj paraqitën një kënd nazolabial të ngushtë, vlerat e matura nga 72⁰-84⁰. Ndërsa n=49 (84,5%) pacientë nga të cilët n=34 (58,6%) femra dhe n=15 (25,9%) meshkuj paraqitën një kënd normal nazolabial, me vlera nga 85⁰-120⁰.

3. Këndi Labio-mental

Nga matjet e këndit labio-mental në profil në pacientët që ju nënshtuan kirurgjisë ortognatike rezultoi se ky kënd ishte i gjerë në n=32 (55,2%) të pacientëve.



Grafiku nr 33

Këndi Labio-mental	F	M	Total
I ngushtë (< 110 ⁰)	3 (5,2%)	-	3 (5,2%)
Normal (110 ⁰ -130 ⁰)	12 (20,7%)	11 (19%)	23 (39,7%)
I gjerë (> 130 ⁰)	23 (39,6%)	9 (15,5%)	32 (55,1%)
Total	38 (65,5%)	20 (34,5%)	58 (100%)

Tabela nr 37. Vlerat e matura të Këndit labio-mental (p=0.007)

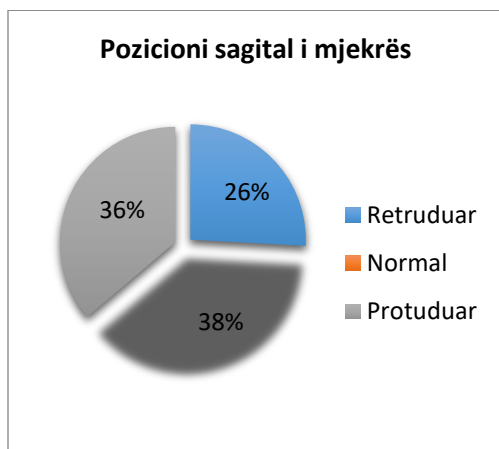
Vlerat e matura të këndit labio-mental paraqiten në grafikun nr 33 dhe tabelën nr 37.

N=3 (5,2%) e pacientëve, të gjitha femra, këndi labio-mental ishte i ngushtë, vlerat e matura nga 92⁰-108⁰. N=23 (39,7%) e pacientëve nga të cilët n=12 (20,7%) femra dhe n=11 (19%) meshkuj, këndi labio-mental ishte brenda normës, vlerat e matura nga 115⁰-130⁰. N=32 (55,1%) e

pacientëve, nga të cilët n=23 (39,6%) femra dhe n=9 (15,5%) meshkuj këndi labiomental rezultoi i gjerë, vlerat e matura të këndit nga 132⁰ në 156⁰.

4. Pozicioni sagital i mjekrës

Në profil, pozicioni sagital i mjekrës u analizua duke matur distancën e pogoniumit të indeve të buta nga vertikalia faciale. Në n=15 ose 36% të pacientëve mjekra paraqitet e protuduar.



Pozicioni sagital i mjekrës	Nr	Përqindja
Mjekra e retruduar	15	26%
Mjekra normal	22	38%
Mjekra e protuduar	21	36%

Grafiku nr 34 dhe tabela nr 38: Pozicioni sagital i mjekrës

Distanca e pogoniumit të indeve të buta nga vertikalia faciale, paraqitet në grafikun nr 34 dhe tabelën nr 38. Mjekra paraqitet normal në planin sagital në n=22 ose 38 % të pacientëve, largësia e pogoniumit nga vertikalia faciale varion nga 0 në 2mm. Mjekra paraqitet e retruduar në n=15 ose 26% të pacientëve, largësia e pogoniumit nga vertikalia faciale varion nga -8 në -1mm. Mjekra paraqitet e protruduar në planin sagital në n=21 ose 36% të pacientëve, ku distanca e pogoniumit nga vertikalia faciale varion nga 3 në 9mm.

5. Proeminenca e buzëve

Proeminenca e buzëve në profil u vlerësua duke matur distancën e buzës së sipërme dhe të poshtme nga linja estetike E, në n=21(36,2%) të pacientëve buza e sipërme ishte proeminente dhe në n=28 (48,3%) të pacientëve buza e poshtme ishte proeminente.

	Matja	Nr		%		Total
		M	F	M	F	
Largësia e Buzës së Sipërme nga Linja E	<-4mm	4	13	6,9	22,4	17(29,3%)
	=-4mm	9	11	15,5	19	20(34,5%)
	>-4mm	7	14	12,1	24,1	21(36,2%)
Largësia e buzës së poshtme nga linja E	<-2mm	6	13	10,3	22,4	19(32,7%)
	=-2mm	5	6	8,6	10,4	11(19%)
	>-2mm	9	19	15,5	32,8	28(48,3%)

Tabela nr 39. Largësia e matur e buzëve nga Linja E

Analiza e tabelës nr 39:

Largësia e buzës së sipërme nga Linja E, rezultoi me e vogël se -4mm (buza retroeminente) në n=17 (29,3%) të pacientëve, prej të cilëve n=4(6,9%) ishin meshkuj dhe n=13 (22,4%) ishin femra.

Largësia e buzës së sipërme nga Linja E, rezultoi rreth -4mm (buza pozicion normal) në n=20(34,5%) të pacientëve, prej të cilëve n=9(15,5%) ishin meshkuj dhe n=11 (19%) femra.

Largësia e buzës së sipërme nga Linja E, rezultoi më e madhe se -4mm (buza proeminete) në n=21 (36,2%) të pacientëve, prej të cilëve n=7 (12,1%) meshkuj dhe n=14 (24,1%) femra.

Largësia e buzës së poshtme nga Linja E, rezultoi më e vogël se -2mm në n=19 (32,7%) të pacientëve, prej të cilëve n=6 (10,3%) ishin meshkuj dhe n=13 (22,4%) ishin femra.

Largësia e buzës së poshtme nga Linja E, rezultoi rreth -2mm në n=11 (19%) të pacientëve, prej të cilëve n=5(8,6%) meshkuj dhe n=6(10,4%) femra.

Largësia e buzës së poshtme nga Linja E, rezultoi më e madhe se -2mm në n=28 (48,3%) të pacientëve, prej të cilëve n=9 (15,5%) ishin meshkuj dhe n=19 (32,8%) ishin femra.

Karakteristikat diagnostike të profilit që dominuan në pacientët tanë paraqiten në tabelën nr 40.

Tabela nr 40: Karakteristikat diagnostike në profil

	Norma	Rezultati	Nr (%)
Lloji i profilit	Normal	Konkav	44 (76%)
Këndi naso-labial	85-120 ⁰	Normal	49 (84,5%)
Këndi labio-mental	110 ⁰ -130 ⁰	I gjerë	32 (55,2%)
Pozicioni Sagital i Mjeksës	0+/-2mm	Protuduar	21 (38%)
Proeminenca e Buzëve (në raport me linjën E sipas Rikets)	Buza Sipër -4mm Buza Poshtë-2mm	Proeminete Proeminente	21 (36,2%) 28 (48,3%)

5.6.10.e: Ekzaminimi Intraoral

1.Denticioni, Higjena orale dhe trajtime dentare

Në ekzaminimin intraoral rezultoi se të gjithë pacientët ishin me denticion permanent, higjena orale ishte e mirë në 59% të pacientëve dhe rreth 86,2 % e tyre kishin kryer trajtime dentare të mëparshme.

	Stadi i denticionit		Higjena Orale			Trajtime dentare	
	Miks	Permanent	Dobët	Mirë	Shumë mire	Po	Jo
Nr	-	58	14	34	10	50	8
%	-	100%	24%	59%	17%	86,2%	13,8%
Total	58(100%)		58 (100%)			58 (100%)	

Tabela nr 41: Denticioni, higjena, trajtime dentare

Tabela nr 41 paraqet të dhënat mbi ekzaminimin intraoral të pacientëve. Të gjithë pacientët ishin me denticion permanent. N=14 ose 24% e pacientëve kishin një higjenë të dobët dentare, n=34 ose 59% kishin një higjenë të mirë dhe n=10 ose 17% kishin një higjenë shumë të mirë.

N=50 ose 86,2% e pacientëve kishin kryer trajtime dentare të mëparshme, ndërsa n=8 ose 13,8% nuk kishin kryer trajtime dentare të mëparshme.

2. Ekzaminimi i gjuhës

Ekzaminimi i përmasave dhe pozicionimit të gjuhës rezultoi se n=42 ose 72,4 e pacientëve rezultoi të kishin në gjuhë normale dhe n=36 ose 62,1% kishin një pozicion normal.

	Ekzaminimi i Gjuhës					
	Përmasa			Pozicioni		
	Makro	Normal	Mikro	Anterio	Normal	Posterior
Nr	16	42	0	16	36	6
%	27,6	72,4	0	27,6	62,1	10,3
Total	58 (100%)			58(100%)		

Tabela nr 42. Ekzaminimii gjuhës

Ekzaminimi i gjuhës paraqitet në tabelën nr 42. N=16 ose 27,6% e pacientëve paraqitën një makroglosi dhe n=42 ose 72,4% një gjuhë normale në përmasa.

N=16 ose 27,6% e pacientëve paraqitën një pozicionim më anterior të gjuhës, n=36 ose 62,1% paraqitën një pozicionim normal të gjuhës dhe n=6 ose 10,3% paraqitën një pozicionim posterior të gjuhës. (Tabela nr 42)

3. Ekzaminimi palatumit

Në ekzaminimin e palatumit rezultoi se n=42 ose 72,5% paraqitën një thellësi normale të palatumit, n=54 ose 93,1% nuk kishin tumefaksione në palatum. Të gjithë pacientët nuk kishin ulçeracione dhe n=2 ose 3,4% ishin klefte të palatumit.

	Ekzaminimi i palatumit								
	Thellësia			Tumefaksione		Ulceracione		Kleft	
	I thellë	Normal	I cekët	Po	Jo	Po	Jo	Po	Jo
Nr	10	42	6	4	54	0	58	2	56
%	17,2	72,5	10,3	6,9	93,1	0	100%	3,4	96,6
Total	58 (100%)			58 (100%)		58(100%)		58(100%)	

Tabela nr 43. Ekzaminimi palatumit

Ekzaminimi i palatumit paraqitet në tabelën nr 43.

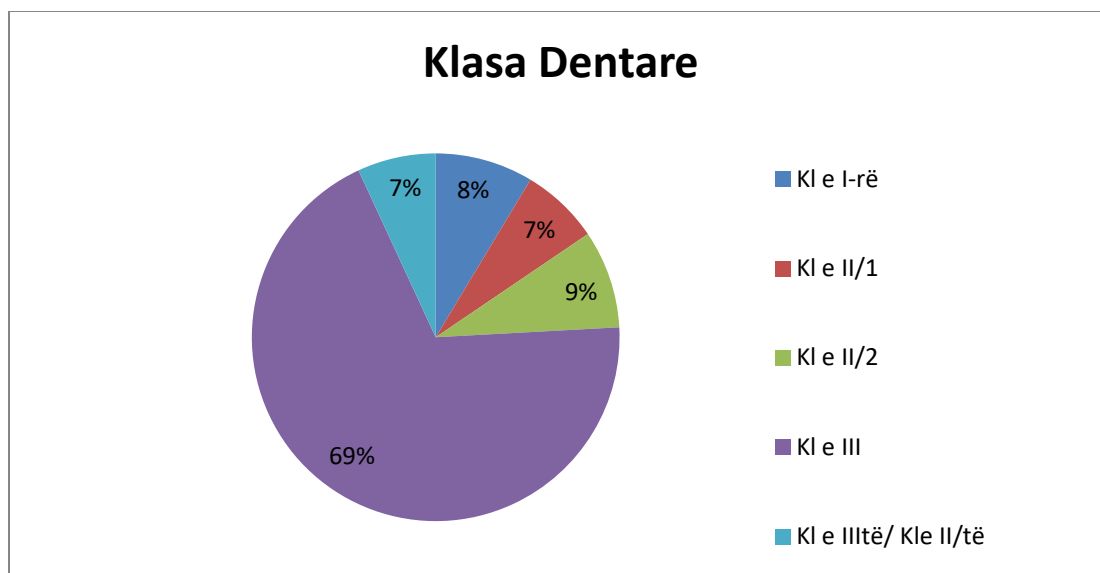
N=10 ose 17,2% të pacientëve kishin një thellësi më të madhe të palatumit, n=42 ose 72,5% kishin një thellësi normale të palatumit, n=6 ose 10,3% kishin një thellësi të vogël.

N=4 ose 6,9% kishin tumefaksion në palatum dhe n=54 ose 93,1% nuk kishin tumefaksione.

N=58 ose 100% e pacientëve nuk paraqisni ulceracione, dhe n=2 ose 3,4% ishin klefte të palatumit. n=56 ose 96,6 ishin pa klefte.

4. Klasa Dentare në planin Anterio-posterior, OJ

Në planin anterio-posterior, pacientët e marrë në studim paraqitën më shumë një klasë të III-të dentare (75,8%), ndërsa vlerat e overjetit negativ dhe më të vogla së norma u vunë re në 89.7% të pacientëve

**Grafiku nr 35.**

Klasa dentare	Nr	Proporcional
Kl e I	5	0.086
Kl e II/1	4	0.069
Kl e II/2	5	0.086
Kl e III	40	0.689
Kl e III majtas dhe Kl e II/1 djathtas	4	0.069

Tabela nr 44. Klasat Dentare

OJ	F	M	Total
OJ< norma	31 (53,4%)	19 (32,8%)	50 (86,2%)
OJ 2-4mm	4 (6,9%)	1 (1,7%)	5 (8,6%)
OJ> normal	3 (5,2%)	-	3 (5,2%)
Total	38 (65,5%)	20 (34,5%)	58 (100%)

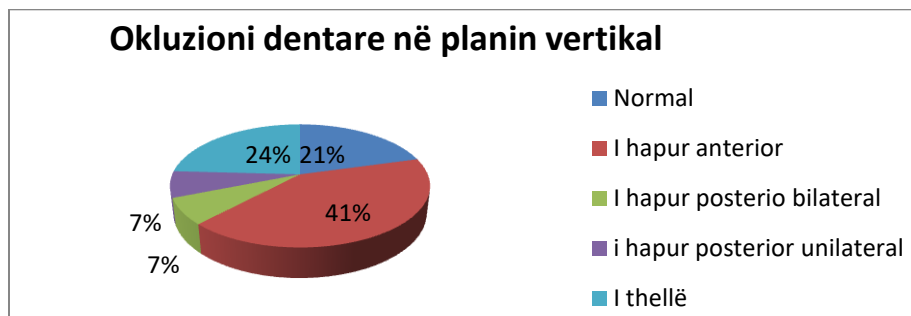
Tabela nr 45: Matjet e OJ

Në ekzaminim intraoral, Grafiku nr 35 dhe tabela nr 44, n=40 ose 69% e pacientëve kishin një klasë të III-të dentare, n=5 ose 9% kishin një klasë të I-rë dentare, n=4 pse 7% kishin një klasë të II nëndarje e 1 dentare, n=5 ose 9% kishin një klasë të II-të nëndarje e 2 dentare, dhe n=4 ose 7% kishin një klasë të III-të në njërën anë dhe klasë të II-të dentare në anën tjetër.

Matjet e Overjetit u dhanë në tabelën nr 45. N=50 ose 86,2% kishin një overjet negative dhe më të vogël se norma, prej të cilëve n=31 (53,4%) ishin femra dhe n=19 (32,8%) ishin meshkuj. N=5 ose 8,6% kishin një overjet normal, prej tyre n=4 (6,9%) ishin femra dhe n=1 (1,7%) meshkuj, dhe n=3 ose 5,2% e pacientëve, të gjitha femra kishin një overjet më të madh se norma.

5. Okluzioni në planin vertikal, Overbite

Në pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike rezultoi se n=24 ose 41% paraqisnin një kafshim të hapur anterior. Nga matja e overbite OB rezultoi se n=24 ose 41% e pacientëve nuk kishin mbulim të dhëmbëve frontalë, OB 0.



Grafiku nr 36.

Kafshimi	Nr	%
Normal	12	21%
I hapur anterior	24	41%
I hapur posterior bilateral	4	7%
I hapur posterior unilateral	4	7%
I thellë	14	24%

Tabela nr 46: Okluzioni dentar në planin vertikal

Ekzaminimi intraoral i kafshimit në planin vertikal jepet në grafikun nr 36 dhe tabelën nr 46. N=12 ose 21% e pacientëve kishin një kafshim normal, n=24 ose 41% e pacientëve kishin një kafshim të hapur anterior, n=4 ose 7% e pacientëve kishin një kafshim të hapur posterior bilateral, n=4 ose 7% kishin një kafshim të hapur posterior unilateral, dhe n=14 ose 24% kishin një kafshim të thellë dentar.

Matjet e Overbite, paraqiten në tabelën nr 47. N=19 ose 32,7% e pacientëve, prej të cilëve n=9 (15,5%) femra dhe n=10 (17,2%), kishin një overbite revers nga (-10%) në (-70%). N=24 ose 41% e pacientëve, prej të cilëve n= 16 (27,6%) femra dhe n=8 (13,8%) meshkuj kishin një overbite 0. N=12 ose 21% e pacientëve, prej të cilëve n=10 (17,2%) femra dhe n=2 (3,4%) meshkuj, kishin një overbite normal nga 10%-20% dhe n=3 ose 5% pacientë femra kishin një overbite të rritur nga 40 në 90%.

OB	F	M	Total
Revers OB	9 (15,5%)	10 (17,2%)	19 (32,7%)
Kafshim i hapur (OB 0)	16 (27,6%)	8 (13,8%)	24 (41,4%)
OB normal	10 (17,2%)	2 (3,4%)	12 (20.6 %)
OB > norma	3(5,2%)	-	3 (5,2%)
Total	38 (65,5%)	20 (34,5%)	58 (100%)

Tabela nr 47: Matjet e Overbite (OB)

5.6.10.f: Ekzaminimi i ATM-së

Në ekzaminimin klinik të ATM-së rezultoi se n=4 ose 7% e pacientëve kishin një hapje të limituar të gojës, dhe n=7 ose 12,1% kishin një devijim majtas gjatë hapjes së gojës.

Në ekzaminim e shenjave klinike, n=54 ose 93,1% e pacientëve ishin asimptomatik në ATM.

Vlerësimi klinik i ATM-së			
Hapja maksimale e gojës	<44mm 4 (7%)	Normal 44-48mm 52(89%)	>48mm 2(4%)
Devijim gjatë hapjes së gojës	Majtas 7 (12,1%)	Djathtas 4 (7,3%)	Nuk ka 47 (81%)
Shenjat Klinike në ATM			
	PO		JO
	MAJTAS	DJATHTAS	
Kërcitja	3(5,2%)	1(1,7%)	54 (93,1%)
Dhimbje	3(5,2%)	1(1,7%)	54 (93,1%)
Krepitacion	3 (5,2%)	1 (1,7%)	54 (93,1%)
Trajtime të mëparshme	7 (12%)		51 (88%)

Tabela Nr 48

Vlerësimi klinik i ATM-së paraqitet në tabelën nr 48.

N=4 ose 7% e pacientëve kishin një hapje të gojës më të vogël se 44mm, n=52 ose 89% kishin një hapje normale (44 - 48mm) dhe n=2 ose 4% një hapje mbi 48mm.

Në n=7 ose 12,1% të pacientëve, kishin një devijim majtas gjatë hapjes së gojës, n=4 ose 7,3% kishin një devijim djathtas gjatë hapjes së gojës dhe n=47 ose 81% nuk kishin devijim gjatë hapjes së gojës.

Në shenjat klinike në ATM, n=3 ose 5,2% kishin kërcitje, dhimbje dhe krepitacion në ATM majtas, dhe n=1 ose 1,7% kishin kërcitje, dhimbje dhe krepitacion djathtas. N=54 ose 93,1% nuk kishin asnjë shenjë klinike në ATM.

N=7 ose 12% e pacientëve kishin kryer trajtime të më parëshme për ATM dhe n=51 ose 88% nuk kishin kryer asnjë lloj trajtimi.

5.6.10.g:Ekzaminimi i grafisë panoramike

Nga analiza e grafisë panoramike rezultoi se n=34 (58,6%)e pacientëve paraqisnin mungesën e të paktën një dhëmbi.

N=24 (41,4%) e pacientëve, kishin së paku një dhëmb të pa dalë në hark, kryesisht molarin e tretë.

Rreth 20,4% e pacientëve, në grafinë panoramike paraqisnin të paktën një dhëmb të impaktuar, prej të cilëve 1,7% ishin kaninë maksilarë, 17% dhëmballë pjekurie dhe 1,7% dhëmbë të tjerë.

Patologjitë dentare si karies, paradontopati, patologji periapikale etj,në ekzaminimin e panorameksit u vunë re në n=41(70,7%) të pacientëve.

Në ekzaminimin e panorameksit, nuk u vunë re patologji të sinusit apo të kockës.

N=1(1,7%) pacient paraqiste asimetri të kondilit dhe ramus mandibule në grafinë panoramike.

Tabela nr 49

Vlerësimi i Grafisë Panoramike		
	Nr pacient	Përqindja (%)
Mungesa dentare	34	58,6
Dhëmbë të pa dalë	24	41,4
Dhëmbë të impaktuar	12	20,4
Kaninë	1	1,7
Dhëmballë pjekurie	10	1,7
Të tjerë	1	1,7
Patologji dentare,karies,parodontopati Patologji periapikale	41	70,7
Patologji të sinusit maksilar	0	0
Patologji të kockës	0	0
Patologji të ATM-së	1	1,7

5.6.10.gj: Analiza e modeleve të studimit sipas Korkhausit

Nga analiza e modeleve të studimit sipas Korkhausit rezultoi se për SI e matur, n=38 (65,4%) e pacientëve paraqitën një gjerësi anteriore në maksilë më të vogël se norma, n=29 (50%) paraqitën gjerësi posteriore në maksilë më të vogël se norma.

Në mandibul, n= 30 (51,7%) paraqitën një gjerësi anteriore më të vogël se norma në tabelën e Korkhausit për SI e matur, dhe n=32 (55,2%) paraqitën një gjerësi më të madhe se norma për SI e matur.

	Maksilës				Mandibula			
	B		C		B1		C1	
Diskrepanca nga norma për SI e matur	F	M	F	M	F	M	F	M
< Norma	24 (41,3%)	14 (24,1%)	18 (31%)	11 (19%)	20 (34,5%)	10 (17,2%)	6 (10,3%)	4 (6,9%)
Norma	7 (12,1%)	3 (5,2%)	8 (12,8%)	1 (1,7%)	13 (22,4%)	4 (6,9%)	12 (20,7%)	4 (6,9%)
>Normal	7 (12,1%)	3 (5,2%)	12 (20,7%)	8 (12,8%)	5 (8,6%)	6 (10,3%)	20 (34,5%)	12 (20,7%)
Total	38 (65,5%)	20 (34,5%)	38 (64,5%)	20 (34,5%)	38 (64,5%)	20 (34,5%)	38 (64,5%)	20 (34,5%)

Tabela Nr 50: Analiza e modeleve të studimit sipas Korkhausit

Në pacientët e mare në studim(Tabela Nr 50), duke analizuar diskrepancën midis vlerave të matura dhe normës nga Tabela e Korkhausit për SI e matur rezultoi se:

Në maksilë gjerësia anteriore (B): më e vogël së norma në 41,3% pacientë femra dhe 24,1% pacientë meshkuj, normal në 12,1% femra dhe 5,2% meshkuj dhe më e madhe se norma në 12,1% femra dhe 5,2% meshkuj.

Në Maksilë gjerësia posteriore (C): më e vogël se norma ne 31% femra dhe 19% meshkuj. Sa norma në 12,8% femra dhe 1,7% meshkuj dhe më e madhe se norma në 20,7% femra dhe 12,8% meshkuj.

Në Mandibul gjerësia anteriore (B1): më e vogël se norma në 34,5% femra dhe 17,2% meshkuj, sa norma 22,4% femra dhe 6,9% meshkuj dhe më e madhe se norma 8,6% femra dhe 10,3% meshkuj.

Në mandibul gjerësia posteriore (C1): më e vogël se norma në 10,3% femra dhe 6,9% meshkuj, sa norma në 20,7% femra dhe 6,9% meshkuj dhe më e madhe se norma në 34,5% femra dhe 20,7% meshkuj.

5.6.10.h: Ekzaminimi i grafisë laterale, cefalometria

Në analizën cefalometrike të grafisë laterale rezultoi se në planin sagital 76% e pacientëve kishin një raport normal të maksilës me kraniumin, SNA brenda normës, 60,3% paraqisnin një prognati mandibulare, SNB mbi normën, zhvillim më i madh i mandibulës dhe 76 % e pacientëve paraqitën një klasë të III-të skeletike, ANB më e vogël se norma.

Në planin vertikal n=27 ose 46,6 % e pacientëve paraqisnin hiperdivergjencë faciale, FMA mbi normën. Raporti kranium-mandibul (SN-Mand) n=29 ose 50% të pacientëve mbi normën, çka flet për praninë e kafshimit të hapur. Raporti maksilë-mandibul në planin vertikal mbi normën u vu re në n=27 ose 46% të pacientëve.

Në raportet dentare, incizivët maksilarë paraqitën një raport normal me kraniumin në 72% të pacientëve, ndërsa incizivët mandibularë u paraqitën të retroklinuar në raport me planin mandibular në n=34 ose 58% të pacientëve.

		Matja	Nr	Përqindja
Sagital	SNA	<78 ⁰	9	15%
		=78-84 ⁰	44	76%
		>84 ⁰	5	9%
	SNB	<75 ⁰	3	5,2%
		=75-81 ⁰	20	34,5%
		>81 ⁰	35	60,3%
	ANB	<1	44	76%
		=1-4	10	17%
		>4	4	7%
Vertikal	FMA	<22	9	15,5%
		=22-24 ⁰	22	37,9
		>24	27	46,6
	SN-Mand	<29	10	17%
		=29-35	19	33%
		>35	29	50%
	MMA	<21	8	14%
		=21-29	23	40%
		>29	27	46%
Dentare	UI-SN	<98	3	5,2%
		=98-114	42	72,4%

		>114	13	22,4%
	IMPA	<87	34	58%
		=87-99	19	33%
		>99	5	9%

Tabela nr 51

Të dhënat e analizës cefalometrike u paraqitën në tabelën nr:51.

