

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË DENTARE
DEPARTAMENTI I KIRURGISË ORO-MAKSILO-FACIALE

DISERTACION

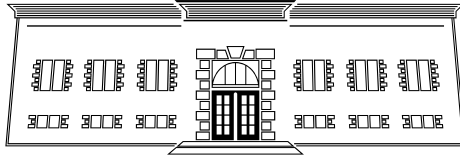
Për marrjen e gradës shkencore “DOKTOR”

TRAJTIMI KIRURGJIKALO-ORTODONTIK I DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR

Disertanti
NINETA SARAÇI

Udhëheqës Shkencor
Prof. Asc. MERITA BARDHOSHI

TIRANË, 2021



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË DENTARE
DEPARTAMENTI I KIRURGJISË ORO-MAKSILO-FACIALE

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. NINETA SARAÇI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

SPECIALITETI: KIRURGJI O.M.F.

**TEMA: TRAJTIMI KIRURGJIKALO-ORTODONTIK
I DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR**

MBROHET MË DATË ____ / ____ /2021 PARA JURISË

1. _____ KRYETAR
2. _____ ANËTAR (OPONENT)
3. _____ ANËTAR (OPONENT)
4. _____ ANËTAR
5. _____ ANËTAR

PËRMBAJTJE

MIRËNJOHJE.....	10
PARATHËNIE.....	11
1 KAPITULLI I.....	12
1.1 HISTORIKU I MENAXHIMIT TË DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR	12
1.2 HISTORIKU I TRAJTIMIT TË DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR NË VENDIN TONË.....	14
2 KAPITULLI II.....	15
2.1 ÇFARË KUPTOJMË ME DHËMB TË PËRMBAJTUR.....	15
2.2 ZHVILLIMI I SISTEMIT DENTAR	15
2.3 MOSHA DENTARE.....	17
2.4 KUR NJË DHËMB KONSIDEROHET I PËRMBAJTUR	20
2.5 ETIOLOGJIA E DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR.....	22
2.6 FAZAT E ERUPTIMIT TË DHËMBËVE PERMANENTË	24
2.6.1 <i>Incizivët maksilarë</i>	24
2.6.2 <i>Kaninët</i>	25
2.6.3 <i>Distanca interkanine</i>	26
2.6.4 <i>Ndërveprimi i kaninëve me lateralët</i>	27
2.7 METODAT IMAZHERIKE NË NDIHMË TË DIAGNOZËS TË DHËMBËVE TË IMPAKTUAR.....	30
2.7.1 <i>Radiografia panoramike</i>	30
2.7.2 <i>Tomografia e kompjuterizuar, CT</i>	31
2.8 VLERËSIMI KLINIK I DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR	34
2.9 PËRCAKTIMI I KOHËS SË NDËRHYRJES KIRURGJIKALE	36
2.9.1 <i>Motivimi i pacientit</i>	38
2.10 PARIMET E TRAJTIMIT	38
2.10.1 <i>Mjekimi ortodontik</i>	39
2.10.2 <i>Njësia e ankorimit</i>	40

2.10.3	<i>Atashmentet</i>	41
2.10.4	<i>Atashmentet e bonduara</i>	41
2.10.5	<i>Braketat ortodontike standarde</i>	42
2.11	TRAJTIMI KIRURGJIKAL	43
2.11.1	<i>Eliminimi kirurgjikal i patologjisë</i>	44
2.11.2	<i>Parimet e ekspozimit kirurgjikal të dhëmbëve të përmbajtur</i>	46
2.12	APLIKIMI LAZERIT NË TRAJTIMIN KIRURGJIKALO-ORTODONTIK TË DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR	51
2.13	EFEKTIVITETI I TRAJTIMIT	53
2.14	DHËMBËT E PËRMBAJTUR SIPAS POZICIONIMIT	54
2.14.1	<i>Dhëmbët e përmbajtur me akses palatinal</i>	54
2.14.2	<i>Dhëmbët e përmbajtur me akses bukal. Indikacione për ekspozimin me ripozicionimin apikal të lembos</i>	55
2.15	SIGURIMI I HAPËSIRËS SË MJAFTUESHME NË ARKADËN DENTARE	57
3	KAPITULLI III	60
3.1	QËLLIMI I STUDIMIT	60
3.2	MATERIALI DHE METODA	61
3.3	ANALIZA STATISTIKORE.....	62
3.4	REZULTATET E STUDIMIT	64
4	KAPITULLI IV.....	80
4.1	DISKUTIME.....	80
4.2	RASTET KLINIKE	86
4.3	PËRFUNDIME.....	133
4.4	REKOMANDIME.....	133
4.5	BIBLIOGRAFIA.....	134

LISTA E FIGURAVE

Figura 2-1	Pacient, moshë 12-vjeçare, me një zhvillim të rrënjëve që tregon moshën dentare.....	18
Figura 2-2	Pacient, moshë 10-vjeçare, me një zhvillim të rrënjëve që tregon moshën dentare 12... 18	
Figura 2-3	Asnjë apeks i mbyllur, moshë dentare 7.5 vjeç	19
Figura 2-4	Rrënjët e të gjithë molarëve të parë, centralët dhe lateralët mandibularë dhe maksilarë, me përjashtim të lateralit të djathtë maksilar të formuara.....	20
Figura 2-5	Premolarët me erupsim të parakohshëm	21
Figura 2-6	Premolari i parë mandibular në erupsim.(rast klinik).....	21
Figura 2-7	Agenezi lateralësh shoqëruar me kaninë të përmbajtur moshë 17 vjeçare (rast klinik) ..	23
Figura 2-8	Agenezi lateralësh shoqëruar me kaninë të përmbajtur 13 vjeç (rast klinik)	24
Figura 2-9	Pamje skeletale e moshës 4-vjeçare, vendosja e molarit të parë të përkohshëm, folikuli i premolarit të parë permanent dhe i kaninit formojnë një shkallë ngjyeshme drejt këndit të hapjes nazale.....	25
Figura 2-10	Distanca interkanine në lidhje me hapësirat e vrimave të hundës.....	25
Figura 2-11	Pozicionimi i folikujve të kaninëve	26
Figura 2-12	Denticion, moshë 6-vjeçare	27
Figura 2-13	Denticion, moshë 8-9-vjeçare	27
Figura 2-14	Qendra e rezistencës së lateralit gjatë ndërveprimit me kaninin.	28
Figura 2-15	Përmasa e kavitetit nazal drejton lidhjen midis lateralëve dhe kaninëve.	28
Figura 2-16	Distanca interkanine e pamjaftueshme, linja e erupsimit është akoma normale në këtë fazë, por me zbritjen e mëtejshme do të kemi një orientim mezial, duke shkaktuar keqpozicionim të centralëve.	29
Figura 2-17	Pamje në panorameks e një 13-e të përmbajtur (rast klinik).....	32
Figura 2-18	Pamje 3D (rast klinik).....	33
Figura 2-19	Pamje 3D (rast klinik).....	33
Figura 2-20	Pamje 3D (rast klinik).....	34
Figura 2-21	Mungesa e centralit të djathtë maksilar, ndërkohë që i majti është pozicionuar në hark (rast klinik).	35
Figura 2-22	Pamja në panorameks, ku shihet se një supranumeratum pengon erupsimin (rast klinik).	35
Figura 2-23	Centrali i djathtë i paeruptuar me humbje hapësire (foto literature).	36
Figura 2-24	Mesiodens i zbuluar te një 4-vjeçar, ndërkohë që centralët nuk janë gati për erupsim. (foto literature)	37
Figura 2-25	Centralët e përmbajtur. (foto literature)	38
Figura 2-26	Zhytja e braketës në inde gingivare	42
Figura 2-27	Buton për ankorim	43
Figura 2-28	Persistencë e dhëmbëve të përkohshëm dhe kaninë të përmbajtur (rast klinik).....	44
Figura 2-29	Pozicionimi i kaninëve në hark pas heqjes së dhëmbëve të përkohshëm (rast klinik).	45
Figura 2-30	Ripozicionim lemboje (foto literature)	47
Figura 2-31	Diferenca e gingivës në kaninin që ka eruptuar normalisht me atë që ka qenë i përmbajtur (rast klinik).	48
Figura 2-32	Aplikimi i lazerit (rast klinik)	52
Figura 3-1	Shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me gjininë	64

Figura 3-2	Shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me grup-moshën	65
Figura 3-3	Tregon grafikun e shpërndarjes sipas faktorit etiologjik.....	66
Figura 3-4	Tregon shpërndarjen e pacientëve sipas pozicionimit në nofull.	67
Figura 3-5	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas orientimit në nofull	68
Figura 3-6	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e dhëmbit.	69
Figura 3-7	Grafiku i ndarjes sipas orientimit të kaninit maksilar	70
Figura 3-8	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e ekzaminimit radiologjik.....	71
Figura 3-9	Tregon shpërndarjen e pacientëve në lidhje me aksesin kirurgjikal	72
Figura 3-10	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e teknikës kirurgjikale.	73
Figura 3-11	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas kohës së zbritjes.....	74
Figura 3-12	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me rreshtimin në hark.	75
Figura 3-13	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas marrjes së medikamenteve postop.	76
Figura 3-14	Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe llojit të teknikës kirurgjikale.	77
Figura 3-15	Korrelacioni ndërmjet moshës dhe kohës së zbritjes.	78
Figura 3-16	Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe kohës së zbritjes.	79
Figura 4-1	Ekzaminimi panoramik.....	86
Figura 4-2	Analizë e modeleve	87
Figura 4-3	Ndërhyrja kirurgjikale	88
Figura 4-4	Aparati REP.....	88
Figura 4-5	Situata 4 muaj pas ndërhyrjes	89
Figura 4-6	Situata 6 muaj pas ndërhyrjes	89
Figura 4-7	Situata 9 muaj pas ndërhyrjes	89
Figura 4-8	Ekzaminimi klinik	90
Figura 4-9	Pamje në okluzion qendror	90
Figura 4-10	Ekzaminimi radiografi panoramike	91
Figura 4-11	Ekstraksioni i dhëmbëve të përkohshëm.....	92
Figura 4-12	Vendosja e aparatit fiks	92
Figura 4-13	Eruptimi i kaninëve maksilar	92
Figura 4-14	Vendosja e aparatit fiks në nofullën e poshtme	93
Figura 4-15	Fazë ndërmjetëse trajtimi.....	94
Figura 4-16	Krijimi i vendit për kaninët në mandibul.....	94
Figura 4-17	Ndërhyrja kirurgjikale, ekscizion i mukozës, për zbulimin e faqes vestibulare të dhëmbit	94
Figura 4-18	Ekscizion i një pjese kockore dhe zbulim i faqes vestibulare të dhëmbit	95
Figura 4-19	Vendosja e pastës me ZnO për hemostazë.....	95
Figura 4-20	Ngjitja e braketës tek dhëmbi	95
Figura 4-21	Rreshtimi i kaninëve në hark 8 muaj mbas ekspozimit të kaninit.....	96
Figura 4-22	Pamje në përfundim të trajtimit	96
Figura 4-23	Zëvendësimi i përkohshëm i lateraleve	97
Figura 4-24	Heqja e aparatit, nofulla e sipërme	97
Figura 4-25	Heqja e aparatit, nofulla e poshtme	98

Figura 4-26	Pamje në okluzion qendror	98
Figura 4-27	Ekzaminim klinik okluzion qendror	99
Figura 4-28	Pamje intraorale e harkadave	99
Figura 4-29	Ekzaminimi panoramik.....	100
Figura 4-30	Pamje 3D	100
Figura 4-31	Pamje 3D të ndryshme për të parë raportet e dhëmbit me strukturat fqinje.....	101
Figura 4-32	Ndërhyrja kirurgjikale	102
Figura 4-33	Foto gjatë trajtimit dhe mbas zbritjes në hark.....	103
Figura 4-34	Pamje në përfundim të trajtimit	103
Figura 4-35	Pamje 3D	104
Figura 4-36	Pozicionimi palatinal i kaninit	104
Figura 4-37	Imazhi 3D tregon raportet e dhëmbit me strukturat fqinjë.....	105
Figura 4-38	Krijimi i lembos në formë zarfi	105
Figura 4-39	Preparimi i lembos.....	106
Figura 4-40	Acidifikimi dhe preparimi për bondim	106
Figura 4-41	Bondimi i butonit.....	107
Figura 4-42	Suturimi i lembos.....	107
Figura 4-43	Pamje 2 muaj pas ndërhyrjes	108
Figura 4-44	Dhëmbi i eruptuar.....	108
Figura 4-45	Pamje intraorale.....	109
Figura 4-46	Pamje në okluzion qendror	109
Figura 4-47	Pamje 3D, raporte me struktura fqinjë dhe n.mandibular	110
Figura 4-48	Pamje 3D në projeksione të ndryshme	110
Figura 4-49	Pamje 3D e n.mandibular dhe daljes të tij në foramen	111
Figura 4-50	Pamje me aparat në gojë dhe dhëmbin e ankoruar.....	111
Figura 4-51	Pamje 5 muaj mbas ndërhyrjes	112
Figura 4-52	Pamje 8 muaj pas ndërhyrjes	112
Figura 4-53	Pamje 9 muaj pas ndërhyrjes	113
Figura 4-54	Pamje në fund të trajtimit	113
Figura 4-55	Pamje klinike dhe analizë modelesh.....	114
Figura 4-56	Ekzaminimi panoramik.....	114
Figura 4-57	Ndërhyrja kirurgjikale	115
Figura 4-58	Suturimi i plagës.....	115
Figura 4-59	Pamje 6 muaj pas ndërhyrjes	115
Figura 4-60	Pamje 12 muaj pas ndërhyrjes	116
Figura 4-61	Në përfundim të trajtimit	116
Figura 4-62	Pamje intraorale.....	117
Figura 4-63	Pamje panorameksi.....	117
Figura 4-64	Pamje nga ndërhyrja kirurgjikale.....	118
Figura 4-65	Pamje 3 muaj mbas ndërhyrjes	118
Figura 4-66	Pamje pas 7 muajsh	118
Figura 4-67	Pamje pas 11 muajsh	119
Figura 4-68	Në përfundim të trajtimit	119
Figura 4-69	Pamje në radiografi apikale dhe panoramike.....	120
Figura 4-70	Pamje para ndërhyrjes dhe pas saj	120

Figura 4-71	Ankorimi i dhëmbit me aparatën fiks	121
Figura 4-72	Pamje para dhe në fund të trajtimit	121
Figura 4-73	Ekzaminime imazherike	122
Figura 4-74	Faza të ndryshme të trajtimit	123
Figura 4-75	Pamje në fillim dhe gjatë trajtimit	123
Figura 4-76	Pamje panorameksi	124
Figura 4-77	Ekspozimi me lazer dhe ngjitja e butonit	124
Figura 4-78	Ankorimi dhe fillimi i tërheqjes	125
Figura 4-79	Pamje panorameksi	126
Figura 4-80	Pamje klinike	127
Figura 4-81	Pamje me aparat ortodontik	127
Figura 4-82	Ekspozimi me lazer	128
Figura 4-83	Lirimi nga tërheqja e butonit dhe ankorimi me braketë	128
Figura 4-84	Analiza e modeleve	129
Figura 4-85	Pamje panorameksi	129
Figura 4-86	Pamje gjatë ndërhyrjes kirurgjikale dhe ankorimit të dhëmbit	130
Figura 4-87	Lidhja e braketës	130
Figura 4-88	Suturimi i plagës	131
Figura 4-89	Pas 13 muajsh dhëmbi u pozicionua në hark	131
Figura 4-90	Pamje vestibulare në përfundim të trajtimit	132
Figura 4-91	Pamje orale në përfundim të trajtimit	132

LISTA E TABELAVE

Tabela 2-1	Kohët e zhvillimit, të erupsionit dhe kalçifikimit të rrënjës së dhëmbëve maksilarë dhe mandibularë	16
Tabela 2-2	Klasifikimi i sistemeve të lazerit	51
Tabela 3-1	Shpërndarja e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me gjininë.	64
Tabela 3-2	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me grup-moshën.	65
Tabela 3-3	Shpërndarja e pacientëve sipas faktorit etiologjik	66
Tabela 3-4	Tregon shpërndarjen e pacientëve sipas pozicionimit të dhëmbit të përmbajtur në nofull.	67
Tabela 3-5	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas orientimit në nofull.	68
Tabela 3-6	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e dhëmbit.	69
Tabela 3-7	Tregon ndarjen sipas orientimit për kaninët maksilare	70
Tabela 3-8	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e ekzaminimit radiologjik.....	71
Tabela 3-9	Tregon shpërndarjen e pacientëve në lidhje me aksesin kirurgjikal	72
Tabela 3-10	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e teknikës kirurgjikale.	73
Tabela 3-11	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas kohës së zbritjes.	74
Tabela 3-12	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me rreshtimin në hark.	75
Tabela 3-13	Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas marrjes së medikamenteve postop.	76
Tabela 3-14	Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe llojit të teknikës kirurgjikale.	77
Tabela 3-15	Tregon korrelacionin ndërmjet moshës dhe kohës së zbritjes.	78
Tabela 3-16	Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe kohës së zbritjes.	79

MIRËNJOHJE

Kur nisa të studioja për Stomatologji, e pranoj nuk ishte zgjedhja ime. Më shumë drejtim i prindërve të mi, duke parë interesin dhe përgatitjen time drejt biologjisë dhe kimisë. Çdo ditë që kaloja në Fakultetin e Mjekësisë (në ato vite) më zgjonte gjithmonë e më shumë interesin në këtë fushë. Ishte kjo dëshirë për “diçka më shumë”, që më shtyu në zgjedhjen time, tashmë vetjake për të vazhduar specializimin pasuniversitar për kirurgji Oro-Max-Fac. Vitet e specializimit ishin mjaft të vyera për mua, vite ku u plotësova me dije teorike dhe praktike.

Falenderoj në mënyrë të veçantë Prof. Dr. Ramazan Isufin, për përkushtimin e tij si gjatë viteve të shkollës dhe gjatë periudhës të specializimit. Prof. Dr. Isufi, duke më dhënë mundësinë për mësimdhënie u bë edhe faktor thelbësor, nxitës për nisjen e këtij disertacioni. Gjithmonë ka qenë i gatshëm për konsultim dhe këshillim për punime të ndryshme si dhe gjatë këtij punimi.

Falenderoj udhëheqësen time shkencore, Prof. Asc. Merita Bardhoshi, për gatishmërinë dhe ndihmesën e madhe, energjinë pozitive me të cilën më shoqëronte në çdo takim dhe konsultim tonin, impenjimin maksimal të saj.

Falenderoj Dekanen e Fakultetit të Mjekësisë Dentare, Prof. Edit Xhajanka për impenjimin e saj në finalizimin e këtij angazhimi.

Një falenderim shkon dhe për kolegë ortodontë në bashkëpunimin në këtë disertacion, Klinikën Stomatologjike Universitare .

Falenderoj Universitetin Aldent me mbështetjen multidimensional që më ka dhënë gjatë këtij punimi.

Falenderoj familjen time, prindërit e mi që gjithmonë besuan te unë dhe gjithmonë kanë qenë nxitësit kryesor për të ecur përpara, gjithmonë të bindur se unë duhet t’ia dilja.

Në fund, por më kryesoret, falenderoj vajzat e mia Nidia dhe Erla! Prezenca e tyre më nxit për të arritur më shumë, duke i dhënë më shumë vlerë gjithçkaje. Shpresa për të qenë një shembull pozitiv për to, më shoqëron gjithmonë. Falenderimi për to, është dhe një formë ndjese për kohën që ju kam privuar duke e harxhuar me punë dhe studime.

PARATHËNIE

Dhëmbët e përmbajtur janë bërë fushë studimi dhe veprimi e shumë specialiteteve të Stomatologjisë. Me trajtimin e tyre janë marrë pedodontët, ortodontët, kirurgët oralë, parodontët si dhe protezistët. Mënyrat e trajtimit në vite kanë ndryshuar në vartësi të specialistit që merrej me studimin dhe vihej në kontakt me rastet konkrete. Gjithsesi, rezultatet e arritura nga këta specialistë në mënyrë individuale kanë qenë të kufizuara në sukses. Asnjë nga këto specialitete nuk mund të arrijnë të vetme rezultate të mira, përveç se në një numër të kufizuar pacientësh dhe rastesh.

Diskutimi bëhet për dhëmbët e përmbajtur me vlera në estetikë, okluzion dhe sistemin dentar. Përqindje të konsiderueshme në incidencën e dhëmbëve të impaktuar e zënë dhëmballët e pjekurisë, sidomos ato mandibular. Për këto raste trajtimi është ekstraksion kirurgjikal, sipas indikacionit dhe i aplikuar nga kirurgu oral apo ai maksilo-facial, sipas rastit. Këto raste do të përjashtohen nga ky studim.

Mënyrat e trajtimit të dhëmbëve të përmbajtur mund të jenë ekstraksioni kirurgjikal, transplantimi, zëvendësimi protetik, ekspozimi kirurgjikal dhe pritja e eruptimit spontan apo ekspozimi kirurgjikal, i shoqëruar me trajtim ortodontik. Koha ka treguar se trajtimi kirurgjikal-ortodontik ka potencialin për rezultate më të mira. Pavarësisht studimeve të shumta në këtë fushë, gjithmonë mbetet vend për debat, për sa u përket indikacioneve për këtë trajtim, kohës së ndërhyrjes të specialiteteve dhe teknikës së ndjekur.

1 KAPITULLI I

1.1 HISTORIKU I MENAXHIMIT TË DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR

Në të kaluarën, vendimi për mënyrën se si duhej të trajtohej një dhëmb i përmbajtur, zakonisht merrej nga kirurgu oral dhe, përgjithësisht, alternativat dhe mundësitë e trajtimit vlerësoheshin dhe vendoseshin nga ai. Kjo situatë ka ndryshuar në dekadat e fundit. Para viteve 1950, pak ortodontë ishin të përgatitur për t'u marrë me zgjidhjen e problemeve të dhëmbëve të përmbajtur. Prandaj, vetë ortodontët i rekomandonin këta pacientë te kirurgu oral, i cili do të vendoste nëse dhëmbi i përmbajtur mund të sillej në harkun dhëmbor.

Kirurgu vlerësonte rastin dhe, kur e mendonte të favorshme, ndërhynte për të krijuar një mjedis optimal, duke larguar pengesat që mund të ekzistonin dhe më pas pritej që dhëmbi të eruptonte. Rastet e tjera trajtoheshin me transplantim apo ripozicionim. Rastet që nuk mendoheshin të favorshme për këto trajtime, i nënshtroheshin ekstraksionit kirurgjikal. Në këtë mënyrë, shumica e dhëmbëve të përmbajtur përfundonin në trajtim me ekstraksion.

Më e mira që një kirurg mund të bëjë, është të sigurojë një mjedis optimal për eruptimin normal e të papenguar dhe më pas të ndjekë rezultatin. Në të kaluarën, ata dhëmbë që konsideroheshin me vlerë për t'u mbajtur, ekspozoheshin gjerësisht dhe mbuloheshin me një lloj paste periodontale, për të mbrojtur plagën gjatë fazës së shërimit dhe për të parandaluar riepitelizimin e indeve përreth dhëmbit, që do të çonte në rimbullimin e dhëmbit. Kirurgu ndërmerre disa hapa të tjerë, në varësi të njohurive dhe eksperiencës së tij, me qëllimin që të siguronte atë “diçka shtesë”, e cila do të përmirësonte shanset për eruptimin spontan akoma më tej. Këto masa shpesh ishin shumë empirike. Mund të përdorej një ose më shumë nga to:

- pastrimin e plotë të sakusit folikular poshtë zonës së lidhjes smalt-cement (CEJ);
- pastrimin e kockës rreth dhëmbit, poshtë zonës së CEJ, për të liruar tërë kurorën;
- ‘lirimin’ e dhëmbit, duke e subluksuar atë me një elevator;
- lirimin e kockës në drejtimin e dëshiruar, për të mundësuar lëvizjen e dhëmbit;
- paketimin e garzës ose të gutës së nxehtë në zonën e CEJ, nën presion, në mënyrë që të ushtrohet forca për të devijuar rrugën e eruptimit të dhëmbit në një drejtim të përcaktuar.

Në ato vite, pak pacientë iu referuan ortodontit derisa të arrihej eruptimi i plotë, dhe dhëmbi atëherë duhej vetëm të zhvendosej horizontalisht në përputhje me fqinjët e tij.

Deri në atë pikë, problemi konsiderohej të ishte brenda sferës së kirurgut oral. Në shumë raste, ‘suksesi’ në arritjen e eruptimit të dhëmbit ishte me shumë kosto dhe shpesh i nënshtrohej dështimit të një lloji tjetër, përkatësisht gjendjes periodontale të dhëmbit të sapoeruptuar dhe potencialit të tij të mbijetesës. Ky ishte rezultati i pashmangshëm i teknikave kirurgjikale agresive dhe mbizotëruese që ishin përdorur, të cilat zakonisht e linin dhëmbin me një kurorë klinike të zgjatur, mungesë të gingivës fikse dhe një kocke alveolare deficitare përreth dhëmbit.

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 vitin 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 ekstra orale dhe ndër pionerët e trajtimeve ortodontike te 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. Ndërsa në Evropë iu kushtua më shumë rëndësi zhvillimit të aparateve të lëvizshme dhe funksionale. Kështu mund të përmendim Pierre Robin, që prezantoi aparatit monoblok (1902), Viggo Anderson si krijuesin e aktivatorit (1910), Rolf Frankel (1969) aparatet funksionale. Lawrance F Andrews prezantoi në vitin 1972 aparatit fiks “Straight Wire”, ku informacioni për lëvizjet tredimensionale 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:

- modifikimit të rritjes;
- kamuflimit ortodontik;
- 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.

1.2 HISTORIKU I TRAJTIMIT TË DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR NË VENDIN TONË

Edhe në vendin tonë trajtimi i dhëmbëve të përmbajtur ka qenë në kompetencën e kirurgut OMF. Në literaturat e hershme përshkruhet gjerësisht ekstraksioni kirurgjikal i këtyre dhëmbëve, në varësi të pozicionit të tyre. Gjithashtu përmendeshin edhe disa metoda konservative për trajtimin e këtyre rasteve.

Ripozicionimi - kur dhëmbi i përmbajtur ishte kanini dhe nëpërmjet një ndërhyrjeje kirurgjikale sillej në harkun dentar.

Ndërhyrja kirurgjikale, e shoqëruar me trajtimin ortodontik, përmendej shkarazi dhe pa dhënë shumë detaje.

Gjithsesi, pavarësisht mangësive, kjo literaturë e hershme, duke pasur parasysh kohën dhe mundësitë e kufizuara për zgjerim njohurish, nëpërmjet literaturës së huaj hodhi themelet për bazat e kirurgjisë ortognatike.

Literatura e viteve të fundit e ka trajtuar më shumë konceptin konservativ, për sa i përket trajtimit të dhëmbëve të përmbajtur, duke hapur rrugë të reja në këtë drejtim.

Është tashmë fakt që prej vitesh po punohet për trajtimin kirurgjikalo-ortodontik të dhëmbëve të përmbajtur, si nga ana praktike, edhe nga ajo teorike. Ndihmesë ka dhënë aplikimi i ortodoncisë fikse prej vitit 2000 në vendin tonë. Një numër i madh disertacionesh që lidhen me këtë temë e vërtetojnë këtë fakt [96].

2 KAPITULLI II

2.1 ÇFARË KUPTOJMË ME DHËMB TË PËRMBAJTUR

Përkufizimi i një dhëmbi të përmbajtur: Dhëmb i përmbajtur është ai që e ka përfunduar zhvillimin dhe nuk mundet dhe nuk do të dalë në pozicionin e tij normal, për shkakë të ndryshme, prandaj ka nevojë për observim ose trajtim [1], [2].

2.2 ZHVILLIMI I SISTEMIT DENTAR

Në studimin e problematikës së dhëmbëve të përmbajtur, duhet në radhë të parë të kemi njohuri të mira për zhvillimin e denticionit, si atij permanent, edhe atij të përkohshëm. Këto njohuri japin një ndihmesë të madhe për sa i përket diagnozës dhe etiologjisë së kësaj patologjie.

Dhëmbët janë fillesa e aparatit tretës. Të vendosur në procesin alveolar në vende specifike, kanë dhe funksione specifike. Në javën e gjashtë të jetës intrauterine do të kemi fillimin e formimit të tyre në nofulla.

Sipas autorëve Schour dhe Massler historia e formimit të dhëmbëve kalon në 4 stade:

1. Formimi
2. Kalcifikimi
3. Eruptimi
4. Zhvillimi

Dy fazat e para ndodhin që gjatë jetës prenatale, ndërsa 2 stadet e tjera gjatë jetës postnatale.

Interesimi ynë për sa i përket zhvillimit të dhëmbëve, ka lidhje me eruptimin e tij. Për të kuptuar çfarë është një dhëmb i përmbajtur, nëse dhe kur duhet të ndërhyjmë, duhet të kemi të qartë zhvillimin e sistemit dentar në kohë [3].

Në Tabelën 2-1 paraqiten kohët e zhvillimit, erupsionit dhe përfundimit të kalcifikimit të rrënjës për dhëmbët permanentë.

Tabela 2-1 Kohët e zhvillimit, të erupsionit dhe kalcifikimit të rrënjës së dhëmbëve maksilarë dhe mandibularë

		Fillimi i formimit të dhëmbit	Përfundimi i formimit të dhëmbit	Dalja e dhëmbit	Përfundimi i formimit të rrënjës
MAKSILA	Incizivi central	Muaji 3-4 i jetës	Viti 4-5	Viti 7-8	Viti 10
	Incizivi lateral	Muaji 10-12 i jetës	Viti 4-5	Viti 8-9	Viti 11
	Kanini	“ 4-5	Viti 6-7	Viti 11-12	Viti 13-15
	Premolari I	Viti 1.5-1.75	Viti 5-6	Viti 10-11	Viti 12-13
	Premolari II	Viti 2-2.25	Viti 6-7	Viti 10-12	Viti 12-14
	Molari I	Rreth lindjes	Viti 2.5-3	Viti 6-7	Viti 9-10
	Molari II	Viti 2.5-3	Viti 7-8	Viti 12-13	Viti 14-16
	Molari III	Viti 7-9	Viti 12-16	Viti 17-21	Viti 18-25
MANDIBULA	Incizivi central	Muaji 3-4 i jetës	Viti 4-5	Viti 6-7	Viti 9
	Incizivi lateral	Muaji 3-4 i jetës	Viti 4-5	Viti 7-8	Viti 10
	Kanini	“ 4-5	Viti 6-7	Viti 9-10	Viti 12-14
	Premolari I	Viti 1.75-2	Viti 5-6	Viti 10-12	Viti 12-13
	Premolari II	Viti 2.25-2.5	Viti 6-7	Viti 11-12	Viti 13-14
	Molari I	Rreth lindjes	Viti 2.5-3	Viti 6-7	Viti 9-10
	Molari II	Viti 2.5-3	Viti 7-8	Viti 11-13	Viti 14-15
	Molari III	Viti 8-10	Viti 12-16	Viti 17-21	Viti 18-25

Dhëmbi, pasi ka formuar $\frac{3}{4}$ e rrënjës së tij, duhet të eruptojë në kavitetin oral. Një dhëmb i përhershëm me dalje të vonuar, është një dhëmb që nuk ka eruptuar në kavitetin oral dhe me rrënjë të zhvilluar në gjatësi, dalja spontane e të cilit mund të ndodhë në kohë. Një dhëmb që nuk pritet të dalë në këto kushte, quhet i përmbajtur (impaktuar, retinuar) [3,4]. Për të vlerësuar kohën kur një dhëmb duhej të kishte eruptuar, nuk mjafton mosha e pacientit sipas certifikatës së lindjes. Mjeku nuk duhet të ngatërrojë

moshën kronologjike me atë dentare. Për këtë është e nevojshme përcaktimi i moshës dentare.

2.3 MOSHA DENTARE

Mosha dentare mund të përputhet ose jo me moshën aktuale të pacientit. Rritja dhe zhvillimi i një pacienti mund të jetë më e avancuar ose më e vonuar sesa mesatarja. Ka disa nivele vlerësimi të zhvillimit dhe rritjes, si: mosha skeletale (nga vlerësimi i radiografive të dorës, indeksi karpal), mosha seksuale, mosha mentale (vlerësimi IQ), si dhe sjellja që lidhet me konceptin mbi vetveten. Mosha dentare është një e dhënë e rëndësishme që na tregon kohën e duhur për trajtimet dentare të nevojshme [100]. Kjo bëhet me analizimin e rrënjëve në radiografi. Nga koha e eruptimit të dhëmbit në kavitetin oral, duhen rreth tre vjet që të përfundojë formimi dhe mbyllja e rrënjës. Për pacientë nën 9 vjeç, vlerësimi bëhet nga stadi i formimit të rrënjëve, pasi në këtë moshë asnjë dhëmb permanent nuk mund të ketë bërë mbyllje të apeksit.

Eruptimit i çdo grupi dhëmbësh pritet në një kohë të caktuar. Por kjo mund të ndikohet nga faktorë lokalë, që mund të shkaktojnë eruptim të parakohshëm apo të vonuar. Për këtë arsye, koha e eruptimit nuk na indikon me saktësi moshën dentare. Ndërkohë që vihet re se zhvillimi i rrënjës së dhëmbit nuk ndikohet nga eruptimi apo nga prania ose jo e dhëmbit të përkohshëm. Pra, zhvillimi i rrënjës së dhëmbëve mendohet të jetë një e dhënë më e saktë për përcaktimin e moshës dentare.



Figura 2-1 Pacient, moshë 12-vjeçare, me një zhvillim të rrënjëve që tregon moshën dentare

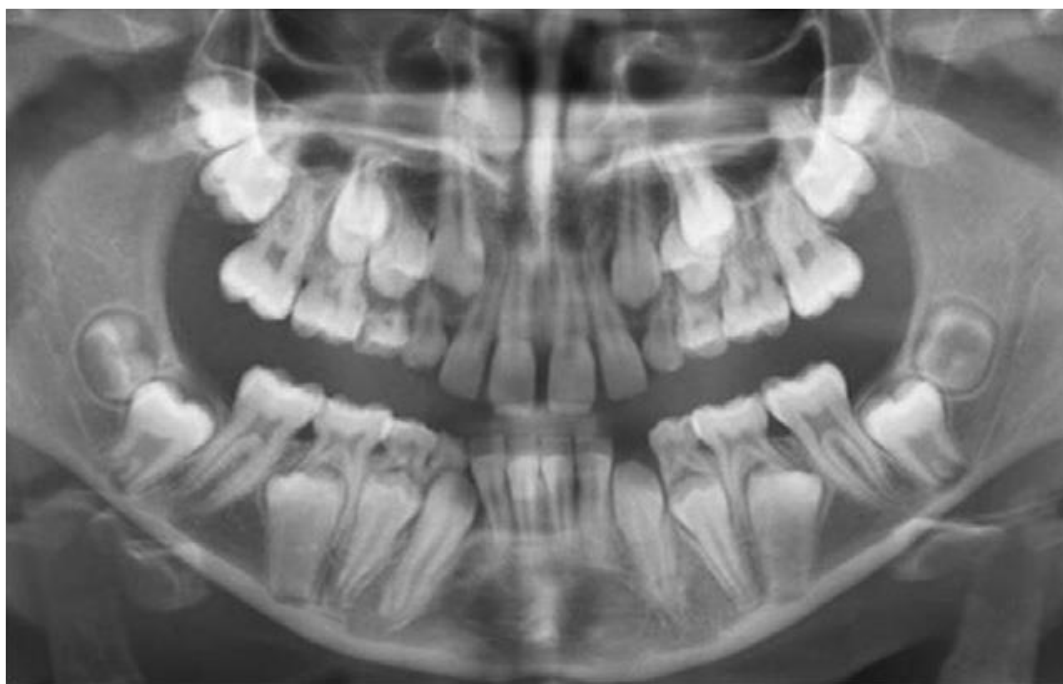


Figura 2-2 Pacient, moshë 10-vjeçare, me një zhvillim të rrënjëve që tregon moshën dentare 12.

Pacienti tek figura 2-1, pavarësisht se ka moshën, nuk indikohet ekstraksioni i dhëmbëve të qumështit. Duke parë zhvillimin e rrënjëve të dhëmbëve permanentë, ky

veprim do të konsiderohej i parakohshëm dhe me pasoja. Ndërsa tek figura 2.2, shohim që rrënjët e dhëmbëve permanentë dhe të paeruptuar janë zhvilluar në më shumë se $\frac{3}{4}$. Në këtë rast ekstraksionet e dhëmbëve të përcohshëm janë të indikuara.

Mosha dentare nuk duhet të nxirret duke iu referuar një dhëmbi të vetëm. Duhet vlerësuar të gjitha grupet e dhëmbëve në një radiografi panoramike. Gjithmonë duhet të përfshijmë në vlerësim lateralët maksilarë, premolarët e dytë mandibularë dhe molarët e tretë. Koha e zhvillimit të këtyre dhëmbëve nuk është gjithmonë në koherencë me dhëmbët e tjerë [5]. Këta janë dhëmbët më të shpeshtë që mund të kenë mungesë kongenitale. Variacionet në kohën e zhvillimit të këtyre dhëmbëve janë vetëm vonesa dhe nuk gjenden në fazë zhvillimi më të avancuar sesa dhëmbët e tjerë. Nëse mosha dentare e këtyre grup dhëmbëve është e avancuar, ashtu është dhe mosha dentare e gjithë dhëmbëve të tjerë. Zhvillimi i dhëmbëve është i vonuar në rastet kur ka agenezi, krahasuar me individë të së njëjtës moshë dhe gjini [6].

Zhvillimi i rrënjës së dhëmbëve permanentë kompletohet afërsisht 2,5-3 vjet pas eruptimit [7]. Duke u bazuar në këtë, para moshës 9-vjeçare nuk kemi asnjë dhëmb permanent me rrënjë të formuar plotësisht. Në këtë rast analiza për moshën dentare do të bazohet nga zhvillimi i folikujve (fig. 2.3).



Figura 2-3 Asnjë apeks i mbyllur, mosha dentare 7.5 vjeç

Kur pacienti është 9 vjeç, incizivët mandibularë (që kanë dalë në moshën 6-vjeçare), do të jenë dhëmbët e parë që do të mbyllin apeksin, të ndjekur nga të katër molarët e

parë. Në moshën 9,5-vjeçare do të përfundojnë lateralët mandibularë, ndërkohë që në 10, centralët maksilarë dhe 11, lateralët maksilarë. Pra duke u nisur nga pamja në radiografi, mund të përcaktojmë moshën dentare, duke vëzhguar me kujdes dhëmbët dhe duke marrë si pikë referimi moshën 9-vjeçare.

Nëse rrënjët e centralëve mandibularë janë të zhvilluara, mendojmë se pacienti është të paktën 9 vjeç (mosha dentare) dhe kontrollojmë apekset e molarëve të parë (9-9.5 vjec), lateralët mandibularë (9.5), centralët maksilarë (10), kur janë në zhvillim normal lateralët maksilarë (11), kaninët dhe premolarët e parë mandibularë (12,13), premolarët e parë maksilarë (13-14), premolarët e dytë dhe kaninët maksilarë (14-15) dhe molarët e dytë (15).

Me këtë metodë mund të përcaktojmë moshën dentare, duke u nisur nga dhëmbi i fundit me rrënjë të formuar (Fig 2.4).



Figura 2-4 Rrënjët e të gjithë molarëve të parë, centralët dhe lateralët mandibularë dhe maksilarë, me përjashtim të lateralit të djathtë maksilar të formuara.

2.4 KUR NJË DHËMB KONSIDEROHET I PËRMBAJTUR

Terminologjia për këta dhëmbë varion, përmbajtje, retinim apo impaktim. Termi impaktim vjen nga latinishtja “impactus”, që nënkupton një organ apo një strukturë, i cili si rezultat i disa kushteve anormale është penguar të zërë pozicionin normal.

Një dhëmb, në kushte normale, do të eruptojë kur të ketë zhvilluar rrënjën me $\frac{3}{4}$ e gjatësisë përfundimtare. Centralët mandibularë dhe molarët e parë kanë më pak zhvillim rrënje, ndërsa kaninët mandibularë dhe molarët e dytë kanë më shumë gjatësi rrënje kur eruptojnë. Kjo duhet marrë si bazë për vlerësimin e eruptimit të dhëmbëve. Nëse një dhëmb ka më pak rrënjë të zhvilluar, konsiderohet si dalje e parakohshme (Fig 2.5). Kjo ndodh zakonisht nga humbja e parakohshme e dhëmbit të qumështit, si rezultat i ekstraksionit të detyruar, si pasojë e kariesit të thellë dhe infeksioneve të pakurueshme periapikale.



Figura 2-5 Premolarët me eruptim të parakohshëm



Figura 2-6 Premolari i parë mandibular në eruptim.(rast klinik)

Siç shihet dhe në Figurën 2-6 premolari i parë është duke eruptuar pavarësisht se rrënja e tij nuk është zhvilluar në masën e duhur, si rezultat i humbjes së parakohshme të dhëmbit të përkohshëm.

Nga ana tjetër, dhëmbi i paeruptuar që ka rrënjë plotësisht të zhvilluar dhe nuk ka dalë në hark, quhet i përmbajtur, impaktuar. Eruptimi normal i këtij dhëmbi mendohet të jetë penguar ose ndërprerë nga një ose disa faktorë etiologjikë.

2.5 ETIOLOGJIA E DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR

Eruptimi i dhëmbëve është një proces i mirëkoordinuar, i ndikuar nga sinjale ndërvepruese midis folikulit të dhëmbit dhe osteoblasteve dhe osteoklasteve [8]. Shkaktarët e dhëmbëve të impaktuar janë sistemikë dhe lokalë [1][9]. Nuk ka vetëm një faktor etiologjik që shpjegon impaktimin e dhëmbëve apo pozicionimin oral, apo vestibular të tyre [10]. Impaktimi mund të jetë rezultat i një faktori lokal apo sistemik ose kombinim i tyre.

Sëmundje endokrine (hypotiroidizmi dhe hipopituitarizmi), sindromi Down, kleidocranial dysplasia, rrezatimi dhe faktorë të tjerë sistemikë mund të çojnë në impaktim të dhëmbëve permanentë [11], [12]. Në të gjitha rastet me etiologji të përgjithshme, disa dhëmbë janë të përfshirë, ndërkohë që faktorët etiologjikë lokalë përfshijnë në shumicën e rasteve një dhëmb. Faktorët etiologjikë lokalë mund të ndikojnë te pozicionimi jo korrekt i folikulit, ose kur mund të pengojnë zhvillimin dhe rrugën për eruptim.

Këta faktorë mund të jenë;

1. Përmasat e dhëmbit, gjatësia e harkut, diskrepancat midis tyre;
2. Qëndrimi për një kohë të gjatë apo periodontitet apikale në dhëmbët e përkohshëm [13] dhe humbja para kohe e tyre;
3. Agenezia apo atipizmi morfologjik i dhëmbëve fqinjë [14];
4. Keqpozicionim i folikulit të dhëmbit;
5. Prania e kleftit alveolar;
6. Ankylosis;
7. Mbyllja premature e rrënjës [15];
8. Kistat apo neoplazite [16];
9. Dilaceracioni i rrënjës;
10. Barriera mukozale të krijuara pas traumave apo ndërhyrjeve kirurgjike [17];
11. Gingival fibromatosis, gingival hyperplazia [18];

12. Supernumeratum [19];
13. Jatrogjenike;
14. Idiopatike, të shoqëruara dhe me probleme në erupim në denticionin e përkohshëm [20].

Çdo dhëmb i arkadës dentare mund të mbetet i përmbajtur për disa kushte që lidhen me kohën e erupimit dhe gjendjen e arkadave në momentin e erupimit. Disa dhëmbë janë më shumë më të prekur se të tjerët nga ky problem dhe për dhëmbë të veçantë ky fenomen është shumë i rrallë.

Pavarësisht kompleksitetit të faktorëve etiologjikë, mbetet të theksojmë si faktorë lokalë të rëndësishëm [21]:

- Mungesa e vendit;
- Pozicioni anormal i folikutit;
- Lezione lokale.



Figura 2-7 Agenezi lateralësh shoqëruar me kaninë të përmbajtur moshë 17 vjeçare (rast klinik)



Figura 2-8 Agenezi lateralësh shoqëruar me kaninë të përmbajtur 13 vjeç (rast klinik)

Në figurat 2-7, 2-8 tregohen dy raste ku agenezia shoqëron dhëmbët e përmbajtur në të njëjtën kohë kur pacientët janë vëllezër. Pra kemi faktorin etiologjik në këtë rast, ku ndërthuret trashëgimia dhe agenezia në të njëjtën kohë. E parë në një këndvështrim tjetër, agenezia - pasojë e trashëgimisë, përmbajtja e dhëmbëve - pasojë e agenezisë.

2.6 FAZAT E ERUPTIMIT TË DHËMBËVE PERMANENTË

2.6.1 Incizivët maksilarë

Kurora e centralëve kalcifikohet në dyshemenë e hundës me pozicionim oral në raport me dhëmbët e përkohshëm. Ata migrojnë në drejtim labial dhe eruptojnë më vestibularisht se dhëmbët e përkohshëm.

Kripti i lateralëve është i pozicionuar me palatinal prapa kurorës së centralëve. Në moshën 4-vjeçare, gjysma e kurorës së lateralëve është e mbuluar nga ajo e centralëve. Ky pozicionim i prapëm i lateralëve është në të njëjtin plan me atë të kaninëve, për të cilët do të shërbejnë si guidë në erupcion.

Pasi centralët kanë zënë vendin e tyre, lateralët fillojnë migrimin në drejtim labial, ndërkohë, shoqëruar me migrimin, rrënjët vazhdojnë të zhvillohen. Në këtë fazë rrënjët e dhëmbëve frontalë tentojnë të konvergojnë dhe hapësira që zënë në maksilë, do të përcaktojnë rrugën e erupcionit të kaninit. Nëse grumbullimi ndodh në denticionin e

përzier, laterali nuk do të mund të migrojë në drejtim labial, midis rrënjës së centralit dhe kaninit të përkohshëm, duke mos siguruar eruptimin e kaninit.

2.6.2 Kaninët

Folikujt e tyre janë të pozicionuar afër kufirit të jashtëm të fosës nazale, anteriorisht SM, nga i cili e ndan një shtresë e hollë kockore.

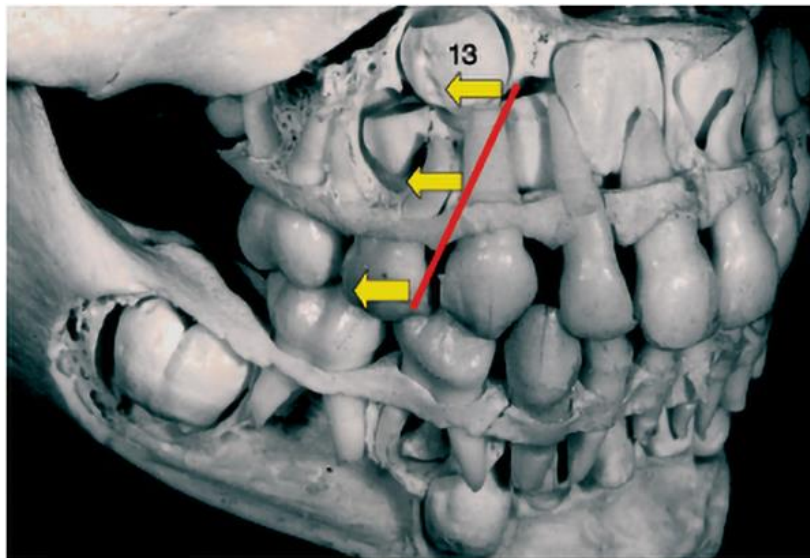


Figura 2-9 Pamje skeletale e moshës 4-vjeçare, vendosja e molarit të parë të përkohshëm, folikuli i premolarit të parë permanent dhe i kaninit formojnë një shkallë ngjiturë drejt këndit të hapjes nazale.

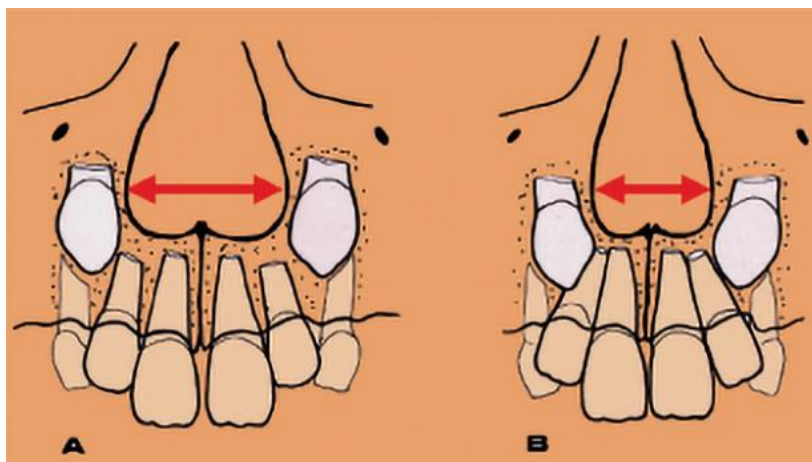


Figura 2-10 Distanca interkanine në lidhje me hapësirat e vrimave të hundës.

2.6.3 Distanca interkanine

Kjo distancë korrespondon me hapësirën e vrimave të hundës. Kur hapësirat e hundës janë larg, distanca interkanine është e gjerë dhe rrënjët e centralëve nuk konvergojnë midis tyre. Kur vrimat e hundës janë afër, distanca interkanine është e ngushtë dhe rrënjët e centralëve konvergojnë midis tyre.

Në moshën 6-7-vjeçare kurora e kaninëve është kalcifikuar dhe, ndërkohë që vazhdon formimi i rrënjës, dhëmbi fillon rrugën për erupcion. Kur lëvizin përgjatë 1/3 të sipërme të rrënjës së lateralit, ata eruptojnë pothuajse vertikalisht me harkun dentar, me një inklinim të lehtë mezial. Kaninët vazhdojnë rrugën drejt planit okluzal dhe, pasi kalojnë qendrën e rezistencës të lateralit, ushtrojnë presion te rrënjat dhe kurora e tij, duke eliminuar konvergencën e rrënjëve të centralëve dhe duke mbyllur diastemën.

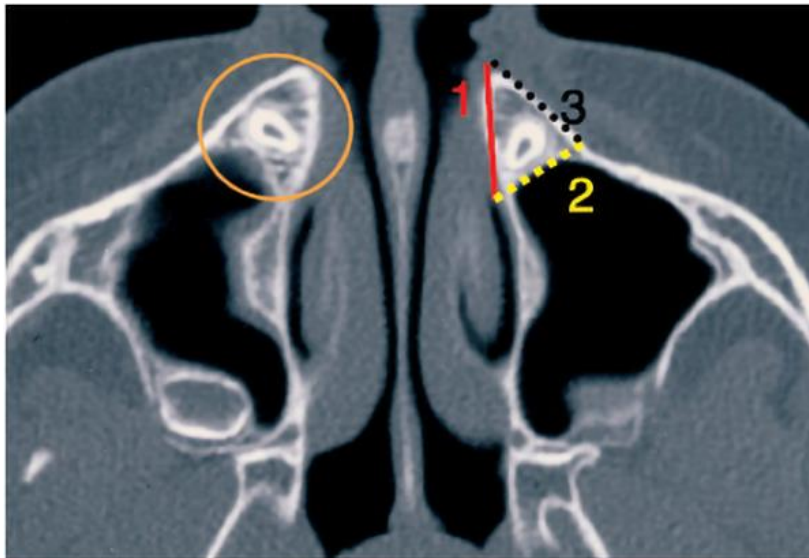


Figura 2-11 Pozicionimi i folikujve të kaninëve

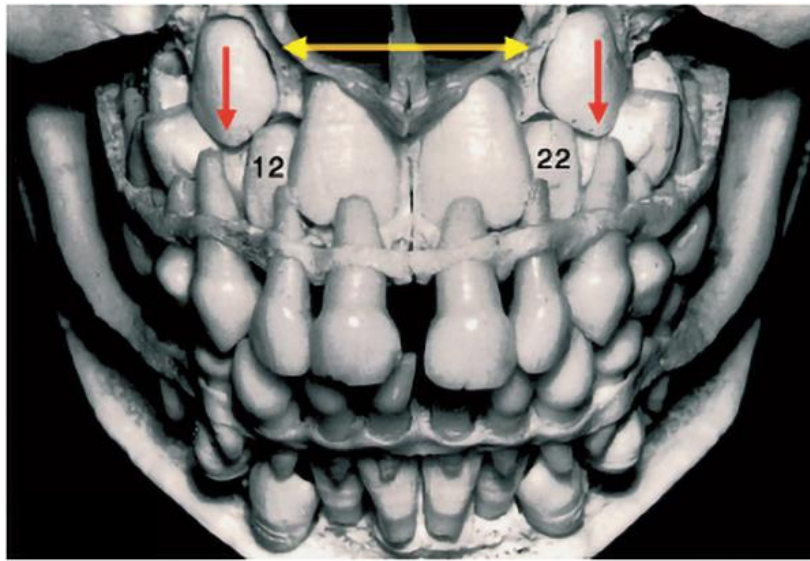


Figura 2-12 Denticion, moshë 6-vjeçare

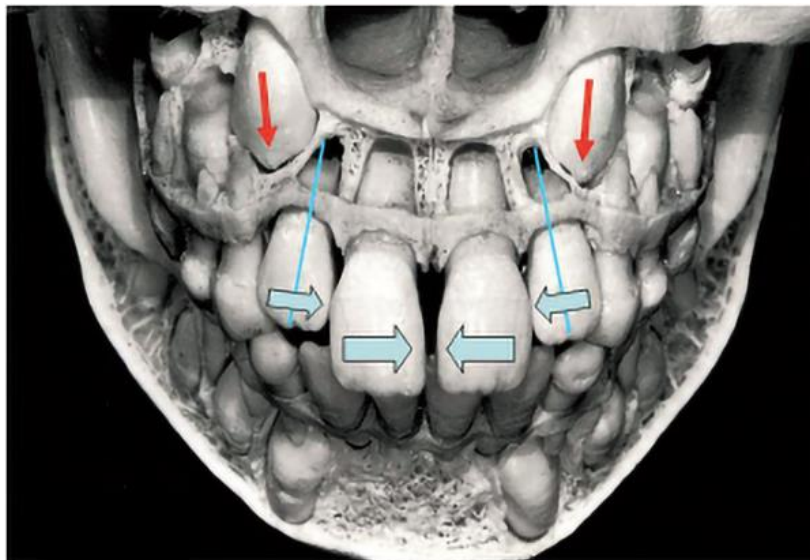


Figura 2-13 Denticion, moshë 8-9-vjeçare

2.6.4 Ndërveprimi i kaninëve me lateralët

Teoria e guidës – sipas kësaj teorie, kushtet lokale janë përgjegjëse për dislokimin e kaninit [22,23,24,25,26,27].

Në moshën 8-9-vjeçare rrënjët e lateralëve teorikisht janë të zhvilluara mjaftueshëm për të përballuar kontaktin me këndin mezial të kaninit dhe ta drejtojnë atë në eruptimin. Duke lëvizur përgjatë rrënjës së lateralit, kanini drejton centralët dhe stabilizon kontakte të mira proksimale [31]. Nëse kontakti i rrënjës së lateralit me kurorën e

kaninit nuk ndodh në këtë plan, ky i fundit do të kalojë nëpër rrënjët e lateralit, më jashtë apo më brenda harkut dentar, duke ndryshuar rrugën e eruptimit.

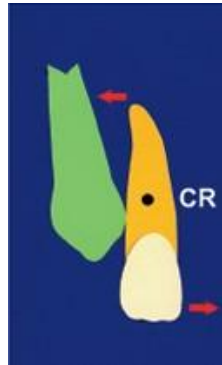


Figura 2-14 Qendra e rezistencës së lateralit gjatë ndërveprimit me kaninin.

Kur kaviteti nazal është i ngushtë, distanca interkanine do të jetë e pamjaftueshme që kanini të bjerë në kontakt me murin distal të rrënjës të lateralit, duke bërë që kanini të rrëshqasë përgjatë sipërfaqes labiale të rrënjës.