Në planin sagital, këndi SNA rezultoi më i vogël se 78° në $n=9$ ose 15% të pacientëve, çka tregon një retrognati të maksilës në këtë plan. Këndi SNA rezultoi brenda normës 78° - 84° në $n=44$ ose 76% të pacientëve, dhe SNA më e madhe se 84° , në $n=5$ ose 9% të pacientëve, çka tregon një prognati të maksilës në planin sagital.

SNB rezultoi më e vogël së 75° retrognati mandibulare, në $n=3$ ose 5,2% të pacientëve. SNB brenda normës nga 75° - 81° , rezultoi në $n=20$ ose 34,5% të pacientëve. Ndërsa SNB mbi 81° prognati mandibulare rezultoi në $n=35$ ose 60,3% të pacientëve.

ANB rezultoi më e vogël se 1° , klasë e III-të skeletike, në $n=44$ ose 76% të pacientëve, ANB brenda normës 1° - 4° , në $n=10$ ose 17% të pacientëve. Ndërsa ANB më e madhe se 4° , Klasë e II-të skeletike, rezultoi në $n=4$ ose 7% të pacientëve.

Në planin vertikal FMA, rezultoi brenda normës, normodivergjencë në planin vertikal në $n=22$ ose 37,9% të pacientëve. FMA mbi 24° , hiperdivergjencë rezultoi në $n=27$ ose 46,6% të pacientëve. Hipodivergjencia, FMA më e vogël se 22° rezultoi në $n=9$ ose 15,5% të pacientëve.

Raporti i mandibulës me kraniumin në planin vertikal, këndi SN-Mand, rezultoi më i vogël se 29° , rritje horizontale e mandibulës, në $n=10$ ose 17% të pacientëve, SN-Mand brenda normës në $n=19$ ose 33% të pacientëve, ndërsa këndi më i madh se 35° , rritje vertikale e mandibulës rezultoi në $n=29$ ose 50% të pacientëve.

Raporti i mandibulës me maksilën në planin vertikal u analizua nëpërmjet matjes së këndit MMA. Vlerat e këndit MMA më të vogla se 21° , çka flasin për kafshim të thellë skeletik, u vunë re në $n=8$ ose 14% të pacientëve. Vlerat e këndit MMA brenda normës, rezultuan në $n=23$ ose 40% të pacientëve, ndërsa vlerat më të mëdha se 29° , kafshim i hapur skeletik, rezultuan në $n=27$ ose 46% të pacientëve.

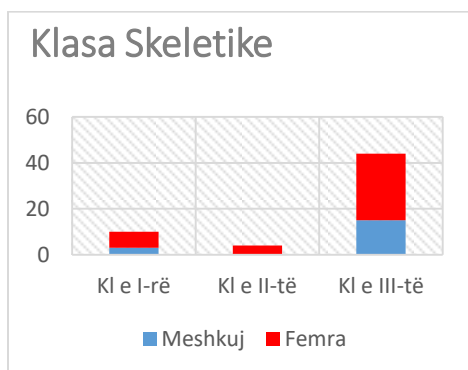
Raporti i incizivëve maksilarë me kraniumin, këndi UI-SN, rezultoi mbi 114° (proklinim) në $n=13$ ose 22,4% të pacientëve, vlerat brenda normës 98° - 114° rezultuan në $n=42$ ose 72,4% të pacientëve. Retroklinimi i incizivëve, vlerat e këndit më të vogla se 98° , rezultuan në $n=3$ ose 5,2% të pacientëve.

Raporti i incizivëve mandibularë me planin mandibular, Këndi IMPA rezultoi në vlera më të vogla se 87° në $n=34$ ose 58% të pacientëve. Vlerat brenda normës të këndit IMPA, rezultuan në

n=19 ose 33% të pacientëve dhe proklinimi i incizivëve mandibularë, këndi IMPA mbi 99° rezultoi në n=5 ose 9% të pacientëve.

5.6.10.i: Anomalitë në planin sagital dhe vertikal

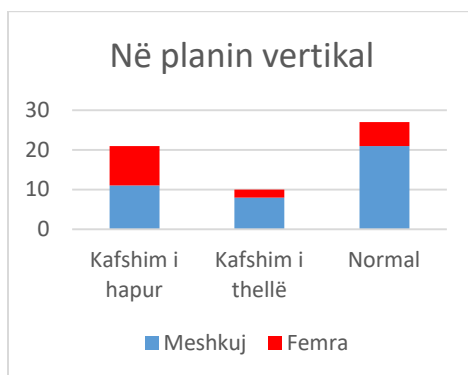
Nga analizimi i të dhënave rezultoi se në planin sagital, n=44 pacientë ose 75,9% paraqitën një klasë të tretë skeletike. Në planin vertikal n=27 ose 46,6% e pacientëve paraqitën një kafshim normal. Klasa e III-të skeletike shoqëruar me kafshim normal në planin vertikal rezultoi më e shpeshtë n=24 ose 41,4% të pacientëve.



	F	M	Total
Kl e I	7 (12,1%)	3 (5,2%)	10 (17,2%)
Kl e II	4 (6,9%)	0	4 (6,9%)
Kl e III	27 (46,5%)	17 (29,3%)	44 (75,9%)
Total	38 (65,6%)	20 (34,5%)	58 (100%)

Grafiku nr 37

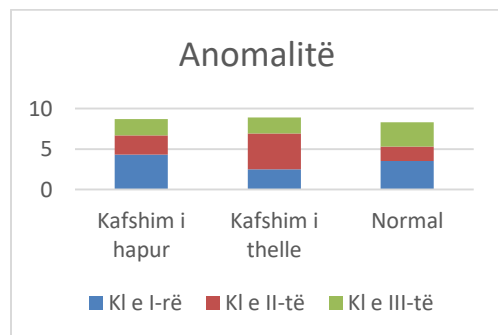
Tabela Nr :52



	F	M	Total
Kafshim i hapur	11 (19%)	10 (17,2%)	21 (36,2%)
Kafshim i thellë	8 (13,8%)	2 (3,4%)	10 (17,2%)
Normal	19 (32,7%)	8 (13,8%)	27 (46,6%)
Total	38 (65,5%)	20 (34,5%)	58 (100%)

Grafiku nr:38

Tabela nr:53



	Kafshim I hapur	Kafshim I thellë	Normal	Total
Kl e I	5(8,6%)	3(5,2%)	2(3,4%)	10(17,2%)
Kl e II	2(3,4%)	1(1,7%)	1(1,7%)	4 (6,9%)
Kl e III	14(24,1%)	6(10,3%)	24(41,4%)	44 (74,1%)
Total	21(36,2%)	10(17,2%)	27(46,5%)	58(100%)

Grafiku nr:39

Tabela Nr:54

Klasat skeletike në planin sagital për pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike paraqiten në grafikun n=37 dhe tabelën n=52.

N=10 ose 17,2% e pacientëve, prej të cilëve n=7 ose 12,1% femra dhe n=3 ose 5,2% meshkuj kishin një klasë të I-rë skeletike.

N=4 femra ose 6,9% e pacientëve kishin një klasë të II-të skeletike.

N=44 ose 75,9% e pacientëve, prej të cilëve n=27 ose 46,5% femra dhe n=17 ose 29,3% meshkuj kishin një klasë të III-të skeletike.

Lloji i kafshimit në planin vertikal u paraqit në grafikun nr 38 dhe tabelën n=53.

N=21 ose 36,2% e pacientëve, prej të cilëve n=11 ose 19% femra dhe n=10 ose 17,2% meshkuj, paraqitën një kafshim të hapur skeletik.

N=10 ose 17,2% e pacientëve, prej të cilëve n=8 ose 13,8% femra dhe n=2 ose 3,4% meshkuj, paraqitën një kafshim të thellë skeletik.

N=27 ose 46,6%, prej të cilëve n=19 ose 32,7% femra dhe n=8 ose 13,8% meshkuj kishin një kafshim normal në planin vertikal.

Anomalitë në planin sagital dhe vertikal të kombinuar, jepen në grafikun nr 39 dhe tabelën nr 54.

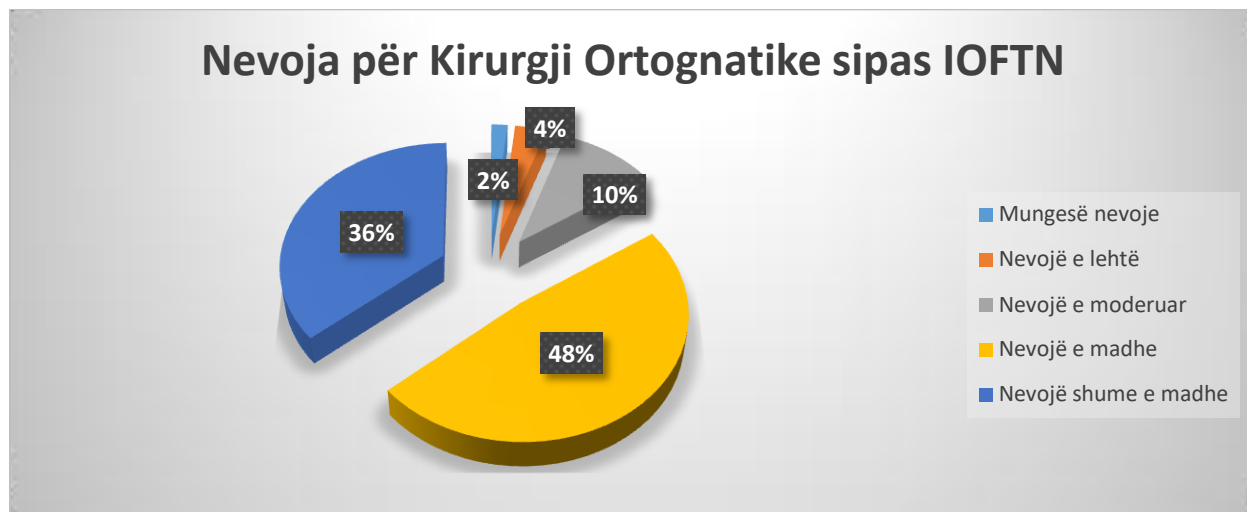
Në n=10 ose 17,2% të pacientëve që paraqitën një klasë të I-rë skeletike, n=5 ose 8,6% kishin kafshim të hapur, n=3 ose 5,2% kishin kafshim të thellë dhe n=2 ose 3,4% kishin kafshim normal.

Në n=4 ose 6,9% të pacientëve që kishin një klasë të II-të skeletike, n=2 ose 3,4% kishin kafshim të hapur, n=1 ose 1,7% kishin kafshim të thellë dhe n=1 ose 1,7% kishte kafshim normal.

Në n=44 ose 75,9% të pacientëve me klasë të III-të skeletike, n=14 ose 24,1% kishin kafshim të hapur, n=6 ose 10,3% kishin kafshim të thellë dhe n=24 ose 41,4% kishin kafshim normal.

5.6.10.j. IOFTN

Në pacientët tanë sipas IOFTN, rezultoi nevojë e madhe për trajtim në n=28(48%) të pacientëve.



Grafiku nr 40: IOFTN

	IOFTN	Nr	%
Mungesë (n=1)	1	1	1,7
Nevojë e lehtë (n=2)	2.8	2	3,4
Nevojë e moderuar (n=6)	3.1	4	6,9
	3.3	2	3,4
Nevojë e madhe (n=28)	4.1	10	17,2
	4.2	2	3,4
	4.3	16	27,6
Nevojë shume e madhe (n=21)	5.1	2	3,4
	5.2	2	3,4
	5.3	16	27,6
	5.4	1	1,7

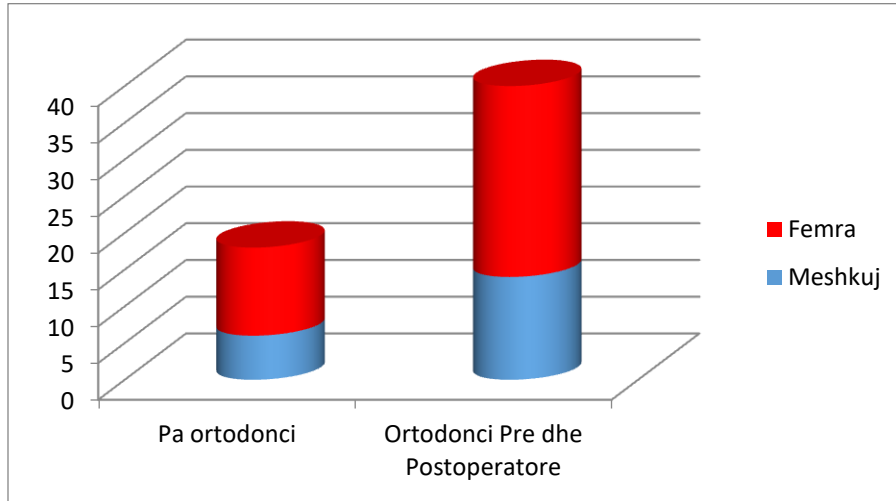
Tabela Nr 55: IOFTN

Në pacientët tanë u vu re nevojë shumë e madhe për trajtim në n=21 pacientë (36,2%), nevojë e madhe në n=28 pacientë (48,3%), nevojë e moderuar për trajtim në n=6 (10,3%), nevojë e lehtë në n=2 (3,4%) dhe mungesë nevoje për trajtim në n=1 pacient (1,7%). (Grafiku nr 40 dhe Tabela nr 55)

5.6.11:Trajtimi

Pacientët që kryhen kirurgji ortognatike u ndanë në dy grupe, grupi 1 përfshinë pacientët që kryen kirurgji ortognatike me trajtim ortodontik dhe grupi i 2, përfshinë pacientë që kryhen trajtim kirurgjikal pa ortodonci.

Nga pacientët ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike, n=40 (68,9%) kryen trajtimin ortodontiko-kirurgjikal.



Grafiku nr:41

		Nr		%		Total
		M	F	M	F	
Grupi I	Ortodonci Pre dhe postoperatore	14	26	24,4	44,4	40 (68,7)
Grupi II	Pa ortodonci	6	12	10,3	21	18(31,3)
	Total	20	38	34,5	65,5	58(100%)

Tabela nr 56:

Në pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike, n=18 ose 31,3% nuk kryhen asnjë trajtim ortodontik, prej të cilëve n=6 ose 10,3% ishin meshkuj dhe n=12 ose 21% ishin femra.

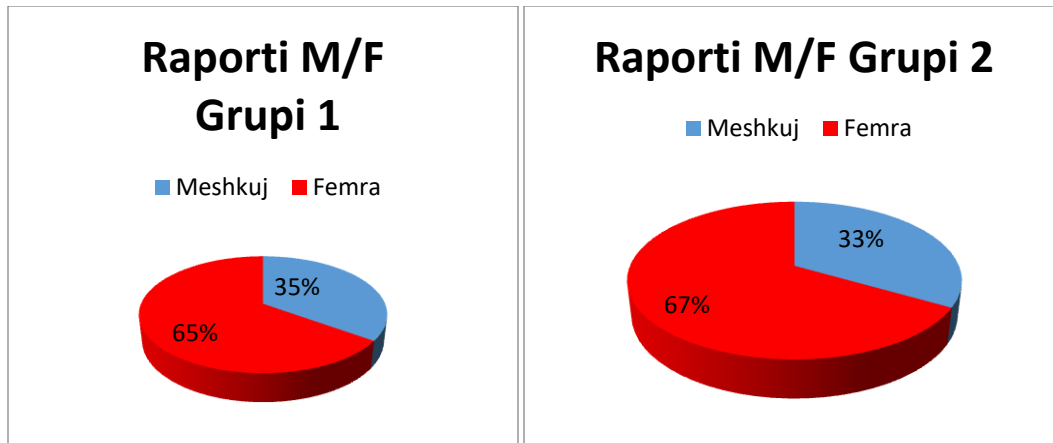
N=40 ose 68,7% e pacientëve kryhen trajtim ortodontiko kirurgjikal, prej tyre n=14 ose 24,4% ishin meshkuj dhe n=26 ose 44,4% ishin femra.

Grupi i I-rë, n=40 pacientë, meshkuj n=14 ose 35% dhe femra n=26 ose 65%. (Grafiku nr 41 dhe tabela nr 56)

Mosha mesatare në grupin e I-rë, 20,2 vjeç, minimalja 15 vjeç dhe maksimalja 33 vjeç. (Tabela nr 57)

Grupi i II-të, n=18 pacientë, meshkuj n=6 dhe femra n=12. (Grafiku nr 43)

Mosha mesatare në grupin e II-të, rezulton 22,5 vjeç, minimalja 17 dhe maksimalja 39. (tabela nr 57)



Grafiku nr 42 dhe 43: Raporti Mashkull / Femër grupi I dhe II

	Mosha Grupi 1	Mosha Grupi 2
Nr	40	18
Mungesa	0	0
Mesatare	20.225	22.556
Std. Deviation	4.233	5.711
Minimum	15.000	17.000
Maximum	33.000	39.000

Tabela nr 57. Mosha në grupet I dhe II

1.Kohëzgjatja e trajtimit

Kohëzgjatja e trajtimit grupi i I-rë

T1 Koha mesatare e ortodoncisë preoperatore rezultoi 12,5muaj.

T2. Koha mesatare nga moment i kirurgjisë deri në fillimin e ortodoncisë postoperatore rezultoi 2,2 muaj.

T3 Koha mesatare e ortodoncisë postoperatore rezultoi 8,9muaj.

T koha mesatare e gjithë trajtimit ortodontiko-kirurgjikal rezultoi 22,1muaj

	T1	T2	T3	T
Nr	32	36	32	32
Mungesa	6	2	6	6
Mesatare	12.523	2,229	8,906	22,094
Std. Deviation	6.303	4,190	5,300	7,490
Minimum	0.250	0,250	4,000	7,500
Maximum	26.000	24,000	26,000	48,000

Tabela nr 58.

Kohëzgjatja e trajtimit u llogarit për të gjithë pacientët që kryen trajtimin ortodontik pranë klinikës sonë. 2 pacientë që kishin kryer ortodoncinë diku tjetër nuk u përfshinë.

Koha mesatare e ortodoncisë preoperatore rezultoi 12,5muaj. Koha minimale e ortodoncisë preoperatore ishte 0,25muaj (1javë) dhe koha maksimale 26 muaj.

Koha mesatare nga moment i kirurgjisë deri në fillimin e ortodoncisë postoperatore ishte 2,2 muaj. Koha minimale që pacientët u paraqitën pas kirurgjisë ishte 0,25muaj (1 javë) dhe maksimale 24muaj.

Koha mesatare e ortodoncisë postoperatore ishte 8,9 muaj. Koha minimale e ortodoncisë postoperatore ishte 4muaj dhe maksimale 26 muaj.

Koha mesatare e gjithë trajtimit ortodontiko-kirurgjikale, rezultoi 22,1muaj. Koha minimale e trajtimit ishte 7,49 muaj dhe maksimale 48 muaj.

Kohëzgjatja e trajtimit Grupi i II-të

T1 koha nga momentit i vendosjes së diagnozës ortodontike deri në kirurgji, mesatarisht 1,819muaj

T2 koha nga përfundimi i kirurgjisë deri në heqjen e fiksimit me shina me grepa, mesatarisht 2,222muaj

T koha e plotë e trajtimit, mesatarisht 4,042muaj

	<i>T1</i>	<i>T2</i>	<i>T</i>
Nr	<i>18</i>	<i>18</i>	<i>18</i>
Mungesa	-	-	-
Mesatare	<i>1,819</i>	<i>2,222</i>	<i>4,042</i>
Std. Deviation	<i>1,606</i>	<i>1,003</i>	<i>2,241</i>
Minimum	<i>0,250</i>	<i>1</i>	<i>1,25</i>
Maximum	<i>6,000</i>	<i>4</i>	<i>9</i>

Tabela nr 59

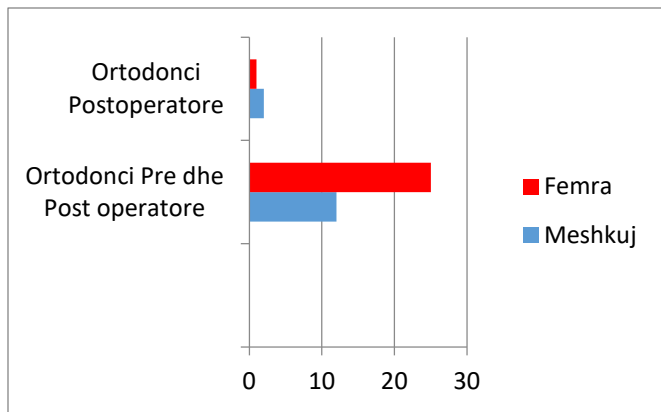
Koha mesatare T1,nga moment i vendosjes së diagnozës e deri në kirurgjinë, rezultoi 1,819muaj. Koha minimale 0,25 muaj dhe koha maksimale 6 muaj.

Koha mesatare nga moment i kirurgjisë deri heqjen e fiksimit ishte 2,2 muaj. Koha minimale ishte 1 muaj dhe maksimale 4muaj.

Koha mesatare e gjithë trajtimit, rezultoi 4,042,muaj. Koha minimale e trajtimit ishte 1,25muaj dhe maksimale 9 muaj.

2. Trajtimi Ortodontik

Në pacientët që ju nënshtruan trajtimin ortodontiko-kirurgjikal (Grupi 1), trajtimi më i shpeshtë rezultoi ortodoncia pre dhe post operatore n=37 ose 92,5% e pacientëve.



	Gjinia Nr (%)		Total
	M	F	
Pre dhe postoperator	12 (30.0)	25 (62.5)	37(92,5)
Postoperator	2 (5.0)	1(2.5)	3(7,5)
Total	14 (35.0)	26(65.0)	40 (100.0)

Grafiku nr 44.

Tabela Nr 60

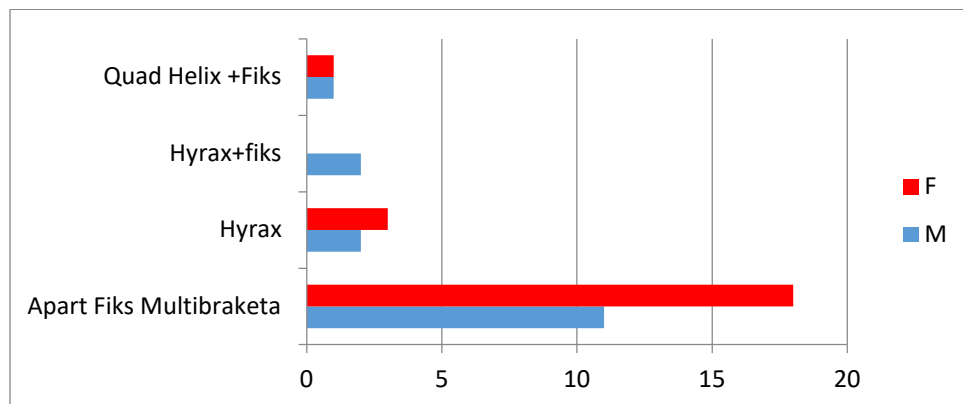
Trajtimi i aplikuar ortodontik në grupin I, paraqitet në grafikun nr 44 dhe tabelën nr 60

N= 37 ose 92,5% e pacientëve, prej të cilëve n=12(30%) meshkuj dhe n=25 (62,5%)femra, kryhen ortodonci pre dhe post operatore.

N=3 ose 7,5% e pacientëve, prej të cilëve n=2 (5%) meshkuj dhe n=1(2,5%) femra, kryhen vetëm ortodonci postoperatore

3. Aparatet ortodontike të përdorura

Në pacientët e grupit I, aparati ortodontik më i përdorur rezultoi aparati fiks me braketa, n=29 ose (72,5%) të pacientëve



Grafiku nr 45.

	Gjinia nr (%)		Total
	F	M	
Aparat Fiks	20 (50.0)	11(27.5)	31 (77.5)
Hyraks	3 (7,5)	2(5)	5(12.5)
Quad heliks+Aparat Fiks	1 (2.5)	1(2.5)	2(5.0)
Hyraks +Fiks	2(5.0)	0(0.0)	2(5.0)
Total	26 (100.0)	14(100.0)	40 (100.0)

Tabela nr 61.

Llojet e aparateve ortodontike të përdorura, paraqiten në grafikun nr 45 dhe tabelën nr 61.

N=31 (77,5%) e pacientëve, n=20 (50%) femra dhe n=11 (27,5%) meshkuj, kanë përdorur aparatin fiks multibraketa.

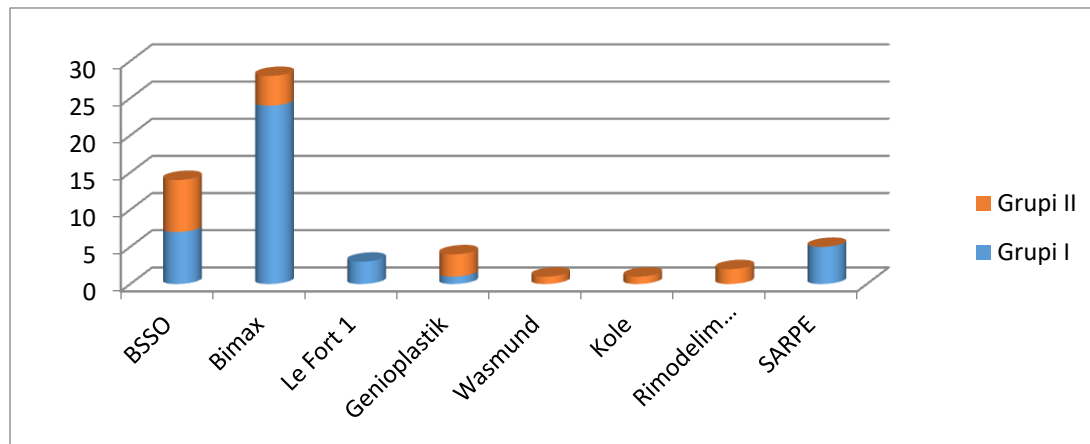
N=5(12,5%) e pacientëve, n=3(7,5%) femra dhe n=2(5%) meshkuj, kanë përdorur vetëm zgjerues Hyrax.