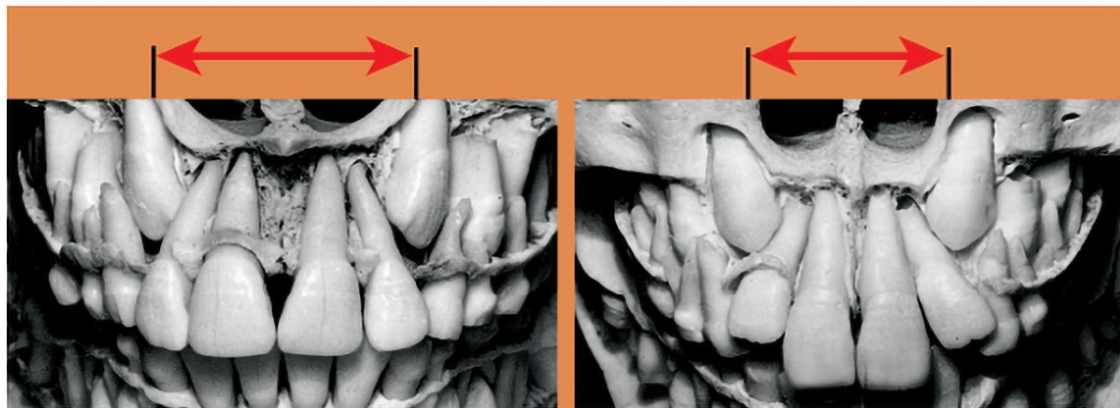


Figura 2-15 Përmasa e kavitetit nazal drejton lidhjen midis lateralëve dhe kaninëve.

Në këtë fazë kanini nuk mund të përshkruhet si i keqpozicionuar, sepse trajektorja eruptive e tij nuk ka ndryshuar dhe pjesa më e madhe e rrënjës shtrihet nga ana palatinale (fig .2.16).



Figura 2-16 Distanca interkanine e pamjaftueshme, linja e eruptimit është akoma normale në këtë fazë, por me zbritjen e mëtejshme do të kemi një orientim mezial, duke shkaktuar keqpozicionim të centralëve.

Nëse laterali mungon (agenezi), kaninët pavarësisht se e kanë të lirë rrugën e eruptimit, nuk zbresin në vendin e tyre, por eruptojnë në vendin e lateralëve.

Pra kaninit, laterali i shërben si udhërrëfyes për një erupim korrekt. Për të kryer këtë funksion, lateralët duhet të jenë të pranishëm, të kenë formë dhe gjatësi normale, kohë të formimit të rrënjëve adeguate dhe një inklinit të mirë. Kur kjo guidë mungon, kanini vazhdon të lëvizë mezialisht dhe palatinal, duke ndjekur modelin natyral të zhvillimit dhe duke çuar në një pozicionim të tij pas centralit [24,25,26].

Në përputhje me “teorinë e guidës”, kanini i retinuar shpesh shoqërohet me mikrodonci të lateralit, agenezi ose atipizëm forme (kurora në formë koni) [22,24].

Disa studime kanë vërtetuar një incidencë më të madhe të zhvendosjes së kaninit nga ana palatinal, në rastet e lateralëve në formë koni, apo në rastet e mungesës të tyre [26]. “Teoria e guidës” vlerëson aspektin distal të lateralit, si një guidë për të mundësuar erupimin e kaninit në pozicionin e tij. Becker dhe Coll [21] kanë zbuluar nga studimet e tyre 5.5% mungesë kongjenitale të lateralit, në një grup pacientësh me kaninë të pozicionuar në drejtim palatinal. Kurse në popullsinë e përgjithshme, prevalenca është 2.4%. Oliver dhe Coll [29] e lidhin studimin edhe me nivelin e zhvillimit të rrënjës së lateralit në momentin kur do të shërbejë si guidë. Nga studimet e kryera u arrit në përfundimin se lateralët në anën e kaninit të retinuar janë përgjithësisht më të vegjël se ata të anës tjetër.

2.7 METODAT IMAZHERIKE NË NDIHMË TË DIAGNOZËS TË DHËMBËVE TË IMPAKTUAR

Imazheria në rastin e dhëmbëve të përmbajtur ka dy qëllime: 1. Për të vlerësuar shkaktarët që kanë çuar në këtë përmbajtje. 2. Relacioni që ka dhëmbi me stukturat anatomike normale apo dhe patologjike, kur janë prezentë [30,31].

Metodat imazherike janë të shumta dhe janë zhvilluar ndër vite.

Radiografia periapikale është nga projeksionet dhe metodat më të përdorura. Jep informacion për të gjitha strukturat e dhëmbit dhe indet përreth. Teknika korrekte mundëson dhënien e përmasave të sakta të kurorrës dhe rrënjës. Në një radiografi të tillë mund të dallojmë lehtë nëse kemi një dhëmb të impaktuar, gradën e zhvillimit të rrënjës, dallojmë folikul, gradën e rezorbimit të rrënjëve të dhëmbëve të perkohshëm. Rekomandohet që ky të jetë hapi i parë në rast se dyshojmë për dhëmb të impaktuar. Gjithsesi, jep informacion dydimensional. Nuk jep asnjë informacion në planin buko-lingual dhe strukturat mbivendosen në këtë plan.

Radiografia okluzale krijon mundësinë e vlerësimit të strukturave dhe dimensioneve në planin buko-lingual. E shoqëruar me radiografi të tjera, na krijon dimensionin e tretë. Mund të bëhet për palatumin si dhe dyshtemenë e gojës. Filmi mbahet midis dhëmbëve të të dy nofullave dhe sipas nofullës të indikuar orientohet tubi i rrezeve. Te moshat e reja ka një favor që palatumi nuk ka përfunduar maturimin, duke mundësuar një imazh të mirë radiologjik.

2.7.1 Radiografia panoramike

Panorameksi jep informacion të përgjithshëm për maksilën, mandibulën, proceset alveolare, sistemin dentar, fossae nazale dhe ATM. Mjeku shikon gjithashtu anomali morfologjike dhe gjendjen e dhëmbëve, vlerëson trajektoren e eruptimit, agenezi të mundshme, supernumeratum, impaktimet, moshën dentare, gjendjen e restaurimeve, prani granulomash apo kistet.

Nëse kemi dhëmbë të përmbajtur, panorameksi do të tregojë;

- Pozicionin e dhëmbit, thellë apo në sipërfaqe, stadin e formimit dhe formën e rrënjës;
- Orientimin horizontal, mezial apo distal;
- Lidhjen me dhëmbët fqinjë;
- Rrezikun për spostim të këtyre dhëmbëve;
- Prania ose jo e rezorbimit të rrënjëve të dhëmbëve fqinjë.

Panorameksi si metodë pa shumë kosto dhe i thjeshtë ka disa kufizime. Ka tendencë të deformatë dhe superpozojë disa struktura, duke bërë të pamundur përcaktimin korrekt të pozicionit të dhëmbit të përmbajtur. Mungon informacioni në planin buko-oral.

2.7.2 Tomografia e kompjuterizuar, CT

Përdorimi i CT është propozuar nga fundi i viteve 1980, për të përcaktuar pozicionin korrekt të kaninit të përmbajtur [31,33], veçanërisht kur dyshohet për rezorbim të rrënjës të lateralit [34].

Në atë kohë, pavarësisht se ishte përcaktues për pozicionin e kaninit të përmbajtur, përdorimi i CT ishte i rezervuar, duke marrë parasysh sasinë e madhe të rrezatimit që merrte pacienti. Prandaj përdorej si metodë vetëm për raste komplekse.

Me kalimin e kohës dhe perfeksionimin e CT, është bërë e qartë që kjo ka një rol të rëndësishëm në diagnozë dhe sidomos në planin e trajtimit të dhëmbëve të përmbajtur. Në këtë mënyrë shihen raportet fikse midis dhëmbit të përmbajtur, dhëmbëve fqinjë, gjatë gjithë gjatësisë së kurorës dhe rrënjës. CT përcakton në mënyrë korrekte indikacionet për trajtim ortodontik, ortodontiko-kirurgjik, apo rastet kur dhëmbi i përmbajtur nuk mund të silllet në hark. Gabimet në indikacion trajtimi janë minimizuar [35], [36], duke qenë se tashmë është e mundur të kemi imazh radiograf fiks si do jetë fusha kirurgjikale, në momentin kur një dhëmb i përmbajtur do të ekspozohet nga kirurgu oral.

Prevalenca e rezorbimit të rrënjëve të lateralëve, në lidhje me kaninin e përmbajtur, e vlerësuar me radiografi plan, ishte 12% [40], ndërkohë kjo prevalencë e vlerësuar me CT shkante në 48% [38]. Ky ndryshim i madh në vlera nuk ka dyshim që lidhet me aftësitë e pakta diagnostikuese të radiografisë plan, sidomos kur ka rezorbim bukal apo palatal. Rezorbimi në këto raste bëhet i dukshëm në radiografi plan, kur kap sasi të konsiderueshme të rrënjës, sidomos në planin mezio-distal.

CT ka përparsi në evidentimin e lidhjeve të dhëmbit të përmbajtur me një patologji si dhe për vlerësimin e çrregullimeve në formë dhe pamje të kurorës apo rrënjës së dhëmbëve të dëmtuar, apo që kanë pasur një traumë [39].

Me anë të këtij ekzaminimi mundemi të:

- Përcaktojmë pozicionin fiks të çdo dhëmbi;
- Lidhjen e saktë që ka çdo dhëmb me strukturat në afërsi;
- Përcaktohet pozicioni dhe prania e pengesave të mundshme që kanë çuar në përmbajtje (odontoma, supernumeratum);

- Tregon komplikacione si kiste apo rezorbime të rrënjëve të dhëmbëve.

Gjithsesi, në rekomandimin e CT duhet marrë në konsideratë kostoja që është më e lartë se ajo e radiografive të thjeshta. Në indikacionet për CT duhen marrë parasysh edhe rrezatimi që merret gjatë kësaj procedure dhe të evitohet në rastet që radiografitë japin informacion të mjaftueshëm. Duke qenë se shumica e pacientëve janë moshat e reja, rekomandimi i imazherive duhet të bëhet me kujdes. Ndër vite teknologjia e imazherisë ka përparuar për reduktimin e rrezatimit gjatë këtyre ekzaminimeve. Kështu, CBCT (cone beam computerized tomography) ka më pak rrezatim në raport me CT standarde, për të njëjtën rezultat imazhi [40,41]. Për këtë arsye, dentalskaneri është bërë standard i artë në stomatologji dhe kirurgjinë OMF.

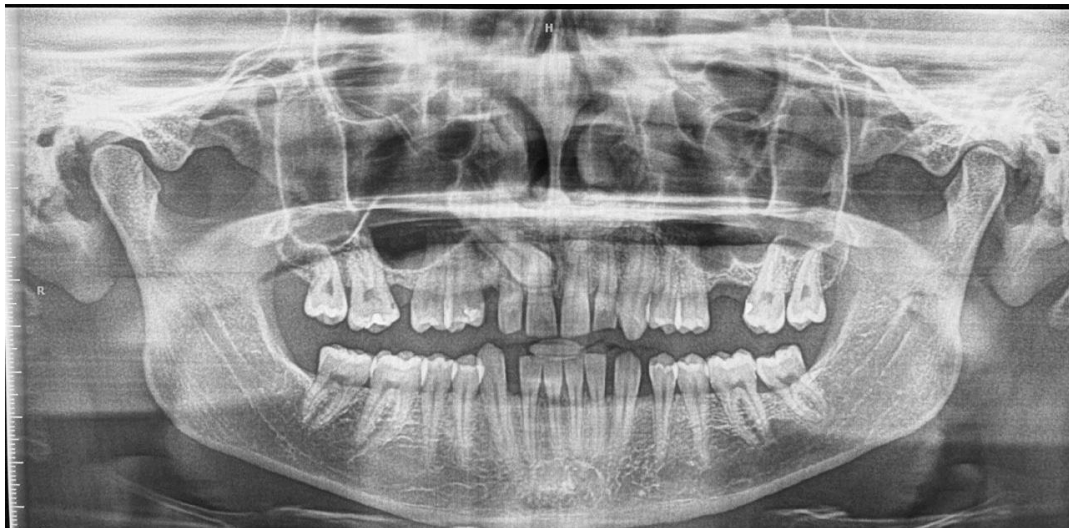


Figura 2-17 Pamje në panorameks e një 13-e të përmbajtur (rast klinik)



Figura 2-18 Pamje 3D (rast klinik)



Figura 2-19 Pamje 3D (rast klinik)



Figura 2-20 Pamje 3D (rast klinik)

Figurat 2.18, 2.19, 2.20 tregojnë pamje të ndryshme të ekzaminimit 3D, të të njëjtit pacient që paraqitet në panorameks (rast klinik). Është e qartë diferenca e sasisë të informacionit që merret nga një ekzaminim 3D dhe si rrjedhojë lehtësimin e punës si për ortodontin dhe kirurgun.

Për arsytet e lartpërmendura, ekzaminimi 3D është bërë standard pune në stomatologji dhe kirurgjinë OMF.

2.8 VLERËSIMI KLINIK I DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR

Pacientët nuk shkojnë tek mjeku stomatolog që të ankohen për një dhëmb të përmbajtur. Ata as nuk janë të vetëdijshëm për të, për sa kohë nuk kanë dhimbje diskomfort, deformim apo edemë. Ata shpesh nuk e dinë që u mungon një dhëmb i përhershëm, pasi dhëmbi i përkohshëm në këtë situatë persiston në harkun dentar. Shumica e dhëmbëve të përmbajtur diagnostikohen në një ekzaminim rutinë rastësor te mjeku stomatolog i përgjithshëm apo pedodonti, dhe nuk janë ankesa parësore e pacientit. Shihet në gojë persistenca e dhëmbit të përkohshëm dhe ekzaminimi radiologjik konfirmon diagnozën.

Dhëmbët e përmbajtur në përgjithësi janë asimptomatikë dhe mund të evidentohen te mjeku stomatolog në një vizitë rutinë.

Janë dy momente kryesore kur aparenca bën që pacienti të vijë te mjeku. E para është në moshën 8-10-vjeçare, kur njëri nga centralët maksilarë ka eruptuar para një viti dhe prindi dallon që laterali i krahut tjetër që po erupton, nuk po le vend për centralin që nuk ka dalë akoma. Fig 2-21, 2-23. Në raste të tjera, centrali i përkohshëm persiston në gojë.



Figura 2-21 Mungesa e centralit të djathtë maksilar, ndërkohë që i majti është pozicionuar në hark (rast klinik).

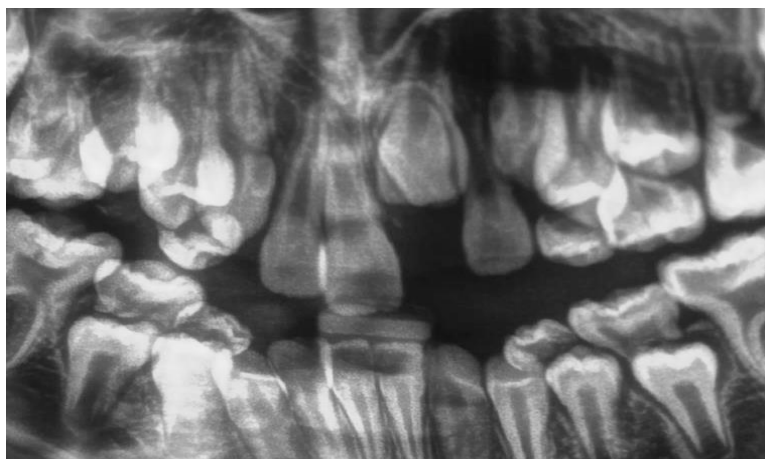


Figura 2-22 Pamja në panorameks, ku shihet se një supranumeratum pengon eruptimin (rast klinik).



Figura 2-23 Centrali i djathtë i paeruptuar me humbje hapësire (foto literature).

Rast tjetër është kur pacienti është në moshën 14-15 vjeçare dhe vjen te mjeku stomatolog, për të mjekuar kariesin e kaninit të përkohshëm. Zakonisht pacienti nuk është në dijeni që ai, është një dhëmb i përkohshëm. Duhet të bëhet një sqarim në këtë rast, që trajtimi korrekt nuk është trajtimi restorative i dhëmbit por ekstraksioni i tij dhe nxjerrja e dhëmbit të përhershëm në hark.

Në disa raste, shkak që pacienti të paraqitet te mjeku, mund të bëhen komplikacionet që vijnë nga dhëmbët e përmbajtur, lëvizshmëria apo spostimi i dhëmbëve fqinjë (nga rezorbimi i rrënjës), ekspansion i pa dhimbshëm i kockes (kista odontogjene), ose dhimbje me ose pa rrjedhje (dhëmbë të përkohshëm të infektuar, apo kiste të infektuara, me komunikim në kavitetin oral) [39].

2.9 PËRCAKTIMI I KOHËS SË NDËRHYRJES KIRURGIKALE

Koha dhe lloji i procedurës kirurgjikale përcaktohen nga grada e zhvillimit të dhëmbit në momentin e vendosjes së diagnozës. Në një fazë të hershme, kontrolli me radiografi te një fëmijë mund të nxjerrë në pah patologji si, dhëmb supernumeratum, odontomë, kist apo tumor benign, që me shumë mundësi do të pengojë eruptimin normal të dhëmbit. Në këtë fazë do të ishte e papërshtatshme zbulimi i kurorës së dhëmbit imatur. Nuk duhet të stimulojmë eruptimin e dhëmbit, ndërkohë që gjysma apo 2/3 e rrënjës nuk është zhvilluar. Në këtë fazë të zhvillimit, dhëmbi nuk konsiderohet i përmbajtur dhe duhet t'i jepet kohë për të eruptuar spontanisht. Ekspozimi i hershëm rrit riskun e dëmtimit të kurorës dhe alterojë zhvillimin e rrënjës. Nga ana tjetër, me zbulimin e

patologjisë (Fig 2-24), mundësia për dhëmbë të përmbajtur ekziston dhe mos trajtimi do të përkeqësojë prognozën. Qëllimi i trajtimit në këtë fazë duhet të jetë largimi i patologjisë, pa dëmtuar sakusin folikular të dhëmbit. Më pas të pritët eruptimi i dhëmbit që mund të alterohet dhe vonohet gjithsesi nga mbyllja e hapësirës në harkadë dhe cikatrice e indeve të buta që pason ndërhyrjen kirurgjikale.



Figura 2-24 Mesiodens i zbuluar te një 4-vjeçar, ndërkohë që centralët nuk janë gati për eruptim. (foto literature)

Në raste të tjera, situata zbulohet shumë më vonë (Fig 2-25). Në këto raste, kur sipas moshës dentare dhëmbi duhet të kishte eruptuar, qëllimi i ndërhyrjes kirurgjikale duhet të jetë që të largojë pengesën, të krijojë rrugë për eruptim dhe të zbulojë kurorën e dhëmbit. Për shumë dhëmbë, krijimi i hapësirës së nevojshme kur kanë pasur pak inklinim, pritët eruptimi spontan [43,44]. Në raste të tjera, kur ka spostim dhe inklinim të dhëmbit të përmbajtur, si edhe kur mungon hapësira në harkun dentar, ndërhyrja do të shoqërohet me aparat ortodontik dhe tërheqje të dhëmbit.



Figura 2-25 Centralët e përmbajtur. (foto literature)




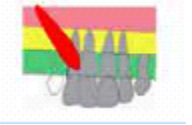
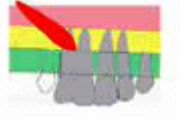



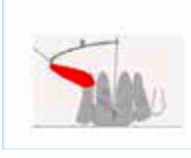



2.9.1 Motivimi i pacientit

Paraqitja luan një rol të rëndësishëm në nismën dhe motivimin e prindërve të pacientëve të rinj dhe vetë pacientin, për të kërkuar trajtim te mjeku. Janë një përqindje e vogël pacientësh që kërkojnë trajtim për probleme shëndetësore që mund të jenë jo shumë evidente për pacientin. Shumica e dhëmbëve të përmbajtur nuk kanë simptoma të dukshme dhe me përjashtim të centralëve maksilar, nuk paraqesin një aparencë jo normale. Në këto raste, motivimi i vetë pacientit është minimal dhe duhet kohë për të shpjeguar derisa pacienti të bjerë dakord me trajtimin. Ndërkohë puna bindëse me pacientin nuk duhet kufizuar vetëm në fillim të trajtimit, por duhet vazhduar përgjatë gjithë kohës të trajtimit, sidomos kur trajtimi ka kohëzgjatje.

2.10 PARIMET E TRAJTIMIT

Pavarësisht se cili është specialiteti që vendosi diagnozën primare për një dhëmb të përmbajtur, konsulta pasardhëse dhe trajtimi fillon me mjekun ortodont, pa shmangur konsultën me kirurgun OMF.

Është detyrë e mjekut ortodont, të përcaktojë nëse një dhëmb mund të sillet ose jo në hark.

Kategoria	Prognozë e mirë	Mesatare	E varfër
Mbivendosje me centralin	Pa mbivendosje 	Deri ne gjysëm të rrënjës 	Mbivendosje e plote 
Lartësia nga plani i okluzionit	Në nivelin e lidhjes zmalto-cement 	Në gjysëm të gjatësisë të rrënjës 	Me lart së gjatësia e rrënjës 
Kendi i boshtit të dhëmbit me linjën mediane	0-15° 	16-30° 	>30° 
Pozicionimi i apeksit	Mbi pozicionin e kaninit 	Mbi premolarin e parë 	Mbi premolarin e dytë 

2.10.1 Mjekimi ortodontik

Mjekimi ortodontik ka disa komponentë dhe strategji.

Kohëzgjatja e trajtimit

Hapja e hapësirës së duhur në hark mund të nisë lëvizjen e një dhëmbi të përmbajtur, por pa pengesa, që mund të fillojë të lëvizë në drejtimin e duhur, ndonjëherë edhe mjaft shpejt [46]. Deri në kohën kur krijohet një hapësirë e përshtatshme dhe përgatitjet për kirurgjinë janë bërë, një radiografi e re periapikale mund të tregojë ndryshime shumë pozitive në pozicionin e dhëmbit dhe që bën të besojë klinikistin që eruptimi spontan do ta bëjë të panevojshme ndërhyrjen kirurgjikale. Nëse eruptimi ndodh në mënyrë të menjëhershme ose të paktën brenda një periudhe të arsyeshme, ia vlen të presësh që kjo të ndodhë. Nëse, nga ana tjetër, eruptimi do të zgjasë për shumë muaj, atëherë dentisti duhet të marrë në konsideratë disa faktorë:

- Aparatet ortodontike rrisin nivelin e cënueshmërisë së dhëmbëve ndaj kariesit dhe të periodontit ndaj inflamacionit - sa më gjatë që ato të jenë në vend, aq më i madh është rreziku.
- Nga ana tjetër, heqja e aparateve para kohe përkon me rrezikun e zëvendësimit të tyre më vonë, për të korrigjuar një keqpozicionim të dhëmbit të sapoeruptuar dhe dikur të përmbajtur ose për të pranuar një rezultat të komprometuar dhe jo adekuat.

Për të zgjidhur këtë dilemë, klinicisti mund të zgjedhë të këshillojë ekspozimin kirurgjikal dhe tërheqjen ortodontike, për të përshpejtuar erupcionin e dhëmbit dhe për të përfunduar trajtimin në një kohë shumë më të shkurtër. Kur trajtimi ortodontik ka siguruar hapësirë dhe kirurgjia ndërmerret për të larguar një pengesë fizike, mund të lindë një dilemë e ngjashme. Në mungesë të pengesës, përmbajtja është potencialisht e zgjidhshme, pa trajtim të mëtejshëm. Megjithatë, ndërhyrja kirurgjikale e përfshirë në largimin e pengesës ofron mundësinë e qasjes së dhëmbit të eruptuar. Shërimi i mëpasshëm i plagës do të pengojë aksesin te dhëmbi dhe, në rast se erupcionin nuk ndodh, do të jetë e nevojshme një ndërhyrje kirurgjikale e dytë në të njëjtën zonë dhe do të marrë edhe më shumë kohë, duke konfirmuar se erupcionin spontan nuk do të ndodhë.

Është e qartë, pra, që faktori kohë nuk duhet të injorohet. Është mjaft e kuptueshme dhe e arsyeshme të vlerësohet se vetëm një problem i përgjithshëm mund të kërkojë dy vjet trajtim. Renditja e plotë e një dhëmbi të përmbajtur në një vend të vështirë, mund të shtojë një vit ose më shumë për këtë rast [47,48]. Për të lejuar luksin e një periudhe të presim dhe të shohim, është dhe shtimi i një periudhe të zgjatur trevjeçare, gjatë së cilës aparatet janë në gojë. Ndërsa ortodonti mund të shpërblehet me një pozicion shumë të përmirësuar të dhëmbit të përmbajtur, një gjendje e përkeqësuar e shëndetit oral, për shkak të higjienës së dobët të gojës, mund të privojë arritjen e të gjithë përmbajtjes kuptimplote. Pra vendimet që duhet të merren në këtë rast, kanë lidhje me faktin që në një dhëmb të përmbajtur:

- do të krijohet vendi dhe do të pritët erupcionin;
- do të krijohet vendi, do të hiqen pengesat me kirurgji dhe do të pritët erupcionin;
- do të krijohet vendi, hiqet pengesa me kirurgji dhe do të ankorohet dhëmbi për erupcionin proaktiv të drejtuar nga aparati.

2.10.2 Njësia e ankorimit

Nuk do të hyjmë në detajet e terapisë së aplikimit. Megjithatë, do të listojmë disa parime të përgjithshme. Për shumicën e rasteve të malokluzioneve, trajtimi cilësor sigurohet më së miri nga përdorimi i një prej teknikave të njohura të trajtimit me aparate fikse.

Nëse harqet e dhëmbëve janë të lidhura në mënyrë korrekte dhe hapësira adekuate është e pranishme, atëherë dhëmbët fillimisht ‘lidhen’ në një hark labial të standardizuar dhe me një koeficient të dhënë të elasticitetit. Më vonë, harqet e rumbullakosura ose drejtkëndore aplikohen për të kryer lëvizjet e rrënjës, të cilat do të hapin rrugën për të arritur një rezultat optimal. Kur kemi të bëjmë me një malokluzion që përfshin një dhëmb të përmbajtur, duhet të bëhen modifikime në këtë procedurë. Ndryshe nga dhëmbët e tjerë në gojë, dhëmbi i përmbajtur mund të jetë i spostuar shumë nga pozicioni i tij normal në të tria planet dhe do të nevojitet shumë ankorim për ta sjellë në linjë. Prandaj, duhet të zhvillohet një bazë e fortë ankorimi, ndaj së cilës të ushtrohet forca e nevojshme për të tërheqjen e dhëmbit të përmbajtur.

Në moshën në të cilën trajtohet një kanin maksilar i përmbajtur, denticioni permanent i plotë (me përjashtim të molarit të tretë) zakonisht është i pranishëm. Përkatësisht, duhet të vendoset një pajisje me multibraketa dhe i gjithë denticioni trajtohet me përdorimin e harqeve të lehta nëpër fazat e nivelimit dhe hapjen e hapësirës adekuate në hark për dhëmbin e përmbajtur . Pastaj një hark i rëndë dhe më i ngurtë vendoset në braketat në të gjithë dhëmbët e harkut dentar, plotësisht të rreshtuar dhe të kompletuar. Qëllimi i kësaj është të sigurojë një bazë të fortë ankorimi [50], e cila nuk do të lejojë shtrembërimin e harkut si rezultat i forcave që do të zbatohen ndaj dhëmbit të përmbajtur pas ekspozimit të tij. Efekti i forcave në njësinë e ankorimit që janë projektuar për të lëvizur një kanin të zhvendosur shumë, nuk duhet të nënvlerësohet, veçanërisht nëse ato aplikohen për një kohë të gjatë. Në kontrast me kohën kur duhet të trajtohet një inciziv central i sipërm; vetëm molarët e parë të përherëshëm dhe tre dhëmbë incizalë të përherëshëm janë të pranishëm në harkun maksilar. Prandaj, mënyrat alternative për të bërë sistemin e aplikimit të forte, duhet të përdoren përpara se forcat e lehta të mund të aplikohen në dhëmbin e përmbajtur, në mënyrë që të mos kompromentojnë pjesën e mbetur të denticionit.

2.10.3 Atashmentet

Për të ndikuar në zhvillimin e ardhshëm të një dhëmbi të përmbajtur, është e nevojshme të vendoset një lloj atashmenti në dhëmb. Këto atashmente kanë ndryshuar gjatë viteve, duke reflektuar përparimet e bëra në fushën e materialeve dentare.

2.10.4 Atashmentet e bonduara

Përdorimi i teknikës së bondimit të kompozitit me acid në kurorën e një dhëmbi, ka shumë merita [54,55], veçanërisht në aspektin e thjeshtësisë dhe besueshmërisë së lidhjes. Përparësia e saj më e madhe është se kërkon sipërfaqe relativisht të vogël, të

ekspozuar të smaltit të dhëmbit për të pasur sukses, një fakt që mund të kontribuojë shumë në shëndetin periodontal pasues pas përfundimit të trajtimit. Tani, pa dyshim, është metoda e zgjedhur nga pothuajse çdo pikëpamje dhe duhet të zëvendësojë metodat e tjera në pothuajse të gjitha rrethanat.

2.10.5 Braketat ortodontike standarde

Për sa i përket zgjedhjes aktuale të llojit të atashmentit që duhet të vendoset në dhëmbët e impaktuar, ka disa faktorë për t'u marrë në konsideratë lidhur me dhëmbin e përmbajtur, kur krahasohet me një dhëmb të eruptuar që duhet të futet në pozicionin e tij në harkun e dhëmbëve.

Ka një larmi llojesh të braketave ortodontike. Format dhe dizajni i tyre mundësojnë dhënien e forcave tërheqëse të dhëmbët në të tria planet. Gjithsesi, në fazat e para kur dhëmbi i përmbajtur ekspozohet dhe aplikohet braketa për të arritur eruptimin, këto lëvizje janë të kufizuara. Kjo është dhe pjesa më e vështirë e trajtimit të këtij dhëmbi. Në këtë fazë, braketa luan të njëjtin rol si një buton [54]. Në disa raste butoni është më i favorshëm, pasi do më pak sipërfaqe bondimi dhe mund të vendoset në çdo pjesë të dhëmbit, ndërkohë që braketat kanë sipërfaqe më të madhe dhe, nëse nuk vendosen në pozicionin e tyre që është gjithmonë faqja bukale e dhëmbit, ato nuk bondohen [57]. Braketat konvecionale janë të mëdha e me buzë të mprehta dhe, shpeshherë pas kirurgjisë, gjenden të zhytura në inde gingivare, duke krijuar acarim të mukozës (Fig 2-26). Acarimet e herëpashershme të gingivës përreth dhëmbit që pritet të eruptojë, nuk ndihmojnë për një ligament cirkular normal.

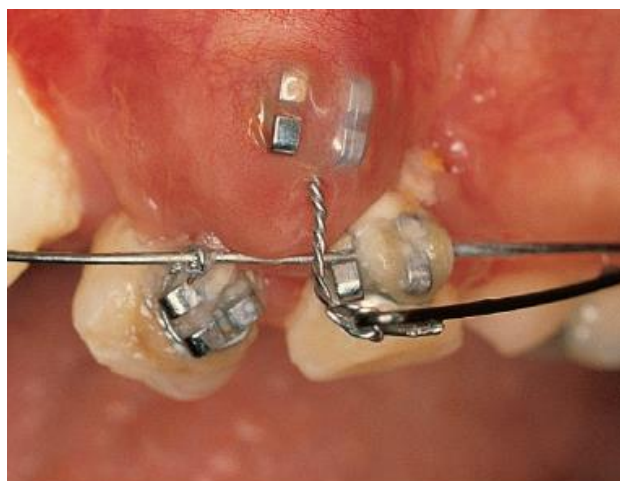


Figura 2-26 Zhytja e braketës në inde gingivare

Butonat

Butonat janë mënyra më e përshtatshme e ankorimit. Kërkojnë një sipërfaqe të vogël bondimi, vendosen në të gjitha sipërfaqet e dhëmbit, nga ana e bondimit kanë relief rrjete për të rritur adezionin. Ato mbahen përgjatë gjithë kohës, që dhëmbi tërhiqet për t'u eruptuar, më pas zëvendësohen me braketën përkatëse, e cila do të mundësojë lëvizjen e dhëmbit në të tria planet dhe rreshtimin korrekt të tij (Fig 2-27).

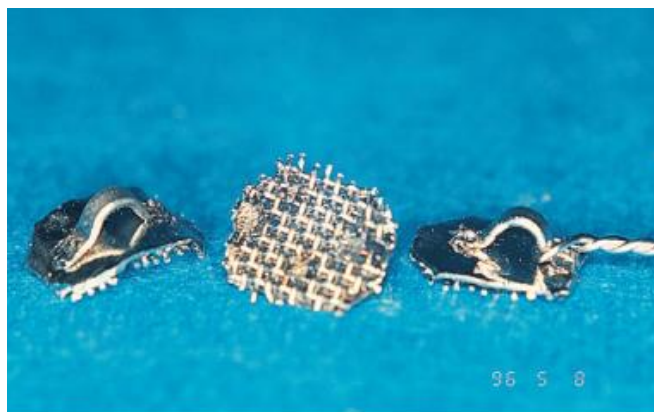


Figura 2-27 Buton për ankorim

Lidhja e ankoruesit me aparatit fiks varion nga rasti në rast. Mund të përdoren ligaturë teli të fortësive të ndryshme, ligaturë elastike apo zinxhirë. Lloji i lidhjes mund të ndryshojë edhe gjatë fazave të ndryshme të trajtimit.

Pajisjet e përkohshme të ankorimit (TADs)

Si një mjet për të siguruar ankorimin skeletik, një implant i thjeshtë titani përdoret shpesh në ortodontinë rutinë, për të vepruar si një “kunj në tokë”, ndaj të cilit do të lidhen modulet elastike dhe zinxhirët për lëvizjen horizontale të dhëmbëve në drejtime të ndryshme [57].

2.11 TRAJTIMI KIRURGIKAL

Ndërhyrja kirurgjikale pa trajtim ortodontik është shumë e rrallë. Thuajse gjithmonë, një dhëmb i përmbajtur shoqërohet me problem okluzioni apo rreshtimi të dhëmbëve në arkadë. Kjo e bën domosdoshmëri trajtimin kirurgjikalo-ortodontik.

Vetëm në rastet kur problemi i vetëm klinik është dhëmbi i përmbajtur, okluzioni dhe rreshtimi janë të pranueshme, aplikohet ekspozimi apo ekspozim me pastë.

2.11.1 Eliminimi kirurgjik i patologjisë

Lezionet e indeve të buta

Në rastet kur kemi prani të kisteve apo tumoreve, kirurgjia është trajtimi i vetëm që rekomandohet. Kjo duhet të kryhet sa më shpejt, qoftë edhe për determinim diagnoze nga biopsia. Më pas duhet të ndiqet nga trajtimi ortodontik, i cili duhet të fillojë pas rigjenerimit kockor. Me largimin e patologjisë, ndodh një përmirësim i pozicionit të dhëmbëve. Gjithsesi, në këtë periudhë pritjeje pacienti monitorohet për shëndetin e gingivave dhe lezionet karioze.

Obstruksioni nga indet e forta

Pas heqjes së pengesës, qoftë një dhëmb supernumeratum, një odontomë, rrënjë qumështi të mbetur ose një dhëmb parësor infra-okluziv, pozicioni i shumicës së dhëmbëve të paeruptuar përmirësohet me kohën. Siç shihet në Fig 2-28, 2-29 pas heqjes të dhëmbëve të përkohshëm, kaninët janë pozicionuar në hark.



Figura 2-28 *Persistencë e dhëmbëve të përkohshëm dhe kaninë të përmbajtur (rast klinik).*

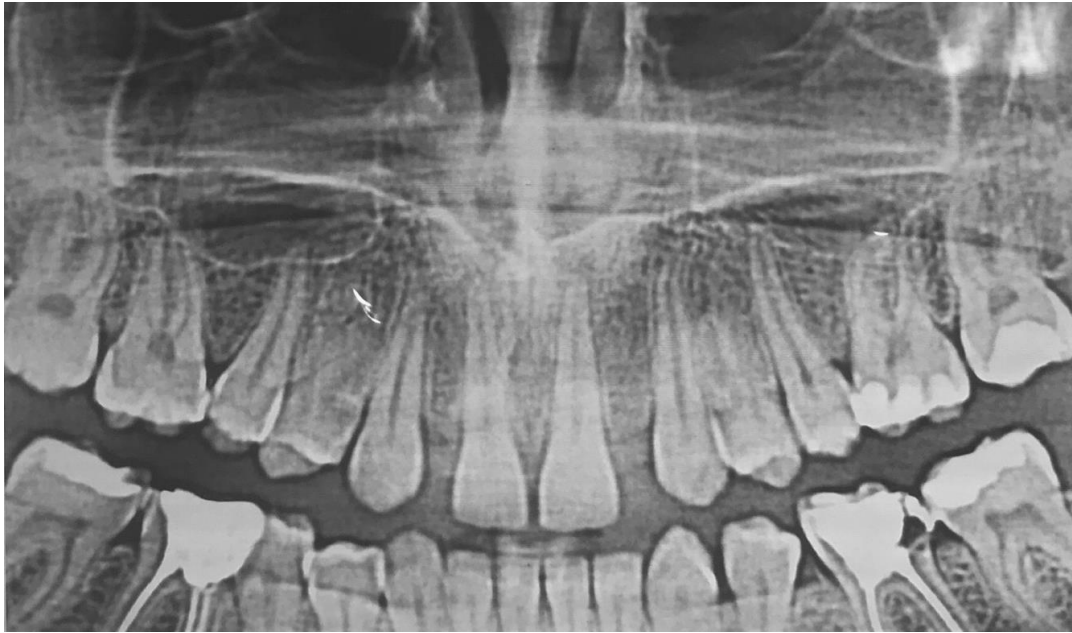


Figura 2-29 Pozicionimi i kaninëve në hark pas heqjes së dhëmbëve të përkohshëm (rast klinik).

Sidoqoftë, shumë prej këtyre dhëmbëve nuk eruptojnë pa ndihmë, për shkak të zhvendosjes së tyre të madhe dhe indeve shëruese. Sa më i madh në volum të ketë qenë pengesa, aq më e madhe hapësira që ka zënë dhe për rrjedhojë edhe zhvendosja e dhëmbit të përmbajtur. Kështu, rrënja ose kurora e dhëmbit mund të devijohet në mënyrë meziale, distale, linguale ose bukale, ose të zhvendoset superiorisht (në nofullën e sipërme) ose inferiorisht (në pjesën e poshtme), duke kompromentuar shanset për erupcion spontan. Rrënjët me forma anormale mund të zhvillohen në rrethana të ngushta, në të cilat ata gjenden ndërmjet ndikimit zhvendosës të entitetit patologjik dhe dhëmbëve ngjitur, nga njëra anë, dhe dyshemesë së hundës ose kufirit të poshtëm të mandibulës [66], nga ana tjetër. Dhëmbët me rrënjë në formë anormale mund të kenë devijuar dhe jo gjithmonë eruptojnë spontanisht, megjithëse ato mund të eruptojnë me sukses me pajisje ortodontike, me kusht që ligamenti i tyre periodontal të jetë normal. Moseruptimi i një dhëmbi të përmbajtur ndikon në erupcionin e dhëmbëve ngjitur, të cilët më pas spostohej drejt boshllëkut, duke çuar në zvogëlimin e hapësirës. Kjo më pas siguron një pengesë fizike sekondare ndaj erupcionit të dhëmbit të përmbajtur.

2.11.2 Parimet e ekspozimit kirurgjikal të dhëmbëve të përmbajtur

Në përgjithësi ekzistojnë dy metoda themelore për ekspozimin kirurgjikal të dhëmbëve të përmbajtur.

Teknika e hapur e eruptimit

Historikisht, metoda e parë e përdorur për të ekspozuar dhëmbët e prekur e lë dhëmbin të ekspozuar në mjedisin oral, pas heqjes së mukozës dhe kockës që mbulojnë dhëmbin. Kjo njihet si teknikë e hapur eruptimi dhe mund të kryhet në dy mënyra.

Teknika e dritares përfshin heqjen kirurgjikale të një pjese rrethore të mukozës dhe mbulesës së hollë kockore. Kjo është e përshtatsme për dhëmbë të spostuar vestibularisht, për shkak të lartësisë së tyre. E gjithë kjo procedurë kirurgjikale bëhet mbi nivelin e gingivës së ngjitur, në zonën e lëvizshme të mukozës orale. Është e qartë se kjo është mënyra më e thjeshtë, më konservative dhe më e drejtpërdrejtë për të ekspozuar një dhëmb, i cili mund të preket menjëherë nën mukozën orale dhe shpesh mund të realizohet vetëm me anestetik sipërfaqësor. Një atachment pastaj bondohet me dhëmbin dhe eruptimi i inkurajuar ortodontikisht mund të vazhdojë pa vonesë, për të përfunduar rreshtimin e tij brenda një kohe shumë të shkurtër. Kjo padyshim paraqet një avantazh të rëndësishëm në trajtimin e një pacienti, por rezultati afatgjatë i procedurës do të ketë pikëpyetje, për sa i përket ligamentit cirkular dhe gingivës nga ana labiale. E vetmja situatë në të cilën kjo procedurë e ekspozimit është klinikisht e favorshme, është kur ekziston një shtresë shumë e gjerë e gingivës së ngjitur dhe ku një dhëmb i përmbajtur labialisht është i vendosur mjaft mirë në këtë shtresë, i tillë që një heqje e thjeshtë e indit që mbulon kurorën do të mbetet akoma 1–2 mm të atachmentit epitelial, që do të mundësojë në të ardhmen një ligament cirkular të mirë.

Situata është më e favorshme për këtë teknikë, kur dhëmbi është i spostuar nga ana palatinale. Mukoza palatinale është më e trashë dhe e ngjitur mirë me indet poshtë. Në këtë rast kujdesi konsiston në mosmbylljen e hapjes, pra tregohemi lehtësisht më radikalë.

Lemboja e ripozicionuar në mënyrë apikale është një mënyrë alternative për të kryer një teknikë të ekspozimit të hapur në anën bukale. Ajo ka për qëllim përmirësimin e rezultatit parodontal, duke siguruar një ligament cirkular. Kjo bëhet duke ngritur një lembo labiale, të marrë nga kreshta e procesit alveolar, dhe duke e zhvendosur atë më lart në kurorën e dhëmbit të sapoekspozuar. Kjo metodë, një procedurë e njohur dhe e pranuar edhe nga periodontët, u përshkrua për herë të parë në kontekstin e trajtimit kirurgjikal dhe ortodontik të dhëmbëve të përmbajtur, të zhvendosur labialisht nga Vanarsdall dhe Corn. Në metodën e tyre dhe në mungesë të kaninit të qumështit, ngrihet

një lembo muko-gingivare, e cila përfshin gingivën e bashkangjitur, nga kreshta e procesit alveolar (Fig 2-30). Nëse kanini i qumështit është i pranishëm, ekstraktohet. Në të dyja rastet, lemboja është e shkëputur nga indi i fortë kockor në një farë mënyre deri në sulcus, për të ekspozuar kaninin. Lemboja më pas qepet në anën labiale të kurorës së kaninit të ekspozuar, për të mbuluar periostin deri në zonën e qafës, ndërsa pjesa tjetër e kurorës mbetet e ekspozuar. Eruptimi pasues i dhëmbit shoqërohet me indin gingival shërues. Kur dhëmbi merr pozicionin e tij përfundimtar në hark, shihet se ka një gjerësi të mirë të gingivës fikse.

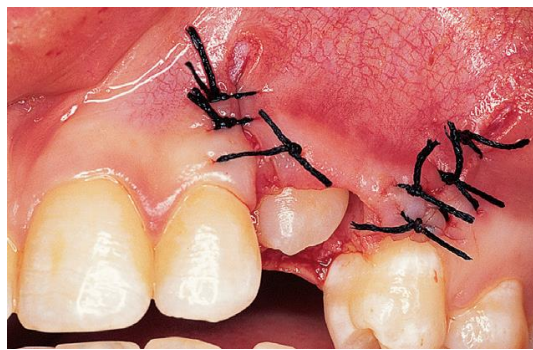


Figura 2-30 Ripozicionim lemboje (foto literature)

Kjo metodë e veçantë e ekspozimit është më e përshtatshme për dhëmbët e përmbajtur bukalisht, që ndodhen sipër brezit të gingivave fikse, por që nuk zhvendosen në mënyrë mesiale ose distale nga vendi i tyre në harkun dentar. Nëse kemi një zhvendosje horizontale në rrafshin sagital, një lembo e ngritur do të lërë kockën alveolare që mbulon dhëmbin ngjitur të zbuluar, duke kundërshtuar përdorimin e kësaj metode kirurgjikale.

Në format e hapura të ekspozimit kirurgjikal, dhëmbit i krijohet një ligament gingivar nga skaji i prerë i gingivës, që do të shërohet në këtë pozicion dhe do të lëvizë bashkë me dhëmbin për t'u rreshtuar në harkun dentar. Pavarësisht se parametrat periodontalë mund të jenë të kënaqshëm, indeve rrotull dhëmbit në fund të trajtimit u mungon pamja normale dhe, vite pas trajtimit, dhëmbi mund të dallohet (Fig 2-31).



Figura 2-31 Diferenca e gingivës në kaninin që ka eruptuar normalisht me atë që ka qenë i përmbajtur (rast klinik).

Teknika e mbyllur e eruptimit

Kjo teknikë konsiston në ekspozimin kirurgjikal, vendosjen e një atashmenti, rikthimin e lembos në pozicionin primar dhe suturimi i saj, për të rifituar dhëmbin e përmbajtur. Kjo u përshkrua nga Hunt [67] dhe McBride [68], megjithëse duket se ka qenë në përdorim më herët [69, 70] dhe është një procedurë që mund të përdoret pa marrë parasysh lartësinë ose zhvendosjen mesiodistale të dhëmbit. Për një dhëmb të përmbajtur bukalisht krijohet një lembo kirurgjikale nga gingiva fikse në kreshtën alveolare, me prerje të përshtatshme vertikale që lëshohen, dhe ngrihen aq lart, sa është e nevojshme për të ekspozuar dhëmbin e paeruptuar. Pastaj një atashment bondohet dhe lemboja kthehet plotësisht në vendin e saj të mëparshëm. Një tel lidhës prej çeliku inoks ose zinxhiri i artë, që preferohet nga disa klinikistë, i cili ka qenë i lidhur ose lidhet në moment me atashmentin, tërhiqet inferiorisht dhe kalon përmes skajeve të suturuara të lembos. Pastaj plaga kirurgjikale është plotësisht e mbyllur dhe dhëmbi me atashmentin e tij riizolohet nga mjedisi oral. Më pas, në ligaturën e çelikut të përdredhur ose zinxhirin e artë, aplikohet tërheqje për të sjellë eruptimin e plotë të dhëmbit [68, 71, 72]. Me këtë metodë, dhëmbi përparon drejt dhe përmes zonës së gingivës së ngjitur disa javë ose muaj pasi ka ndodhur shërimi i plotë i lembos kirurgjikale të ripozicionuar dhe ajo krijon portën e vet, përmes së cilës çan indet dhe erupton në gojë. Si i tillë, ai shumë ngushtë simulon eruptimin normal dhe rezultati klinik zakonisht do të jetë i vështirë për t'u dalluar nga çdo dhëmb me eruptim normalisht dhe spontanisht, për sa i përket pamjes së tij klinike dhe parametrave periodontale. Një modifikim i teknikës së

mbyllur të eruptimit është përshkruar nga Crescini et al. posaçërisht në lidhje me kaninët e përhershëm maksilarë [73].

Në këtë procedurë krijohet një lembo e plotë bukale nga gingiva fikse në qafën e kaninit të qumështit dhe dhëmbit ngjitur, për të ekspozuar sipërfaqen e kockës alveolare, duke përfshirë dhe atë që mbulon bukalisht kaninin e përmbajtur. Sipërfaqja e kurorës bukale të kaninit është e ekspozuar dhe kanini i qumështit ekstrahohet. Ligatura e çelikut ose zinxhiri i artë i lidhur me atashmentin, i cili tani është i lidhur me dhëmbin, kalon nëpërmjet alveolës bosh, të lënë nga ekstraksioni i dhëmbit të përkohshëm. E vetmja sasi kocke bukale që largohet, është ajo për të liruar sipërfaqen e kaninit të përmbajtur për bondimin e atashmentit. Lemboja suturohet në pozicionin e saj të mëparshëm, duke lënë vetëm fundin e zinxhirit lidhës / ari të dukshëm, përmes alveolës së kaninit të përkohshëm. Qëllimi i kësaj teknike të quajtur ‘tuneli’ është të imitojë edhe më tej procesin e eruptimit natyror, duke aplikuar forcë ekstruzive për të lëvizur kaninin e përmbajtur direkt përmes alveolës së kaninit të qumështit të ekstraktuar së fundmi. Për më tepër, duke ruajtur urën kockore bukale gjatë operacionit, rezultati përfundimtar do të tregojë që dhëmbi të ketë një mbështetje të shkëlqyeshme kockore në anën bukale. Çdo metodë ka avantazhet dhe të metat e saj nga pikëpamja e efikasitetit të trajtimit, shërimit posturgjikal dhe rezultatit të përgjithshëm të trajtimit në lidhje me estetikën, prognozën periodontale dhe stabilitetin e rezultatit përfundimtar.

Mbyllja primare me lembo të plotë

Avantazhet

- shërimi i shpejtë
- më pak siklet
- hemostazë e mirë pas operacionit
- më pak pengesë për të funksionuar
- heqja konservative e kockës
- tërheqje e menjëhershme e mundur
- shkallë e lartë e besueshmërisë së bondimit

Disavantazhet

- këshillohet prania e ortodontit
- dështimi i bondimit dikton ri-ekspozimin

Ekspozimi i hapur

Avantazhet

- prania e ortodontit të panevojshëm
- dështimi i bondimit - nuk ka nevojë për kirurgji

Disavantazhet

- rrezik më të madh për infeksion
- siklet më të madh
- ndërhyrje në funksion
- ekspozimi më i gjerë i kockës
- shije dhe erë të keqe në gojë
- mundësia e rimbylljes së ekspozimit
- besueshmëria e bondimit më e varfër
- fillimi i vonuar i tërheqjes
- gjendje më e dobët periodontale
- vizita shtesë për të ndryshuar pastat kirurgjikale

2.12 APLIKIMI LAZERIT NË TRAJTIMIN KIRURGJIKALO-ORTODONTIK TË DHËMBËVE TË PËRMBAJTUR

Aplikimi lazerit në kirurgjinë ortodontike është efektiv, një metodë jo-invazive. Sisteme të ndryshme lazeri mund të përdoren për realizimin e teknikës së ekspozimit të dhëmbëve të përmbajtur, duke iu referuar të dhënave biofizike të kësaj metodologjie [95,101].

Tabela 2-2 *Klasifikimi i sistemeve të lazerit*

Lazeri	Mënyra e rrezatimit	Gjatësia e valës	Kromofore
Dioksid Karboni	CË, P, UP, fleshskan	10600 nm	uji
Argon	CË, P	488 - 514 nm	hemoglobinë
Nd.YAG	CË, P	1064 nm	hemoglobinë Melaninë
Hol.YAG	P	2150 nm	sinovium
KTP	P	532 nm	hemoglobinë Melaninë
Er-YAG	P, UP	2940	uji
Rubi	P	694	Melaninë
FLPPD	P	400-100 nm	Hemoglobin
Diodë	CË, P	830-910	hemoglobinë Melaninë
Copper Vapor	P	578	tatu hemoglobin
Excimer	P	157-355 nm	Kornea
Aleksandrit	P	755 nm	Pigmentin

Përdorimi i këtij modaliteti siguron një avantazh operator, duke mundësuar një fushë operate pa gjak, kohë të shkurtër të manipulimit dhe me efekte të mira postoperative. Redukton dhimbjen dhe edemën pas ndërhyrjes, sigurimi i hemostazës mundëson ortodontin të realizojë me korrektëse procedurën ortodontike, gjithashtu evidentohet mungesa e cikatrizimeve dhe shërim shumë i mirë i plagës. Shërimi i plagës së trajtuar me lazer kalon nëpër këto faza:

1. Faza operatore.
2. Faza eksudative, që varion 5 deri në 7 ditë, e cila karakterizohet me grumbullimin e lartë të glukoproteinave.
3. Faza proliferative, që karakterizohet me sintetizim të lartë të kolagenit.
4. Faza reparative, që karakterizohet me formimin dhe rivendosjen e qelizave të reja.

Kujdesi postoperator

Duke marrë në konsideratë efektin baktericid që kjo metodë siguron, nuk rekomandohet marrja e antibiotikëve, pasi lazeri siguron një sterilizim të fushës operatore nëpërmjet efektit termik tek flora bakteriale. Këshillohet përdorimi i antiseptikëve oralë për 5-7 ditë (Chlorexidinë 2%) dhe përdorimi i analgjezikëve në varësi të klinikës.

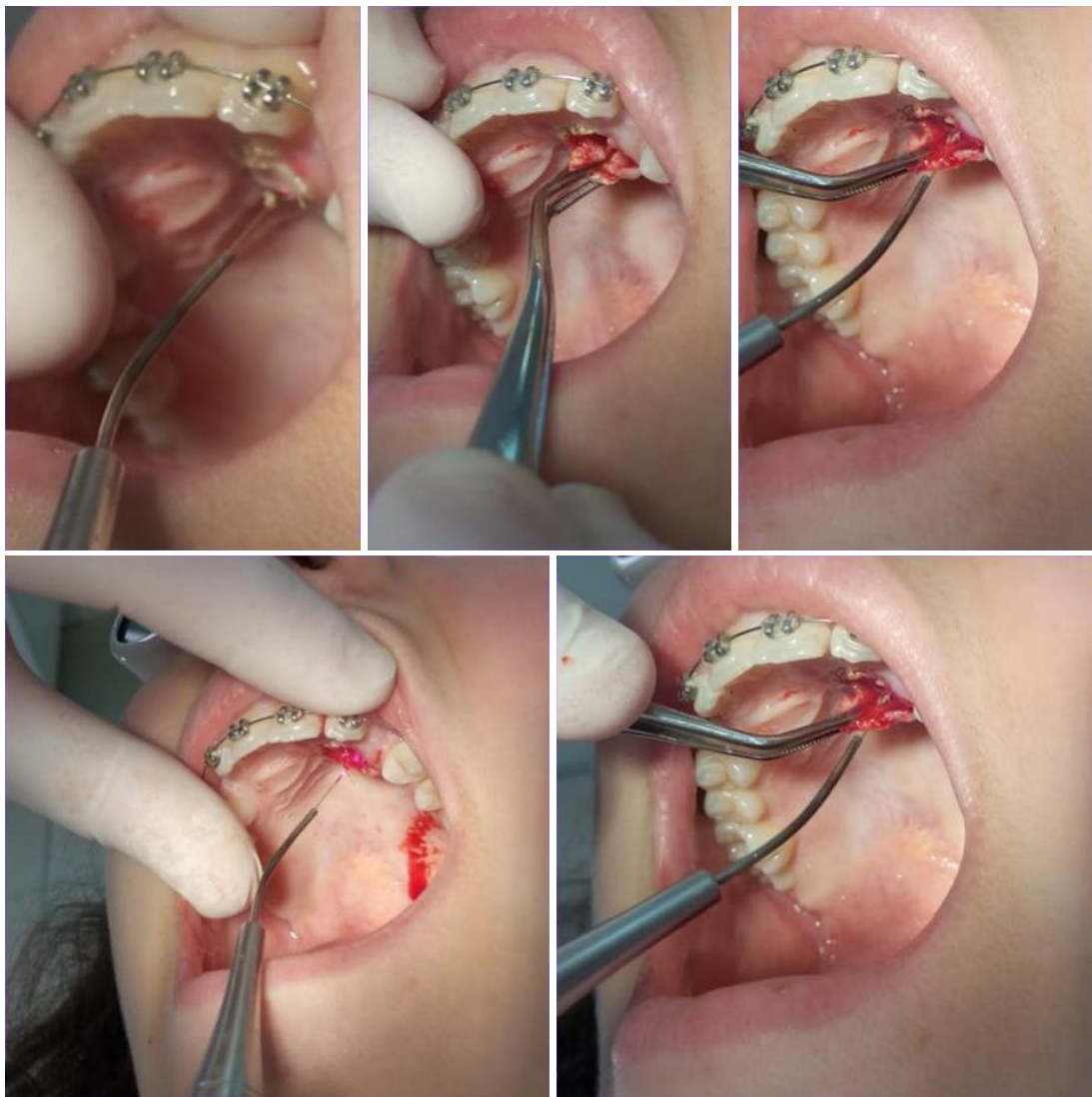


Figura 2-32 Aplikimi i lazerit (rast klinik)

2.13 EFEKTIVITETI I TRAJTIMIT

Bashkëpunimi kirurg-ortodont

Për suksesin e këtij trajtimi, bashkëpunimi midis dy specialiteteve është thelbësor, pavarësisht teknikës që zgjidhet të përdoret; e hapur, e mbyllur apo ekspozim me lazer, duhet që ortodonti të jetë i pranishëm.