N=2 (5%) e pacientëve, n=1(2,5%) femra dhe n=1(2,5%) meshkuj, kanë përdorur si zgjerues Quad Heliksin dhe aparat fiks multibraketa.

N=2(5%) e pacientëve, n=1(2,5%) femra dhe n=1(2,5%) meshkuj kanë përdorur si zgjerues Hyraks dhe aparat fiks multibraketa.

4. Lloji i trajtimit kirurgjikal

Në pacientët tanë, kirurgjia ortognatike më e përdorur rezultoi bimaksilarja në n=28 ose 48,3% të pacientëve.



Grafiku nr 46

	Grupi I		Grupi II		Total
	F	M	F	M	
BSSO	5(8,6%)	2(3,4%)	2(3,4%)	5(8,6%)	14(24%)
Bimax Kirurgji	16(27,5%)	8(13,8%)	4(6,9%)	0	28 (48,3%)
Genioplastik	1(1,7%)	0	3(5,2%)	0	4(6,9%)
Le Fort 1	1(1,7%)	2(3,4%)	0	0	3(5,2%)
SARPE	3(5,2%)	2(3,4%)	0	0	5(8,6%)
Wasmund	0	0	1(1,7%)	0	1(1,7%)
Rimodelim Mandibule	0	0	2(3,4%)	0	2 (3,4%)
Kole	0	0	0	1(1,7%)	1(1,7%)
Total	26(45%)	14(24%)	12(21%)	6(10%)	58(100%)

Tabela nr 62

Grafiku nr 46 dhe tabela nr 62, paraqesin llojet e kirurgjisë ortognatike të aplikuara në pacientët tanë.

Në grupi I, Bisagital Split Osteotomi (BSSO) u krye në n=7 ose 12% të pacientëve, nga të cilët n=5 (8,6%) femra dhe n=2 (3,4%) meshkuj. Bimaksilarja në n=24 ose 41,3% të pacientëve, nga të cilët nr=16 (27,5%) femra dhe n=8 (13,8%) meshkuj, Genioplastikë në n=1 (1,7%)femra, Le Fort 1 në n=3 (5,2%) pacientë, n=1(1,7%) femra dhe n=2 (3,4%)meshkuj, SARPE në n=5(8,6%), n=3 (5,2%) femra dhe n=2 (3,4%) meshkuj.

Në grupin e II-të, kirurgjia BSSO u krye në $n=7(12\%)$ pacientë nga të cilët $n=2(3,4\%)$ femra dhe $n=5(8,6\%)$ meshkuj. Kirurgjia Bimaxilare në $n=4(6,9\%)$ pacientë femra. Genioplastika u krye në $n=3(5,2\%)$ pacientë femra. Wasmund u krye në $n=1(1,7\%)$ pacientë femra dhe kirurgjia sipas Kole në $n=1(1,7\%)$ pacientë meshkuj.

5. Ortodoncia Postoperatore në Grupin I

Ortodoncia Postoperatore në pacientët që ju nënshtruan trajtimit ortodontiko-kirurgjikal, konsistoi kryesisht në stabilizimin e rezultatit me aparatën fiks, në $n=32$ ose 75% të pacientëve.

Lloji i retenirit më të përdorur rezultoi essix retainer në $n=30(75\%)$

a. Lloji i Trajtimit

	Nr		%		Total
	F	M	F	M	
Zgjerim maksilar dhe stabiliteti pas kirurgjisë SARPE	3	2	7,5	5	5(12,5%)
Stabilizim i rezultatit me aparatën fiks	22	10	55	25	32(75%)
Ortodonci fikse nga fillimi	1	2	2,5	5	3(7,5%)
Total	26	14	65	35	40 (100%)

Tabela nr 63.

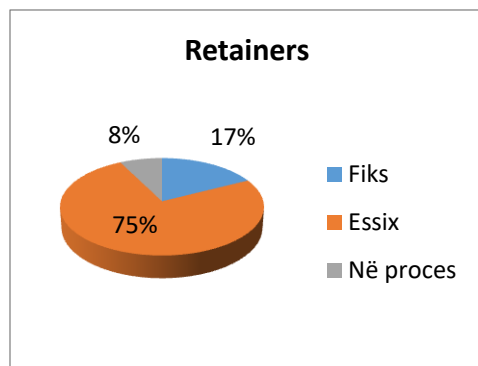
Llojet e trajtimit në ortodoncinë postoperatore paraqiten në tabelën nr 63.

$N=5$ ose $(12,5\%)$ e pacientëve, prej të cilëve $n=3(7,5\%)$ femra dhe $n=2(5\%)$ meshkuj, u krye zgjerimi i maksilës dhe stabilizimi i rezultatit pas kirurgjisë SARPE.

$N=32$ ose 75% e pacientëve, prej të cilëve $n=22(55\%)$ femra dhe $n=10(25\%)$ meshkuj, u krye stabilizimi i rezultatit me anë të aparatit fiks.

$N=3$ ose $7,5\%$ e pacientëve, prej të cilëve $n=1(2,5\%)$ femra dhe $n=2(5\%)$ meshkuj kryhen trajimin ortodontik nga fillimi.

b. Lloji i retainereve



	Nr		%		Total
	F	M	F	M	
Fiks	3	4	7,5	10	7 (17,5%)
Essix	21	9	52,5	22,5	30 (75%)
Duke vazhduar trajtimin	2	1	5	2,5	3 (7,5%)
	26	14	65	35	40 (100%)

Grafiku nr 47 dhe Tabela nr 64

Llojet e retainerve të përdorur paraqiten në grafikun nr 45 dhe tabelën nr 64.

N=7 pse 17,5% e pacientëve, prej të cilëve n=3 (7,5%) femra dhe n=4 (10%) meshkuj u vendos retainer fiks.

N=30 ose 75% të pacientëve, prej të cilëve n=21 (52,5%) femra dhe n=9(22,5%) meshkuj, u vendosën essix retainers dhe n=3 (7,5%) e pacientëve, janë duke kryer akoma ortodoncinë postoperative.

6. Analiza cefalometrike para dhe pas trajtimit

Në analizën cefalometrike të grafisë laterale pas trajtimit (Tabela nr 65) rezultoi se:

A) Në planin sagital

Numri i pacientëve me vlera të SNA brenda normës (78° - 84°) u rrit nga 44 në 50, numri i pacientëve me vlera të SNA më të vogla se 78° u ul nga 9 në 2, ndërsa numri i pacientëve me vlera më të mëdha se 84° u rrit nga 5 në 6.

Numri i pacientëve me vlera të SNB më të mëdha se 81° u ul nga 35 në 17, numri i pacientëve me vlera normale të SNB (75° - 81°) u rrit nga 20 në 39, ndërsa numri i pacientëve me vlera më të vogla se 75° u ul nga 3 në 2.

Përsa i përket këndit ANB, u vu re një rritje e numrit të pacientëve me një klasë të parë skeletike, ANB (1° - 4°) nga 10 pacientë para trajtimit në 44 pacientë pas trajtimit. Numri i pacientëve me klasë të III-të skeletike, vlera të ANB më të vogla se 1° , u ul nga 44 para trajtimit në 8 pas trajtimit. Numri i pacientëve me klasë të II-të skeletike (ANB më e madhe se 4°) nuk ndryshojë para dhe pas trajtimit.

B) Në planin vertikal

Numri i pacientëve ku vlerat këndi SN-Mand (kranium-mandibul) ishin më të vogla se 29° , (kafshim i thellë skeletik) u ul nga 10 në 6 pacientë. Numri i pacientëve ku vlerat e Këndit SN-Mand brenda normës (29° - 35°) u rrit nga 19 para trajtimit në 34 pas trajtimit, ndërsa numri i pacientëve me vlera të këndit SN-Mand mbi normën, mbi 35° , u ul nga 29 në 18 pacientë.

Numri i pacientëve ku vlerat e këndit MMA më të vogla se 21° (kafshimi thellë) u ul nga 8 në 6 pacientë. Numri i pacientëve me vlera brenda normës të MMA (21° - 29°), u rrit nga 23 në 40, ndërsa numri i pacientëve me vlera më të mëdha se 29° , (kafshim i hapur) u ul nga 27 në 12.

C) Raportet dentare

Raporti i incizivëve maksilar me Kranium (Is-SN) rezultoi normal (98° - 114°) në 47 pacientë pas trajtimit nga 42 që ishte para trajtimit. Incizivët maksilar të proklinuar në raport me kraniumin, Is-SN mbi 114° rezultoi në 8 pacientë pas trajtimit nga 13 që ishin para trajtimit.

Ndërsa numri i pacientëve ku vlerat e këndit (Is-SN) më të vogla se 98° , nuk ndryshoj para dhe pas trajtimit.

Numri i pacientëve ku vlerat e IMPA më të vogla se 87° u ul nga 34 para trajtimit në 16 pas trajtimit. Numri i pacientëve me vlera normale të IMPA, nga 87° – 99° u rrit nga 19 pacientë para në 41 pacientë pas trajtimit. Ndërsa numri i pacientëve me vlera të IMPA, më të mëdha se 99° u ul nga 5 në 1.

Tabela nr 65				
		Matja	T1 (Nr)	T2 (Nr)
Sagital	SNA	$<78^{\circ}$	9	2
		$=78-84^{\circ}$	44	50
		$>84^{\circ}$	5	6
	SNB	$<75^{\circ}$	3	2
		$=75-81^{\circ}$	20	39
		$>81^{\circ}$	35	17
	ANB	$<1^{\circ}$	44	8
		$=1^{\circ}-4^{\circ}$	10	46
		$>4^{\circ}$	4	4
	SN-Mand	$<29^{\circ}$	10	6
		$=29^{\circ}-35^{\circ}$	19	34
		$>35^{\circ}$	29	18
	MMA	$<21^{\circ}$	8	6
		$=21^{\circ}-29^{\circ}$	23	40
		$>29^{\circ}$	27	12
Dentare	UI-SN	$<98^{\circ}$	3	3
		$=98^{\circ}-114^{\circ}$	42	47
		$>114^{\circ}$	13	8
	IMPA	$<87^{\circ}$	34	16
		$=87^{\circ}-99^{\circ}$	19	41
		$>99^{\circ}$	5	1

Tabela nr 65. Matja cefalometrike para (T1) dhe pas (T2) trajtimit

Tabela 66 A. Plani Sagital				
		T1 (para kirurgjisë) Vlera mesatare (SD)	T2 (pas kirurgjisë) Vlera mesatare (SD)	Diferenca
SNA	<78 ⁰	72,1 (2,4)	77 (4,2)	4,9
	= 78 ⁰ -84 ⁰	80,8 (4,9)	80,5 (1,8)	-0,3
	>84 ⁰	85,8 (0)	84,5 (0,7)	-1,3
SNB	<75 ⁰	71 (0,8)	73,5 (2,1)	2,5
	=75 ⁰ -81 ⁰	79,3 (1,5)	77 (1,4)	-2,3
	>81 ⁰	86,9 (2,4)	81 (1,4)	-5,9
ANB	<1 ⁰	-5,3 (3,04)	-1,5 (0,7)	3,8
	=1 ⁰ -4 ⁰	2 (0,8)	3 (0)	1
	>4 ⁰	8,5 (2,1)	6 (3,5)	-2,5

Tabela nr 66, A

Nga matjet në analizën cefalometrike pas trajtimit rezultoi se:

Vlerat e këndit SNA më të vogla se 78⁰, u rritën me afërsisht 4,9 gradë, vlerat e këndit SNA më të mëdha se 84⁰ u ulën me 1,3 gradë, ndërsa vlerat e këndit SNA brenda normës, (78-84) u ulën me 0,3 gradë pas kirurgjisë.

Vlerat e Këndit SNB më të vogla se 75⁰, u rritën m 2,5 gradë pas trajtimit. Vlerat e këndit SNB brenda normës (75⁰-81⁰) u ulën me 2,5 gradë, ndërsa vlerat e SNB mbi 81⁰ u ulën me 5,9 gradë.

Vlerat e Këndit ANB më të vogla se 1⁰ u rritën me 3,8⁰, pas kirurgjisë, vlerat normale të Këndit ANB u rritën me 1 gradë ndërsa vlerat e këndit ANB më të mëdha se 4 u ulën me 2,5 gradë pas kirurgjisë.

Tabela 66 B: Parametrat Vertikal				
		T1 (para kirurgjisë) Vlera mesatare (SD)	T2 (pas kirurgjisë) Vlera mesatare (SD)	Diferenca
Sn-Mand	< 29	25,1 (5,6)	27,5 (5,65)	+2,4
	= 29 ⁰ -35 ⁰	29,5 (0,7)	31,8 (1,4)	-2,3
	> 35 ⁰	38,5 (3,5)	36,5 (3,5)	-2
MMA	<21 ⁰	16,5 (2,1)	20 (1,4)	3,5
	=21 ⁰ -29 ⁰	24,8 (0)	28 (0,7)	3,2
	>29 ⁰	33 (4,2)	27,5 (4,9)	-5,5

Tabela nr 66 B

Nga matjet në analizën cefalometrike pas kirurgjisë në planin vertikal rezultoi se:

Vlerat e këndit midis kraniumit dhe mandibulës (SN-Mand) më të vogla se 29° u rritën me 2,4 gradë pas kirurgjisë, vlerat normale ($29^{\circ} - 35^{\circ}$) u ulën me 2,4 gradë, ndërsa vlerat më të mëdha se 35° u ulën me 2 gradë pas kirurgjisë.

Vlerat e këndit midis maksilës dhe mandibulës (MMA) më të vogla se 21° u rritën me 3,5 gradë, vlerat normale te MMA ($21-29$) u rritën me $3,2^{\circ}$ ndërsa vlerat më të mëdha se 29° u 5,5 gradë.

Tabela 66 C: Parametrat Dentar				
		T1 (para trajtimit) Vlera mesatare (SD)	T2 (pas trajtimit) Vlera mesatare (SD)	Diferenca Vlera mesatare (SD)
UI-SN	$< 98^{\circ}$	96 (0)	98 (2,8)	2
	$= 98^{\circ} - 114^{\circ}$	106,5 (4,9)	102,8 (1,4)	-3,7
	$> 114^{\circ}$	118,7 (2,1)	112 (7,07)	-6,7
IMPA	$< 87^{\circ}$	81,5 (2,1)	88,5 (3,5)	7
	$= 87^{\circ} - 99^{\circ}$	87,5 (0,7)	90 (4,2)	2,5
	$> 99^{\circ}$	101,7 (2,1)	95,5 (4,9)	-6,2

Tabela 66 C

Nga analiza cefalometrike e grafisë laterale pas trajtimit, rezultoi se:

Vlerat e këndit të incizivëve maksilar me kraniumi (UI-SN), më të vogla se 98° u rritën me 2 gradë, vlerat brenda normës ($98^{\circ} - 114^{\circ}$) u ulën me 3,7 gradë ndërsa vlerat më të mëdha se 114° u ulën me 6,7 gradë pas trajtimit.

Vlerat e këndit IMPA më të vogla se 87° u rritën me 7 gradë pas trajtimit, vlerat e këndit IMPA brenda normës u rritën me 2,5 gradë, ndërsa vlerat e IMPA mbi 99° u ulën me 6,2 gradë.

5.6.16. Krahasimi midis 2 grupeve mbi suksesin e trajtimit

1. Estetika faciale

Raportet vertikale të fytyrës në pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike u përmirësuan në n=24 (41,1%) në grupin e parë dhe n=6 (10,3%) në grupin e dytë.

Raportet transversal të fytyrës u përmirësuan rreth n=25(43,1%) në grupin e I dhe n=8 (13,8%) në grupin e II-të.

Simetria faciale, u përmirësua në n=14(24,1%) të pacientëve në grupin e I-rë, dhe n=2 (3,4%) të pacientëve në grupin e II-të.

Profili u përmirësua në n=34(58,6%) të pacientëve në grupin e I-rë, dhe n=9(15,5%) të pacientëve në grupin e II-të.

Këndi Nazolabial u përmirësua në n=27 (46,6%) të pacientëve në grupin e I-rë dhe n=5 (8,6%) të pacientëve në grupin e II-të.

Këndi Labiamental u përmirësua në n=31 (53,4%) në grupin e I-rë dhe në n=14 (24%) në grupin e II-të.

Pozicioni sagital i mjekrës u përmirësua në n=32 (55,2%) të pacientëve në grupin e I-rë dhe n=12 (20,7%) në grupin e II-të.

Pozicioni sagital i buzëve u përmirësua në n=37 (63,8%) të pacientëve në grupin e I-rë dhe n=12 (20,7%) të pacientëve në grupin e II-të.

		Raportet Vertikale	Raportet Transvers	Simetria	Profili	Këndi Nazolabial	Këndi Labiamental	Pozicioni sagital i mjekrës	Pozicioni sagital i buzëve
Gr I	Përmirësuar	24	25	14	34	27	31	32	37
	% në Grup	60%	62,5%	35%	85%	67,5%	77,5%	80%	92,5%
	% në Total	41,4%	43,1%	24,1%	58,6%	46,6%	53,4%	55,2%	63,8%
	Normal	16	15	26	6	13	9	8	3
	% në Grup	40%	37,5%	65%	15%	32,5%	22,5%	20%	7,5%
	% në Total	27,6%	25,9%	44,8%	10,3%	22,4%	15,5%	13,8%	5,2%
	Përkeqësuar	-	-	-	-	-	-	-	-
Gr II	Përmirësuar	6	8	2	9	5	14	12	12
	% në Grup	33,3%	44,4%	11,1%	50%	28%	78%	67%	67%
	% në Total	10,3%	13,8%	3,4%	15,5%	8,6%	24%	20,7%	20,7%
	Nuk ndryshuan	12	10	16	9	13	4	6	6
	% në Grup	67%	56%	89%	50%	72%	22%	33%	33%
	% në Total	20,7%	17,2%	27,6%	15,5%	22,4%	6,9%	10,3%	10,3%
	Përkeqësuar	-	-	-	-	-	-	-	-
Total		58	58	58	58	58	58	58	58

Tabela nr: 67

Rezultatet e kirurgjisë ortognatike në estetikën faciale u analizuan dhe u paraqitën në tabelën nr 67. Në grupin e I-rë, u përmirësuan raportet vertikale 60%, raportet transversale 62,5%, simetria 35%, profili 85%, këndi nazolabial 67,5%, këndi labiamental 77,5%, pozicioni sagital i mjekrës 80% dhe pozicioni sagittal i buzëve 92,5%.

Në grupin e I-rë, raportet nuk ndryshuan; raportet vertikale 40%, raportet transversale 37,5%, simetria 65%, profili 15%, këndi nazolabial 32,5%, këndi labiamental 22,5%, pozicioni sagital i mjekrës 20%, pozicioni sagital i buzëve 7,5%.

Në grupin e II-të, u përmirësuan raportet vertikale 33,3%, raportet transversale 44,4%, simetria 11,1%, profili 50%, këndi nazolabial 28%, këndi labiamental 78%, pozicioni sagital i mjekrës 67% dhe pozicioni sagital i buzëve 67%.

Në grupin e II-të, raportet nuk ndryshuan; raportet vertikale 67%, raportet transversale 56%, simetria 89%, profili 50%, këndi nazolabial 72%, këndi labiamental 22%, pozicioni sagital i mjekrës 33%, pozicioni sagital i buzëve 33%.

2. Estetika Dentare

Në rezultatet e trajtimit, në estetikën dentare, në grupin e I-rë, rezultoi se okluzioni ishte Kl e I-rë në 85% të pacientëve, Overjeti normal në 87,5% dhe overbite(OB) normal në 80%.

Në grupin e dytë, okluzioni rezultoi normal pas trajtimit në 44% të pacientëve, overjeti (OJ) normal në 44% dhe overbite (OB) normal në 39% të pacientëve të këtij grupi.

	Grupi I			Grupi II		
	Kl e III	Kl e I	Kl e II	Kl e III	Kl e I	Kl e II
Okluzioni						
Nr	2	34	4	7	8	3
% në Grup	5%	85%	10%	39%	44%	17%
% në total	3,4%	58,6%	6,9%	12,1%	13,8%	5,2%
OJ	< Norma	Normal	>Norma	< Norma	Normal	>Norma
Nr	1	35	4	4	8	6
% në Grup	2,5%	87,5%	10%	22,2%	44,4%	33,3%
% në total	1,7%	60,3%	7%	6,9%	13,8%	10,3%
OB	< Norma	Normal	>Norma	< Norma	Normal	>Norma
Nr	3	32	5	4	7	7
% në Grup	7,5%	80%	12,5%	22%	39%	39%
% në total	5,2%	55,2%	8,6%	6,8%	12,1%	12,1%

Tabela nr 68

Në tabelën nr 68, paraqiten rezultatet e trajtimit në estetikën dentare si më poshtë.

Okluzioni rezultoi:

Në grupin e I-rë, Kl e III-të në n=2(5%) të pacientëve, Kl e I-rë në n=34 (85%) të pacientëve dhe Kl e II-të në n=4(10%) të pacientëve.

Në grupin e II-të, Kl e III-të në n=7 (39%) të pacientëve, Kl e I-rë në n=8(44%) dhe Kl e II-të në n=3(17%).

Overjeti (OJ) rezultoi:

Në grupin e I-rë, OJ më i vogël se norma në $n=1(1,7\%)$ të pacientëve, OJ normal në $n=35(87,5\%)$ dhe OJ më i madh se norma në $n=4(10\%)$.

Në grupin e II-të, OJ më i vogël se norma në $n=4(22,2\%)$ të pacientëve, OJ normal në $n=8(44,4\%)$ dhe OJ më i madh se norma në $n=6(33,3\%)$.

OverBite (OB) rezultoi:

Në grupin e I-rë, OB më i vogël se norma në $n=3(7,5\%)$ të pacientëve, OJ normal në $n=32(80\%)$ dhe OJ më i madh se norma në $n=5(12,5\%)$.

Në grupin e II-të, OB më i vogël se norma në $n=4(22\%)$ të pacientëve, OJ normal në $n=7(39\%)$ dhe OJ më i madh se norma në $n=7(39\%)$.

3. Satisfaksioni i pacientit pas trajtimit

Në pyetësin mbi satisfaksionin mbas trajtimit, pacientët referuan se: Estetika ishte përmirësuar në $n=42$ ose $72,4\%$ të pacientëve, dhe $n=49$ ose $84,5\%$ e pacientëve e vlerësuan shumë mire estetikën faciale dhe $n=43$ ose $74,1\%$ vlerësuan shumë mire edhe estetikën dentare pas trajtimit.

Nr 46 ose $79,3\%$ e pacientëve u shprehën se trajtimi kishite përmirësuar vetëvlerësimin, dhe $n=52$ ose $89,6\%$ e pacientëve do tja rekomandonin trajtimin dikujt tjetër.

Pyetësi që u përdor për të vlerësuar satisfaksionin e pacientëve pas trajtimit paraqitet në tabelën nr 67,

Përmirësimi i estetikës u vu re në $n=42(72,4\%)$ të pacientëve, $n=30(51,7\%)$ në Grupin I-rë dhe $n=12(20,75)$ në grupin e II-të.

Përmirësimi i funksionit u vu re në $n=9(15,5\%)$ të pacientëve $n=5(8,6\%)$ grupi i parë dhe $n=4(6,9\%)$ grupi i II-të.

Përmirësimi i estetikës dhe funksionit u vu re në $n=7(12,1\%)$ të pacientëve, $n=5(8,6\%)$ në grupin e I-rë dhe $n=2(3,4\%)$ në grupin e II-të.

$N=49(84,5\%)$ e pacientëve, prej të cilëve $n=35(60,3\%)$ nga grupi i I-rë dhe $n=14(24,1\%)$ nga grupi i dytë e vlerësuan estetikën faciale si shumë të mire.

$N=9(15,5\%)$ e pacientëve, prej të cilëve $n=5(8,6\%)$ grupi i I-rë dhe $n=4(6,9\%)$ grupi i II-të, e vlerësuan estetikën faciale si të mirë.

Estetika dentare u vlerësua si shumë e mire në n=43(74,1%) të pacientëve, prej të cilëve n=35(60,3%) ishin në grupin e I-rë dhe n=8(13,8%) ishin grupi I II-të.

Estetika dentare u vlerësua si mirë në n=15(25,8%) të pacientëve, prej të cilëve n=5(8,6%) ishin grupi i I-rë, dhe n=10(17,2%) ishin grupi i II-të.

Vetëvlerësimi ishte përmirësuar në n=46(79,3%) të pacientëve, n=30(51,7%) në grupin e I-rë dhe n=16 (27,6%) në grupin e II-të.

Vetëvlerësimi nuk kishte ndryshuar në n=10(17,2%) të pacientëve, n=9(15,5%) në grupin e I-rë dhe n=1(1,7%) në grupin e II-të.

Gjithashtu vetëvlerësimi nuk ishte përmirësuar në n=2(3,4%) të pacientëve n=1(1,7%) grupi i I-rë dhe n=1 (1,7%) grupi i II-të.

N=52 (89,6%) e pacientëve, prej të cilëve n=37(63,8%) grupi i I-rë dhe n=15(25,8%) grupi i II-të do tja rekomandonin trajtimin dikujt tjetër. N=3 (5,2%) grupi i I-rë,dhe n=3(5,2%) grupi II-të nuk do tja rekomandonin trajtimin dikujt tjetër.