Atashimi i dhëmbit nuk është detyrë e kirurgut, pasi nuk ka përgatitjen e duhur teoriko-praktike se si pozicionet e ndryshme të lidhjes mund të ndikojnë në prognozën ortodontike ose periodontike.

Kirurgu merr miratimin e ortodontit për sasinë e sipërfaqes të dhëmbit që është e mjaftueshme për bondim dhe duhet ekspozuar. Gjithashtu është detyrë e ortodontit të përcaktojë vendin e atashimit dhe llojin (buton apo braketë). Ortodonti do të jetë në gjendje të vendosë saktësisht se ku duhet të vendoset atashmenti nga një këndvështrim mekaniko-terapeutik dhe do ta bondojë atë atje.

Nëse atashmenti do të lidhet në një vizitë të mëvonshme, ortodonti nuk ka nevojë të jetë i pranishëm në anën e kirurgut për një rast të ekspozimit të hapur. Sidoqoftë, kjo do të thotë që kirurgu duhet të ekspozojë dhëmbin shumë më gjerësisht, të vendosë pastën kirurgjikale dhe të synojë shërimin vetëm me “qëllim dytësor”, me implikime negative periodontale.

Bondimi është më i sigurt në metodën e mbyllur se në atë të hapur [74], për arsyet e mëposhtme. Gjatë një procedure të mbyllur kirurgjikale, zakonisht krijohet një lembo e gjerë, e cila siguron shikueshmëri dhe qasje të mirë veçanërisht në një dhëmb të përmbajtur thellë. Kufijtë e lembos së gjerë janë larg nga dhëmbi, duke bërë të mundur kontroll më të mirë të lagështirës dhe hemorragjisë në zonë. Ortodonti mund ta bondojë atashmentin në mënyrë efikase, ndërsa kirurgu dhe asistenti ruajnë hemostazën dhe sipërfaqen e dhëmbit të thatë. Në të kundërt, një ekspozim i hapur përfshin krijimin e një lemboje të vogël në zonën që rrethon menjëherë dhëmbin dhe mirëmbajtjen e hapjes (zakonisht me ndihmën e një paste periodontale), derisa bëhet bondimi i atashmentit në një datë të mëvonshme. Në atë vizitë, shërimi sekondar do të ketë ndodhur dhe epiteli i sapoprerë do të jetë shumë e ndjeshme ndaj çdo forme manipulimi. Në përputhje me rrethanat, pacienti do të ketë shmangur larjen e zonës dhe një shkallë e inflamacionit do të jetë e pranishme, për shkak të akumulimit të pllakës. Me këto kushte të aksesit të kufizuar dhe indit të brishtë hemorragjik, bondimi nuk do të ishte i suksesshëm. Për më tepër, prania e eugenolit në pastat periodontale mund të frenojë polimerizimin, duke dobësuar forcën e bondimit.

Dhëmbët e përmbajtur kur ekspozohen në sipërfaqe, kanë një membranë, e cila është e përbërë nga kutikula e smaltit dhe epiteli i smaltit të reduktuar, i cili është i trashë rreth 1 mikron. Kjo duket se nuk paraqet asnjë pengesë për efektin e acidifikimit që arrihet me aplikimin e acidit ortofosforik [74]. Nuk ka asnjë avantazh që të lustruhet dhëmbi si pjesë e procedurës së bondimit. Furça ose goma traumatizojnë kockën e ekspozuar dhe indet e buta. Kjo çon në hemorragji dhe vështirësi për bondimin.

Një problem i rëndësishëm me teknikën e mbyllur të eruptimit nganjëherë shkaktohet nga një zgjedhje e dobët e atashmentit ortodontik [75]. Për shkak të prominencës bucale të dhëmbit, mungesës së kockës bucale dhe ngushtësisë relative të lembos së krijuar, mund të shkaktohen dëme në këtë ind mukoz-gingival nga pjesa më e madhe e braketave konvencionale të profilit të gjerë dhe të lartë, me teknikën e mbyllur të eruptimit. Kjo mund të çojë në një prishje të indit mbivendosës, madje “ngulitje të braketës” (figura 1.21) së mukozës. Në metodën e mbyllur, aplikimi i butonave është zgjedhja korrekte, pasi kanë një profil minimal, në mënyrë që të shkaktojë sa më pak efekt negativ në indet gingivare, gjatë rrugës së tij.

2.14 DHËMBËT E PËRMBAJTUR SIPAS POZICIONIMIT

2.14.1 Dhëmbët e përmbajtur me akses palatinal

Shpesh, dhëmbët e përmbajtur që ndodhen në anën palatale, janë të palpueshme menjëherë nën mukozën palatinalë, e cila është e lidhur fort në kockë. Heqja kirurgjikale e një pjese rrethore të mukozës dhe mbulesës së hollë kockore dhe lënien e dhëmbit të ekspozuar, është joshëse dhe ka avantazhe të dukshme. Në veçanti, dhëmbi i ekspozuar, kur të eruptojë përfundimisht, do të ketë një gingivë fikse të kënaqshme. Sidoqoftë, mbulesa e mukozës palatale është shumë e trashë dhe do të lërë një sipërfaqe të gjerë të prerë, e cila do të priret të mbyllet. Kështu, për një dhëmb të vendosur thellësisht, ekspozimi gjithashtu do të duhet të mirëmbahet duke përdorur një pastë kirurgjikale për një kohë të gjatë. Në këtë rast, nga ana palatinalë do të kemi një mangësi të indeve të buta, duke lënë një kurorë të gjatë klinike në përfundim të rreshtimit ortodontik. Kjo metodë është favorizuar dhe promovuar në lidhje me kaninët e përmbajtur palatinalisht, pasi është sugjeruar që kaninët do të përmirësojnë pozicionin e tyre në shumë raste dhe do të eruptojnë në mënyrë autonome në palatum në kohë [87]. Ky studim ka hetuar në mënyrë retrospektive statusin parodontal të pastrajtit të një grupi pacientësh që ishin trajtuar me sukses nga kjo metodë. Sidoqoftë, nuk ka një studim të publikuar të kontrolluar që të shqyrtojë besueshmërinë dhe

parashikueshmërinë e këtij protokollit të opsionit të trajtimit. Siç kemi përshkruar për anën bucale, mbyllja e plotë e lembos në anën palatale lejon që dhëmbi të ekspozohet me minimumin e heqjes së indeve dhe pasojave të traumës kirurgjikale dhe gjithashtu kërkon bondimin e një atashmenti në dhëmbin e ekspozuar para suturimit. Kur kjo përfundon dhe të jepet mekanika e duhur ortodontike, rezultati përfundimtar do të tregojë se mbështetja e kockës për dhëmbin, si dhe shëndeti dhe pamja e indeve mukozo-gingive është në të mirën e tij. Provat e akumuluar që janë paraqitur në krahasimet e ndryshme klinike të metodave kirurgjikale të ekspozimit [80, 83, 73, 77, 78, 82, 86, 88] sigurojnë bazën për të rekomanduar mbylljen e plotë të lembos në shumicën e situatave, në lidhje me një dhëmb të përmbajtur në anën palatine. Kjo i referohet vlerësimit cilësor të paraqitjes klinike të gjatësisë së kurorës dhe arkitekturës së gingivave dhe sasiore në parametrave objektiv, të vlerësuar në një ekzaminim periodontal.

2.14.2 Dhëmbët e përmbajtur me akses bukal. Indikacione për ekspozimin me ripozicionimin apikal të lembos

Në bazë të rezultateve për ekspozimin në anën bucale, grupi Seattle vuri në dyshim arsyetimin për përdorimin e vazhdueshëm të metodës së ripozicionimit apikalisht të lembos [82]. Ekzistojnë arsye për skepticizmin e tyre në lidhje me dhëmbët që janë më shumë të zhvendosur. Sidoqoftë, kur dhëmbi është afër me pozicionin e tij përfundimtar dhe poshtë gingivës fikse, aplikimi i metodës së ripozicionimit apikalisht të lembos mund të eliminojë nevojën për trajtim ortodontik pasues, ndërsa prodhon një rezultat të mirë parodontal. Përvoja tregon se shumë prej këtyre dhëmbëve nuk zbresin plotësisht në nivelin okluzal, dhe atyre që shpërthejnë mirë mund të duhen shumë muaj, ndonjëherë duke u shtrirë në një vit ose më shumë. Në rezultatin përfundimtar të kësaj forme të ekspozimit kirurgjikal, nganjëherë mund të rezultojë një konturë gingivale joestetike. Mund të nevojitet ndërhyrja me graft për ta përmirësuar këtë [89, 90, 91, 92].

Pasi të kryhet ripozicionimi apikalisht i lembos, eruptimi përshpejtohet. Për më tepër, me indin e butë të suturuar që ushtron një presion në anën bucale të dhëmbit dhe, kur ka hapësirë në afërsi, zhvendosja bucale mund të vijë spontanisht. Nëse dhëmbi i përmbajtur është shumë lart, lemboja kirurgjikale duhet të përfshijë gingivën fikse të kreshtës alveolare dhe gingivën e lirë deri në thellësinë e sulkusit. Në këto rrethana, procedura nuk rekomandohet, pasi lemboja e ripozicionuar apikalisht do të linte një zonë të gjerë të kockës labiale të ekspozuar në mënyrë të panevojshme në mjedisin oral. Për të mbuluar këtë zonë, graftet duhen të merren nga diku tjetër në zgavrën me gojë. Një alternativë e dobishme për këta dhëmbë shumë të lartë është përdorimi i një kombinimi të dy teknikave [93], veçanërisht për kushte si incizivi qendror me

dilaceracion. Fillimisht do të përdoret një procedurë e mbyllur e eruptimit dhe dhëmbi zbritet deri sa të fryjë mukozën labiale. Në këtë pikë ndërmerret një procedurë e dytë, në të cilën krijohet një lembo e ripozicionuar në mënyrë apikale, e marrë nga kreshta e procesit dhe duke përfshirë gingivën fikse, ngrihet dhe riekspozon dhëmbin e retinuar nga poshtë.

Lemboja më pas merret sipër margos incizale / kuspedit okluzal të dhëmbit dhe suturohet në anën labiale. Dhëmbi tani mund të vazhdojë të tërhiqet, i përfshirë plotësisht nga një ind i fortë gingivar. Në të njëjtën kohë, duhet të pranohet që lemboja e suturuar mirë do të ushtrojë edhe një presion në anën labiale të dhëmbit të zhvendosur bukalisht që po e mbulon pjesërisht dhe do të jetë një ndikim pozitiv në lëvizjen e tij lingualisht drejt vijës së përgjithshme të harkut dentar. Ndërsa metoda e eruptimit me ekspozim të mbyllur është më e preferueshme në shumicën e situatave, një avantazh i rëndësishëm i metodës së ripozicionimit apikal është se kanini i përmbajtur bukalisht, është i ekspozuar në mjedisin oral dhe mbetet i aksesueshëm për bondimin e atachmentit. Në disa raste, kur trajtimi ortodontik nuk është i nevojshëm për probleme të tjera, përparimi i dhëmbit mund të ndiqet për shumë muaj, derisa të ketë ndodhur eruptimi i plotë pa përdorimin e pajisjeve. Në të tjerët, një atachment mund të lidhet nga ortodonti në çdo datë të përshtatshme të mëvonshme dhe nxjerrja aktive mund të ndërmerret më pas.

Indikacionet për ekspozimin me incision cirkular (rrethor) (dritare)

Ndoshta e vetmja situatë në të cilën incizioni rrethor është i përshtatshëm për një dhëmb të pozicionuar bukalisht, është kur dhëmbi i vendosur në mënyrë korrekte mesio-distalisht, brezi i gingivës së ngjitur është shumë i gjerë dhe dhëmbi mund të palpohet okluzal kryqëzimit muko-gingivar. Në këtë rast, dhe me kusht që të paktën 2 mm gingivë të ngjitur të mbeten të paprekura në kurorë pas heqjes së indit të prerë mbi dhëmb, kjo procedurë ofron qasjen më të thjeshtë të duhur [85].

Lehtësimi i grumbullimit për të zvogëluar zhvendosjen e kaninit

Nëse zhvendosja e kaninit ka qenë për shkak të grumbullimit, atëherë rrjedh se përmirësimi spontan i pozicionit të kaninit mund të ndodhë mire, nëse grumbullimi eliminohet. Koha mund të mos jetë në anën e klinikistit që zgjedh këtë metodë, pasi dhëmbi mund të eruptojë me vonesë përmes mukozës orale. Sidoqoftë, për rastin në të cilin do të përdoret kjo metodë, kërkohet një analizë e plotë e çështjes, duke çuar në një plan të diagnostikimit dhe trajtimit për malokluzionin e përgjithshëm. Nga ana tjetër, një ekstraktim premolari do të sigurojë lehtësimin e menjëhershëm të grumbullimit dhe një mundësi e shkëlqyeshme për një vetë-korrigjim të zhvendosjes bucale dhe, bashkë me të, zhdukjen e rrezikut të mundshëm periodontal.

Për sa i përket sakusit folikular, gjatë ndërhyrjes kirurgjikale për ekspozim të dhëmbit të përmbajtur, duhet të tregohemi konservatorë. Kur trajtojmë një dhëmb të përmbajtur, duhet të përpiqemi të krijojmë kushte që do të përsërisin procesin natyror të eruditimit sa më shumë dhe kjo na detyron të trajtojmë sakusin folikular në mënyrë konservative. Nëse sakusi folikular është hequr tërësisht deri në CEJ, atëherë nuk mund të presim më që të ketë një gingivë fikse drejtpërdrejt në smaltin e kurorës së dhëmbit. Atashmenti që do të rezultojë, do të jetë në cement në ose diku poshtë sipërfaqes së rrënjës, përtej CEJ. Kjo do të rezultojë në një kurorë klinike të zgjatur dhe një rezultat parodontal të kompromentuar.

2.15 SIGURIMI I HAPËSIRËS SË MJAFTUESHME NË HARKADËN DENTARE

Nga diskutimi i bërë, kuptojmë se edhe kur kemi të bëjmë me raste të lehta impaktimi, kirurgu oral i vetëm ka kufizime dhe se përfshirja e procedurave ortodontike ofron në shumicën e rasteve një shans më të mirë suksesi. Sot, ortodontët luajnë një rol më të rëndësishëm në fazat fillestare të trajtimit të dhëmbëve të përmbajtur, duke siguruar tërheqjen që është e nevojshme për të inkurajuar këtë eruditim dhe, në shumë raste, ta bëjnë këtë me sukses në dhëmbët që më parë kishin ndjesinë për një prognozë të dobët për eruditim. Statusi i një dhëmbi të përmbajtur sot varet kryesisht nga aftësia dhe zgjuarsia e ortodontit për të aplikuar tërheqje të lehtë në një drejtim të duhur dhe me mjete efikase, pasi dhëmbi të jetë bërë i arritshëm nga kirurgu oral. Konkludojmë që në lidhje me trajtimin e dhëmbëve të impaktuar, qëllimet e kirurgut oral duhet të kufizohen në:

- Sigurimi i hyrjes në dhëmbin e përmbajtur;
- Largimin e ndonjë pengese në rrugën eruptuese të dhëmbit, siç janë dhëmbët supernumeratum, odontomat ose mukozën epiteliale të trashë;
- Pjesëmarrje aktive me ortodontin në bondimin e një atashmenti në dhëmbët e ekspozuar gjatë operacionit, duke ruajtur hemostazën, e cila është shumë kritike për të siguruar suksesin e procedurës.

Ky episod paraqet kryesisht një procedurë kirurgjikale ndihmëse, qëllimi i së cilës është të sigurojë një vend për aplikimin e një sistemi ortodontik për të ushtruar forcën. Si i tillë, ai duhet të bëhet në territorin e kirurgut dhe jo në klinikën ortodontike. Trajtimi ortodontik do të ketë filluar dhe pajisjet ortodontike janë në funksion para se të bëhet ekspozimi kirurgjikal. Procedurat ortodontike që duhet të kryhen gjatë episodit kirurgjikal, janë të pakta dhe relativisht të thjeshta. Sidoqoftë, ortodonti duhet të ketë

një kit instrumentesh dhe materialesh që nuk janë normalisht të disponueshme në sallën e operacionit.

Materialet

- xheli acid
- kompozit, mundësisht që polimerizohet me dritë, i cili është ndoshta lloji më i menaxhueshëm i metodës së bondimit që mund të përdoret në këto rrethana të veçanta, megjithëse një pastë dhe katalizatori pa përzierje mund të shërbejë shumë mirë.
- aplikuesit (shkopinj druri, furça të holla, etj.)

Atashmentet

- butonat e ngjitur në një material të hollë, të mbështetur me rrjetë çeliku inox; këto duhet të priten dhe shkurtohen në arna të madhësive të ndryshme, por jo më të mëdha se baza e një brakete të vogël.
- tela lidhës të çelikut të pandryshkshëm prej metali 0.011 në ose 0.012 in.
- fije elastike dhe zinxhir elastik

Kirurgu pasqyron një lembo muko-periosteale mbi dhëmbin e përmbajtur dhe heq kockën ndërmjetëse, e cila zakonisht është shumë e hollë dhe e lehtë për t'u larguar me një teh bisturie. Nëse një dhëmb supranumeratum ose odontomë është i pranishëm, kjo hiqet së pari. Më pas ekspozohet kurora e dhëmbit, për të siguruar një sipërfaqe të mjaftueshme smalti, për të vendosur një atashment të vogël. Paralelisht për ta bërë atë, përpiqemi të sigurojmë një zonë mjaft të gjerë hemostaze për të siguruar bondimin.

Ndonjëherë, një pikë e vazhdueshme hemorragjie nga sipërfaqja e kockës mund të kërkojë që kirurgu të përdorë presion në enën e vogël. Hemorragjia e indeve të buta mund të kontrollohet me elektro-kauter, një instrument të nxehtë ose, herë pas here, me ligaturën e enës së gjakut.

Plaga shpëlahet me fiziologjik. Pasi thahet, aplikohet acidi, rekomandohet në formë xheli për të mos u përhapur në inde [25], lihet për 30 sekonda dhe merret me aspirator kirurgjikal dhe sipërfaqja shpëlahet me fiziologjik.

Sipërfaqja tani është gati për bondim.

Në mënyrë rigoroze, çdo lloj agjenti bondimi mund të përdoret, duke përfshirë sistemet e aktivizuara nga drita dhe të aktivizuara kimikisht.

Duke përdorur një material bondimi të polimerizuar me dritë, trashësia e plotë e materialit do të forcohet dhe do të jetë më e kënaqshme dhe bondimi do të jetë më i

besueshëm. Duke pasur parasysh se materialet bonduese me polimerizim me intensitet të lartë tani janë të disponueshme, forcimi i plotë i bondit bëhet brenda sekondave, gjë që është një përfitim në këtë procedurë delikate.

Atashmenti i lidhur gjithmonë duhet të provohet për forcën e tij, duke tërhequr fort në ligaturën përpara se të suturohet lemboja. Si pjesë e planit origjinal të trajtimit ortodontik, do të jetë bërë një vlerësim i saktë imazherik i pozicionit të dhëmbit të prekur dhe një formulim i zgjidhjes ortodontike të tij. Me dhëmbin e prekur tani në vështrim të plotë, ortodonti duhet të rivlerësojë vendimin e mëparshëm dhe të konfirmojë ose rishikojë drejtimin e tërheqjes në përputhje me rrethanat. Kirurgu më pas do të suturojë lembon prapa telit, duke e lënë fundin e tij të lirë të zgjatet përmes skajeve të prera dhe të qepura. Suturimi i lembos do të fshehë edhe një herë dhëmbin e përmbajtur dhe do të bëhet i dukshëm në fazat e mëvonshme. Kështu që është e nevojshme të fotografoni dhëmbin dhe ngjitjen e tij para se të kryhet mbyllja. Zbatimi i tërheqjes duhet të jetë i menjëhershëm, pavarësisht se cila metodë është përdorur. Do të vlerësohet që manipulimi i mëvonshëm i ligaturave, pasi kalon në indet e buta, është shumë i pakëndshëm dhe madje i dhimbshëm për pacientin.

Pacientit i jepen këshillat post operatore, karakteristike të një interventi oral.

Përdorimi i analgjezikëve pas ndërhyrjes është relative dhe i zakonshëm në ditën e parë. Kloresidina 0.2% duhet të përdoret në mënyrë të rregullt. Antibiotikët nuk janë të rekomanduar.

3 KAPITULLI III

3.1 QËLLIMI I STUDIMIT

Qëllimi i përgjithshëm

Qëllimet kryesore të studimit janë:

- Roli i kirurgut OMF në trajtimin e kombinuar kirurgjikal-ortodontik të dhëmbëve të përmbajtur.

Objektivat specifike

Objektivat specifike të këtij studimi janë:

1. Të studiojë shpërndarjen e subjekteve të përfshirë në studim në lidhje me gjininë dhe grup -moshën.
2. Të studiojë shpërndarjen e subjekteve të përfshirë në studim në lidhje me orientimin në nofull të dhëmbëve të përmbajtur
3. Të studiojë shpërndarjen e subjekteve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e aksesit kirurgjikal
4. Të studiojë shpërndarjen e subjekteve të përfshirë në studim sipas arsyeve të impaktimit
5. Të studiojë shpërndarjen e subjekteve të përfshirë në studim sipas kohës së zbritjes
6. Të studiojë shpërndarjen e subjekteve të përfshirë në studim sipas shkallës të përmbajtjes në nofull.
7. Të studiojë lidhjen ndërmjet pozicionimit në nofull dhe llojit të aksesit kirurgjikal
8. Të studiojë korrelacionin ndërmjet moshës dhe kohës së zbritjes
9. Të studiojë lidhjen ndërmjet pozicionimit në nofull dhe kohës së zbritjes.

3.2 MATERIALI DHE METODA

Për realizimin e këtij punimi janë marrë në studim një numër prej 63 pacientë të grupmoshës 10-34 vjeç që kanë kërkuar trajtim kirurgjikal në ndihmë të terapisë ortodontike për menaxhimin e dhëmbëve të përmbajtur pranë klinikës private Nineta Saraçi dhe Universitetit Aldent për periudhën kohore 2013-2018.

Pacientët e marrë në studim iu nënshtruan protokollit të trajtimit në të cilin përfshihet:

- Hapja e kartelës klinike dhe marrja e të dhënave të përgjithshme
- Marrja e anamnezës
- Konsulta me ortodontin
- Ekzaminimi objektiv
- Ekzaminimet radiologjike

Te dhënat e grumbulluara u analizuan dhe u përcaktua plani i trajtimit kirurgjikal në varësi të çdo rasti klinik.

Të dhënat e përdorura në studim përmbanin informacione në lidhje me disa aspekte si: gjinia, grupmosha, orientimi në nofule të dhëmbëve të përmbajtur dhe pozicionimi i tyre, aksesit kirurgjikal, shkaqet e përmbajtjes, ekzaminimet e ndryshme radiologjike të përdorura, koha e daljes së dhëmbëve në harkadë pas trajtimit kirurgjikal .

Vlerësimi i rezultateve operatore dhe postoperatore për një periudhë 6 -18 muaj u realizua nëpërmjet grumbullimit të të gjithë të dhënave dhe analiza e variablave të marrë në studim .

Pacientët të cilët nuk u paraqiten për rikontrollin postoperator të përcaktuar në protokollin e trajtimit u përjashtuan nga ky studim.

3.3 ANALIZA STATISTIKORE

Ky është një studim i tipit transversal (kros-seksional). Epërsia e këtij studimi konsiston në përfitim të informacionit pikësor në një moment kohor të caktuar, lidhur me ndërhyrjet kirurgjikale në funksionin të trajtimeve ortodontike.

Hipotezat e këtij studimi janë :

Hipoteza 1:

A ka ndryshim sinjifikativ midis moshës së pacientëve në lidhje me kohën e daljes së dhëmbit në harkadë pas trajtimit kirurgjikal.

Hipoteza 2:

A ka lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe llojit të aksesit kirurgjikal?

Procedurat e analizës statistikore të përdorura në këtë studim përshkruhen në paragrafët e mëposhtme:

- Për variablat (ndryshore) kategorike u llogaritën vlerat absolute dhe përqindjet përkatëse.
- Krahasimi i proporcioneve (përqindjeve) për variablat kategorike u mundësua përmes testit Hi Katror.
- Për analizën e variablave scale u përdor korrelacioni i Spearmanit
- Në të gjitha rastet, u konsiderua statistikisht sinjifikative (e përfillshme) një vlerë e $p \leq 0.05$.
- E gjithë analiza statistikore u realizua në SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Version 21.0).
- Rezultatet u paraqitën në vlerë absolute dhe në përqindje dhe u ilustruan nëpërmjet tabelave dhe figurave të grafikëve.

KARTELË KLINIKE

Emër Mbiemër _____

Mosha _____

Gjinia _____

Dhëmbi ose dhëmbët e përmbajtur

Orientimi i dhëmbit të përmbajtur

Nofulla

Teknika kirurgjikale e përdorur :

- e hapur
- e mbyllur
- lazer

Lloji i aksesit :

- mukozal
- mukozal + kockor
- ekstraksion dhëmbësh të përkohshëm

Faktori etiologjik

Ndërhyrja e parë apo e përsëritur

Lloji i ekzaminimit radiologjik

Medikamentet e përdorura pas ndërhyrjes

U tërhoqën apo jo

Ndjekja post operatore

- 1 javë pas ndërhyrjes
- 1 muaj pas ndërhyrjes
- 6 muaj pas ndërhyrjes
- + 12 muaj pas ndërhyrjes

Komente dhe veçori specifike

3.4 REZULTATET E STUDIMIT

Tabela 3-1 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me gjininë. Nga rezultatet e studimit vihet re se 77.8% e pacientëve të përfshirë në studim janë femra dhe 22.2% janë meshkuj. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-1 Shpërndarja e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me gjininë.

Gjinia	Numri	Përqindja
Femra	49	77.8
Meshkuj	14	22.2

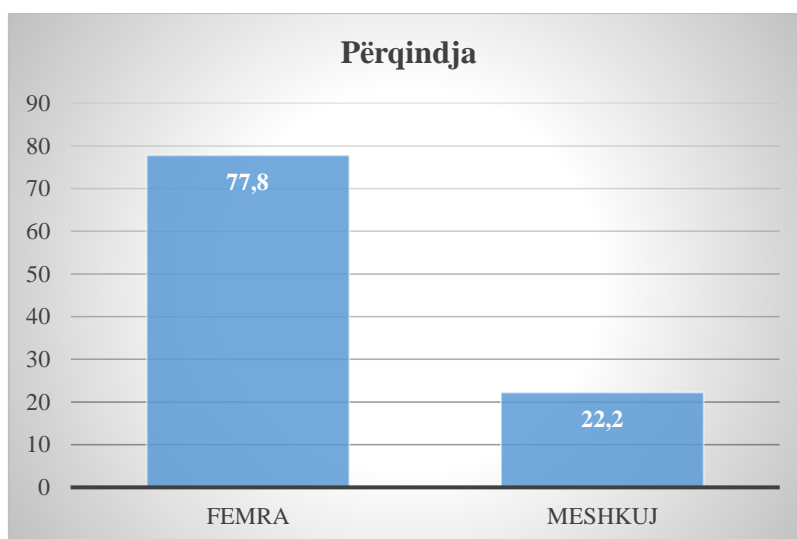


Figura 3-1 Shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me gjininë

Tabela 3-2 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me grup-moshën. Nga rezultatet e studimit vihet re se 71.4% e pacientëve të përfshirë në studim janë të grupmoshës nga 10-19 vjeç dhe rreth 28.6% të grup-moshës 20-34 vjeç. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-2 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me grup-moshën.

Grupmosha	Numri	Përqindja
10-19 vjeç	45	71.4
20-34 vjeç	18	28.6

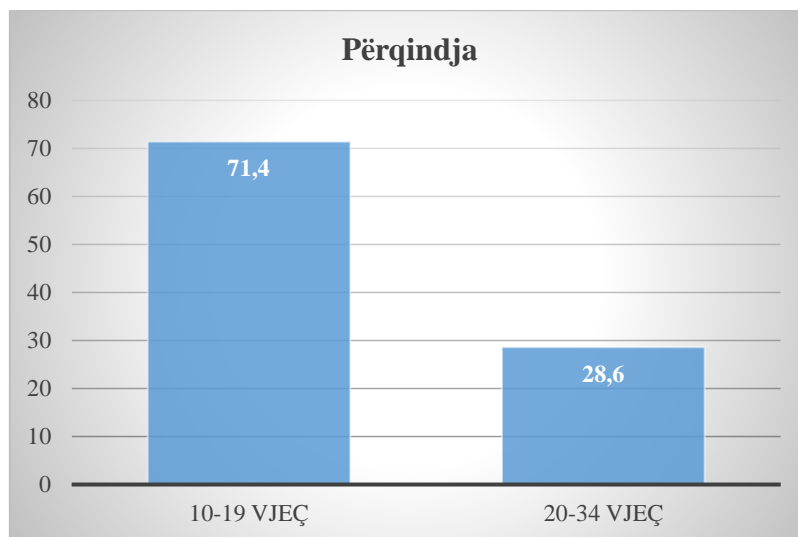


Figura 3-2 Shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me grup-moshën

Tabela 3-3 Shpërndarja e pacientëve sipas faktorit etiologjik

Faktori etiologjik	Numri	Përqindja
Mungesë vendi	36	57.1
Perisistencë dhëmbëve të qumështit	6	9.5
Trauma fëmijërie	3	4.7
Agnezi dhe lateral atipik	8	12.6
Ekstraksion i hershëm i dhëmbëve të qumështit	9	14.2
Trashëgimi	1	1.9

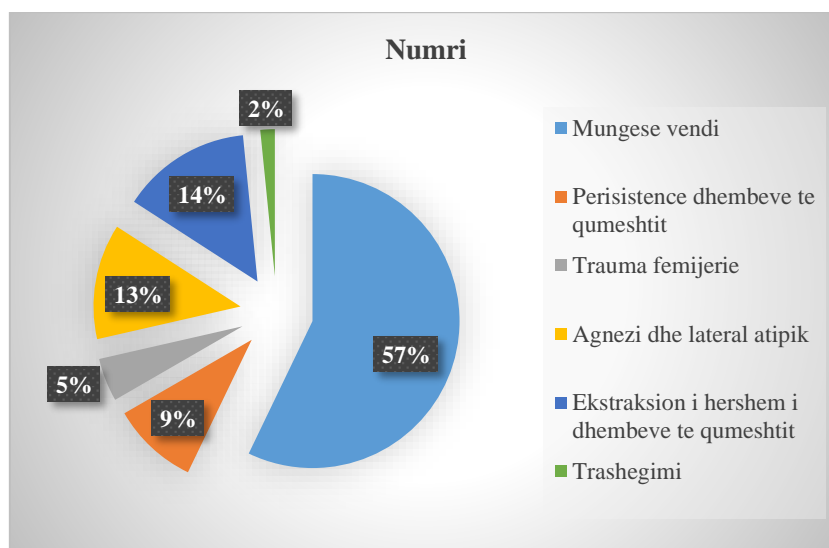


Figura 3-3 Tregon grafikun e shpërndarjes sipas faktorit etiologjik

Tabela 3-4 tregon shpërndarjen e pacientëve sipas pozicionimit në nofull. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 19.1% të pacientëve të përfshirë në studim është mandibular dhe në rreth 80.9% maksilar. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-4 Tregon shpërndarjen e pacientëve sipas pozicionimit të dhëmbit të përmbajtur në nofull.

Nofulla	Numri	Përqindja
Mandibul	17	19.1
Maxile	72	80.9

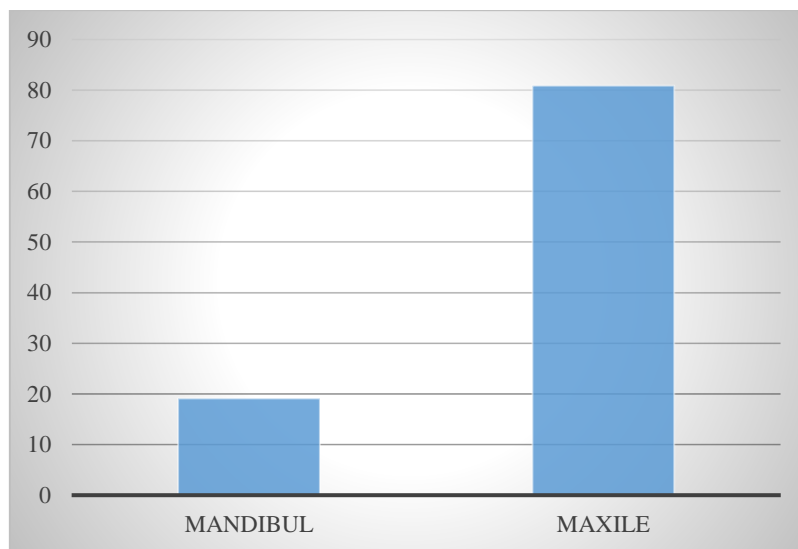


Figura 3-4 Tregon shpërndarjen e pacientëve sipas pozicionimit në nofull.

Tabela 3-5 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas orientimit në nofull. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 57.3% të pacientëve është vestibular, 32.6% palatinal dhe në rreth 10.1% lingual. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-5 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas orientimit në nofull.

Orientimi në nofull	Numri	Përqindja
Vestibular	51	57.3
Palatinal	29	32.6
Lingual	9	10.1

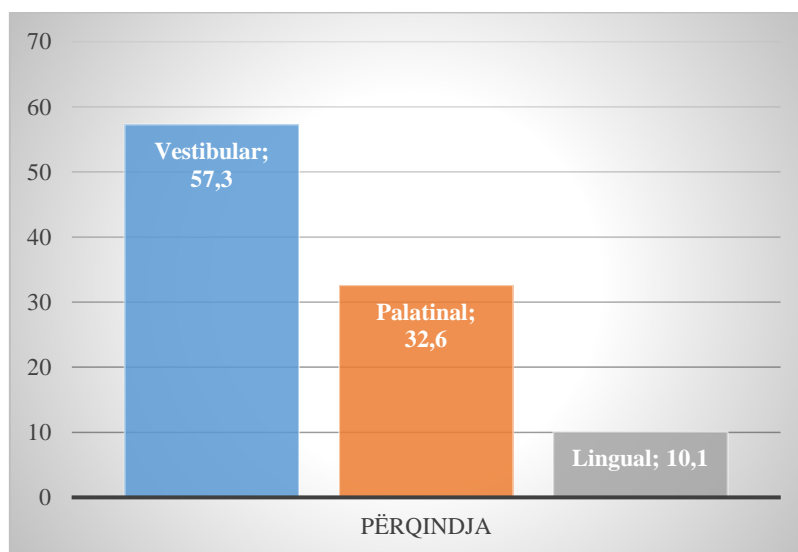


Figura 3-5 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas orientimit në nofull

Tabela 3-6 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e dhëmbit. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 3.4% te pacientëve është centrali maksilar, 2.2% laterali maksilar, 73% kanini maksilar, 5.6% kanini mandibular, 2.2% premolar i parë maksilar, 4.5% premolar i parë mandibular dhe në rreth 9% është premolar i dytë mandibular. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-6 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e dhëmbit.

Lloji i dhëmbit	Numri	Përqindja
Centrali maksilar	3	3.4
Laterali maksilar	2	2.2
Kanini maksilar	65	73
Kanini mandibular	3	5.6
Premolari i parë maksilar	2	2.2
Premolari i parë mandibular	4	4.5
Premolari i dytë mandibular	8	9.0

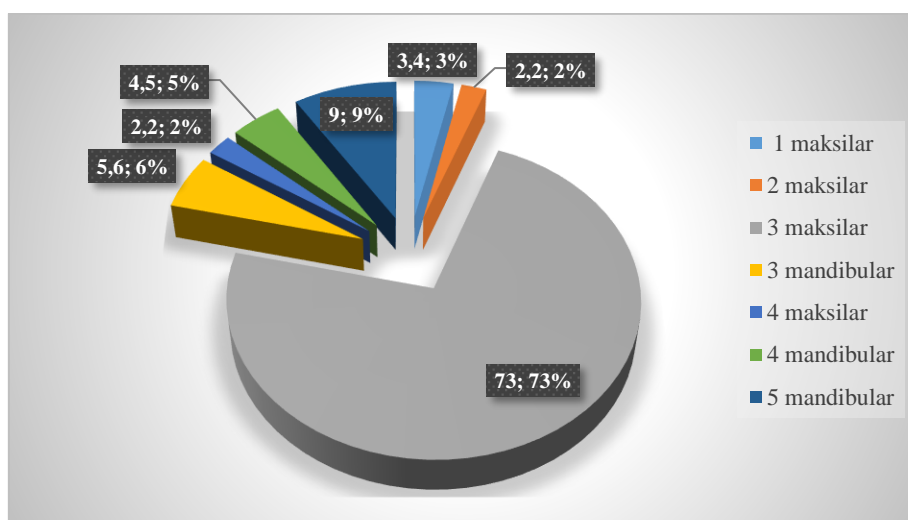


Figura 3-6 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e dhëmbit.

Tabela 3-7 Tregon ndarjen sipas orientimit për kaninët maksilare

Pozicionimi i kaninit maksilar	Numri	Përqindja
Palatinal	43	66.2
Vestibular	22	33.8

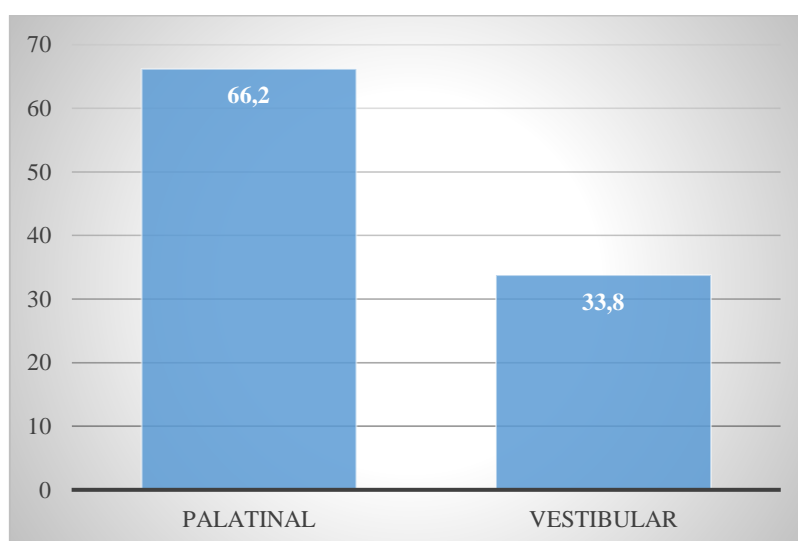
*Figura 3-7 Grafiku i ndarjes sipas orientimit të kaninit maksilar*

Tabela 3-8 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e ekzaminimit radiologjik. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 60.3% të pacientëve është 3D dhe në rreth 39.7% 3D dhe Panoramex. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-8 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e ekzaminimit radiologjik

Lloji i ekzaminimit radiologjik	Numri	Përqindja
3D+ Panoramex	38	60.3
Panoramex	25	39.7

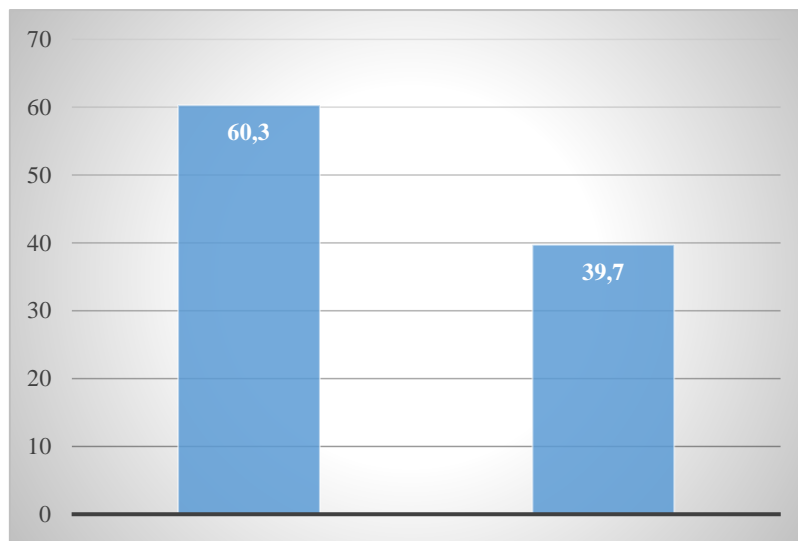


Figura 3-8 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e ekzaminimit radiologjik

Tabela 3-9 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e aksesit kirurgjikal. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 1.6% të pacientëve është ekstraksion i dhëmbëve të qumështit, në 30.2% është mukozal dhe në rreth 68.3% është mukozal +kockor. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-9 Tregon shpërndarjen e pacientëve në lidhje me aksesin kirurgjikal

Lloji i aksesit	Numri	Përqindja
Ekstr. Dh. Qumështi	1	1.6
mukozal	19	30.2
Mukozal+kockor	43	68.3

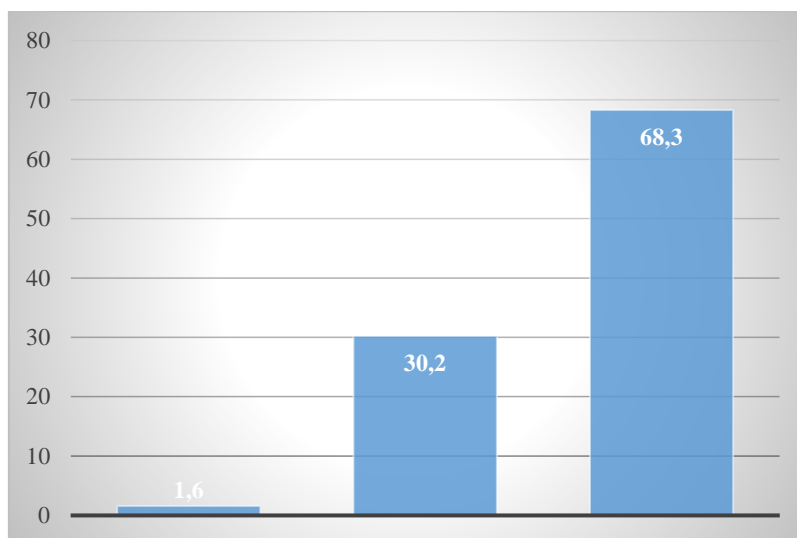


Figura 3-9 Tregon shpërndarjen e pacientëve në lidhje me aksesin kirurgjikal

Tabela 3-10 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e teknikës kirurgjikale të përdorur. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 1.6% e pacientëve të përfshirë në studim kemi ekstraksion të dhëmbit të qumështit, 41.3% është ekspozim i hapur, në 14.3% ekspozim i hapur me lazer ,në 1.6% i kombinuar dhe në rreth 41.3% i ekspozimi i mbyllur. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-10 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e teknikës kirurgjikale.

Lloji i teknikës kirurgjikale	Numri	Përqindja
Ex. dhëmb qumështi	1	1.6
Hapur	26	41.3
Hapur L	9	14.3
Kombinuar	1	1.6
Mbyllur	26	41.3

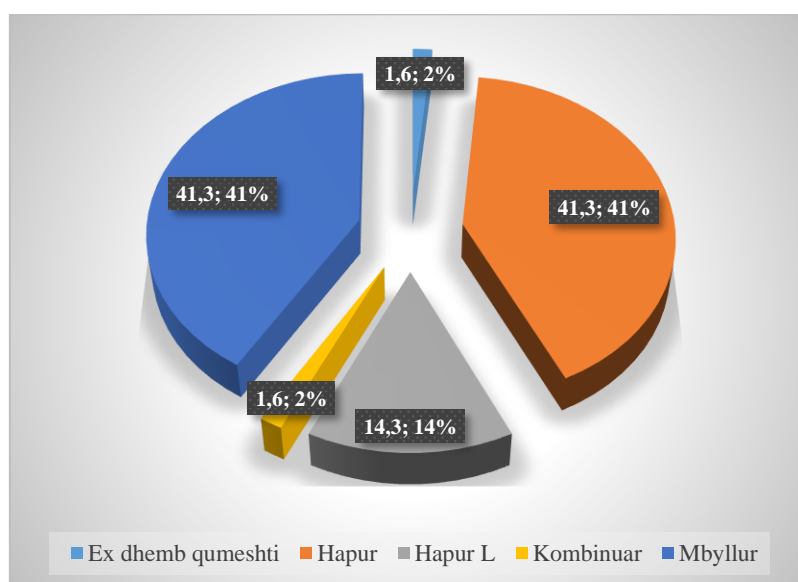


Figura 3-10 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me llojin e teknikës kirurgjikale.

Tabela 3-11 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas kohës së zbritjes. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 38.1% të pacientëve është 2-6 muaj, 41.27% 6.1-12 muaj dhe në rreth 20.63% 12.1-18 muaj. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-11 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas kohës së zbritjes.

Koha e zbritjes	Numri	Përqindja
2-6 muaj	24	38.1
6.1-12 muaj	26	41.27
12.1-18 muaj	13	20.63

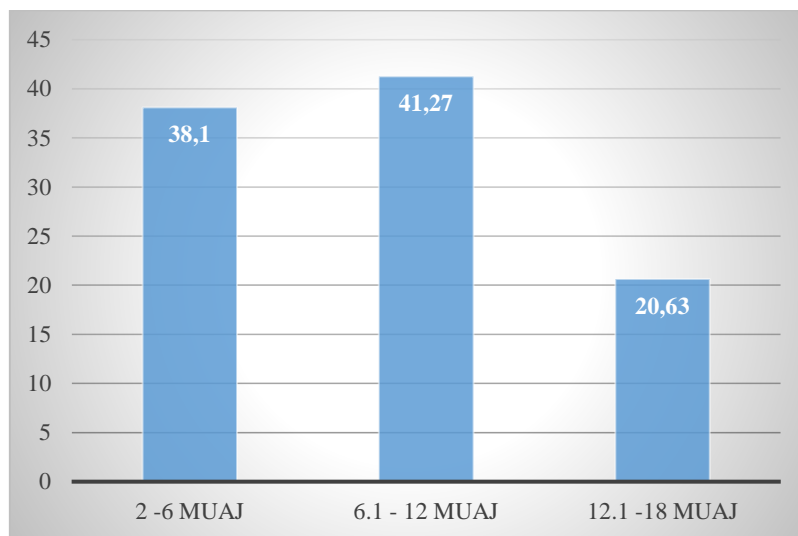


Figura 3-11 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas kohës së zbritjes.

Tabela 3-12 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me pozicionimin në hark. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 98.8% të pacientëve të përfshirë në studim kemi rreshtim në hark ndërsa në 1.2% jo. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-12 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me rreshtimin në hark.

U rreshtuan në hark	Numri	Përqindja
Po	88	98.8
Jo	1	1.2

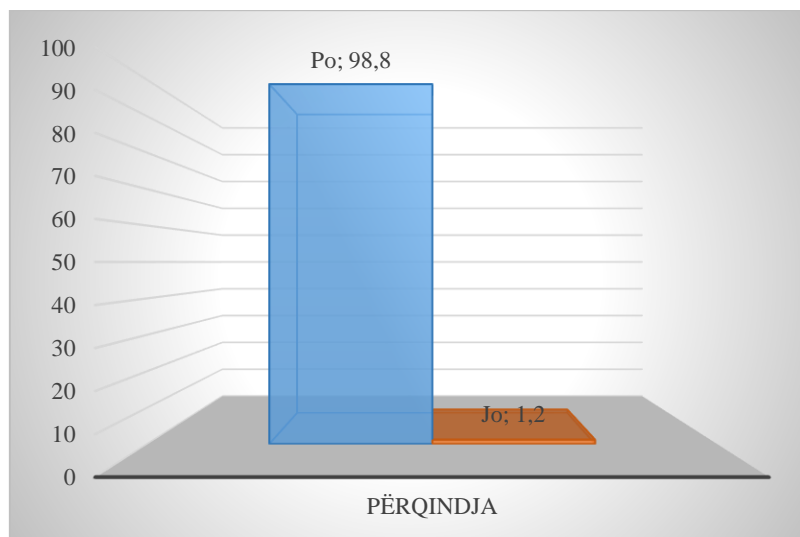


Figura 3-12 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim në lidhje me rreshtimin në hark.

Tabela 3-13 tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas marrjes së medikamenteve postop. Nga rezultatet e studimit vihet re se në 55.6% të pacientëve të përfshirë në studim janë analgjezik, 20.6% analgjezik + antibiotik dhe në rreth 23.8% nuk përdorin asgjë. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-13 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas marrjes së medikamenteve postop.

Medikament postop	Numri	Përqindja
analgjezik	35	55.6
Analgjezik+antibiotik	13	20.6
asgje	15	23.8

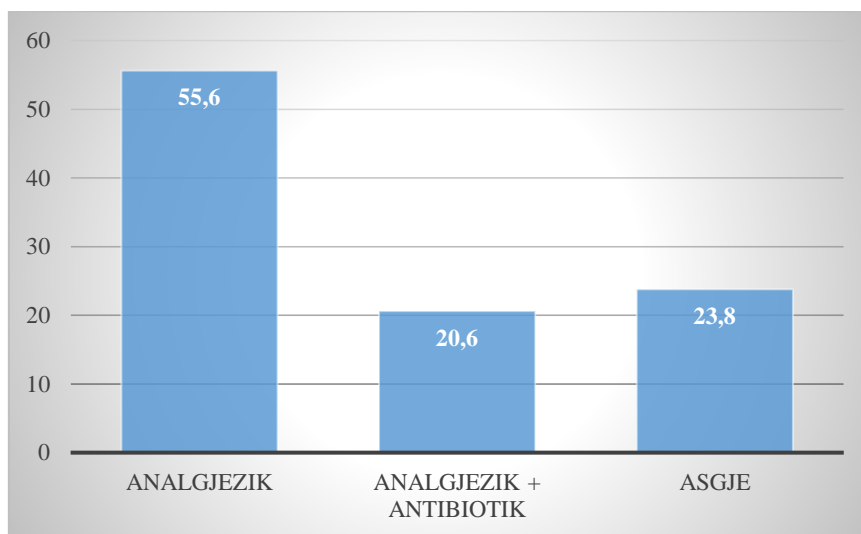


Figura 3-13 Tregon shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas marrjes së medikamenteve postop.

Tabela 3-14 tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe llojit të teknikës kirurgjikale. Nga rezultatet e studimit vihet re se ekziston një lidhje statistikisht e rëndësishme nga ku vlera e $p=0.015$. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-14 Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe llojit të teknikës kirurgjikale.

Variablat	Ex dhëmb qumështi	Hapur	Hapur L	Kombinuar	Mbyllur	Vlera e p-së
Mandibul	1(100)*	6(23.1)	0(0.0)	0(0.0)	5(19.2)	
Maksilë	0(0.0)	20(76.9)	9(100)	1(100)	21(80.8)	$P=0.015$ £

£ vlera e p-së sipas testit hi-katror
*vlerat absolute dhe përqindjet në kllapa

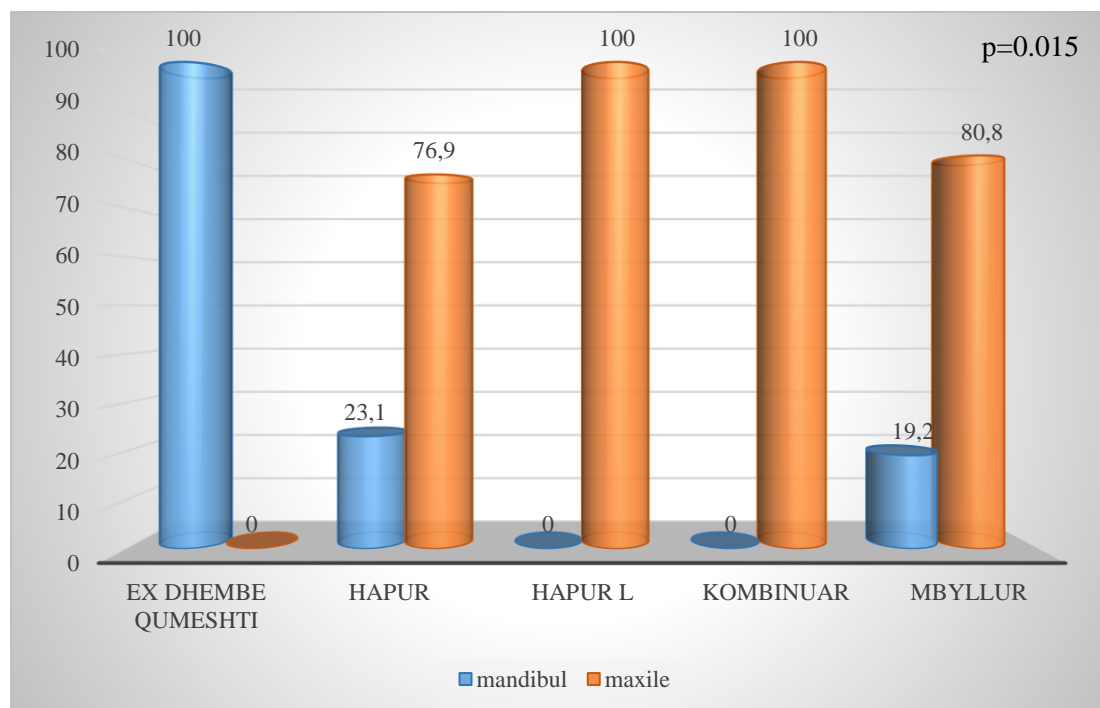


Figura 3-14 Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe llojit të teknikës kirurgjikale.

Tabela 3-15 tregon korrelacionin ndërmjet moshës dhe kohës së zbritjes. Nga rezultatet e studimit vihet re se ekziston korrelacion statistikisht i rëndësishëm ndërmjet moshës dhe kohës së zbritjes, nga ku vlera e $p=0.000$. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në scatterplotin e mëposhtëm.

Tabela 3-15 Tregon korrelacionin ndërmjet moshës dhe kohës së zbritjes.

Correlations			mosha e të intervistuarve	koha e zbritjes
Spearman's rho	mosha e të intervistuarve	Correlation Coefficient	1.000	.510**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	63	63
	koha e zbritjes	Correlation Coefficient	.510**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

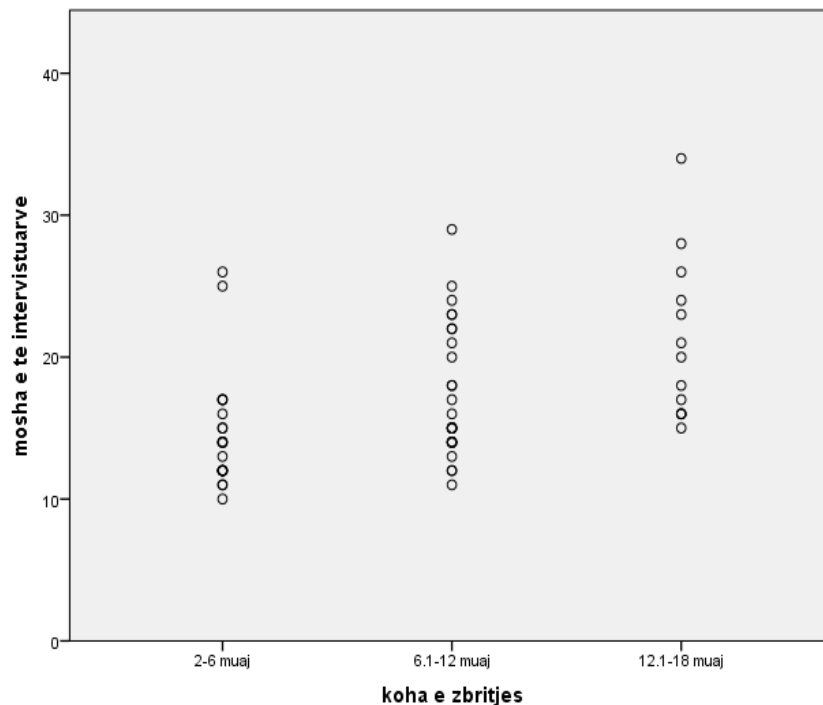


Figura 3-15 Korrelacioni ndërmjet moshës dhe kohës së zbritjes.

Tabela 3-16 tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe kohës së zbritjes. Nga rezultatet e studimit vihet re se nuk ekziston një lidhje statistikisht e rëndësishme pasi vlera e $p=0.469$. Këto të dhëna paraqiten më të detajuara edhe në figurën e mëposhtme.

Tabela 3-16 Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe kohës së zbritjes.