Pyetësor mbi sadsifikacionin e pacientët pas trajtimit (TABELA NR 67)				
1.Cfarë ka përmirësuar kirurgjia ortognatik për ju?				
Gr I	Estetikën 30(51,7%)	Funksionin 5(8,6%)	Të dyja 5(8,6%)	Asnjë -
Gr II	12(20,7%)	4(6,9%)	2(3,4%)	-
Total	42(72,4%)	9 (15,5%)	7(12,1%)	-
2.Vlerësoni estetikën faciale pas Trajtimit				
Gr I	Keq -	Mirë 5(8,6%)	Shumë mire 35(60,3%)	
GrII	-	4(6,9%)	14(24,1%)	
Total	-	9(15,5%)	49(84,5%)	
3.Vlerësoni estetikën dentare pas trajtimit				
Gr I	Keq -	Mirë 5(8,6%)	Shumë mire 35(60,3%)	
Gr II	-	10(17,2%)	8(13,8%)	
Total	-	15 (25,8%)	43(74,1%)	
4.A ka përmirësuar trajtimi vetëvlerësimin tek ju				
Gr I	Po 30(51,7%)	Jo 1(1,7%)	Nuk ka ndryshuar 9(15,5%)	
Gr II	16(27,6%)	1(1,7%)	1(1,7%)	
Total	46 (79,3%)	2(3,4%)	10(17,2%)	
5.A do tja rekomandonit trajtimin dikujt tjeter				
Gr I	Po 37(63,8%)	Jo 3(5,2%)		
Gr II	15(25,8%)	3(5,2%)		
Total	52(89,6%)	6(10,4%)		

Tabela nr 69

4. Follow up dhe stabiliteti i rezultatit

Ndjekja e pacientëve tanë u kryhe deri në 3 vjet. Nr i pacientëve që u paraqitën për kontroll ishte i plotë n=58(100%) në 3-6 mujorin e parë dhe n=36 ose 79% në vitin e III-të

	3-6Muaj		6-12Muaj		1-2Vjet		2-3vjet	
	Gr I	Gr II	Gr I	Gr II	Gr I	Gr II	Gr I	Gr II
Nr	40	18	38	17	35	15	33	13
%	69%	31%)	65%	29%	60%	26%	57%	22%
Total	58(100%)		55(94%)		50(86%)		36(79%)	

Tabela nr 70

Në tabelën nr 70 paraqiten të dhënat mbi ndjekjen e pacientëve pas trajtimit.

Në periudhën 3-6 muaj pas trajtimit, n=58(100%) e pacientëve, n=40 (69%) grupi I-rë dhe n=18(31%) grupi i II-të, u paraqitën për kontroll.

Në periudhën 6-12 muaj u paraqitën, n=55 (94%) e pacientëve n=38(65%) grupi I dhe n=17(29%) grupi i II-të.

Në periudhën 1-2 vjet u paraqitën n=50(86%)e pacientëve, prej të cilëve n=35(60%) grupi i I-rë dhe n=15(26%) nga grupi i II-të.

Në periudhën 2-3vjecare u paraqitën gjithsej n=36(79%) e pacientëve, n=33(57%) nga grupi I-rë dhe n=13(22%) nga grupi i II-të.

Stabiliteti i Rezultatit

Stabiliteti i rezultatit, si skeletik ashtu dhe dentar ishte më i madh në 3-6 mujorin e parë, kështu n=58(100%) e pacientëve nga grupi I-rë dhe grupi i II-të kishin një rezultat stabël skeletik dhe n=47(81%) kishin një rezultat stabël dentar.

Stabiliteti	3-6muaj			6-12muaj			1-2vjet			2-3vjet		
	Gr I	Gr II	Total	Gr I	Gr II	Total	Gr I	Gr II	Total	Gr I	Gr II	Total
Skeletik	40 69%	18 31%	58 100%	38 66%	16 28%	54 94%	35 60%	16 28%	51 88%	33 57%	12 21%	45 78%
Dentar	35 60%	12 21%	47 81%	34 59%	12 21%	46 80%	34 59%	12 21%	46 80%	30 52%	12 21%)	42 73%

Tabela nr 71

Në tabelën nr 71, jepen stabiliteti i rezultatit në periudhën deri në 3 vjet pas trajtimit.

Në 3-6 mujorin e parë, stabiliteti skeletik dhe ai dentar ishin n=40(69%) dhe n=35(60%) në grupi e I-rë, dhe n=18(31%) dhe n=12(21%) në grupi e II-të.

Në 6-12 muajt e parë stabiliteti skeletik ishte 94% dhe ai dentar 80%.

Në 6-12mujorin, stabiliteti skeletik ishte n=38(66%) grupi I-rë dhe n=16(28%) grupi i II-të, ndërsa stabiliteti dentar ishte n=34(59%) grupi I-rë dhe n=12 (21%) grupi II-të.

Në periudhën 1-2vjecar, stailiteti skeletik ishte 88% dhe ai dentare 80%

Në periudhën 1-2 vjecare, stabiliteti skeletik ishte n=35(60%) grupi I-rë dhe n=16(28%) grupi i II-të, ndërsa ai dentar n=34(59%) në grupi e I-rë dhe n=12(21%) në grupin e II-të.

Në periudhën 2-3 vjecare, stabiliteti skeletik ishte 78 % dhe ai dentar 73%

Në periudhën 2-3 vjeçare, stabiliteti skeletik dhe dentar ishte n=33(57%) dhe n=30(52%) grupi I-rë dhe n=12(21%) dhe n=12(21%) grupi i II-të.

Rastet Klinike

1.Rasti 1

Pacienti: F.P 16 vjeç

Diagnoza:**Facial:** Profili Konkav, maksilare të sheshta, thellimi labi-mental i gjerë, Inkompetence Labiale

Skeleti: SNA=78⁰, SNB=87, ANB=-9⁰, SN-Mand=36⁰, MMA=25⁰

Anterio-posterior: Klasë e III-të skeletike, Prognati mandibulare

Transversal:Maxilla e ngushtë në gjerësinë anteriore dhe posteriore

Dentare: Klasë e III-të molare dhe kanine

OJ=-7mm

Incizivët mandibularë të retroklinuar IMPA=76⁰

Kafshim i kryqëzuar cirkular

OB=-2mm

Etiologjia: E trashëguar (nëna)

Motivimi: Intern, Entuzjaste për të filluar trajtimin

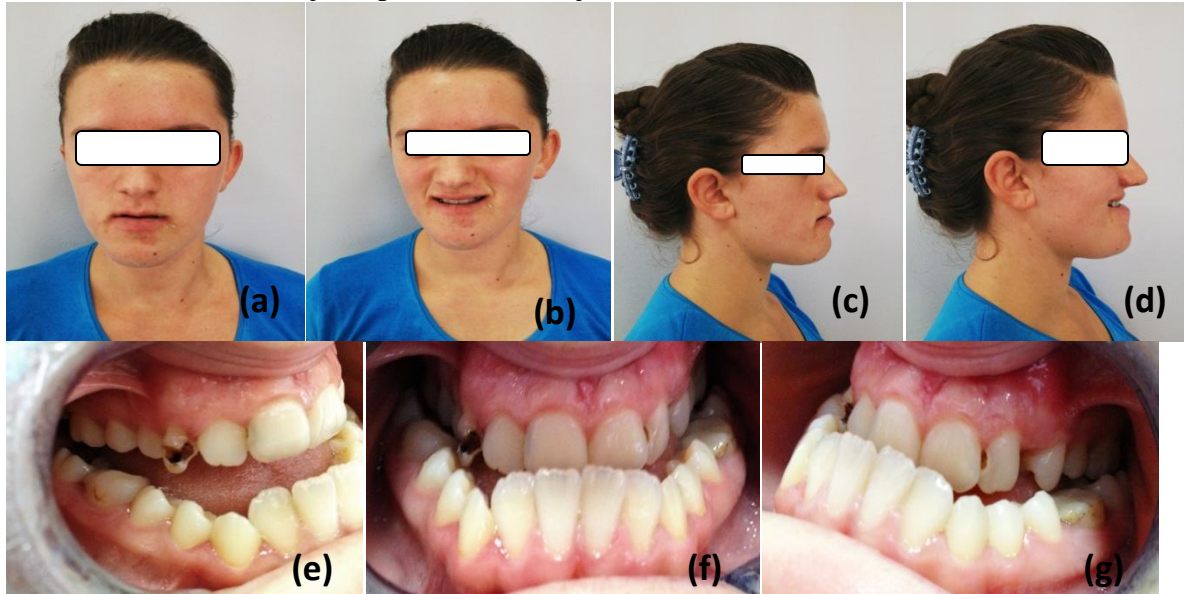


Foto 1. Pacientia F.P në fillim të trajtimit
Foto.a,b,c,d. Pamja frontale dhe profili
Foto e,f,g,h,i. Pamja Intraorale
Foto j,k,. Radiografitë, panoramike, PA

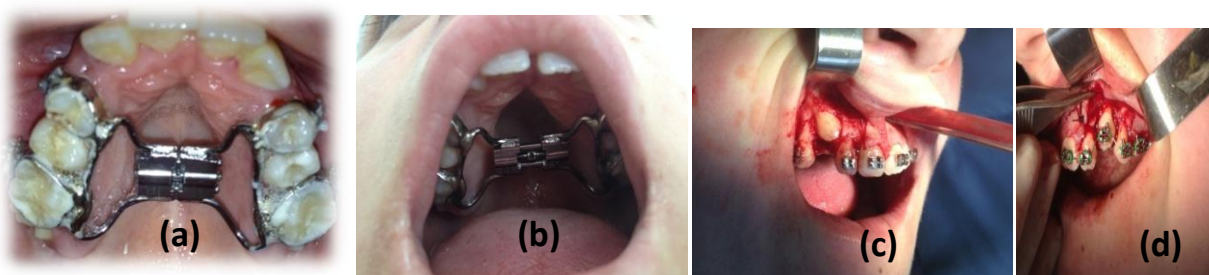
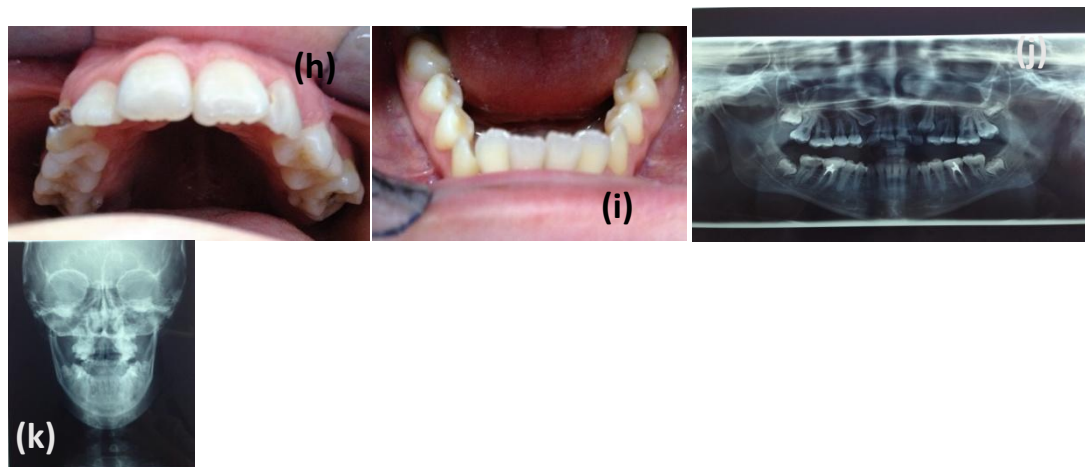


Foto 2. a, b, c, d: Zgjerimi i maksilës me aparatën Hyrax dhe ekspozimi kirurgjikal i 13.23

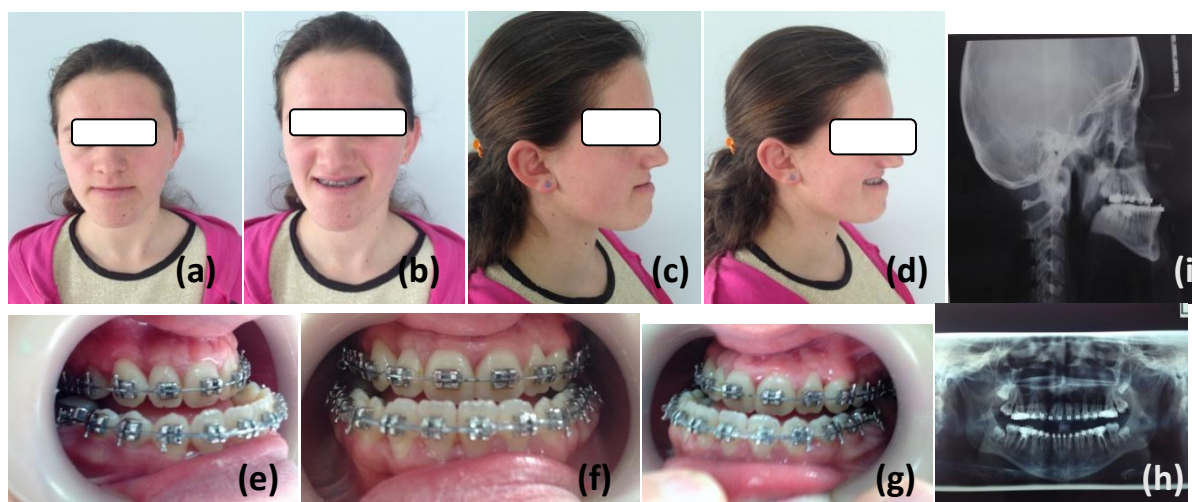


Foto 3. Ortodoncia preoperatorë,
Foto a,b,c,d: pamja frontale dhe profili
Foto e,f,g. Pamja introrale
Foto h,i. Radiografitë Panoramike dhe Laterale

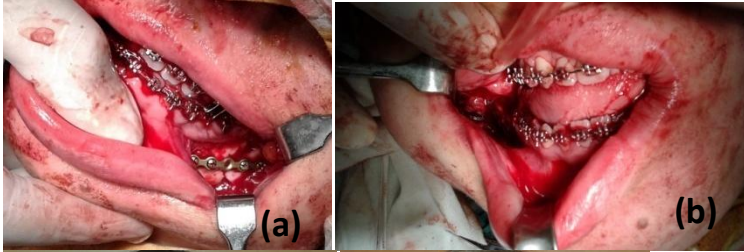


Foto 4.a,b.Kirurgjia BSSO
Foto intraoral

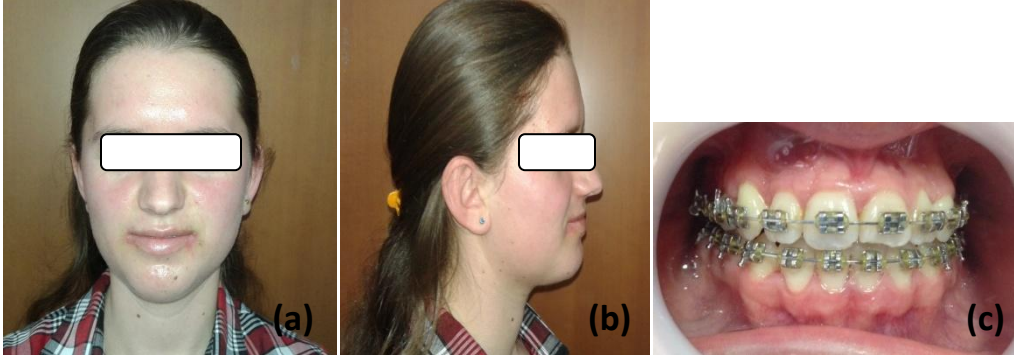


Foto 5.Pacientia pas kirurgjisë BSSO.a,b,Pamja frontale dhe profil,c,pamja intra oral

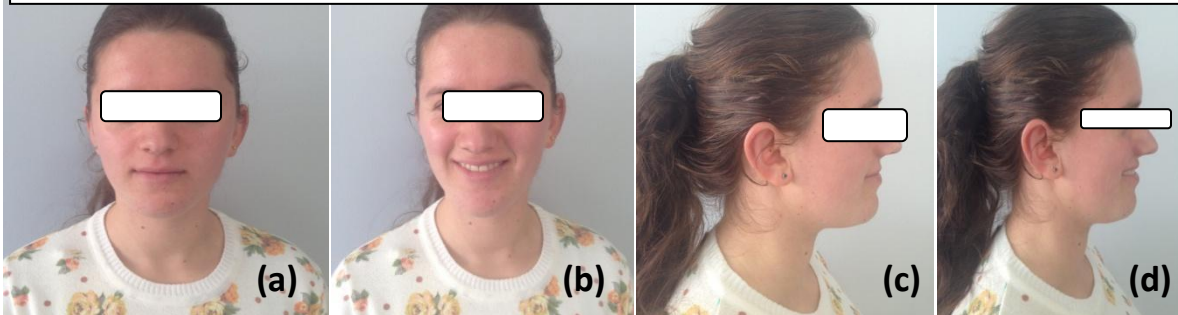


Foto 6. Përfundimi i trajtimit
(a,b,c,d) Pamja frontale dhe
profili (e,f,g,gj,h) Pamja
intraorale,

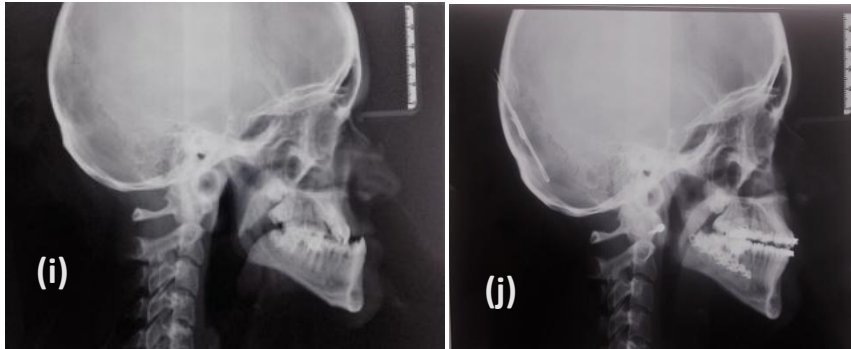


Foto 7 Rasti 1: Radiografia laterale (a)para dhe (b) pas trajtimit.

Tabela nr 1: Analiza cefalometrike para dhe pas trajtimit

Tabela Nr 1		
	Matja para Kirurgjise	Matja Pas Kirurgjise
SNA	78	81
SNB	87	80
ANB	-9	1
FMA	27	25
SN-Mp	32	37
MMA	21	27
Is-SN	117	115
Ip-MP	76	91
Is-IP	145	126



Foto 8 a,b,c Pacientja 1 vit pas përfundimit të trajtimit.

(a), Pamja frontale (b,c) Pamja intraorale

Rasti 2.

Pacienti: A.G (15 vjeç) (Kleft)

Diagnoza: Facial: Frontal: Asimetri faciale në regjionin e hundës, dhe buzës së sipërme
Cikatrice në krahun e majtë të fytyrës

Profili: Konkav, maksilare të sheshta, thellimi labio-mental i gjerë, Inkompetencë Labiale

Skeleti: $SNA=70^{\circ}$, $SNB=81^{\circ}$, $ANB=-11^{\circ}$, $SN-Mand=25^{\circ}$, $MMA=15^{\circ}$

Anterio-posterior: Klasë e III-të skeletike, Retrognati Maksilare

Transversal: Maksila e ngushtë në gjerësinë anteriore dhe posteriore

Dentare: Klasë e III-të molare dhe kanine

OJ= -6mm

Incizivët mandibularë të retroklinuar $IMPA=84^{\circ}$

Kafshim i kryqëzuar cirkular

OB= -2mm

Linja mediane në maksilë 1mm majtas

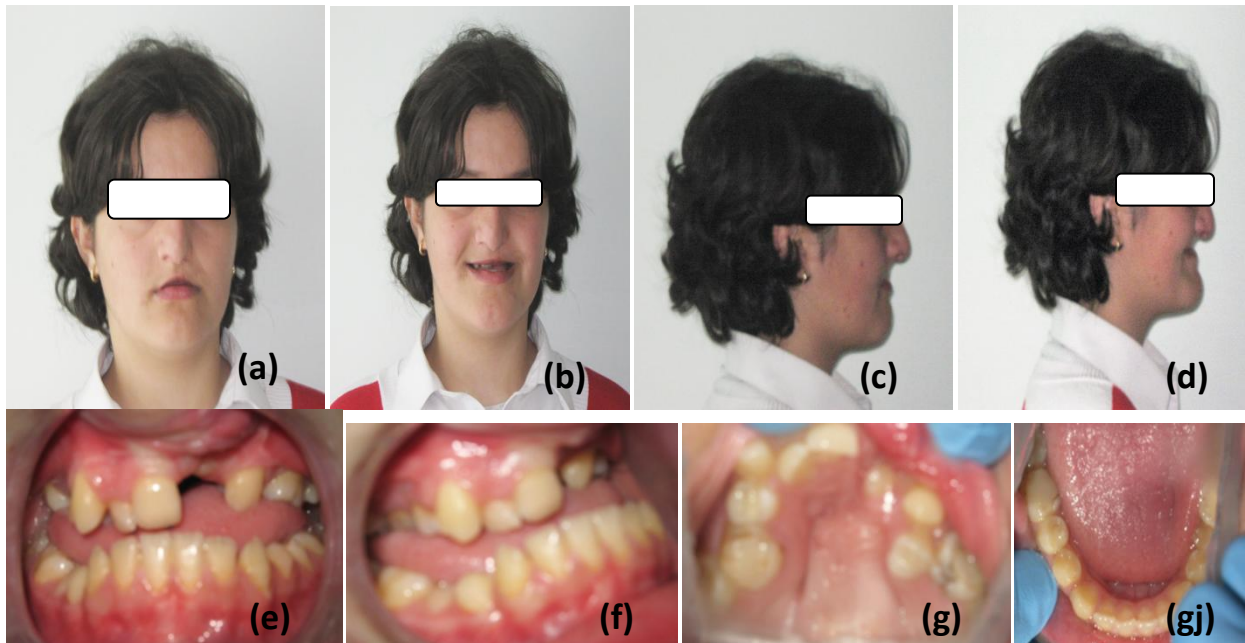
Higjena: Dobët

Funksionet: Frymemarja: Kryesisht orale

Fonacioni: E folur hipernasale

Etilogjia: E panjohur, (nëna referon të ketë punuar pranë kimikateve gjatë shtatëzanisë)

Motivimi: Intern, E gatshme për të filluar trajtimin



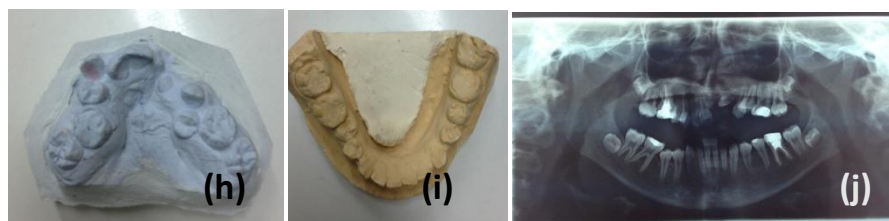


Foto 1. Rasti 2.(a,b,c,d). Pamja frontale dhe profil i (e,f,g,gj). Pamja introrale (h,i ,j),Foto të modeleve dhe grafisë panoramike

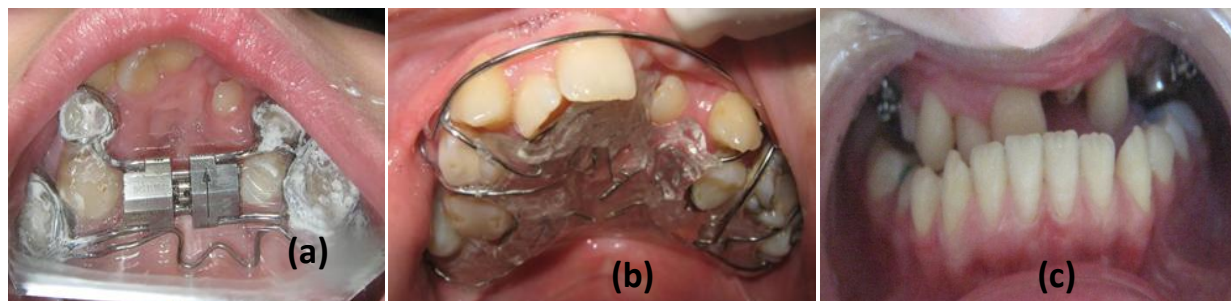


Foto2 Rasti 2.a: Vendorsja e aparatit Hyrax i modifikuar
b.Vendorsja e aparatit mbajtës c. Pamja intraorale pas zgjerimit dhe fillimit të ortodoncisë fikse



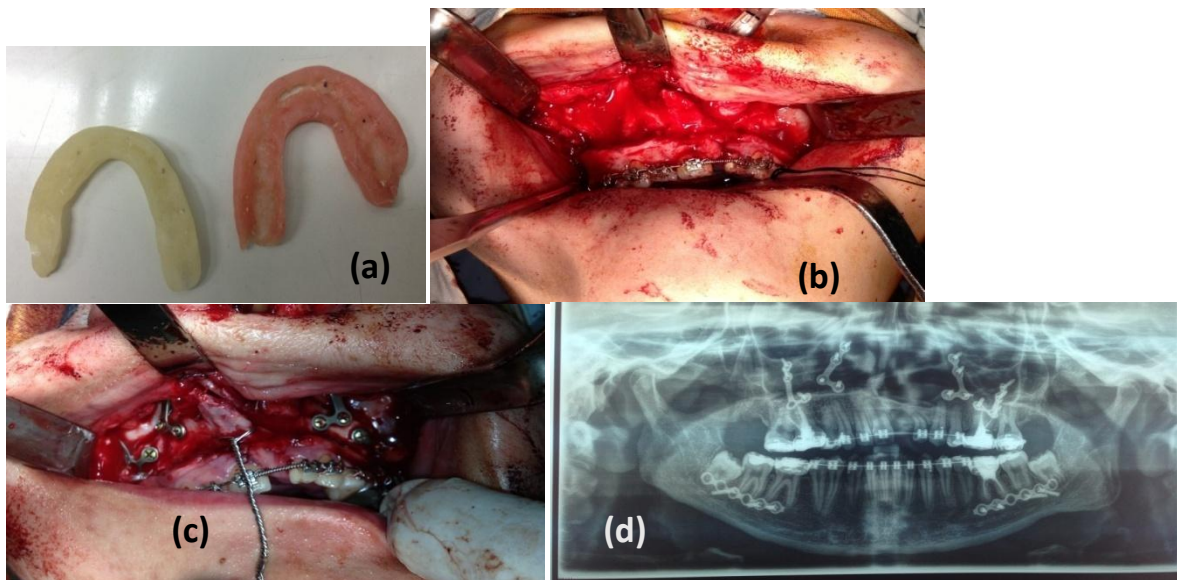
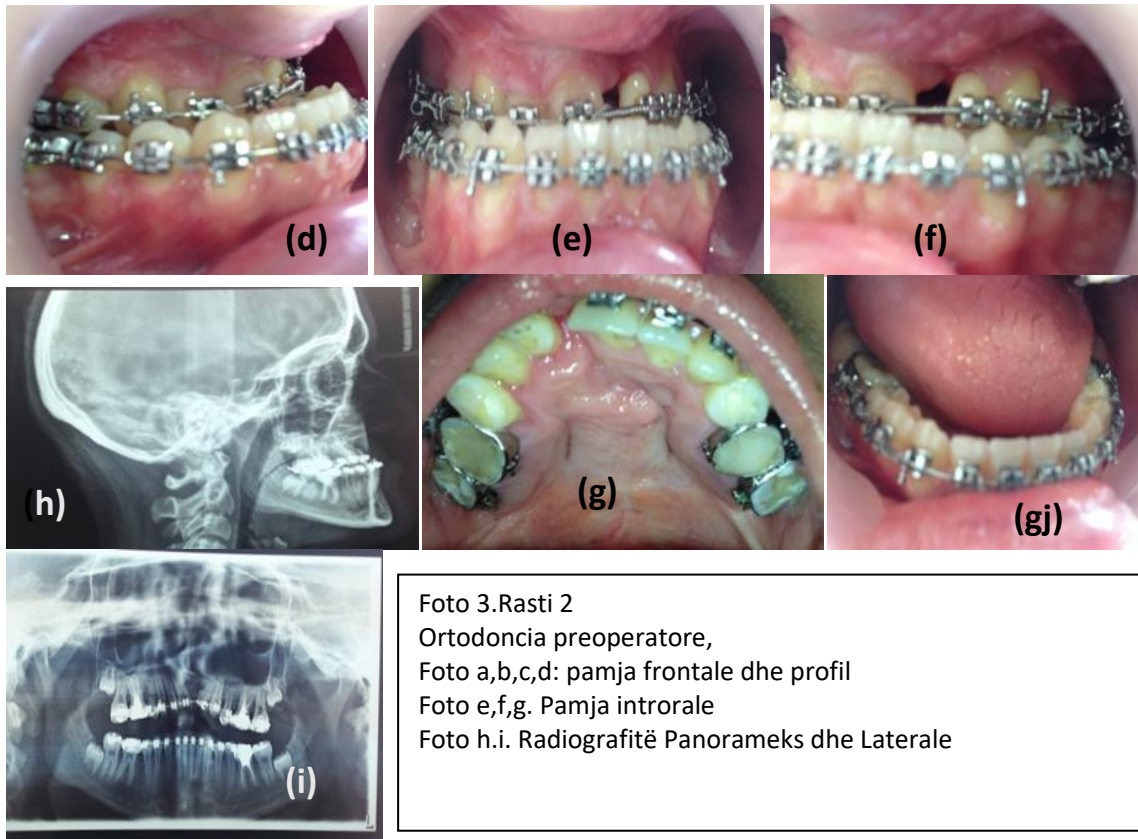




Foto 5. Rasti 2. Përfundimi i trajtimit Foto (a,b,c,d). Pamja frontale dhe profili, Foto (e,f) Pamja intraorale

Rasti 3.