Variablat	2-6 muaj	6.1 – 12 muaj	12.1 – 18 muaj	Vlera e p-së
Mandibul	4 (17.4)*	4 (14.8)	4 (30.8)	p=0.469£
Maksilë	19 (82.6)	23 (85.2)	9 (69.2)	

£ vlera e p-së sipas testit hi-katror
*vlerat absolute dhe përqindjet në kllapa

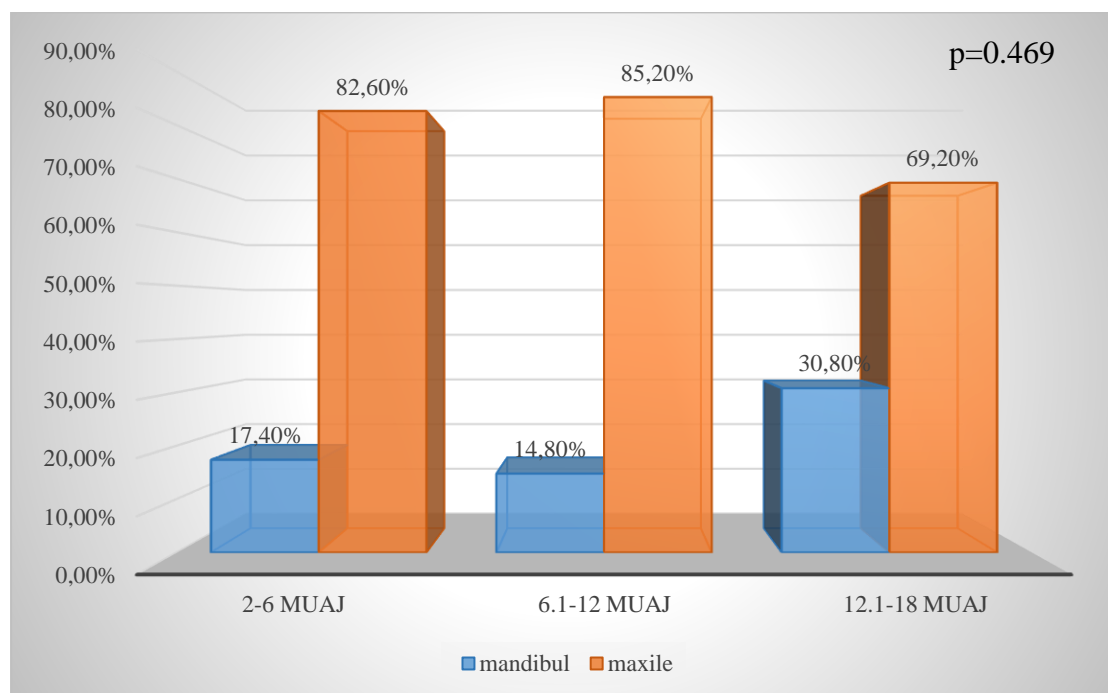


Figura 3-16 Tregon lidhje ndërmjet pozicionimit në nofull dhe kohës së zbritjes.

4 KAPITULLI IV

4.1 DISKUTIME

Dhëmbët e përmbajtur janë bërë fushë studimi dhe veprimi për shumë specialitete të Stomatologjisë.

Studimin e tyre mund ta trajtojmë në shumë këndvështrime dhe specialitete të stomatologjisë. Studimi ynë u përqendrua tek ata dhëmbë të përmbajtur që kanë vlera funksionale e estetike dhe synimi parësor në trajtimin e tyre është sjellja në harkun dentar.

Kontrollet periodike te mjeku, përveç se luajnë rol në profilaksinë e dhëmbëve të përmbajtur, ndikojnë dhe në fillimin e hershëm të trajtimit, që do të pasohet me rezultate më të mira dhe në një kohë më të shkurtër.

Në moshat më të vogla, rezultatet janë më të shpejta si rrjedhim i faktit që strukturat dentare dhe nofullat nuk e kanë përfunduar zhvillimin e tyre, por motivimi në këto moshë shpesh është i munguar. Periudha e adoleshencës, me ndryshimet emocionalo-fiziologjike është shpesh një pengesë për fillimin dhe suksesin e trajtimit.

Në grup-moshat mbi 20 vjet, motivimi është më i madh. Dëshira për të pasur një buzëqeshje të bukur dhe njëkohësisht dhëmbë të shëndetshëm është më e madhe. Suksesi në këtë rast kompromentohet nga fakti që sistemi nofull-fytyrë ka përfunduar zhvillimin me kohë.

Në të gjitha rastet, pavarësisht moshës së pacientit, mjeku duhet të japë motivim për pacientin, duhet të përshkruajë me kujdes dhe në mënyrë korrekte:

- Pasojat e mostrajtit
- Kohëzgjatjen e trajtimit
- Etapat e trajtimit
- Rezultatet e pritshme
- Komplikacionet e mundshme

Bashkëpunimi midis mjekut kirurg dhe ortodont është një pikë kyçe në suksesin e trajtimit. Ekspozimi i dhëmbëve të përmbajtur do të pasohet me aplikimin e forcave dhe mekanikën ordodontike. Koha e aplikimit të kësaj tërheqjeje sipas planit ortodontik luan rol në kohën e daljes së dhëmbëve.

Nga vlerësimi i rezultateve të marra nga mostra e pacientëve, në këtë studim u evidentua rëndësia e koordinimit të ortodontit me kirurgun OMF, me qëllim sigurimin e daljes së dhëmbit të përmbajtur në harkadën dentare. Siç raportohet dhe nga literatura [Ericson, Becker] në planin ortodontik ka rëndësi aplikimi dhe mekanika e forcave dhe në planin kirurgjikal përcaktimi i teknikës kirurgjikale sipas rastit klinik. [102]

Objektivi kryesor i këtij studimi është të evidentojë rolin e trajtimit kirurgjikal në ekspozimin e dhëmbëve të përmbajtur dhe suksesin e këtij modaliteti në kirurgjinë ortodontike.

Rastet që u morën në studim përjashtuan dhëmballët e pjekurisë, pasi trajtimi për to është ekstraksioni kirurgjikal.

Në studimin tonë u morën 63 pacientë, me një total prej 89 dhëmbësh të përmbajtur.

- Në të cilët 77.8 % ishin femra. Edhe në shumë studime del se incidenca më e lartë për dhëmbë të përmbajtur është te femrat [103,104,105,106,107,73]. Kjo vlerë varion nga cilësitë e mostrës së marrë në studim, por është fakt që në përqindje më të lartë mbizotëron seksi femër.

Studimi	Femra	Meshkuj
Szarmach IJ	79.3%	20,7%
Smailene D	81.3%	18,6%
Singh M	53%	47%
Studimi ynë	77.8%	20,2%

- Nga rezultatet e studimit u konkludua se grupmosha 10-18 vjeç kishte përqindjen më të lartë (71.4%). Ky rezultat është i pritshëm si për ne, edhe për autorë të tjerë. Përpara moshës 10-vjeçare, mund të diskutohet për vonesë në erupcion të disa dhëmbëve dhe jo për përmbajtje të tyre. Denticioni në këtë moshë është i përzierë dhe në evoluim. Kur në literaturë flitet për dhëmbë të përmbajtur në moshën 10-vjeçare diskutohen centralët maksilar, ndërkohë që për kaninët që janë më të shpeshtë diskutohet në moshën 14-15-vjeçare [104,105,106,107]. Prevalenca e dhëmbëve të përmbajtur reduktohet me rritjen e moshës. Ky fenomen vjen si rezultat i faktit që dhëmbët janë menaxhuar në moshë më të hershme, ose janë trajtuar me ekstraksion kirurgjikal, ose nuk kanë marrë trajtim.
- Sipas literaturës dhe shumë studimeve, faktorët etiologjikë janë kompleksë. Arsyeja kryesore që çon në dhëmbë të përmbajtur, do të jetë mungesa e vendit në harkadën dentare [108,109].

Ky faktor lokal, në dukje i thjeshtë, ka kompleksitetin e vet. Faktorët etiologjikë janë të shumtë dhe mund të ndikojnë në faza të ndryshme të zhvillimit të sistemit dentar. Në momentin e marrjes të anamnezës, në shumicën e pacientëve, mungesa e vendit, duket të jetë shkaktari. Arsyet që çojnë në këtë mungesë vendi jo gjithmonë janë të evidentueshme nga ana e mjekut në momentin e marrjes të anamnezës.

Në raste të tjera, shkaktari është më evident, si në rastin e persistencës të dhëmbëve të përkohshëm, prezencën e supernumeratum apo meziiodens, patologji obstruktive (odontoma), apo trauma të moshës pediatrike.

Mendohet të ketë një komponent gjenetik, për sa u përket dhëmbëve të përmbajtur (Ely et al.,2016), ngelet më pak e qartë etiologjia e kaninëve të përmbajtur palatinalë. Nga ana epidemiologjike ka diferenca racore dhe gjinore, për sa i përket gradës të trashëgimisë (Peck et al.,1994). Brin e ka theksuar që në vitin 1986 lidhjen midis agenezisë të lateralit, apo formës atipike të tij, me kaninin e përmbajtur, duke e shpjeguar me teorinë e guidës. Kjo teori shpjegohet në mënyrë të detajuar dhe në Clinical Cases in Orthodontics. Wiley- Blackwell, edition 22 Jun 2012, si dhe në shumë artikuj [111,112,113].

Faktori etiologjik	63 Totali
Mungesë vendi	36
Persistencë e dhëmbëve të qumështit	6
Trauma fëmijrie	3
Agenezi dhe lateral atipik	8
Ekstraksion i hershëm i dhëmbëve të qumështit	9
Trashëgimi	1

Singh M, në një studim të 2013-s, e liston të parën mungesën e vendit si shkaktar për dhëmbët e përmbajtur, më pas persistence e dhëmbëve të qumështit. Në studimin tone, ekstraksionet e hershme të dhëmbëve të qumështit na japin një vlerë më të lartë. Ndërkohë që atipizmi apo agenezia e lateralit është domethënëse, duke llogaritur faktin që në studim janë përfshirë edhe dhëmbë të tjerë, jo vetëm kaninët.

- Kaninët janë dhëmbët që hasen më shpesh të përmbajtur, me një incidencë 1-3%. Ky rezultat ndryshon nga popullata e marrë në studim.

Gjithsesi, fakt është që këta dhëmbë janë më të shpeshtët që hasen të përmbajtur. Këtë e tregojnë shumë studime të huaja. Me përjashtim të molarit të tretë, dhëmbët që hasen

më shpesh të përmbajtur janë në maksilë dhe janë kaninët (Kurol dhe Bjerkin1982; Bishar 1992; Bondemark Tsiopa 2007). Kjo gjë evidentohet edhe në studimin tonë.

Studimi	% e kaninëve të përmbajtur
Patili S	56.7%
Studimi ynë	73%

- Prevalenca e kaninëve maksilarë të përmbajtur varion nga 0.8-2.8% [110,114]. Kaninët maksilarë të përmbajtur mund të pozicionohen nga ana palatinale apo ajo bukale. Pozicionimi palatinal është më i shpeshti [115,116,117]. Sipas Ericson dhe Kurol, incidenca e pozicionit palatinal në lidhje me atë vestibular është përkatësisht 85% me 15%.

Studimi	Pozicion palatinal	Pozicion vestibular
Ericson & Kurol	85%	15%
Studimi ynë	66.2%	33.8%

- Përcaktimi korrekt i pozicionit të dhëmbit të përmbajtur dhe përcaktimi i raporteve që ai ka me dhëmbët fqinjë dhe strukturat anatomike, është pjesë e diagnozës dhe thelbësor për suksesin e trajtimit. Për shumë vite me radhë janë përdorur radiografi të projeksioneve të ndryshme, për këtë qëllim. Radiografia e zakonshme është ajo që bën evidentimin e një dhëmbi të përmbajtur, por 3D-ja tregon situatën e saktë të këtyre dhëmbëve.

3D-ja, në ndryshim nga grafitë dy-dimensionale, është një ndihmesë shumë madhe për mjekun ortodont, sidomos për atë kirurg, në momentin e ndërhyrjes kirurgjikale, për të parë nëse ky dhëmb ka mbulim kockor dhe mukozal të plotë apo të pjesshëm. Struktura që duhet të ruhen apo të largohen nga mjeku, për të arritur ekspozim të dhëmbit, në të njëjtën kohë të mundësojmë një rrugëtim të lehtë drejt rreshtimit në arkadë.

Sot, 3D-ja i vjen në ndihmë edhe ortodontit. Imazhi 3D mundëson mjekun të zgjedhë llojin dhe drejtimin e forcave, në mënyrë që të mos dëmtojë rrënjët e dhëmbëve fqinjë në traksion e sipër të dhëmbit të përmbajtur, sidomos për rastet me impaktim të thellë.

Duke iu referuar dhe protokolleve të autorëve të ndryshëm [118,119,120,121,122,123] për të gjithë pacientët, me qëllim përmbushjen e objektivave të këtij studimi, u

përcaktua diagnoza dhe pozicionimi i dhëmbit të përmbajtur, duke përdorur në 39,7 % të rasteve radiografinë panoramike dhe në 60.3% edhe ekzaminimin 3D, duke mbajtur në konsideratë afërsinë e dhëmbëve të përmbajtur me rrënjët e dhëmbëve fqinjë hapësirën në arkadën dentare dhe kockën alveolare.

- Lloji i teknikës kirurgjikale luan rol në suksesin e trajtimit. Gjithashtu teknikat operatore përzgjidhen edhe duke marrë në konsideratë fatin e indeve rrethues të dhëmbit pas rreshtimit. Pra, synohet sjellja në hark e dhëmbit me një periodont dhe gingivë fikse sa më të shëndetshme. Përdorimi i lazerit për ekspozimin e dhëmbëve të përmbajtur sjell disa avantazhe. Kjo metodologji siguron një teknikë kirurgjikale selektive, mini-invazive dhe ruajtjen e indit periodontal. Për shkak të biostimulimit, procesi i shërimit të plagës realizohet shpejt dhe pa diskonfort për pacientët. Mungesa e hemorragjisë gjatë manipulimit jep mundësi për vendosjen e menjëhershme të braketave. Duke marrë në konsideratë efektin baktericid që kjo metodologji siguron, shmanget administrimi i antibiotikeve në fazën postoperative [95,102].

Siç raportojnë autorë të ndryshëm, për një trajtim kirurgjikal-ortodontik të suksesshëm ndikojnë dhe faktorë që lidhen me kirurgun, ortodontin dhe pacientin. Ekzistojnë shumë raportime në literaturë në lidhje me metodën e hapur dhe të mbyllur [124,125,126,127,128]. Krahasimi i ekspozimit të hapur (konkretisht me lembon e rivendosur në mënyrë apikale) dhe ekspozimit të mbyllur, u ndërmor nga grupi Seattle, i cili përdori një mostër të përzier të incizivëve dhe kaninëve në studimin e tyre [82]. Në lidhje me ata që trajtohen me metodën e hapur kirurgjikale, u gjetën rezultate më të dobëta në matje periodontale dhe vlerësim estetik. Konfirmimi i mëtejshëm i rezultateve të mira klinike periodontale që duhen pare, kur përdoret teknika e mbyllur e eruptimit, si në rastet e kaninit bukal, ashtu edhe në atë palatinal, vjen nga një studim i kryer në UK [71].

Në studimin tonë, 26 raste janë trajtuar me metodën e hapur, 26 me metodën e mbyllur, 1 rast i kombinuar, 9 me lazer, 1 rast me ekstraksion dhëmbësh qumështi. Në studimin tonë del një lidhje midis teknikës së zgjedhur dhe nofullës, ku $p=0.015$

- Rezultati final i këtij trajtimi do të quhet kur dhëmbi arrin të rreshtohet në arkadën dentare. Për të arritur këtu, ortodonti duhet të rregullojë okluzionin, të sigurojë hapësirën e duhur në hark si dhe të sigurojë një bazë të fortë nga do të aplikojë tërheqjen e dhëmbit. Kjo fazë kërkon zakonisht një vit kohë. Pra është e qartë që ortodonti është përgjegjës për suksesin e trajtimit. Kirurgu OMF është përgjegjës për suksesin e ndërhyrjes operatore, që t'i sigurojë ortodontit akses në dhëmbin e përmbajtur.

- Koha e trajtimit që fillon pas përfundimit të fazës së pubertitetit, do të jetë më e gjatë. Autorët raportojnë që koha e mbërritjes së dhëmbit në arkadën dentare pas trajtimit kirurgjikalo-ortodontik tek grupmoshat 13-19 vjeç, është më e shpejtë në krahasim me grupmoshat më të mëdha, për shkak të rreziqeve të ankilozimit [129,104,105].
- Në studime që i referohen kësaj çështjeje, faktori moshë vlerësohet si domethënës për suksesin dhe kohëzgjatjen e mjekimit [129]. Studimi thekson se në rastin kur kemi të bëjmë me pacientë, tek të cilët ka përfunduar maturimi i nofullave, rritet ndjeshëm kohëzgjatja e trajtimit. Kështu në këtë studim del se për pacientë 11 vjeç, trajtimi zgjati 1 vit, 12 vjeç - 15 muaj dhe te pacientët 33-vjeçare kohëzgjatja shkoi deri në 4 vjet.
- Në studimin tonë vihet re që ka një lidhje të ngushtë midis moshës së pacientëve dhe kohës së rreshtimit të dhëmbëve në arkadën dentare. Ky fakt është fiziologjikisht i kuptueshëm, por merr rëndësi në planin e punës. Është fakt që pacientët përveç rezultatit, shpesh herë koha merr rëndësi më të madhe. Gjatë kësaj kohe pacienti përveç se duhet të jetë në kontakt të vazhdueshëm me mjekun, ka një aparat fiks në gojë.
- Në këtë studim është përshkruar dhe kujdesi postoperator për pacientët.

Pas trajtimit kirurgjikal, 55.6% e pacientëve kanë përdorur analgjezik, 20.6% analgjezik dhe antibiotik.

Trajtimet kirurgjikale në përqindjen më të madhe të rasteve pasohet me fenomene inflamatore, pavarësisht teknikës së aplikuar. Këto fenomene ndryshojnë në varësi të llojit të ndërhyrjes, llojit të indeve që preken, moshës së pacientit dhe specifikës individuale të pacientit. Administrimi i antibiotikëve për çdo ndërhyrje nuk është i rekomandueshëm, duke pasur parasysh efektet anësore që kanë përdorimi pa kriter i tyre. Analgjezikët në shumicën e rasteve janë administruar për menaxhimin e dhimbjes. Dhimbja është fenomeni më i pritshëm pas një ndërhyrjeje kirurgjikale. Antiseptiket orale janë të domosdoshme, pasi mbajtja pastër e plagës operatorë është kusht thelbësor për suksesin e kirurgjisë [126].

4.2 RASTET KLINIKE

Rasti klinik 1

Pacientja gjinia femër, moshë 14 vjeç, vendlindje dhe vendbanim në zona rurale, paraqitet tek mjeku stomatolog; me ankesën për mos dalje të dhëmbëve, central, lateral, kanin majtas sipër.

Anamneza: prindërit referojnë se në moshën 5 vjeçare në lojë e sipër vajza ka pësuar trauma në dhëmbët e sipërm. Si rezultat i traumës ka humbur centralin maksilar të majtë të përkohshëm dhe plage gingivare. Janë paraqitur te mjeku i qendrës së banimit, që i ka qetësuar me faktin që dhëmbi që ka humbur, është dhëmb i përkohshëm.

Nuk është bërë asnjë ekzaminim shtesë, apo këshillim dhe ndjekje e rastit në kohë për të parandaluar pasojat në sistemin dentar permanent.

Ndërkohë që lateralin e qumështit e ka humbur pas dy vjetësh, si rezultat i lëvizshmërisë. Nuk ka pasur me kontakt me mjekun stomatolog dhe për disa vite priste daljen e dhëmbëve të përhershëm.

Ekzaminimi klinik; Mungesë e 21, 22,23. Persistencë e 63. 11, i spostuar mezialisht, fonetike e prekur.



Figura 4-1 Ekzaminimi panoramik.



Figura 4-2 Analizë e modeleve

Diagnoza; 21,22,23 të përmbajtur si rezultat i traumës. Trauma ka shkaktuar humbje të parakohshme të dhëmbëve të qumështit, keqpozicionim të folikujve të dhëmbëve permanent.

Humbja e parakohshme e dhëmbëve të qumështit ka një rol të rëndësishëm në etiologjinë e shumë anomalive të dhëmbëve dhe të nofullave. Humbje e parakohshme quhet kur është me shumë se 6 muaj nga koha e rregullt e nderimit

Plani i trajtimit; trajtim ortodontiko-kirurgjikal.

Trajtimi ortodontik filloi menjëherë mbas vendosjes së diagnozës, me RPE active për një muaj më pas aparat ortodontik fiks.

Trajtimi kirurgjikal u aplikua 6 muaj pas fillimit të trajtimit ortodontik, me anestezi lokale lembo muko-periostale vestibulare nga 11-24. ekstraksion i 63. Zbulim i siperfaqeve vestibulare nga kocka i 21, 23. 22 ishte i mbuluar vetëm me mukozë. Zbulimi u bë pa kaluar lidhjen smalto-cement. Vendosja e braketave, suturim i lembos (metoda e mbyllur).

Tërheqja e dhëmbëve filloi sipas radhës, kanini, laterali, centrali.



Figura 4-3 Ndërhyrja kirurgjikale



Figura 4-4 Aparati REP



Figura 4-5 Situata 4 muaj pas ndërhyrjes



Figura 4-6 Situata 6 muaj pas ndërhyrjes



Figura 4-7 Situata 9 muaj pas ndërhyrjes

Rasti klinik 2

Pacienti V.C, gjinia mashkullore, mosha 15 vjeç, në kontroll rutinë tek stomatologu ankon për mosndërrim të disa dhëmbëve të qumështit.

Në ekzaminim klinik vihet re persistenca e 52,52,62,63, 73,83. Në grafi panoramex, u pa agenezi e lateraleve permanent, dhe përmbajtje e kaninëve. Pacienti rekomandohet tek mjeku ortodont dhe kirurgu oral, për determinim diagnoze.



Figura 4-8 Ekzaminimi klinik



Figura 4-9 Pamje në okluzion qendror

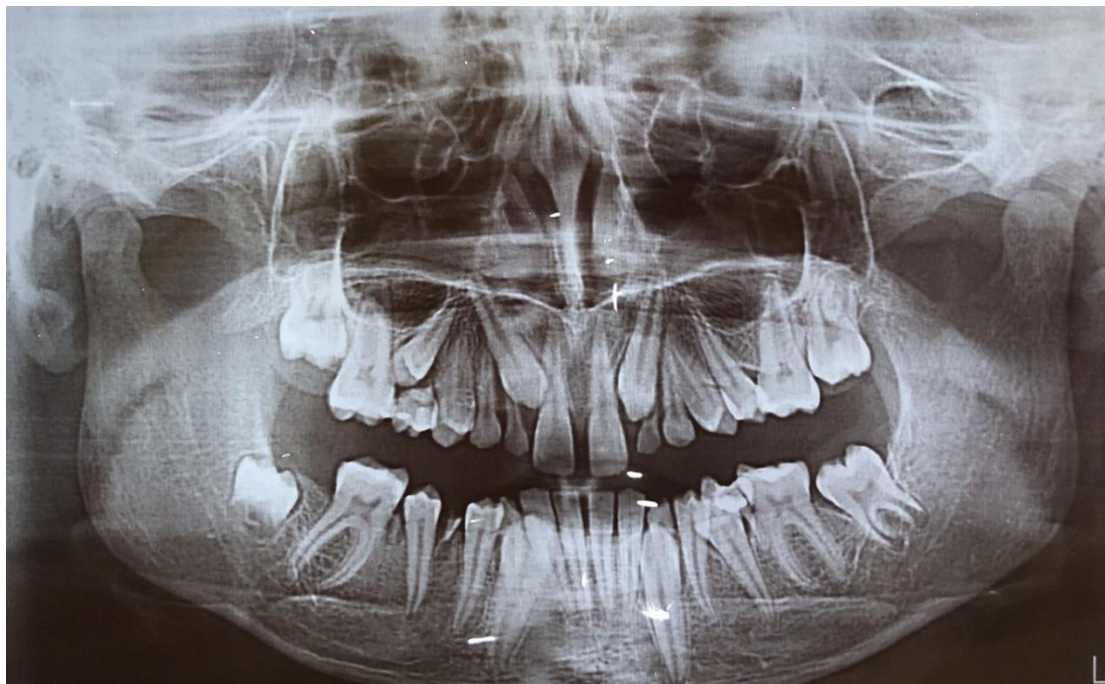


Figura 4-10 Ekzaminimi radiografi panoramike

Ekzaminim ortodontik ekstraoral:

Mezocefalik, pa asimetri faciale, plika të theksuara dhe kate jo të barabarta të fytyrës.

Ekzaminimi intraoral: kafshim i thellë me mbulim total të incizivëve inferior nga ata superior, diasteme e theksuar.

Vihet re agenezi e inciziveve laterale superior bilateral, kaninë superior me përmbajtje të plotë kockor, kaninë inferior plotësisht dhe pjesërisht te përmbajtur.

Paraprakisht u bënë ekstraksionet e dhëmbëve te përkohshëm prezente. Shumë shpejt mbas ekstraksionit të 52,53 dhe 62,63 u pa zbritja e kaninëve maksilarë. 2muaj



Figura 4-11 Ekstraksioni i dhëmbëve të përkohshëm

U vendos aparati orodontik fiks në nofullën e sipërme.



Figura 4-12 Vendosja e aparatit fiks



Figura 4-13 Eruptimi i kaninëve maksilar

Aparati fiks në nofullën e poshtme u vendos 4 muaj pas vendosjes në nofullën e sipërme.



Figura 4-14 Vendosja e aparatit fiks në nofullën e poshtme

Si rezultat i hapësirës së madhe në nofulla u vendos (mbasi u informuan prindërit) që kaninët të pozicionohen në vendin e tyre, dhe jo ngjitur me centralet, pasi do ngeleshin shume hapësira midis dhëmbëve. Lateralet do të zëvendësohen më vonë me protetike apo implante, pasi të kalojë moshën 18 vjeçare

Ndërkohë në nofullën e poshtme, vazhdon trajtimi për krijimin e hapësirës për kaninët. Pas një viti, nga vendosja e aparatit në nofullën e poshtme, u krijuan hapësirat e nevojshme dhe u bë ndërhyrja kirurgjikale për ekspozimin e 33. Në ekzaminim lokal dhe radiografik u pa që 33 kishte përmbajtje të plotë mukozal dhe të pjesshëm kockor. Me anestezi lokale infiltrative bilaterale, ndërhyrje nga ana orale, u bë ekscizion i mukozës për lirim të faqes vestibulare të dhëmbit, lirim me frezë kirurgjikale të kockës alveolare, irrigim me solucion fiziologjik, pa kaluar ligamentin zmallt cement, vendosja e një mbulose kirurgjikale ZnO, për hemostaze, që të mundësohej ngjitja e braketës tek dhëmbi.



Figura 4-15 Fazë ndërmjetëse trajtimi



Figura 4-16 Krijimi i vendit për kaninët në mandibul



Figura 4-17 Ndërhyrja kirurgjikale, ekscizion i mukozës, për zbulimin e faqes vestibulare të dhëmbit



Figura 4-18 *Ekscizion i një pjese kockore dhe zbulim i faqes vestibulare të dhëmbit*



Figura 4-19 *Vendosja e pastës me ZnO për hemostazë*



Figura 4-20 *Ngjitja e braketës tek dhëmbi*

U mundësua rreshtim korrekt i dhëmbëve në harkadën e poshtme dhe rreshtim korrekt i dhëmbëve në harkadën e sipërme duke ruajtur hapësirë për zëvendësimin e lateraleve.



Figura 4-21 Rreshtimi i kaninëve në hark 8 muaj mbas ekspozimit të kaninit



Figura 4-22 Pamje në përfundim të trajtimit

Ju vendosën dhe dy dhëmbë rezine, për të zëvendësuar lateralet për të zgjidhur problemin estetik për periudhën që përfundon rritja.



Figura 4-23 Zëvendësimi i përkohshëm i lateraleve



Figura 4-24 Heqja e aparatit, nofulla e sipërme



Figura 4-25 Heqja e aparatit, nofulla e poshtme



Figura 4-26 Pamje në okluzion qendror

Rasti klinik 3

Pacienti F.L, mosha 19.5 vjeç, gjinia mashkull

Vendbanim Tiranë

Arsyeja e paraqitjes tek mjeku stomatolog, “njëri nga dhëmbët e qenit duket më i shkurtër”



Figura 4-27 Ekzaminim klinik okluzion qendror



Figura 4-28 Pamje intraorale e harkadave

Në ekzaminim klinik intra oral, vihet re persistenca e 63, dhe mungesa e 23 në hark.