Pacineti: K.B (23vjeç)

Diagnoza: **Facial:** Frontal Fytyrë e gjatë

Profili: Konkav, thellimi labio-mental i gjerë

Skeleti: $SNA=85^{\circ}$, $SNB=89^{\circ}$, $ANB=-4^{\circ}$, $SN-Mand=35^{\circ}$, $MMA=30^{\circ}$

Anterio-posterior: Klasë e III-të skeletike, Prognati mandibulare

Dentare: Klasë e III-të molare dhe kanine

OJ=-0,5mm

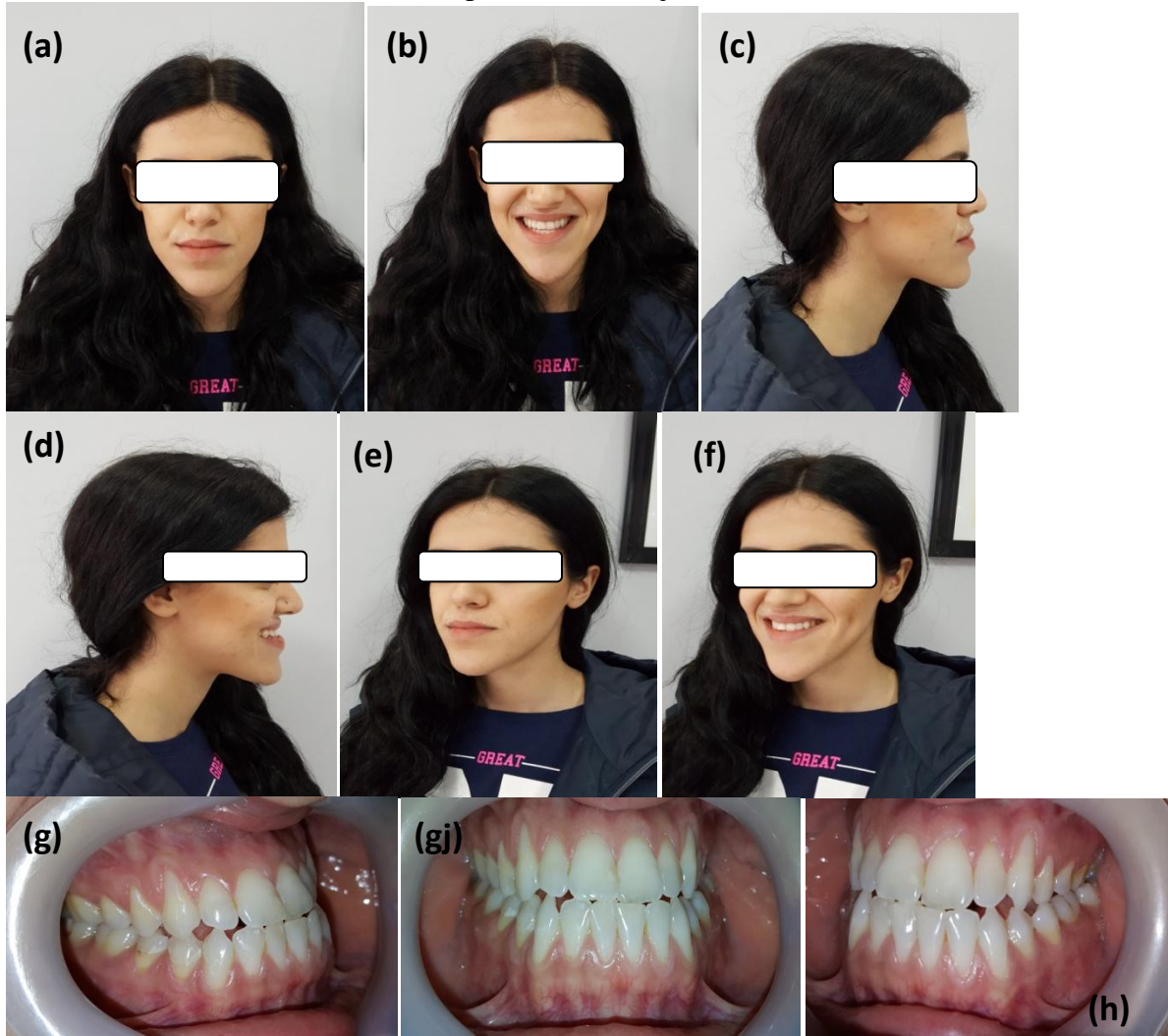
Incizivët maksilarë të proklinuar UI-Sn=125

Incizivët mandibularë të retroklinuar IMPA=78°

OB= 0mm

Etiologjia: E panjohur

Motivimi: Intern, shumë e motivuar për të filluar trajtimin



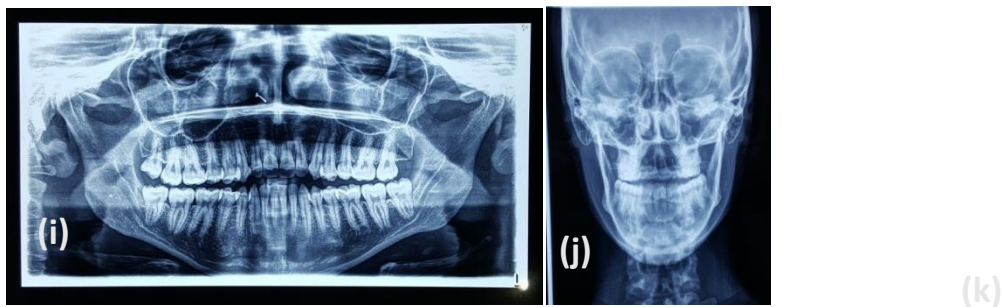
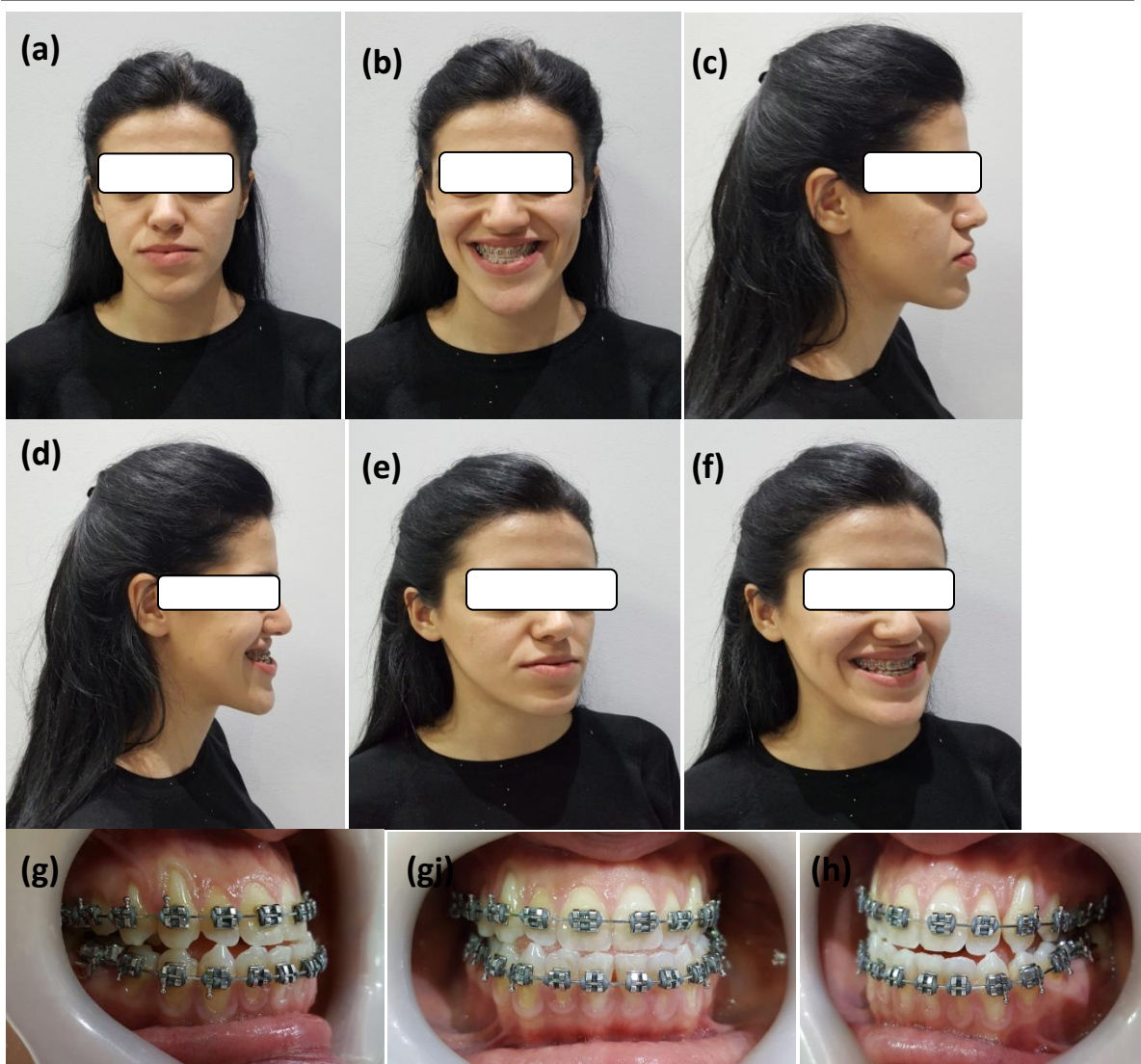


Foto 1 Rasti 2. Pacientia K.B në fillim të trajtimit
Foto.a,b,c,d,e,f Pamja frontale, profili dhe oblike
Foto g,gj ,h, Pamja Intraoral
Foto i,j,k .Radiografitë, panoramike, laterale, PA



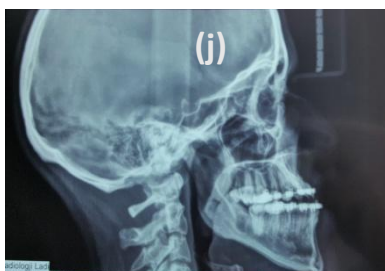


Foto 2.Rasti 3 Ortodoncia preoperatore,
Foto a,b,c,de,f : pamja frontale, profil dhe oblike
Foto g.gj,h .Pamja introrale
Foto i,j. Radiografitë,
Panorameks dhe Laterale

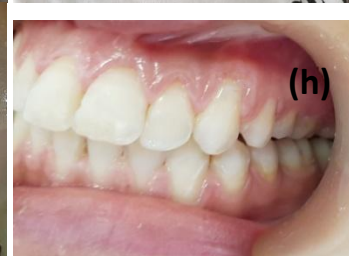
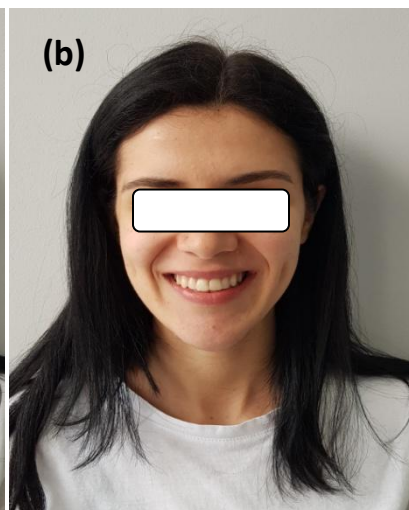
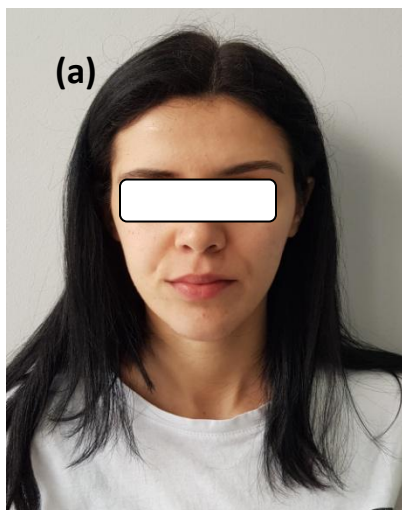


Foto 3 Rasti 3 .Përfundimi i trajtimit Foto a,b,c,d,e,f . Pamja frontale, profili,oblike
Foto e,f, Pamja intraorale

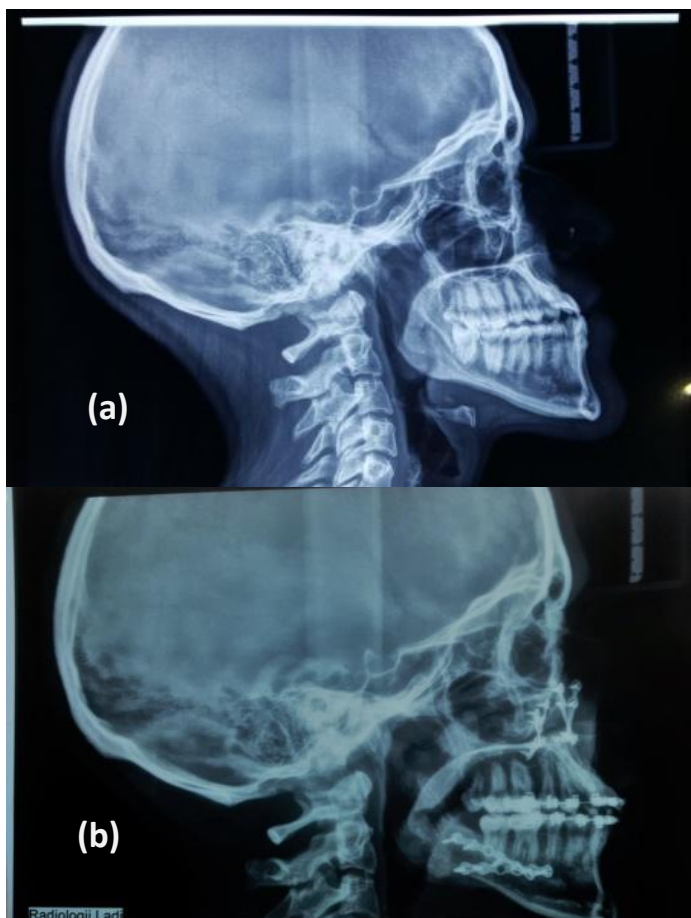


Tabela nr 2		
	Matja para Kirurgjise	Matja Pas Kirurgjisë
SNA	85	81
SNB	90	80
ANB	-5	1
FMA	30	26
SN-Mp	35	35
MMA	30	25
Is-SN	125	118
Ip-MP	78	92
Is-IP	132	126

Foto 4 Rasti 3: Radiografia laterale (a)para dhe (b) pas trajtimit.

Tabela nr 2: Analiza cefalometrike para dhe pas trajtimit

Rast 4

Pacient. K.Sh 19 vjec

Diagnoza: **Facial:** Frontal Fytyrë e gjatë

Profili Konkav, maksilare të sheshta, thellimi labi-mental i gjerë

Skeleti: $SNA=82^{\circ}$, $SNB=88^{\circ}$, $ANB=-6^{\circ}$, $SN-Mand=36^{\circ}$, $MMA=31^{\circ}$

Anterio-posterior: Klasë e III-të skeletike, Prognati mandibulare

Dentare: Klasë e III-të molare dhe kanine

OJ=-8m

Incizivët maksilarë të proklinuar Is-SN=123

OB= 0 mm

Kafshim i hapur anterieore dhe posterior

Etiologjia: E trashëguar (babai)

Motivimi: Intern, I mire motivuar



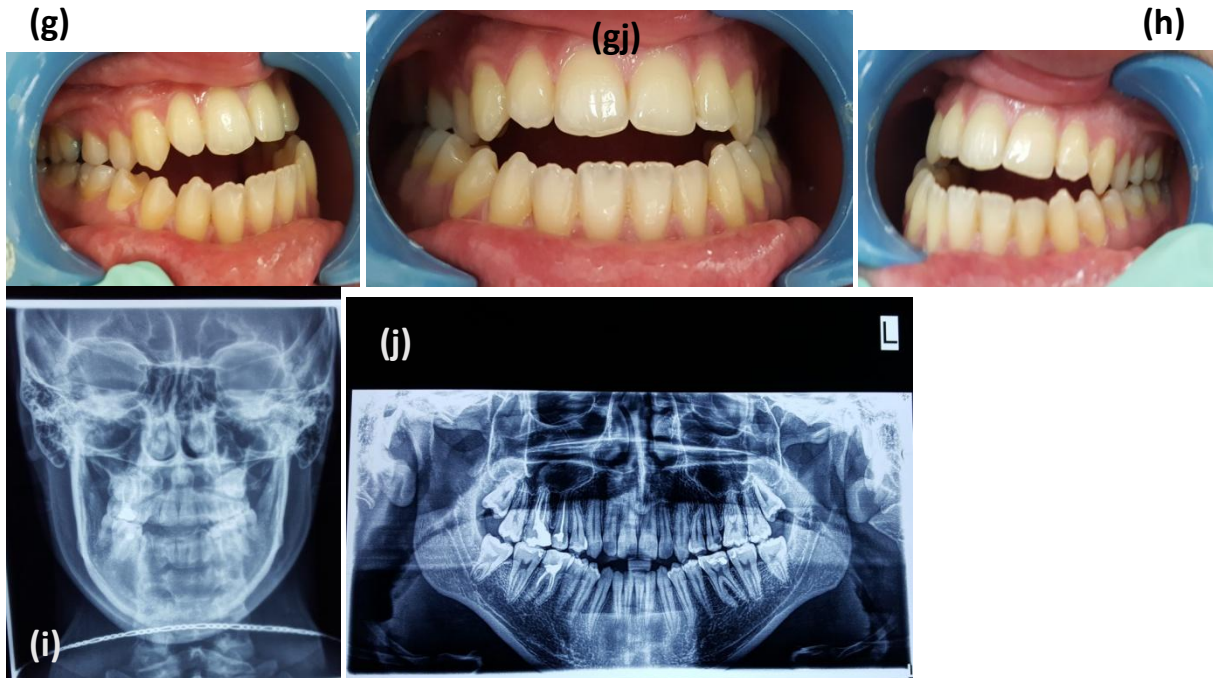


Foto 1 Rasti 4: Pacientia K.SH në fillim të trajtimit
Foto.a,b,c,d,e,f : Pamja frontale, profili dhe oblike
Foto g,gj ,h: Pamja Intraorale
Foto i,j: Radiografitë panoramike, PA

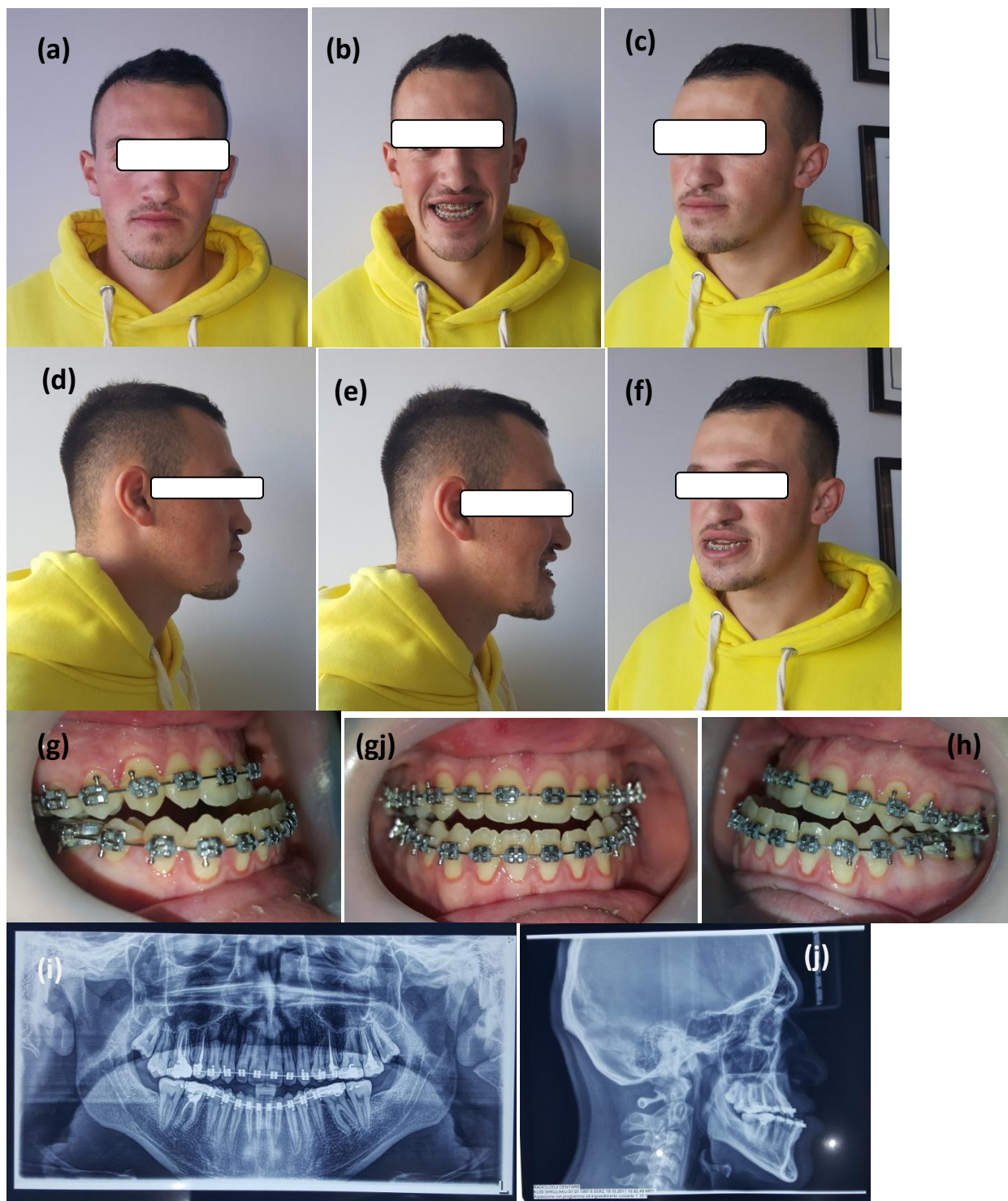


Foto 2.Rasti 3 Ortodoncia preoperatore,
Foto a,b,c ,d,e,f: Pamja frontale ,profilu dhe oblike (g,gj,h).Pamja introral, (i,j) Radiografitë,
Panorameksi dhe Laterale

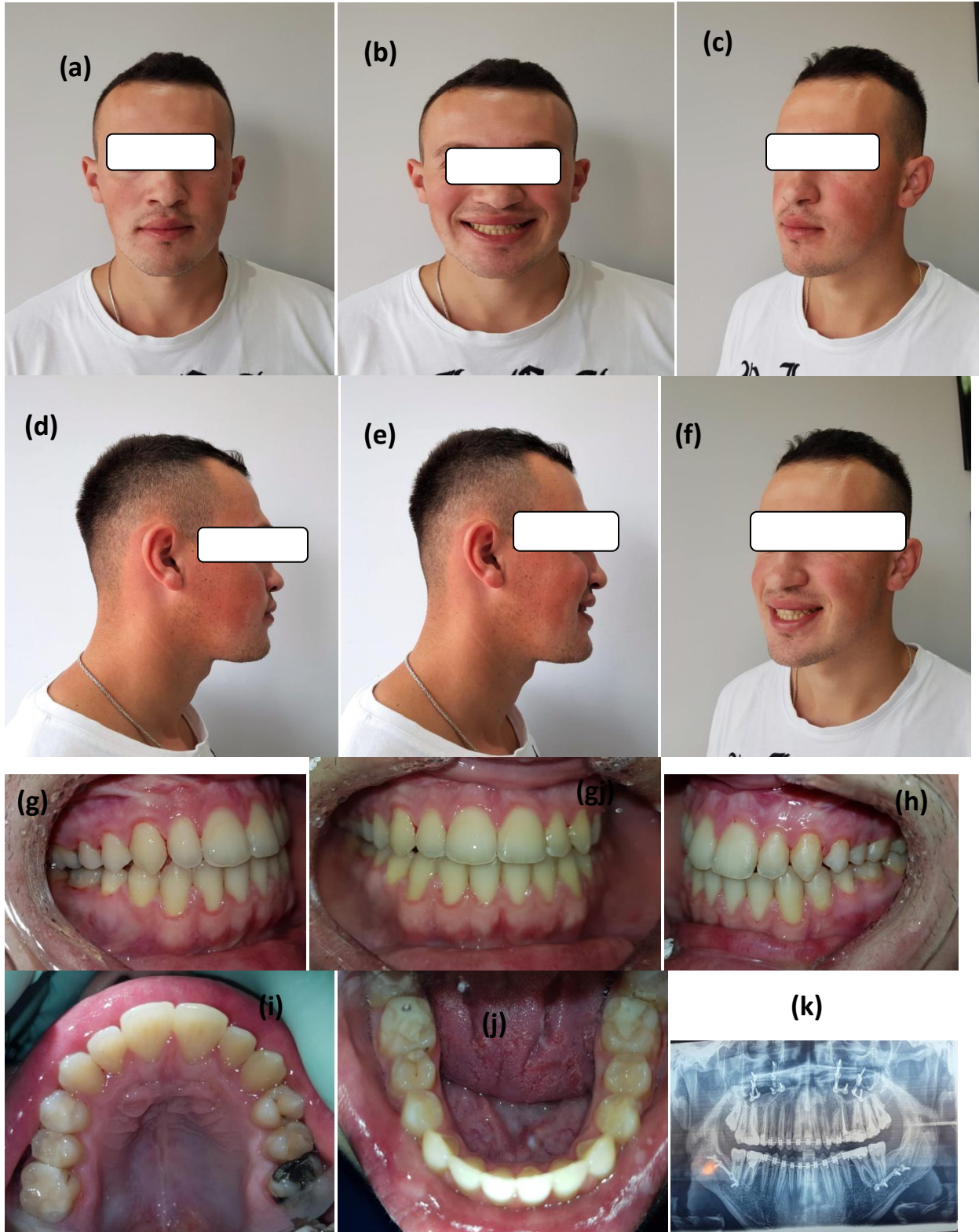


Foto 3 Rasti 4. Përfundimi i trajtimit (a,b,c,d,e,f) Pamja frontale, profili dhe oblike (g,gj,h,i,j), Pamja intraoral (k)radiografia panormaike



	Matja para Kirurgjise	Matja Pas Kirurgjisë
SNA	82	84
SNB	88	83
ANB	-6	1
FMA	29	28
SN-Mp	36	34
MMA	31	28
Is-SN	123	118
Ip-MP	93	86
Is-Ip	112	124

Foto 4 Rasti 4: Radiografia laterale (a)para dhe (b) pas trajtimit.

Tabela nr 3: Matjet cefalometrike para dhe pas trajtimit

Rasti 5

Pacienti: L. T

Mosha: 22 vjeç

Diagnoza: Faciale: Asimetri faciale

Skeleti: Anterio-posterior Klasë e III-rë skeletike, prognati mandibulare
Vertikal: Kafshim i thellë skeletik

Dentare: Klasë dentare: K1 e I-rë kanine dhe e III-të molare krahu i djathtë
K1 e III-të kanine dhe molare, krahu i majtë

Kafshim i kryqëzuar unilateral i pjeshëm krahu i djathtë posterior

OJ=1mm

OB= 2 mm

Devijim i linjës mediane në mandibul (2mm djathtas)

Etilogjia: E panjohur,

Motivacioni: Intern, Entuziaste për të filluar trajtimin



Foto 1, Rasti 5: Foto në pamje ballore, profil dhe oblike



Foto2, Rasti 5: Foto intraorale

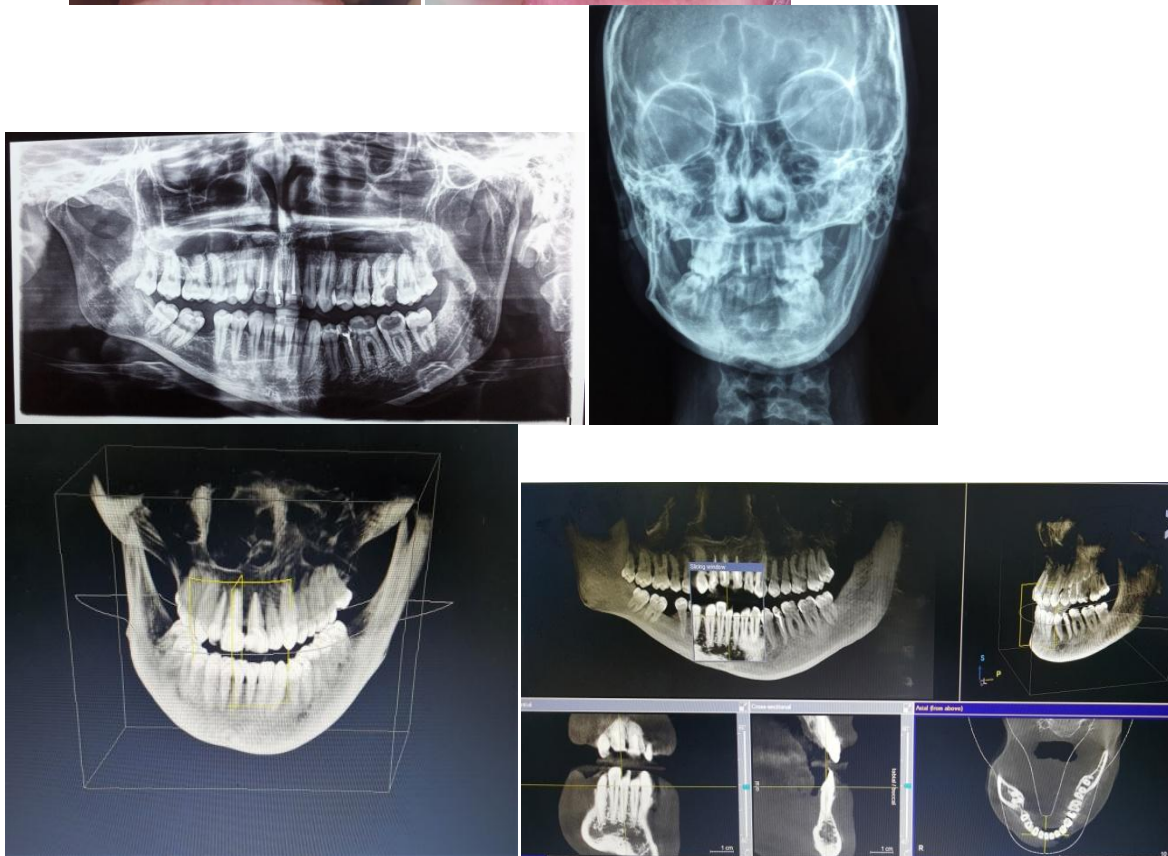


Foto 3, Rasti 5: Radiografitë panoramike, frontale dhe pamje nga skaneri dentar 3D

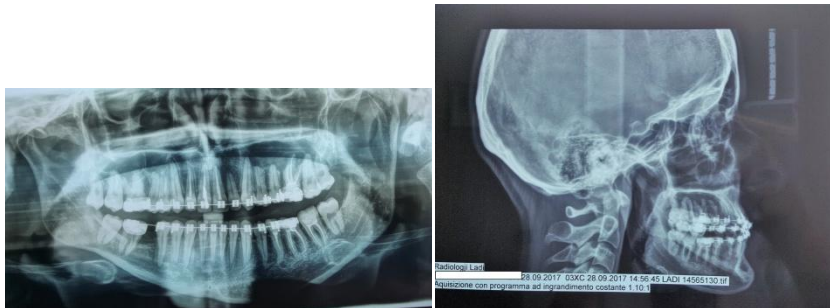


Foto 4. Rasti 5. Ortodncia Preoperatore, foto ekstra dhe intraorale, si dhe radiografite panoramike dhe laterale para ndërhyrjes



Foto 5. Rasti 5.
Përfundimi i trajtimit,
ortodonci fikse dhe
kirurgji Bimaksilare



Tabela nr 4

	Matja para Kirurgjise	Matja Pas Kirurgjisë
SNA	83	82
SNB	85	84
ANB	-2	-2
FMA		
SN-Mp	27	29
MMA	15	18
Is-SN	104	115
Ip-MP	84	89
Is-IP	146	137

Foto 6 Rasti 5: Radiografia laterale (a)para dhe (b) pas trajtimit.

Tabela nr 4: Matjet cefalometrike para dhe pas trajtimit

Rasti 6

Diagnoza: **Facial:** Frontal Fytyrë e gjatë, Asimetri Faciale

Profili Konkav, këndi nasolabial i ngushtë, thellimi labi-mental i gjerë

Skeleti: $SNA=82^{\circ}$, $SNB=84^{\circ}$, $ANB=-2^{\circ}$, $SN-Mand=38^{\circ}$, $MMA=35^{\circ}$

Anterio-posterior: Klasë e III-të skeletike, Prognati mandibulare

Vertikal . Kafshim i hapur

Transversal. Kafshim i kryqëzuar posterior unilateral

Dentare: Klasë e III-të molare dhe kanine

OJ= -6 mm

OB= 0mm

Etiologjia: E panjohur

Motivacioni: Intern, estetika faciale primare



Foto 1. Rasti 6. Pacientia F:B Para trajtimit, pamja ekstra dhe intraoral

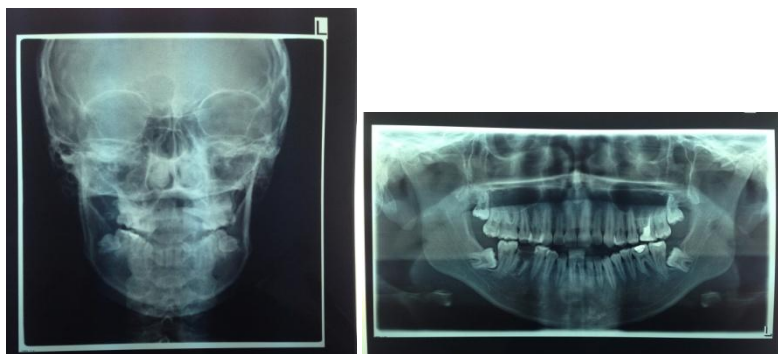


Foto 2,rasti 6. Radiografitë frontale dhe panorameksi në fillim të trajtimit



Foto 3.Rasti 6. Ortodoncia
Preoperatore, foto ekstra dhe intraorale





Foto 4.rasti 6. Përfundimi i trajtimit, ortodonci fikse dhe kirurgji Bimaksilare



Tabela nr 5

	Matja para Kirurgjise	Matja Pas Kirurgjisë
SNA	82	83
SNB	84	82
ANB	-2	1
FMA		
SN-Mp	38	30
MMA	35	24
Is-SN	110	112
Ip-MP	92	95
Is-Ip	120	128

Foto 5, Rasti 6: Radiografia laterale (a)para dhe (b) pas trajtimit.

Tabela nr 5: Matjet cefalometrike para dhe pas trajtimit

DISKUTIME

- Në studimin tonë si në numrin total të pacientëve që kërkuan trajtim ashtu edhe në grupin e pacientëve që kryen kirurgji ortognatike, femrat ishin më shumë, përkatësisht n=119 (59,5%) nga numri total i pacientëve dhe n=38 (65,5%) në grupin e atyre që kryen kirurgji ortognatike. Kërkesë më të lartë nga femrat për të kërkuar trajtim në lidhje me shëndetin oral në përgjithësi dhe kirurgjinë ortognatike në vecanti gjejmë edhe në studime të tjera si ai nga Mc Grath C dhe Castro V et al [68,69].
- Estetika ishte shqetësimi primar për 64,5% të pacientëve në total dhe 55,2% të pacientëve që kryhen kirurgji ortognatike. Studimi nga Semilla M. Rivera et al [71] flet se rreth 71% e pacientëve që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike, kishin estetikën si shqetësim primar. Gjithashtu edhe studimi nga Patricia MFinlay [70], shpreh se arsyeja kryesore për të cilën pacientët kërkojnë kirurgjinë ortognatike është estetika. Por autorë të tjerë si Stirling J, Latchford G, Morris DO, Kindelan J, Spencer RJ, Bekker HL apo Leena Nurminen, Tertti Pietila, Heli Vinka-Puhakka [72], [73], arsyeja primare për të cilën pacientët kërkojnë kirurgjinë ortognatike është përmirësimi i funksionit. Kështu në studimin nga Leena Nurminen et al [73] nga Universiteti i Finlandës rreth 68% e pacientëve kërkonin trajtimin për të përmirësuar problemet në kafshim.
- Përcaktimi i faktorëve etiologjikë të anomalive dentomaksilare është i vështirë dhe ndonjë herë i pamundur për shkak të faktorëve të shumtë që kontribuojnë në krijimin e tyre. Në studimin tonë gjatë anamnezës u përpoqëm të identifikonim disa prej faktorëve etiologjikë të mundëshëm, duke pyetur pacientët nëse problem dentar apo skeletik për të cilin kërkonin trajtim ishte prezent që në lindjen e tyre, kishin një familjar me të njëjtin problem apo anomalia ishte krijuar gjatë viteve si pasojë e veprimit të faktorëve të jashtëm. Në numrin total të pacientëve në studimin tonë rezultoi se në rreth 29% të pacientëve, problem ishte i lindur, 21,5% i trashëguar dhe 49,5% i fituar, si pasojë e veprimit të faktorëve të ndryshëm të jashtëm. Ndërsa në grupin e pacientëve me anomali dentomaksilare që kryhen kirurgji ortognatike rezultoi se në 51,7% anomalia ishte nga faktorët e jashtëm, në 27,6% ishte e trashëguar dhe në 20,4% e lindur. Në studimin nga Dr. Frans P.G.M. Van Der Linden [75], autorët shprehen se gjenetika luan një rol më të madh në anomalitë dentofaciale, ndërsa ambjenti një rol më të vogël, ndërsa studimi nga John R. Thompson [74], shpreh se faktorët ambientale luajnë rol më të madh në krijimin e malokluzioneve, gjë që përkon më shumë me studimin tonë.
- Në studimin tonë, pacientët që kërkuan më shpesh trajtim si ortodontik, kirurgjikal apo të kombinuar paraqisnin një anomali të kombinuar dentare dhe skeletike, ku në planin sagittal u vu re se dominonte klasa e III-të skeletike, rreth 60%. Gjithashtu në grupin e pacientëve që kryen kirurgjinë ortognatike, rezultoi klasa e III-të skeletike më e shpeshtë

(75,9%). Klasa e III-të skeletike rezulton të jetë anomalia që kërkon më shpesh trajtim kirurgjikal gjithashtu në studimet nga Eloísa Marcantonio Boeck et al dhe Faezeh Eslamipour et al, [77,78]. Kështu në studimin nga Eloísa Marcantonio Boeck et al [77], rreth 46,36% e pacientëve dhe në studimin Faezeh Eslamipour et al [78] rreth 45,6% e pacientëve paraqisnin klasë të III-të skeletike. Ashtu sikurse shprehet edhe Proffit WR et al [79] duke qenë se anomalitë e klasës së tretë përbëjnë një sfidë për ortodontin për tu trajtuar si dhe janë përgjegjëse për deformimet faciale siç shprehet dhe Jean-Baptiste CHARRIER [54], pjesa më e madhe e ketyre pacientëve i drejtohen kirurgut për zgjidhjen e problemit të tyre. Kjo shpjegon dhe përqindjen e lartë të anomalive të klasës së III-të skeletike që vihet re në studimin tonë.

- Në studimin tonë, bazuar në matjet cefalometrike rezulton se në klasën e III-të skeletike, dominon prognatizmi mandibular rreth 60% të rasteve në numrin total dhe 60,3% në grupin e pacientëve që i janë nënshtruar kirurgjisë ortognatike. Në studimet Faezeh Eslamipour et al dhe WAHEED-UL-HAMID [78,80], klasa e III-të skeletike shkaktohet përkatësisht nga retrognatia maksilare në 48,3% dhe 65% të rasteve në studimin [78, 80]. Ndërsa në studimin nga Alex Jacobson et al [81], klasa e III-të skeletike shkaktohet më shumë nga prognatizmi mandibular dhe në ¼ e rasteve nga retrognatia e maksilare. Siç vihet re nga të dhënat e autorëve të ndryshëm, rezultatet tona janë të përafërta me studimin nga Alex Jacobson.[81]
- Përsa i përket anomalive në planin vertikal në studimin tonë, rezultoi se 45,5% e pacientëve ishin normo divergjent, ndërsa rreth 45% e pacientëve paraqitën rritje vertikale dhe 42% kafshim të hapur skeletik. Ndërsa në grupin e pacientëve që kryhen kirurgji ortognatike, 46,6% ishin hiperdivergjent, 50% rritje vertikale dhe 46% kafshim të hapur skeletik. Në studimin nga WAHEED-UL-HAMID [80], kafshim i hapur skeletik është prezent në 38% të rasteve. Duke u bazuar në analizën e Ricketts [83] dhe Jarabak [84], autorët Poubel D et al në studimit e tyre [85] shprehin se dominon fytyra brakifaciale (hipodivergjent, rritje horizontale) e ndjekur nga mesofacial (normodivergjente). Ndërsa autorë të tjerë si Siriwat PP, Jarabak JR dhe Santos CD, Gherchel H [84,86], shprehin se tipi brakiofacial i fytyrës (hipodivergjent) nuk është shumë prevalent. Diferencat midis rezultave të studimet tonë dhe të studime të ndryshme vijnë si pasojë e metodologjive të ndryshme që përdoren për të përcaktuar tipin facial, pasi duke marrë parasysh etnicitetin e individëve, ai që klasifikohet si mesofacial (normodivergjent) sipas Ricketts [83], mund të klasifikohet si dolikofacial (hiperdivergjent) në një metodologji tjetër.
- Përsa i përket anomalive në planin transversal rreth 48,5% e pacientëve tanë paraqisnin një kafshim normal në planin transversal, ndërsa 48,5% një kafshim të kryqëzuar, prej të cilëve, 16,5% e pacientëve kishin kafshim të kryqëzuar cirkular, 17,5% kafshim të

kryqëzuar posterior bilateral, 10% të kryqëzuar posterior unilateral dhe 4,5% i kryqëzuar anterior. Frekuenca e kafshimit të kryqëzuar në studimet në fëmijë nga Iman Bugaighis et al dhe Brunelle J et al varion nga 4,6%-16% [87,88] dhe nga 5- 15% në popullatë në studimin nga Thilander B.dhe Myrberg N [90]. Në studimin nga Vithanaarachchi SN¹, Nawarathna LS [89] në preadoleshentët kafshim i kryqëzuar anterior vihet re në 26,7% të pacientëve dhe në 11.4% kafshim i kryqëzuar anterior dhe posterior. Në studimin nga Severt TR¹, Proffit WR [91], kafshim kryqëzuar në denticionin permanent është vënë re në 51% të pacientëve. Rezultatet e këtij studimit [91] përkojnë më shumë me studimin tonë, për faktin se pacientët që ne kemi marrë në studim janë afersisht të të njëjtës moshë, me denticion permanent, ndërsa studimet Iman Bugaighis et al, Brunelle J et al dhe Vithanaarachchi SN¹, Nawarathna LS [87,88,89] janë kryer në fëmijë me denticion të përkohshëm dhe mik.

- Në studimin tonë, në numrin total të pacientëve rreth 80,5% e pacientëve nuk kishin asimetri faciale, ndërsa 19,5% kishin asimetri faciale. Në grupin e pacientëve që kryen kirurgji ortognatike asimetria faciale ishte prezente në 29% të pacientëve, 8,4% meshkuj dhe 20,6% femra. Në studimin nga Severt TR¹, Proffit WR [91], asimetria faciale ishte prezente në 34% të pacientëve, ndërsa në studimin nga Thiesen G et al [92] asimetria e lehtë në 55,3% të pacientëve, 27,3% asimetri të moderuar dhe 17,4% asimetri të rëndë. Në studimet nga Minami K et al dhe Yunoki H et al [93,94], asimetria faciale në raste e trajtuara me kirurgji ortognatike varion nga 11-25%. Të dhënat e këtij studimi përafrojnë me rezultatet e studimit tonë.
- Vlerësimi psikosocial rezultoi se 83% e pacientëve paraqisnin motivim intern.Në studimin nga Semilla M. Rivera, BA et al, [103] ashtu sikurse dhe në studimin tonë, pjesa më e madhe e pacientëve ishin të shtyrë nga kërkesat vetjake për të përmirësuar estetikën apo funksionin,dhe një pjesë e vogël të referuar nga ortodonti. Në studimin tonë 93% e pacientëve kishin aftësi të mira për të kuptuar problemin që kishin, po kështu edhe në studimin nga Barbosa AL et al [102], një pjesë e vogël e pacientëve kërkuan ndihmë për të kuptuar anomalinë që kishin. Kërkesat e pacientëve për kirurgjinë ortognatike ishin të realizueshme për 96,5% të pacientëve në studimin tonë, ky rezultat është shumë i rëndësishëm njëkohësisht për sadsifaksionin nga trajtimi për pacientët tanë. Pasi ashtu sikur studimi nga Chen B et al [104], kur pacientët paraqesin kërkesa të realizueshme, edhe sadsifaksioni nga trajtimi është më i lartë. Në ndryshim nga studimi jonë, autoret Ryan, Barnard, dhe Cunningham në studimin e tyre [105], na japin një klasifikim tjetër mbi pritshmëri e pacientëve nga trajtimi kirurgjikal duke i ndarë në 4 grupe sipas pritshmërisë në ndryshimin fizik dhe jo fizik.
- Në studimin tonë vlerësimi i estetikës faciale u krye duke analizuar raportet faciale si në pamjen frontale dhe profil. Analiza e raporteve transversale dhe vertikale të fytyrës është

e rëndësishme si në trajtimin ortodontik dhe atë kirurgjikal. Një fytyrë e bukur karakterizohet nga simetria dhe raporte faciale të rregullta [95]. Në studimin tone ,pacientët që ju nënshtruan kirurgjisë ortognatike në pamjen frontale paraqisin kryesisht raportet faciale jo të rregullta, përkatësisht në dimensionet transversale dhe ato vertikale. Në studimet nga O’Ryan F, Lassetter J dhe Arnett GW, Gunson MJ [96,97] flitet pikërisht për rëndësinë e ekzaminimit të raporteve faciale në planifikimin e kirurgjisë ortognatike. Të dhënat që kemi mbledhura nga studimi ynë mbi vleresimin e estetikës faciale, duke analizuar raportet faciale përputhen plotësisht me kërkesat dhe të dhënat e autorëve të mësipërm.

- Në ekzaminimi ekstraoral të profilit, në studimin tonë profili konkav rezultoi më i shpeshti rreth 76 % të pacientëve që kryen kirurgji ortognatike. Në studimin nga autorët Harrington C, Gallagher JR, Borzabadi-Farahani [98] në pacientët që kërkojnë vetëm trajtim ortodontik, profilin konkav e kanë rreth 21,4% të pacientëve të marë në studim. Përqindja e lartë e profilit konkav që rezulton në studimin tonë përkon me rezultatet e studimit nga Farkas L.G.Kolar J.C.Munro I.R [99], ku pacientët me këtë profil janë më pak të kënaqur me estetikën faciale dhe kërkojnë më shumë kirurgjinë ortognatike. Këndi nazolabial pëson ndryshime të konsiderueshme nga trajtimi ortodontik dhe ai kirurgjikal për këtë arsye paraqet një rëndësi të madhe për tu vlerësuar paraprakisht si nga ortodonti dhe nga kirurgu. Në studimin tonë vlerat e këndit nazolabial rezultuan brenda normës (85° - 120°), në pjesën më të madhe të pacientëve. Autorë të ndryshëm në studimet e tyre përdorin si referencë të normës vlera të ndryshme të këndit nasolabial, ndaj nuk mund të bëjmë një krahasim me rezultatet e studimit tonë. Kështu autorët në studimin Farkas L.G.Kolar J.C.Munro I.R [99], nga matjet antropometrike të këndit nazolabial në adultë të racës kaukaziane nxjerrin vlerat 100 ± 12 gradë për meshkuj dhe 104 ± 10 për femra si vlera normale .Po kështu studimi i vitit 1994 nga Farkas L.G [100] në grupet etnike të ndryshme, vlerat normale të këndit nazolabial variojnë 87 ± 12 gradë për meshkujt dhe 89 ± 11 gradë për femrat në racën aziatike dhe 72 ± 15 gradë në meshkuj dhe 74 ± 15 gradë në femra në popullsinë afro-amerikane. Në studimin tonë, këndi labiol-mental rezultoi i gjerë nga 132° - 156° në 55,2% të pacientëve. Në studimin nga autorët Finlay PM¹, Atkinson JM, Moos KF [101] vlerat e këndit labio-mental nën 84° dhe mbi 162° , cilësohen si indikatorë të një fytyre jo estetike, dhe për kërkesë më të lartë të pacientëve për trajtim kirurgjikal. Vlerat normale që në kemi zgjedhur të përdorim për këndin labio-mental përkojnë me matjet antropometrike të Farkas në studimin [100].
- Ekzaminimi intraoral, higjiena e mirë ka rezultuar në 59%. Përsa i përket gjuhës ka rezultuar 27,6 % makroglosi dhe 27,6 % pozicionim anterior. Nga studimi i literaturës nuk kemi gjet të dhëna për këtë problem për tu ballafaquar.

- Në pacientët që kryhen kirurgjinë ortognatike, rezultoi se 75,8% e rasteve kishin një klasë të III-të dentare. Në studimin tonë, ashtu sikurse dhe në studimin nga Lei Zhoua et al dhe Dr. Mazimpaka Patrick et al [107 dhe 108] raportet dentare në planin sagital përkojnë dhe me raportet skeletike në planin sagital. Ndërsa nga matjet e overjeti rezultoi se 89,7% e pacientëve kishin një OJ nga 1 në -9mm. Sipas studimit nga autorët Squire D1, Best AM, Lindauer SJ, Laskin DM [106] sipas ortodontëve vlerat e OJ mbi 8mm dhe më të vogla se-4mm nuk mund të trajohen vetëm me ortodonci, prandaj kërkojnë mjekim të kombinuar. Siç shihet të dhënat e studimit tonë përkojnë me të dhënat e autorëve të mësipërm.
- Në ekzaminimin klinik të ATM,12% e pacientëve paraqisnin shenja klinike në ATM. Po kështu në studimet nga Laskin DM, Ryan WA, Greene CS si dhe Link JJ & Nickerson JW [21,22] prevalenca e simptomave në ATM përpara trajtimit ortodontiko kirurgjikal varion nga 14%-97% të pacienteve.Nëkemi në përqindje më të ulët të simptomave në ATM në pacientët tanë në krahasim me studimet e tjera, përshkak të numrit më të vogël të pacientëve që ne kemi marrë në studim si dhe mos referimit të saktë nga ana e pacientëve.
- Ekzaminimi i grafisë panoramike para dhe pas kirurgjisë, ashtu sikurse dhe në studimin nga DelBalso AM, Hall RE [109] u konsiderua i rëndësishëm në studimin tonë dhe u aplikua në të gjithë pacientët. Në studimin tonë, në rreth 20,4% u vu re të paktën një dhëmbë i impaktuar, ku dominonin molarët e pjekurisë (17%). Në studimin F Ezoddini-Ardakan et al [110], dhëmbët e impaktuar të vlerësuar në grafinë panoramike rezultojnë rreth 16,5%,ku ashtu sikurse në studimin tonë rezultojnë të jenë molarët e tretë. Në vlerësimin e panorameksit në studimin tonë, ju kushtua rëndësi dhe vlerësimit të ATM-së, ku në 1 pacient rezultoi asimetri në procesin kondilar. Studimi nga autorët P Scolozzi, A Momjian, D S Courvoisier, and S Kiliaridis [112], flet për rëndësinë e vlerësimit të procesit kondilar nëpërmjet grafisë panoramike para dhe pas trajtimit kirurgjikal.
- Në studimin tonë u përdor analiza e Korkhausit për të analizuar dimensionin transversal të nofullave, dhe u vu re se maksila paraqitej më e ngushtë në gjerësinë anteriore në 65,4% të rasteve dhe në 50% të rasteve në gjerësinë posteriore. Studimet nga *Nimkarn Y* et al dhe *Rastegar-Lari T* et al [113,114], përdorin analizën e Korkhausit për të përcaktuar nevojën për ekspansion të maksilës, po ashtu edhe studimi nga autorët *Dena Sawchuk* et al,[115], por ato shprehin se kjo lloj analize nuk duhet të jetë e vetme, ajo duhet të shoqërohet me analizën e grafisë posterior-anteriore, skanerit 3D etj. Studimi nga. *Regina Helena Lourenço Belluzzo* et al [116], ashtu sikur studimi jonë, duke analizuar modelet e studimit sipas Korkhausit, rezulton se maksila paraqitet më e ngushtë në gjerësinë

anteriore sesa atë posteriore. Ne kemi perdorur me shumë analizën e Korkhausit në studimin tonë duke pasur parasysh eksperiencën dhe kërkesën e kirurgut.

- Analiza cefalometrike , siguron të dhëna të rëndësishme për diagnozën e raporteve skeletike dhe dentare të pacientëve me anomali dentomaksilare. Studimet nga Jünger TH et al dhe Ferrario VF¹, Sforza C, Miani A Jr, Tartaglia GM [117,118] evidentojnë rolin e analizës cefalometrike në diagnozën e anomalive dentomaksilare. Në studimin tonë duke u bazuar në matjet cefalometrike rezultoi se në grupin e pacientëve që kryen kirurgji ortognatike, 76% paraqitën një klasë të III-të skeletike, (ANB më e vogël se norma), prognati mandibulare (SNB mbi 81⁰) në 60,3% të pacientëve, rritje vertikale të mandibulës në 50% të rasteve (SN-Mand mbi 35⁰) si dhe retroklinim i incizivëve mandibularë (IMPA nën 87⁰) në 58% të pacientëve. Në studimin nga WAHEED-UL-HAMID [80], klasa e III-të skeletike rezultoi në 21% të rasteve sipas vlerave të këndit ANB, 14% prognati mandibulare (sipas vlerave të SNB), kafshim i hapur 40% sipas vlerave të këndit SN-Mandibular, dhe kompensimi dentar në 47% të pacientëve. Duke pasur parasysh vlerat e shumta që jep analiza cefalometrike ne kemi marrë vetëm ato që kanë pasur rëndësi për kirurgji si SNA,SNB,ANB,SN-Mand ,MMA,UI-SN.IMPA.
- Aplikimi i indeksit IOFTN, indeksi i nevojës për trajtim funksional, në pacientët tanë rezultoi se 48,3% e pacientëve kishin nevojë të madhe për trajtim, grada 4, dhe 36,2% e pacientëve kishin nevojë shumë të madhe, grada 5. Rezultatet e studimit nga autorët Harrington C, Gallagher JR, Borzabadi-Farahani [98] ku nevoja për trajtim ishte grada 4 dhe 5 në 84,6% të pacientëve, përkojnë me studimin tonë. Po kështu në studimin Barber S et al, [119], nevoja funksionale për kirurgji ortognatike, ishte grada 4 dhe 5 në 90% të pacientëve.
- Në studimin tonë kohëzgjatja mesatare e trajtimit ortodontiko-kirurgjikal në grupin e I-rë rezultoi 22 muaj. Në studimin nga Proffit WR, Miguel JA [120], koha e trajtimit ortodontiko-kirurgjikal varion nga 18,24 dhe 28 muaj. Ortodoncia preoperative në studimin tonë zgjati mesatarisht 12,5 muaj, ndërsa ajo postoperative mesatarisht 9 muaj. Studim nga autorët Luther F, Morris DO, Hart C [122], nxjerr se ortodoncia preoperative varion nga 7 në 47 muaj, dhe kohëzgjatja mesatare e trajtimit është 17 muaj. Ndërsa studimi nga Luther F1, Morris DO, Karnezi K [121] nga po i njëjti autor mbi kohëzgjatjen e ortodoncisë postoperative, thekson se kohëzgjatja mesatare është 9 muaj, që përkon me studimin tonë. Ndryshimi në kohëzgjatjen e ortodoncisë preoperative midis studimit nga Luther F, Morris DO, Hart C [122] dhe tonë, shpjegohet me faktin se në studimin tonë janë përfshirë dhe pacientët që kanë kryer SARPE, ku ortodonci preoperative ka qenë vetëm vendosja e aparatit RPE, 1 javë para kirurgjisë. Kohëzgjatja e trajtimit në grupin e II-të, rezultoi afërsisht 4,4muaj, që tregon se është shumë më e shkurtër si kohë në trajtimin e këtyre pacienteve. Për të krahasuar rezultatet në këtë

grupin pa ortodonci nuk gjetëm studim në literaturë. Studimi nga autorët Yu HB¹, Mao LX¹, Wang XD¹, Fang B¹, Shen SG [123], mbi teknikën “surgery first” që eleminon fazën e ortodoncisë preoperative thekson se kohëzgjatja e gjithë trajtimit shkon mesatarisht 14,5muaj.

- Kirurgjia bimaksilare rezulton trajtimi kirurgjikal më i përdorur në pacientët tanë, në rreth 48,3% të pacientëve. Në studimin nga autorët Max Andrup¹ *, Jesper Elenius², Eusebio Ramirez³ dhe Mats Sjöström⁴ [124] kirurgjia ortognatike në një apo të dy nofullat varion, kështu në Stokolm 62,7% kirurgjia bimaksilar ndërsa në Skane të Suedisë 61,4% kirurgjia në një nofull. Ndryshimet mbi frekuencën e kirurgjisë në një apo dy nofullat lidhet dhe me eksperiencën e kirurgut, sic shpjegohet edhe në studimin[124]
- Nga kryerja e analizës cefalometrike në grafinë laterale pas trajtimit, në studimin tonë u vu re një përmirësim i raporteve skeletike dhe atyre dentare. Kështu u rrit numri i pacientëve me vlera brenda normës të këndeve SNA, SNB dhe ANB gjithashtu dhe raportet vertikale u përmirësuan dukshëm. U rrit numri i pacientëve me vlera normale të SN-Mand nga 19 para trajtimit në 34 pas trajtimit, ndërsa numri i pacientëve me vlera normale të MMA u rrit nga 23 në 40 pas trajtimit. Përsa i përket parametrave dentar, numri i pacientëve me vlera brenda normës të këndit UI-SN u rrit nga 42 në 47 ndërsa numri i pacientëve me vlera brenda normës së këndit IMPA u rrit nga 19 në 41. Ashtu sikurse dhe studimi ynë, studimi nga Mehrangiz Ghassemi et al [127], shpreh se ndryshimet kryesore pas kirurgjisë ortognatike ndodhin në këndet SNA, SNB dhe ANB dhe vetëm për këndin ANB rritet numri i pacientëve me vlera normale. Në ndryshim nga studimi ynë, ky studim shpreh se këndi SNA dhe SNB jo gjithëmonë shkojnë drejt vlerave normale për faktin se kirurgu udhëhiqet jo vetëm nga indet e forta por edhe indet e buta në kryerjen e kirurgjisë.
- Në studimin tonë, rezultatet e kirurgjisë ortognatike ishin më të mira në grupin e I-rë se në grupin e dytë. Në pacientët e grupit të parë që kryhen trajtim ortodontiko-kirurgjikal u vu re një përmirësim më i madh si në estetikën faciale dhe në atë dentare. Kirurgjia ortognatike ka një impakt të madh në estetikën faciale dhe atë dentare, kështu pacientët në studimin nga Osvaldo Magro-Filho et al [111], e vlerësuan përmirësimin estetikës faciale 9,25 nga 10 që ishte maksimumi dhe estetikën dentare 9,28 nga 10. Duhet thënë se krahas vlerësimit klinik, që trajtim kirurgjikal të quhet i sukseshëm, duhet që kënaqësia e pacientëve të jetë e lartë. Në studimin tonë kënaqësia e pacientëve ishte e lartë, ku 72,4% referuan se estetika ishte përmirësuar, në 79,3% ishte rritur vetëbesimi dhe 89,6% do tja rekomandonin trajtimin dikujt tjetër. Në studimet nga Finlay PM¹, Atkinson JM, Moos KF dhe Jan Rustemeyer, Ziyad Eke, and Andreas Bremerich [101,125], sadsifaksioni pas trajtimit ishte përkatësisht 86% dhe 77,9%. Në studimin nga Jan Rustemeyer et al [125],

pacientët referuan një rritje të vetëbesimit në 67,5% të rasteve dhe në 73% të rasteve do t'ja rekomandoin trajtimin dikujt tjetër

- Në studimin tonë, ashtu sikurse dhe studimi nga autorët Mehrangiz Ghassemi, Alireza Ghassemi¹, Rahman Showkatbakhsh², Syed Sayeed Ahmad³, Mohammad Shadab⁴, Ali Modabber¹, Abdolreza Jamilian [127] ndjekja postoperative e pacientëve është kryer deri në 3 vjet. Studimi nga Brandtner C et al [126], jep ndjekjen e pacientëve deri në 8,8 vjet. Duhet theksuar se në grupin e pacientëve që ne kemi marrë në studim ka dhe paciente që janë ndjekur për më shumë se 3 vjet, por ne zgjodhëm periudhën 3 vjeçare në mënyrë që të përfshiheshin një numër më i madh pacientësh në studim. Përsa i përket stabilitetit të rezultatit, në periudhën 2-3 vjeçare stabiliteti skeletik në studimin tonë rezultoi 78 % dhe ai dentar 73%. Studimi nga Brandtner C et al [126] që analizon stabilitetin e e kirurgjisë bimaksilar në klasat e II-ta, shpreh se okluzioni ishte stabël, klasë e I-rë në 100% të pacientëve, ndërsa skeleti kishte një relaps të vogël në planin sagital dhe rreth 60% në planin transversal. Ndryshimet e stabilitetit të rezultatit midis pacientëve tanë dhe studimeve të tjera shpjegohen me faktin se pacientët e grupit të II-të në studimit tonë, nuk kryhen trajtim ortodontik fare, dhe gjithashtu nuk mbajtën asnjë lloj retaineri për të stabilizuar rezultatit.

KONKLUZIONE

1. Nga studimi ynë ka rezultuar se pacientët që kanë kërkuar kirurgji ortognatike kanë qenë kryesisht me klasë të III-të skeletike.
2. Për sa i përket gjetjes së faktorëve etiologjikë të anomalive dentomaksilare në studimin tonë, nëpërmjet anamnezës rezultoi se keto anomali ishin kryesisht të fituara dhe me shkaqe të panjohura.
3. Diagnoza ortodonike në pacientët tanë që kanë kërkuar kirurgjinë ortognatike u vendos në bazë të protokolleve standarte të ortodoncisë moderne. Pacientët që do i nënshtrohen kirurgjisë ortognatike kërkojnë analiza suplementare.
4. Vlerësimi psikosocial i pacientëve që kërkojnë mjekim të kombinuar ortodontiko-kirurgjikal, është mjaft i rëndësishëm jo vetëm për të garantuar përmbushjen e plotë të trajtimit por dhe suksesin maksimal.
5. Në grupin e pacientëve që kryhen trajtimin e kombinuar ortodontiko-kirurgjikal rezultoj se estetika faciale, okluzioni dhe stabiliteti i rezultatin në kohë ishin më të mira se grupi i pacientëve që nuk kryen trajtimin e kombinuar.
6. Në grupin e pacientëve që u trajtuan vetëm me kirurgji, rezultatet e mësipërme ishin më të dobëta por përsa i përket kohëzgjatjes së trajtimit ishin më të kënaqur.
7. Nga studimi ynë ka rezultuar se dhe në rastet kur okluzioni nuk ka qenë korrekt pas osteotomive të ndryshme, nëpërmejt ortodoncisë postoperatore, dhe për një kohë më të shkurtër trajtimi, jo vetëm është arritur sukcesi i trajtimit por dhe është garantuar rezultati.
8. Pacientët tanë të trajtuar me mjekim të kombinuar ortodontiko-kirurgjikal, janë ndjekur për një periudhë afro 3 vjeçare dhe janë në ndjekje të vazhdueshme. Kjo mjaft e rëndësishme për të kapur në kohë apo për të menaxhuar ndonjë pasojë apo komplikacion të mundshëm.
9. Duke qenë se kirurgjia ortognatiek futet tek kirurgjia estetike, nënshkrimi me detaj i konsesusit është i rëndësishëm për sqarimin e pacientëve dhe për të shmangur rastet mjeko-ligjore që për fat të keq kohët e fundit po shtohen.

REKOMANDIME

- 1.Në vendosjen e diagnozës së saktë, të pacientëve që kërkojnë trajtim ortodontiko-kirurgjikal duhet bërë protokoll më i plotë dhe i detajuar.
- 2.Të shihet në të ardhmen mundësia e shkurtimit të kohës sëtrajtit ortodontik duke futur konceptin “Kirurgjia e Para”.
- 3.Aplikimin e programeve kompjuterike si përsa i përket diagnozës dhe planit të trajtimit.
- 4.Për aspekte të veçanta të anomalive dentomaksilofaciale, të bëhen studime më të detajuara.

Bibliografia

1. Steinhäuser E W. *Historical development of orthognathic surgery*. J Craniomaxillofac Surg. 1996;24(4):195–204
2. K.F.Moos,A.F.Ayoub,The *surgical correction of dentofacial deformities,past present and future*, Egypt. J. Oral Maxillofac. Surg. 2010:1:2-6 (ISSN: 2090-097X)
3. Converse J M, Horowitz S L. *The surgical-orthodontic approach to the treatment of dentofacial deformities*. Am J Orthod. 1969;55(3):217–243.
4. Proffit WR, White RP. *Who needs surgical-orthodontic treatment?* Int J Adult Orthod Orthogn Surg. 1990;5:81–90.
- 5.Proffit WR, Fields HW Jr & Moray LJ (1998) *Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: Estimates from the NHANES III survey*. Int J Adult Orthod Orthognath Surg 13: 97–106.
- 6.L. D. Garner, M. H. Butt. *Malocclusion in Black Americans*,1985.
- 7.Farhad B.Naini,Daljit S Gill,*Principles and Planning,Preparatory and Postoperative Orthodontics:Principles, Techniques and Mechanics in Orthognathic Surgery Principles,Planning and Practice*,pp 85-87,pp270-313,Wiley-Blackwell,First Edition 2017.
- 8.William R Proffit(2013),*Malocclusions and Dentofacial Deformity in contemporary society ,Combined Surgical and Orthodontic treatment* ,in Contemporary Orthodontics ,Fifth Edition ,pp 3-25 ,pp685-715 Mosby Elsevier , ISBN: 978-0-323-08317-1 ,St Lousi Missouri.
- 9.Staley R , Reske N ,(2011) ,*Orthodontic Diagnosis and Treatment Planning in Essential of Orthodontics Diagnosis and Treatment ,First Edition* , pp 3-17 ,Wiley-Blackwell ,ISBN -13;978-0-8138-0868-0/2011 ,Oxford Uk.
- 10.Arnett, McLaughlin ,(2004) ,*History taking-a form based protocol ,The clinical Examination ,Record taking ,Diagnosing the casesin Facial and Dental Planing for Orthodontist and Oral Surgeon* ,pp 29-197 ,First Edition, Mosby Elsevier Limited ,ISSN 0723433208 .London Uk.
11. Proffit W ,Fields H , Sarver D,(2007),*Diagnosis and Treatment Planningin Contemporary Orthodontics,Fourth Edition* ,pp 167-268, Mosby Inc Elsevier Inc ISBN-13;978-0-323-04046-4 ,ISBN-10;0-323-04046-2 .St Louis Missouri.
- 12.Harris M, Hunt N.(2008) *General Assessment ,Orthodontic Preparation ,The psychopathology of Facial Deformity* , in Fundamentals of Orthognathic Surgery, ,Second Edition, pp 1-23,pp 51-71, pp 77-90 .Imperial College Press, ISBN-13 978-1-86094-993-7, London UK.

13. M.T EDGERTON, KNORR, N J, ***Motivational Patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery*** ,in Plastic & Reconstructive Surgery: December 1971 - Volume 48 - Issue 6 - ppg 551-557.
- 14.Nikolaos Topouzelis,***Orthodontic Contribution to Orthognathic Surgery Cases.Principles In Orthodontic Treatment***, Edited volume,pp 355-380.Intech Press,ISBN 978-953-307-687-4.
- 15.Fabio Meneghini, ***Basic Facial Analysis,Lips Teeth Chin and Smile Analysis,Dentofacial Deformities***,in Clinical Facial Analysis,pp 43-56 ,97-142,Springer ISBN 3-540-22832-2.
- 16.Johan P Reyneke, ***Systematic Patient Evaluation***.in Essential of Orthognathic Surgery ,pp 13-69 ,2003 Quintessence Publishing Co Inc,ISBN 0-86715-410-1 .
- 17.Henrikson T, Nilner M & Kurol J (2000) ***Signs of temporomandibular disorders in girls receiving orthodontic treatment. A prospective and longitudinal comparison with untreated Class II malocclusions and normal occlusion subjects.*** Eur J Orthod 22: 271–281
- 18.Sonnesen L, Bakke M & Solow B (1998) ***Malocclusion traits and symptoms and signs of temporomandibular disorders in children with severe malocclusion.*** Eur J Orthod 20: 543–559.
- 19.Fernandez Sanroman JF, Gomez Gonzalez JM & Alonso del Hoyo A (1997) ***Relationship between condylar position, dentofacial deformity and temporomandibular joint dysfunction: an MRI and CT prospective study.*** J Craniomaxillofac Surg 26: 36–42.
- 20.Schellhas KP (1989) ***Unstable Occlusion and Temporomandibular Joint Disease.*** J Clin Orthod 23:332–337.
- 21.Laskin DM, Ryan WA & Greene CS (1986) ***Incidence of temporomandibular symptoms in patients with major skeletal malocclusions: A survey of oral and maxillofacial surgery training programs.*** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 61: 537–541.
- 22.Link JJ & Nickerson JW (1992) ***Temporomandibular joint internal derangements in an orthognathic surgery population.*** Int J Adult Orthod Orthognath Surg 7: 161–169
- 23.De Clercq CA, Abeloos JV, Mommaerts MY & Neyt LF (1995) ***Temporomandibular joint symptoms in an orthognathic surgery population.*** J Craniomaxillofac Surg 23: 195–199.
- 24.Karabouta I & Martis C (1985) ***The TMJ dysfunction syndrome before and after sagittal splitosteotomy of the rami.*** J Maxillofac Surg 13: 185–188.
- 25.De Clercq CA, Neyt LF, Mommaerts MY, Abeloos JV & De Mot BM (1994) ***Condylar resorption in orthognathic surgery: A retrospective study.*** Int J Adult Orthod Orthognath Surg 9: 233–240.

26. Sridhar PremKumar, *Method of Classifications of Malocclusions, Essential Diagnostic Aids: Study Models and Model Analyses*, in *Textbook of orthodontics*, pp145-173 ,pp 235-251 Elsevier ,ISBN: 978-81-312-4035-9
27. Moyers RE. *Handbook of orthodontics*. 3rd ed. Chicago: Year Book, Medical Publishers, Inc; 1972.
28. Ashraf Ayoub, Balvinder Khambaz , Philip Benington et al , *Dentofacial Assessment*, in *Handbook of Orthognathic Treatment, A Team Approach* , First Edition, 2014 ,pp 17-50, Wiley Blackwell ISBN 978-1-118-70949-8
29. Brook PH, Shaw WC. *The development of an index of orthodontic treatment priority*. *Eur J Orthod*. 1989;11:309–20.
30. Naini FB. *Dental-Occlusal Relationships: Terminology, Description and Classification*. In: Naini FB. *Facial Aesthetics: Concepts and Clinical Diagnosis*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.
31. Frush JO, Fisher RD. *The dysesthetic interpretation of the dentogenic concept*. *J Prosthet Dent*. 1958;8:55–58.
32. Proffit W , Fields H , Sarver D, (2007), *The Development of Dentofacial Deformities , Influences and Etiologic factors* in *Contemporary Orthodontics, Fourth Edition* ,pp 29-69, Mosby Inc Elsevier Inc ISBN-13;978-0-323-04046-4 ,ISBN-10;0-323-04046-2 .St Louis Missouri
33. Ravindra Nanda (2015), *Individualized Orthodontic Diagnosis, Esthetics and New Approaches to Orthognathic Surgery* in *ESTHETICS AND BIOMECHANICS IN ORTHODONTICS*, Second Edition ,pp 1-30 ,pp 423-450, Mosby Inc Elsevier ISBN: 978-1-4557-5085-6, St Louis Missouri
34. Farhad B. Naini, Daljit S. Gill, *Smile Aesthetics: Specific Considerations in the Orthognathic Patient* in *Orthognathic Surgery Principles, Planning and Practice*, pp 214-221, Wiley-Blackwell, 2017.
35. Moore T, Southard KA, Casco JS, Qian F, Southard TE. *Buccal corridors and smile esthetics*. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005;127:208
36. Roden-Johnson D, Gallerano R, English J. *The effects of buccal corridor spaces and arch form on smile esthetics*. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005;127:343–50.
37. Anthony J Ireland, Susan J Cunningham, Aviva Petrie, Martyn T Cobourne, Priti Acharya, Jonathan R Sandy, Nigel P Hunt *An Index of Orthognathic Functional Treatment Need (IOFTN)*, *J Orthod*. 2014 Jun; 41(2): 77–83.

38. Virgilio F. Ferrario MD et al, ***Three-dimensional facial morphometric assessment of soft tissue changes after orthognathic surgery***, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volume 88, Issue 5, November 1999, pp549-556
39. Soo-Byung Park et al, ***The evaluation of the nasal morphologic changes after bimaxillary surgery in skeletal class III malocclusion by using the superimposition of cone-beam computed tomography (CBCT) volumes***, Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, Volume 40, Issue 4, June 2012, pp87-92.
40. S. M. Balaji, ***Impacted third molars in sagittal split osteotomies in mandibular prognathism and micrognathia***, Ann Maxillofac Surg. 2014 Jan-Jun; 4(1): 39–44.
41. Yu-Chuan Tseng et al, ***Treatment of adult facial asymmetry with orthodontic therapy or orthognathic surgery: Receiver operating characteristic analysis***, Journal of Dental Sciences Volume 9, Issue 3, September 2014, Pages 235-243
42. S.J. Chaconas et al, ***Orthognathic diagnosis and treatment planning: a cephalometric approach***, Journal of Oral rehabilitation, Volume 18, Issue 6, November 1991, Pages 531–545.
43. Legan HL, Burstone CJ. ***Soft tissue cephalometric analysis for orthognathic surgery***. J Oral Surg. 1980 Oct;38(10):744-51.
44. Guariglia A, Ronchi P. (2005). ***Cephalometry in Dentofacial Anomalies***, In: *Orthodontic-Surgical Treatment of Dentofacial Anomalies*, Ronchi P, pp. 35-45, Quintessenza, ISBN 88-7492-101-2, Milan Italy
45. Michael Miloro, GE Ghali, Peter Larsen, Peter Waite, ***Orthodontics for Orthognathic Surgery*** Peterson's Principles Of Oral & Maxillofacial Surgery, Third Edition - 2 Vol. Set (Hb) 3rd Edition pp.1111-1134.,
46. Jacobs JD, Sinclair PM, ***Principles of orthodontic mechanics in orthognathic surgery cases*** Am J Orthod. 1983 Nov;84(5):399-407.
47. Calum McNeil,¹ Grant T. McIntyre,² and Sean Laverick³, ***How much incisor decompensation is achieved prior to orthognathic surgery?***, J Clin Exp Dent. 2014 Jul; 6(3): e225–e229.
48. John O. Wirthlin, DDS, MSD¹ and Pradip R. Shetye, DDS, BDS, MDS², ***Orthodontist's Role in Orthognathic Surgery***, Semin Plast Surg. 2013 Aug; 27(3): 137–144.
49. Eduardo Sant'ana, Marcos Janson, Roberto Bombonatti, ***Orthodontic-Surgical Treatment of Anterior Open Bite, in Open-Bite Malocclusion: Treatment and Stability***, First Edition 2013, John Wiley & Sons, Inc. Pages: 403-438

50. Lokesh Suri, Parul Taneja, *Surgically assisted rapid palatal expansion: A literature review*, American Journal of Orthodontics & Dental Orthopedics February 2008 Volume 133, Issue 2, Pages 290–302
51. Ravindra Nanda, *Biomechanical factors in surgical orthodontics, Biomechanical Strategies for Optimal finishing*, in Biomechanics and esthetics Strategies in Clinical orthodontics, 2005, Elsevier Inc, pp 310-330 .pp330-348
52. Ravindra Nanda (2015), *Surgery First: The Protocol of Innovative Surgical Orthodontics in ESTHETICS AND BIOMECHANICS IN ORTHODONTICS*, Second Edition, pp 1-30, pp 423-450, Mosby Inc Elsevier ISBN: 978-1-4557-5085-6, St Louis Missouri
53. Jorge Faber, *Anticipated Benefit: a new protocol for orthognathic surgery treatment that eliminates the need for conventional orthodontic preparation* Dental Press J. Orthod. v. 15, no. 1, p. 144-157, Jan./Feb. 2010
54. Jean-Baptiste CHARRIER, *Orthognathic surgery of adults and facial aesthetics*, J Dentofacial Anom Orthod 2012;15:302
55. William R. Proffit and Raymond P. White, Jr, *Combined surgical-orthodontic treatment: How did it evolve and what are the best practices now?* American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics May 2015, Vol 147, Issue 5, Supplement 2, pp 205-215
56. Jae Hyun Park, Michael Papademetriou and Yong-Dae Kwon, *Orthodontic considerations in orthognathic surgery: Who does what, when, where and how?* Seminars 2 in Orthodontics, Vol 22, No 1, 2016: pp 2–11
57. Dan A. Stuart, DDS, William A Wiltshire, *Rapid Palatal Expansion in the Young Adult: Time for a Paradigm Shift?* J Can Dent Assoc 2003; 69(6):374-7
58. Federico Hernández-Alfaro, Raquel Guijarro-Martínez, Ana Molina-Coral, Consuelo Badía-Escriche, *“Surgery First” in Bimaxillary Orthognathic Surgery*, J Oral Maxillofac Surg (2011) 69:e201-e207 .
59. Yu-Chuan Tseng, Yi-Hsin Yang, Chin-Yun Pan, Szu-Ting Chou, Kai-Chieh Ou, Hong-Po Chang, *Treatment of adult facial asymmetry with orthodontic therapy or orthognathic surgery: Receiver operating characteristic analysis*, Journal of Dental Sciences (2014) 9, pp 235 -243
60. Ramesh Chodhary, Fraser Walker, Nivedita Mankani, *Model Surgery: A presurgical procedure for Orthognathic surgeries-Revisited*, International journal of Prosthodontic and Restorative Dentistry, April June 2011; 1(1):71-76

61. O'Brien, K.; Wright, J.; Conboy, F.; Appelbe, P.; Bearn, D.; Caldwell, S.; Harrison, J.; Hussain, J.; Lewis, D.; Littlewood, S.; Mandall, N.; Morris, T.; Murray, A.; Oskouei, M.; Rudge, S.; Sandler, J.; Thiruvengatchari, B.; Walsh, T. & Turbill, E. (2009). ***Prospective, Multi-Center Study of the Effectiveness of Orthodontic/Orthognathic Surgery Care in the United Kingdom***, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, Vol.135, No.6, (June, 2009), pp. 709-714, ISSN 0889-5406
62. Luther, F.; Morris, D.O. & Hart, C. (2003). ***Orthodontic Preparation for Orthognathic Surgery: How Long Does It Take and Why? A Retrospective Study***. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Vol.41, No.6, (December, 2003), pp. 401-406, ISSN 0266-4356
63. Brachvogel, P.; Berten, J.L. & Hausamen, J.E. (1991). ***Surgery before orthodontic treatment: a concept for timing the combined therapy of skeletal dysgnathias***. *Deutsche Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde mit Zentralblatt*, Vol.79, No.7, (July, 1991), pp. 557-563, ISSN 0940-855X
64. Liou, E.J.; Chen, P.H.; Wang, Y.C.; Yu, C.C.; Huang, C.S. & Chen, Y.R. (2011). ***Surgery-First Accelerated Orthognathic Surgery: Orthodontic Guidelines and Setup For Model Surgery***, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Vol.69, No.3, (March, 2011), pp. 771-780, ISSN 0278-2391
65. Nagasaka, H.; Sugawara, J.; Kawamura, H. & Nanda, R. (2009). ***"Surgery First" Skeletal Class III Correction Using the Skeletal Anchorage System***. *Journal of Clinical Orthodontics*, Vol.43, No.2, (February, 2009), pp. 97-105, ISSN 0022-3875
66. Proothi M¹, Drew SJ, Sachs SA, ***Motivating factors for patients undergoing orthognathic surgery evaluation***. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Jul;68(7):1555-9. doi: 10.1016/j.joms.2009.12.007
67. Alcouffe F., ***Oral hygiene behavior: differences between men and women***, *Clin Prev Dent*. 1989 May-Jun;11(3):6-10.
68. Mc Grath C¹, Bedi R. ***Gender variations in the social impact of oral health***, *J Ir Dent Assoc*. 2000;46(3):87-91.
69. Castro V1, do Prado CJ, Neto AI, Zanetta-Barbosa D, ***Assessment of the epidemiological profile of patients with dentofacial deformities who underwent orthognathic surgery***. *J Craniofac Surg*. 2013 May;24(3):e271-5. doi: 10.1097/SCS.0b013e31828f28f3.
70. Patricia M Finlay BDS, FDS, RCPS et al, ***Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome***, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Volume 33, Issue 1, February 1995, Pages 9-14

71. Semilla M. Rivera, BA^a, John P. Hatch, PhD^b, Calogero Dolce, DDS, PhD^c, Robert A. Bays, DDS^d, Joseph E. Van Sickels, DDS^e, John D. Rugh, PhD^f, ***Patients' own reasons and patient-perceived recommendations for orthognathic surgery***, AJO-DO Journal, August 2000, Volume 118, Issue 2, Pages 134–140
72. Stirling J, Latchford G, Morris DO, Kindelan J, Spencer RJ, Bekker HL. ***Elective orthognathic treatment decision making: a survey of patient reasons and experiences***. J Orthod. 2007;34(2):113-27
73. Leena Nurminen, Tertti Pietila, Heli Vinka-Puhakka, ***Motivation for the satisfaction with orthodontic-surgical treatment: a retrospective study of 28 students***, European Journal of Orthodontics, 21(1999)79-87.
74. John R. Thompson, D.D.S., M.S., M.S.D. ***Oral and environmental factors as etiological factors in malocclusion of the teeth***, January 1949 Volume 35, Issue 1, Pages 33–53
75. Dr. Frans P.G.M. Van Der Linden, ***Genetic and environmental factors in dentofacial morphology***, American Journal of Orthodontics, Volume 52, Issue 8, August 1966, Pages 576-583.
76. Nakasima A, Ichinose M, Nakata S. . ***Genetic and environmental factors in the development of so-called pseudo- and true mesiocclusions***, Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1986 Aug;90(2):106-16
77. Eloísa Marcantonio Boeck^I; Nádia Lunardi^I; Ary dos Santos Pinto^{II}; Karina Eiras Dela Coletta Pizzol^I; Rodolfo Jorge Boeck Neto^{III}, ***Occurrence of skeletal malocclusions in Brazilian patients with dentofacial deformities***, Braz. Dent. J. vol.22 no.4 Ribeirão Preto 2011
78. Faezeh Eslamipour, Ali Borzabadi-Farahani,¹ Bach T. Le,² and Majid Shahmoradi³, ***A Retrospective Analysis of Dentofacial Deformities and Orthognathic Surgeries***, Ann Maxillofac Surg. 2017 Jan-Jun; 7(1): 73–77.
79. Proffit WR, Phillips C, Tulloch JF, Medland PH. ***Surgical versus orthodontic correction of skeletal class II malocclusion in adolescents: effects and indications***. Int J Adult Orthodont Orthog Surg 1992;7:209-220.
80. WAHEED-UL-HAMID, BDS, MCPS, MS, SAAD ASAD, FCPS-II, ***PREVALENCE OF SKELETAL COMPONENTS OF MALOCCLUSION USING COMPOSITE CEPHALOMETRIC ANALYSIS***, Pakistan Oral & Dent. Jr. 23 (2) Dec 2003
81. Alex Jacobson, M.D.S., M.S., Ph.D. *W.G. Evans, B.D.S., Dip.Orth.C.B. Preston, B.D.S., Dip.Orth., P.L. Sadowsky, B.D.S., Dip.Orth, ***Mandibular prognathism***, Am J Orthod Dentofacial Orthop. August 1974 Volume 66, Issue 2, Pages 140–171

82. Harvey M. Rosen, ***Facial Concavity and Anterior Divergence: The Class III Deformity***, *Aesthetic Perspectives in Jaw Surgery* pp 79-128| 1999
83. Ricketts RM, Roth RH, Chaconas SJ, Schulhof RJ, Engel GA. ***Bioprogressive technique of Ricketts***. Buenos Aires: Panamericana; 1983.
84. Siriwat PP, Jarabak JR. ***Malocclusion and facial morphology is there a relationship?*** An epidemiologic study. *Angle Orthod.* 1985;55:127–38.
85. Poubel D, Urbano AL, Maltagliati LA, Scanavini MA. ***The relationship between the topology facial and pubescent grown spurt***. *RGO (Porto Alegre)* 2003;7:7–12
86. Santos CD, Ghershel H. ***Pattern of the facial types: (Brachy, Meso and Dolicho)*** *RGO (Porto Alegre)* 2001;6:24–8.
87. Iman Bugaighis and Divakar Karanth, ***The prevalence of malocclusion in urban Libyan schoolchildren*** , *J Orthod Sci.* 2013 Jan-Mar; 2(1): 1–6.
88. Brunelle J, Bhat M, Lipton JA. ***Prevalence and distribution of selected occlusal characteristics in the U.S. population*** 1988-91. *J Dent Res.* 1996;75:706–13
89. Vithanaarachchi SN¹, Nawarathna LS. , ***Prevalence of anterior cross bite in preadolescent orthodontic patients attending an orthodontic clinic*** , *Ceylon Med J.* 2017 Sep 30;62(3):189-192.
90. Thilander B. and Myrberg N (1973) ***The prevalence of malocclusion in Swedish schoolchildren***, *Scandinavian Journal of Dental Research*, 81, 12–21.
91. Severt TR¹, Proffit WR., ***The prevalence of facial asymmetry in the dentofacial deformities population at the University of North Carolina***, *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 1997;12(3):171-6.
92. Thiesen G¹, Gribel BF², Pereira KC³, Freitas MP ***Is there an association between skeletal asymmetry and tooth absence?***, *Dental Press J Orthod.* 2016 Jul-Aug;21(4):73-9. doi: 10.1590/2177-6709.21.4.073-079.oar.
93. Minami K, Sugahara T, Mori Y, Miyajima T, Yamada T, Kyomoto H, Shimizu H, Sakuda M. ***Clinico-statistical study of orthognathic surgery [in Japanese]***. *J Jpn Stomatol Soc.* 1997;46:165–170. 22.
94. Yunoki H, Nakajima M, Hayashi H, et al. ***Clinicostatistical study on orthognathic surgery for 11 years at second department of oral and maxillofacial surgery***, Osaka dental university [in Japanese]. *Jpn J Jaw Deform.* 1999;9:51–56.

95. C. Borelli and M. Berneburg, **“Beauty lies in the eye of the beholder”? Aspects of beauty and attractiveness,** Journal of the German Society of Dermatology, vol. 8, no. 5, pp. 326–331, 2010
96. O’Ryan F, Lassetter J (2011) **Optimizing facial esthetics in the orthognathic surgery patient.** J Oral Maxillofac Surg 69: 702–715 5.
97. Arnett GW, Gunson MJ (2010) **Esthetic treatment planning for orthognathic surgery.** J Clin Orthod 44:196–200
98. Harrington C, Gallagher JR, Borzabadi-Farahani A. **A retrospective analysis of dentofacial deformities and orthognathic surgeries using the index of orthognathic functional treatment need (IOFTN)** Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015;79:1063–6.
99. Farkas L.G. Kolar J.C. Munro I.R. (1986) **Geography of the nose: a morphometric study.** Aesthetic Plastic Surgery 10: 191–223
100. Farkas L.G. (1994) **Anthropometry of the attractive North American Caucasian face.** In Farkas L.G. (ed.), *Anthropometry of the Head and Face.* Raven Press, New York, 2nd edn.
101. Finlay PM¹, Atkinson JM, Moos KF., **Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome,** Br J Oral Maxillofac Surg. 1995 Feb;33(1):9-14.
102. Barbosa AL¹, Marcantonio E, Barbosa CE, Gabrielli MF, Gabrielli MA. **Psychological evaluation of patients scheduled for orthognathic surgery.** J Nihon Univ Sch Dent. 1993 Mar;35(1):1-9.
103. Semilla M. Rivera, BA et al. **Patients’ own reasons and patient-perceived recommendations for orthognathic surgery** , AJO-Do Jn , August 2000 Volume 118, Issue 2, Pages 134–140
104. Chen B¹, Zhang ZK, Wang X. **Factors influencing postoperative satisfaction of orthognathic surgery patients.**, Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 2002 Fall;17(3):217-22.
105. Ryan, Barnard, and Cunningham, **Orthognathic Patients’ Treatment Expectations.** J Oral Maxillofac Surg 2012.
106. Squire D1, Best AM, Lindauer SJ, Laskin DM., **Determining the limits of orthodontic treatment of overbite, overjet, and transverse discrepancy: a pilot study,** Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 Jun;129(6):804-8.
107. Lei Zhoua; Chung-Wai Moka; Urban Ha’ggb; Colman McGrathc; Margareta Bendeusd; John Wua, **Anteroposterior Dental Arch and Jaw-Base Relationships in a Population Sample** , Angle Orthodontist, Vol 78, No 6, 2008

108. Dr. Mazimpaka Patrick, Prof. Dr. Mao Jing, Dr. Musafiri Tecianand Dr. Den Kumar Sapkota, ***Sagittal Skeletal Jaw Base and Dental Arch Relationships among Adult Orthodontic Patients: A CBCT Synthesized Cephalogram Analysis***, IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 15, Issue 6 Ver. VI (June. 2016), PP 43-50
109. DelBalso AM¹, Hall RE. ***Advances in maxillofacial imaging***, Curr Probl Diagn Radiol. 1993 May-Jun;22(3):91-142.
110. F Ezoddini-Ardakani, Kh Sarikhani-Khorrami, E Shafiee-Rad, A Safaei, L Davodi, ***Evaluation the Prevalence of Impacted Teeth in Patients Referred to Department of Oral and Maxillofacial Radiology of Yazd Dental School in years 1992-1994***, Volume 24, Issue 8 (Nov 2016) JSSU 2016, 24(8): 659-666
111. Osvaldo Magro-Filho,¹ Marcelo Coelho Goiato,² Derly Tesaro Narcizo Oliveira,³ Lidia Pimenta Martins,⁴ Marcio Salazar,⁵ Rodrigo Antonio De Medeiros,⁶ and Daniela Micheline Dos Santos⁷, ***Evaluation of Patients' Satisfaction after Class III Orthognathic Surgery*** J Clin Diagn Res. 2015 Oct; 9(10): ZC23–ZC27.
112. P Scolozzi,^{*1} A Momjian,¹ D S Courvoisier,² and S Kiliaridis³, ***Evaluation of condylar morphology following orthognathic surgery on digital panoramic radiographs. Could methodology influence the range of “normality” in condylar changes?*** Dentomaxillofac Radiol. 2013 Jul; 42(7): 20120463.
113. Nimkarn Y, Miles PG, O'Reilly MT, Weyant RJ, ***The validity of maxillary expansion indices***. Angle Orthod. 1995; 65(5):321-6.
114. Rastegar-Lari T, Al-Azemi R, Thalib L, Årtun J. ***Dental arch dimensions of adolescent Kuwaitis with untreated ideal occlusion: variation and validity of proposed expansion indexes***. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2012;142:635–644
115. Dena Sawchuk,^a Kris Currie,^a Manuel Lagravere Vich,^a Juan Martin Palomo,^b and Carlos Flores-Mir, ***Diagnostic methods for assessing maxillary skeletal and dental transverse deficiencies: A systematic review***, Korean J Orthod. 2016 Sep; 46(5): 331–342.
116. Regina Helena Lourenço Belluzzo, Kurt Faltin Junior, Cícero Ermínio Lascala, Lucas Bacci Renno Vianna, ***Maxillary constriction: Are there differences between anterior and posterior regions?*** Dental Press J Orthod. 2012 July-Aug;17(4):25e1-6
117. Jünger TH¹, Ruf S, Eisfeld J, Howaldt HP, ***Cephalometric assessment of sagittal jaw base relationship prior to orthognathic surgery: the role of anterior cranial base inclination***, Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 2000 Winter;15(4):290-8.
118. Ferrario VF¹, Sforza C, Miani A Jr, Tartaglia GM. ***The use of linear and angular measurements of maxillo-mandibular anteroposterior discrepancies***, Clin Orthod Res. 1999 Feb;2(1):34-41.

119. Barber S¹, Jawad Z¹, Hodge T¹, Bates C¹, ***Would the introduction of the Index of Orthognathic Functional Treatment Need (IOFTN) affect referrals and acceptance of people for orthognathic treatment?***, Br Dent J. 2017 Mar 10;222(5):368-372. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.222.

120. Proffit WR¹, Miguel JA. ***The duration and sequencing of surgical-orthodontic treatment***, Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 1995;10(1):35-42.

121. Luther F¹, Morris DO, Karnezi K, ***Orthodontic treatment following orthognathic surgery: how long does it take and why? A retrospective study***. J Oral Maxillofac Surg. 2007 Oct;65(10):1969-76.

122. Luther F¹, Morris DO, Hart C., ***Orthodontic preparation for orthognathic surgery: how long does it take and why? A retrospective study***. Br J Oral Maxillofac Surg. 2003 Dec;41(6):401-6.

123. H.B. Yu¹, L.X. Mao¹, X.D. Wang¹, B. Fang¹, S.G. Shen¹, ***The surgery-first approach in orthognathic surgery: a retrospective study of 50 cases***, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Volume 44, Issue 12, December 2015, Pages 1463-1467

124. Max Andrup¹ *, Jesper Elenius², Eusebio Ramirez³ and Mats Sjöström⁴, ***Indications and Frequency of Orthognathic Surgery in Sweden – A Questionnaire Survey***, Int J Oral Dent Health 2015, 1:4

125. Jan Rustemeyer, Ziyad Eke, and Andreas Bremerich, ***Perception of improvement after orthognathic surgery: the important variables affecting patient satisfaction***, Oral Maxillofac Surg. 2010 Sep; 14(3): 155–162.

126. Brandtner C1, Hachleitner J2, Rippel C2, Krenkel C2, Gaggl A2, ***Long-term skeletal and dental stability after orthognathic surgery of the maxillo-mandibular complex in Class II patients with transverse discrepancies***, J Craniomaxillofac Surg. 2015 Oct;43(8):1516-21. doi: 10.1016/j.jcms.2015.07.007. Epub 2015 Jul 26.

127. Mehrangiz Ghassemi, Alireza Ghassemi, Rahman Showkatbakhsh, Syed Sayeed Ahmad, Mohammad Shadab, Ali Modabber, Abdolreza Jamilian, ***Evaluation of soft and hard tissue changes after bimaxillary surgery in class III orthognathic surgery and aesthetic consideration***, National Journal of Maxillofacial Surgery, Vol 5 Issue 2, Jul-Dec 2014, pp 157-160.

128. Azadeh Hojreh,¹ Jutta Gamper,² Maria T. Schmook,¹ Michael Weber,¹ Daniela Prayer,¹ Christian J. Herold,¹ and Iris-Melanie Noebauer-Huhmann¹, ***Hand MRI and the Greulich-Pyle atlas in skeletal age estimation in adolescents***, Skeletal Radiol. 2018; 47(7): 963–971

Abstrakt

Qëllimi: Të evidentojmë rolin e ortodoncisë në vendosjen e diagnozës së saktë dhe suksesin e trajtimit ortodontiko-kirurgjikal në pacientët me anomali të nofullave.

Materiali dhe Metoda: Për realizimin e këtij punimi janë marrë në studim n=200 pacientë të moshës nga 12-39 vjeç të cilët kanë kërkuar trajtim ortodontik dhe kirurgjikal pranë klinikës sonë private "ISUFI DENTAL CLINIC" dhe pranë Shërbimit të Kirurgjisë OMF, QSUT, TIRANË, në periudhën kohore Shtator 2011- Prill 2018.

Ky është një studim i tipi Kohort prospektiv. Të gjitha të dhënat e mbledhura u hodhën në kompjuter në programin Microsoft-Excel, nga ku më pas u eksportuan në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 20.0, program në të cilin u realizua e gjithë analiza statistikore.

Rezultate: Në këtë studim morën pjesë 200 pacientë nga të cilët 119 femra (59,5%) dhe 81 (40,5%) meshkuj, të moshave nga 12-39 vjeç mesatarja 19,4±5.0 vjeç.

Shqetësimi primar rezultoi estetika (64,5%) dhe në veçanti estetika faciale (55%).

Faktorët etiologjikë të mundshëm ishin të fituar (49,5%) dhe kryesisht me natyrë të panjohur.

Anomali të dentoskeletike ishin më të shpeshta (76%), klasa e III-të skeletike ishte më e shpeshtë n=120 ose 60% e pacientëve, 45,5% e pacientëve kishin një profil normodivergjent, 48,5% e pacientëve paraqitën një kafshim normal në planin transversal. Asimeria faciale u vu re në n=39 pacientë ose 19,5% të pacientëve.

Kirurgjia ortognatike u krye në n=58 ose 29% të pacientëve, dhe në veçanti kirurgjia bimaksilare në n=28 ose 48,3% të pacientëve. Trajtimi ortodontiko-kirurgjikal u krye në n=40 (68,9%) të pacientëve që kryen kirurgji.

Konkluzione: Nga studimi ynë ka rezultuar se pacientët që kanë kërkuar kirurgji ortognatike kanë qenë kryesisht me klasë të III-të skeletike. Pacientëve që kryhen trajtimin e kombinuar ortodontiko-kirurgjikal rezultoj se estetika faciale, okluzioni dhe stabiliteti i rezultatit në kohë ishin më të mira se grupi i pacientëve që nuk kryen trajtimin e kombinuar.

Fjalë kyçe: ortodonci, kirurgji ortognatike, anomali dentoskeletike

Abstract

Aim: To highlight the role of orthodontics in establishing the correct diagnosis and success of orthodontic-surgical treatment in patients with jaw abnormalities.

Material and Method: For the purpose of this study, were studied n = 200 patients aged 12-39 years who seek orthodontic and surgical treatment at our private clinic "ISUFI DENTAL CLINIC" and OMF Surgery Service, QSUT, Tirana. in the period of time September 2011 - April 2018. This is a prospective Cohort study. All collected data were entered into a computer in Microsoft Excel, and then exported to SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0, in which all statistical analysis was performed.

Results: This study involved 200 patients, of whom 119 females (59.5%) and 81 (40.5%) males, aged 12-39 years, mean 19.4 + 5.0 years. The primary concern was aesthetics (64.5%) and in particular facial aesthetics (55%). Possible etiological factors were acquired (49.5%) and mostly of unknown nature.

Dentoskeletal abnormalities were more frequent (76%), skeletal Class III malocclusion was more frequent n = 120 or 60% of patients, 45.5% of patients had a normal divergent profile, 48.5% of patients presented a normal occlusion to the transversal plane. Facial asymmetry was observed in n = 39 patients or 19.5% of patients. Orthognathic surgery was performed in n = 58 or 29% of patients, and in particular bimaxillary surgery in n = 28 or 48.3% of patients. Orthodontic-surgical treatment was performed in n = 40 (68.9%) of patients undergoing surgery.

Conclusions: Our study showed that patients who required orthognathic surgery were mostly skeletal class III malocclusion. In patients undergoing combined orthodontic-surgical treatment was found that facial aesthetics, occlusion, and timely outcome were better than the group of patients not receiving combined treatment.

Keywords: orthodontics, orthognathic surgery, dentoskeletal anomaly