Figura 4-29 Ekzaminimi panoramik

Nga panorameksi dhe ekzaminimi klinik u vendos diagnoza: 23 i përmbajtur.

Trajtimi fillon nga mjeku ortodont, pas ekstraksionit të 63 dhe mbylljes të plagës aplikohet aparat ortodontik fiks.

8 muaj pas aplikimit të aparatit fiks u krijua hapësira e nevojshme për 23, dhe u planifikua ndërhyrja kirurgjikale.

Ekzaminim 3D paraprak për të parë raportet e dhëmbit të përmbajtur me dhëmbët fqinjë, si dhe trashësinë e kockës që duhet te largohet.



Figura 4-30 Pamje 3D



Figura 4-31 Pamje 3D të ndryshme për të parë raportet e dhëmbit me strukturat fqinje



Figura 4-32 Ndërrhyrja kirurgjikale

Me anestezi lokale u bë lembo muko-periostale në formë trapezi, nga laterali deri tek premolar i dytë.

U zbulua kocka alveolare vestibulare, u vu re pjesë e kuspitit të dhëmbit. Pra kemi përmbajtje të pjesshme, kockore mukozale.

Lirim i kockes vestibulare që mbulon kaninin, duke krijuar hapësirë të përshtatshme për aplikimin e braketës. Suturimi i lembos.



Figura 4-33 Foto gjatë trajtimit dhe mbas zbritjes në hark

Zbritje e kaninit 8 muaj mbas interventit.

Heqja e aparatit fiks, 4 muaj mbas pozicionimit të dhëmbit.



Figura 4-34 Pamje në përfundim të trajtimit

Rasti klinik 4

Pacientja I..B. Mosha 18 vjeç. Gjinia femër.

Rekomandohet nga mjeku ortodont për ekspozim kanini të përmbajtur, 23.

Vihet re 22 atipik, që mendohet të jetë shkaku i përmbajtjes të kaninit.



Figura 4-35 Pamje 3D

Pacientja kishte 8 muaj me aparat ortodontik.



Figura 4-36 Pozicionimi palatinal i kaninit



Figura 4-37 Imazhi 3D tregon raportet e dhëmbit me strukturat fqinjë

Me anestezi lokale bilateral, u be lembo në formë zarfi nga ana palatinale, me shtrirje nga centrali deri te premolar i anës të majtë. Premaprim i lembos muko-periostale. Evidentim i dhëmbit, dhe lirim i kockës nga ana vestibulare e kurorës.

Krijimi i homeostazës, për ngjitjen e butonit. Kjo punë u krye nga mjeku kirurg, në këtë rast. Butoni u vendos nga faqja palatinale e dhëmbit.



Figura 4-38 Krijimi i lembos në formë zarfi

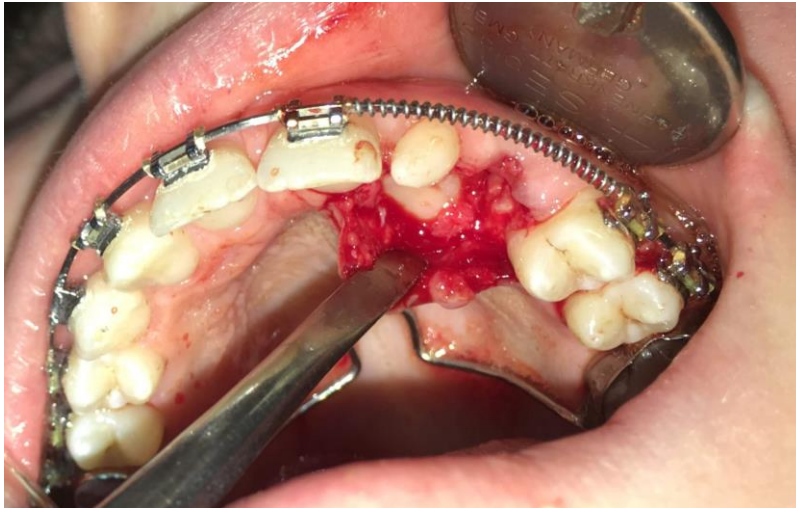


Figura 4-39 Preparimi i lembos



Figura 4-40 Acidifikimi dhe preparimi për bondim



Figura 4-41 Bondimi i butonit

Përpara suturimit kontrollohet bondimi duke i dhënë forcë tërheqëse zinxhirit. Nëse bondimi është në rregull bëhet suturimi.

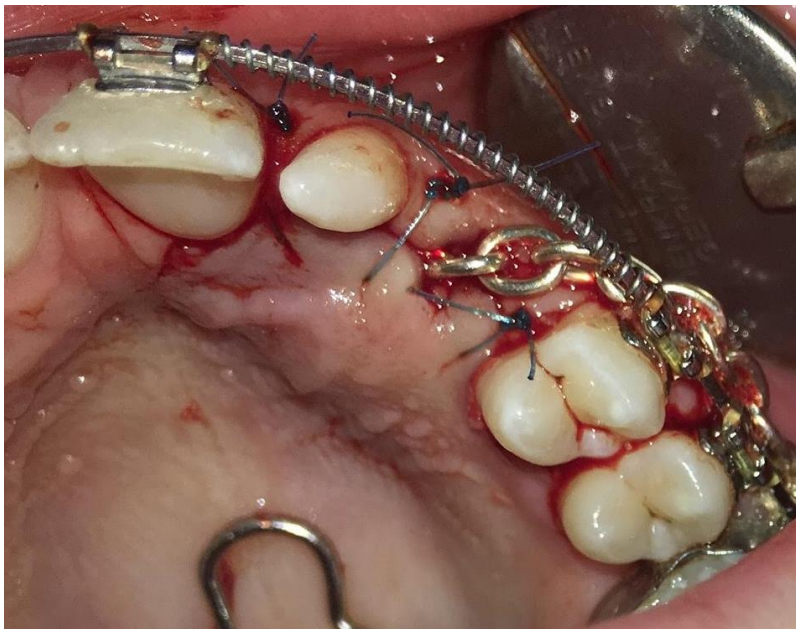


Figura 4-42 Suturimi i lembos



Figura 4-43 Pamje 2 muaj pas ndërhyrjes

Në momentin që dhëmbi zbriti në hark dhe sipërfaqja vestibulare u bë e arritshme, u zëvendësua butoni me braketë.



Figura 4-44 Dhëmbi i eruptuar

Në këtë rast zbritja e dhëmbit mori një kohë më të gjatë se sa pritje, 13 muaj.

Shkak për këtë mendohet të jetë pozicionimi palatinal i dhëmbit duke qenë i mbuluar me një shtresë të trashë kockore nga ana vestibulare, por dhe faktorë të jashtëm, që kanë lidhje me kontrollet jo të rregullta të pacientes tek mjeku ortodont, dhe mosdhënien e forcave në kohën e duhur.

Rasti klinik 5

Pacienti I.Z. Mosha 23 vjeç. Gjinia mashkull.

Pacienti ankon për hapësirë midis dhëmbëve në nofullën e poshtme majtas.

Në ekzaminim klinik u vu re mungesa e njërit nga premolarëve 44, dhe vendi i ishte zënë nga një keqreshtim i 45 dhe 46.



Figura 4-45 Pamje intraorale



Figura 4-46 Pamje në okluzion qendror

Ekzaminimi 3D, vërteton diagnozën, 44 dhëmb i përmbajtur.



Figura 4-47 Pamje 3D, raporte me struktura fqinjë dhe n.mandibular



Figura 4-48 Pamje 3D në projeksione të ndryshme

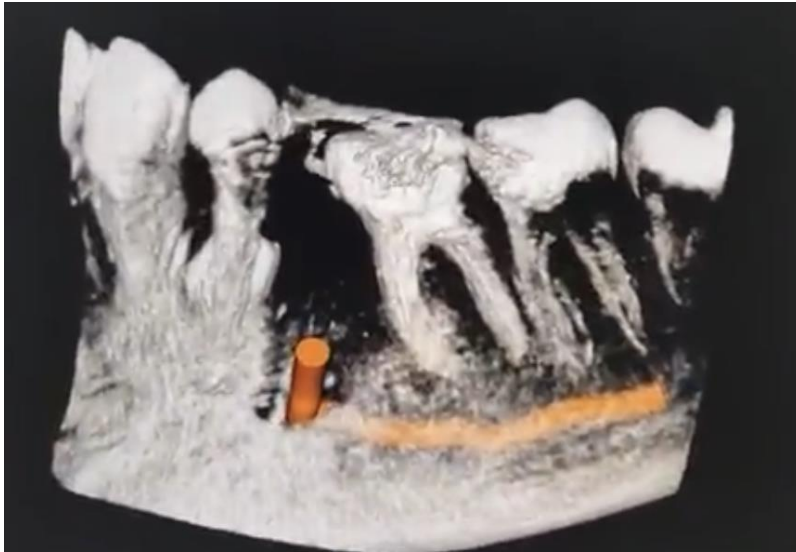


Figura 4-49 Pamje 3D e n.mandibular dhe daljes të tij në foramen

Vendosje e aparatit ortodontik fiks në të dy nofullat. 9 muaj pas aplikimit të aparatit u bë ekspozim kirurgjikal i 44, me metodën e hapur dhe vendosje brakete për tërheqje.



Figura 4-50 Pamje me aparat në gojë dhe dhëmbin e ankoruar



Figura 4-51 Pamje 5 muaj mbas ndërhyrjes



Figura 4-52 Pamje 8 muaj pas ndërhyrjes



Figura 4-53 Pamje 9 muaj pas ndërhyrjes



Figura 4-54 Pamje në fund të trajtimit

Rasti klinik 6

Pacientja E.K. Mosha 15 vjeç. Gjinia femër.

Vendbanim në Tiranë.



Figura 4-55 Pamje klinike dhe analizë modelesh

Kaninët maksilar të përmbajtur, nga ana palatinale



Figura 4-56 Ekzaminimi panoramik

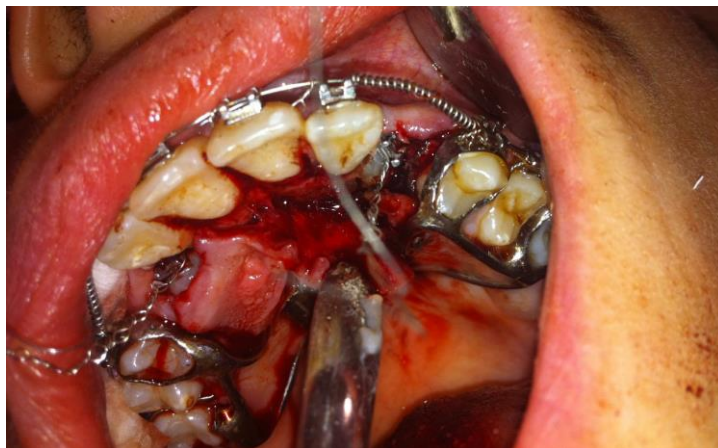


Figura 4-57 Ndërhyrja kirurgjikale

Ndërhyrja kirurgjikale bilateral për zbulimin dhe ankorimin e dhëmbëve.

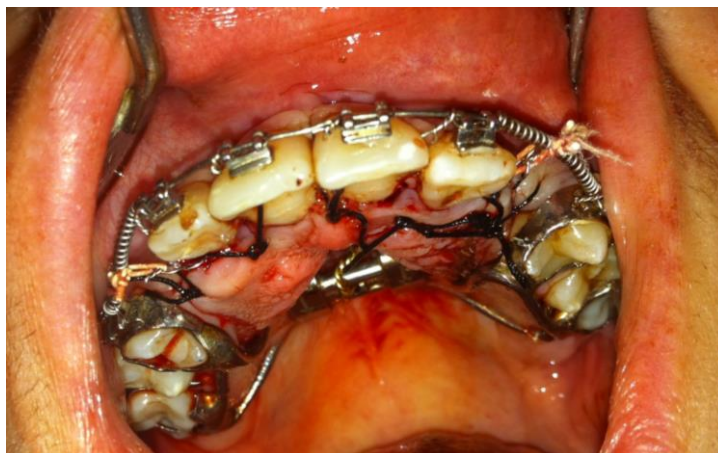


Figura 4-58 Suturimi i plagës

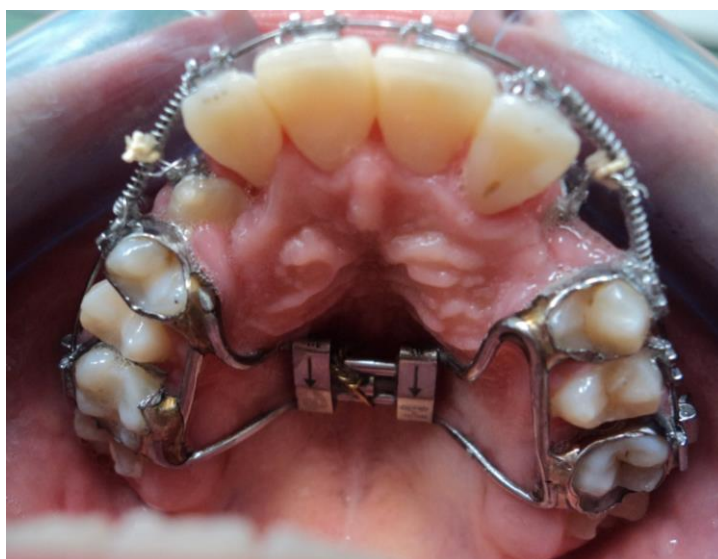


Figura 4-59 Pamje 6 muaj pas ndërhyrjes

Kanini i djathtë ishte pozicionuar me afër harkut dentar dhe si rrjedhim doli më shpejt për 8 muaj, ndërkohë kanini i djathtë ishte më thellë dhe doli për 12 muaj, dhe paraqiti një tërheqje gingivare në raport me krahun e majtë.



Figura 4-60 Pamje 12 muaj pas ndërhyrjes



Figura 4-61 Në përfundim të trajtimit

Rasti klinik 7

Pacientja G.K, Mosha 18 vjeç, gjinia femërore.



Figura 4-62 Pamje intraorale

Ankesat, arsye estetike, hapësira midis dhëmbëve frontal të anës të majtë.

Në ekzaminim klinik vihet re, mungesë e kaninit maksilar ana e majtë. Në radiografi vërtetohet diagnoza kanin i përmbajtur.

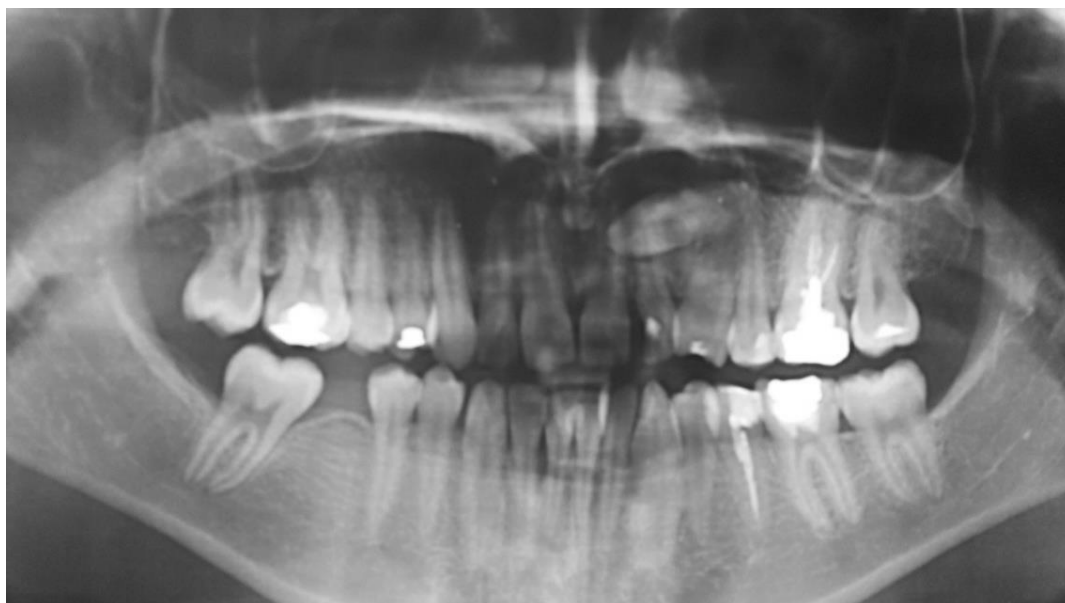


Figura 4-63 Pamje panorameksi

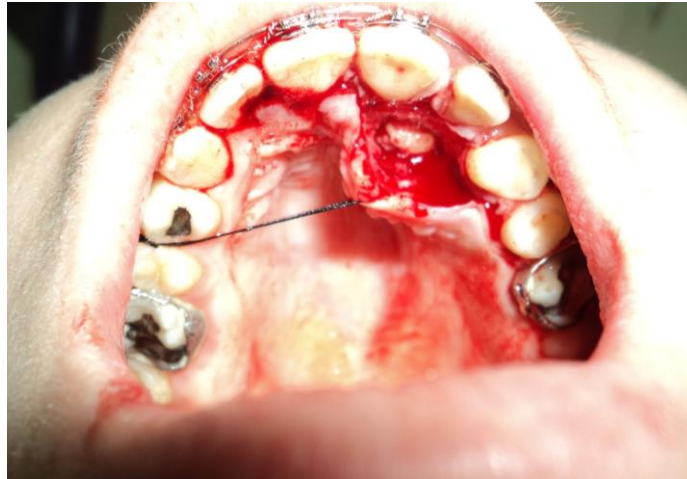


Figura 4-64 Pamje nga ndërhyrja kirurgjikale



Figura 4-65 Pamje 3 muaj mbas ndërhyrjes



Figura 4-66 Pamje pas 7 muajsh

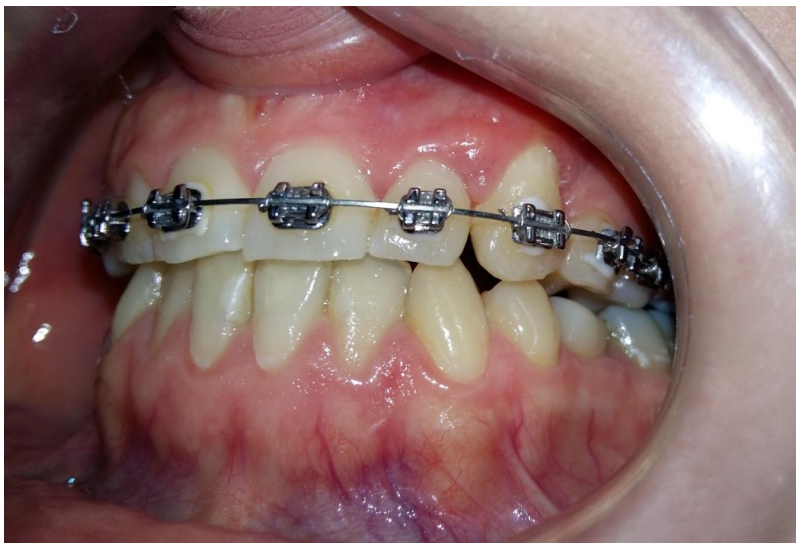


Figura 4-67 Pamje pas 11 muajsh

Dalja në hark pas 11 muajsh. Rasti u zgjidh nga ortodonti me aparat fiks vetëm në nofullën e sipërme.



Figura 4-68 Në përfundim të trajtimit

Rasti klinik 8

Pacienti: D.H. Mosha 12 vjeç. Gjinia mashkull.

Pacienti paraqitet në klinikë për vonesën në erupcion të incizivit central të majtë. Nga ekzaminimi intraoral dhe radiologjik u konstatua mungesë e hapësirës për erupcionin e duhur ndaj u vendos një Rapid Ekspander Maksilare (REM) me një krah mbështetur në krestën alveolare për një periudhë 9 mujore. Mbas heqjes së REM-it i është kryer ekspozimi me lazer për ta ndihmuar në erupcionin e tij, duke kryer në të njëjtën seance dhe frenulektomin e frenulumit labial, sepse u vlerësua që sillte një pengesë të theksuar në erupcionin. Pas 6 muajsh u krye një braketim 4x2 për pozicionim të saktë të incizivit central.

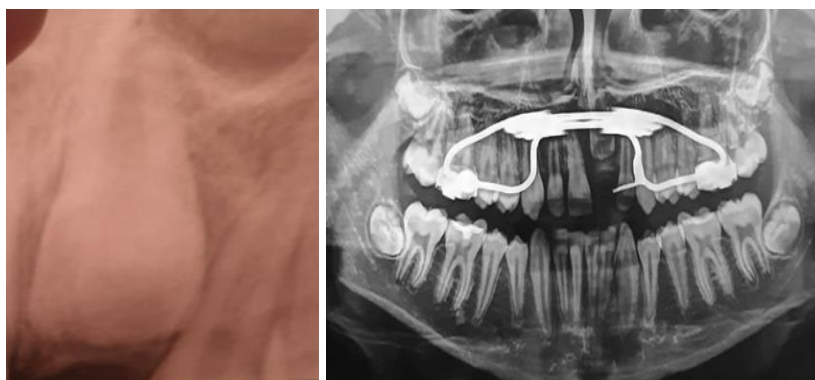


Figura 4-69 Pamje në radiografi apikale dhe panoramike



Figura 4-70 Pamje para ndërhyrjes dhe pas saj



Figura 4-71 Ankorimi i dhëmbit me aparatin fiks



Figura 4-72 Pamje para dhe në fund të trajtimit

Rasti klinik 9

Pacientja: E.B. Mosha 14 vjeç. Gjini femërore.

Nga ekzaminimi rutinë në klinikë, vihet re se pacientja ka mungesë të eruptimit të kaninit maksilar në anën e djathtë (13). Kryen të gjitha ekzaminimet radiologjike të nevojshme: Panorameks, Cefalometri dhe Skaner segmentare për të vlerësuar pozicionimin e saktë të kaninit. Mbasi u krye studimi i rastit u vlerësua të bëhet ekspozimi nëpërmjet lazerit dhe vendosja e aparatit ortodontik QUADELIX ku një herë në muaj kryej tërheqja nëpërmjet zinxhirëve elastike.



Figura 4-73 Ekzaminime imazherike



Figura 4-74 Faza të ndryshme të trajtimit



Figura 4-75 Pamje në fillim dhe gjatë trajtimit

Rasti klinik 10

Pacienti D.L. Mosha 29 vjeç. Gjinia mashkull.

Paraqitet në klinikë për problemin kryesisht estetik por edhe funksional të shkaktuar nga përmbajtja e kaninit maksilar në anën e djathtë (13). Kryen të gjitha ekzaminimet e nevojshme për studimin dhe vlerësimin e rastit. Kryen grafitë radiologjike: Panoramex, Cefalometri dhe Skaneri segmentare. U vlerësua të bëhet trajtimi ortodontik dhe më pas ekspozimi me lazer për të filluar tërheqjen nëpërmjet zinxhirëve elastike për të pozicionar siç duhet elementin dentare në harkadën maksilare.

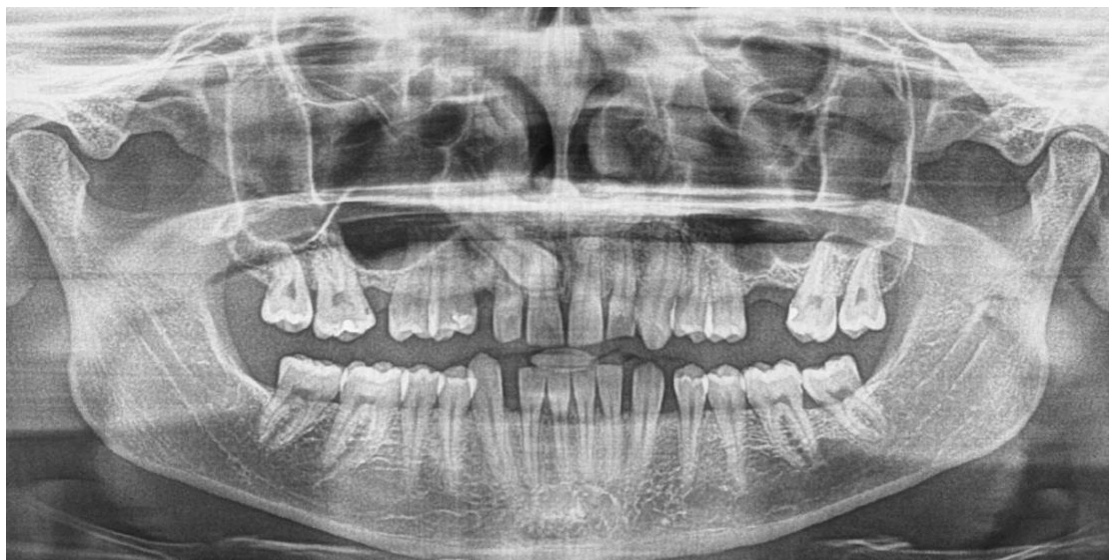


Figura 4-76 Pamje panorameksi



Figura 4-77 Ekspozimi me lazer dhe ngjitja e butonit



Figura 4-78 Ankorimi dhe fillimi i tërheqjes

Rasti klinik 11

Pacientja A.B. Mosha 24 vjeç. Ginia femërore.

Pacientja paraqitet në klinikë për problematikë funksionale për shkak të keqkafshimit dentare dhe mungesës së eruptimit të kaninit maksilar në anën e majtë. Kryen të gjitha ekzaminimet e nevojshme për të vlerësuar nëse kanini ishte vërtet i përmbajtur, n.q.s. po duhej vlerësuar vendndodhja e tij. Të vendosej plani i trajtimit ortodontik për krijimin e hapësirës së nevojshme për eruptimin e elementit dentar (23) dhe korrigjimin e keqkafshimit që paraqiste. Mbas vlerësimit u vendos aplikimi i aparatit ortodontik Quadelix për të realizuar një zgjerim në nivel dentare për shkak të cross-bitet posterior, më pas u realizua braketimi i të dyja harkadave, nivelimi i tyre. Faza tjetër pasohet nga ekspozimi me lazer i kaninit të impaktuar dhe tërheqja e tij nëpërmjet zinxhirëve elastike.

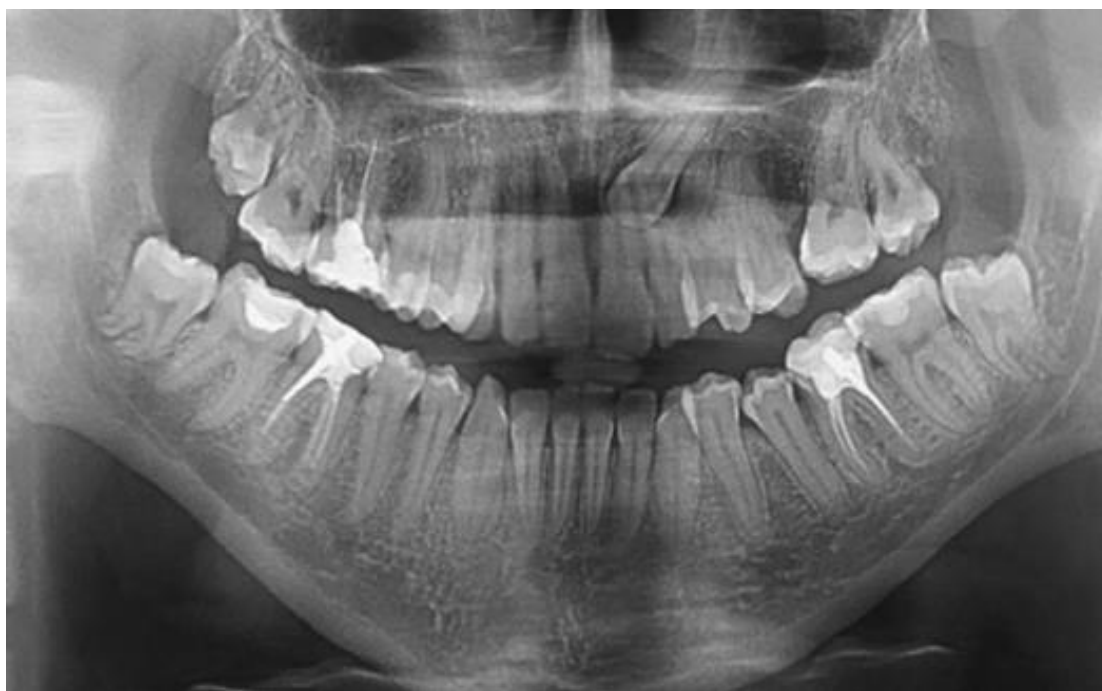


Figura 4-79 Pamje panorameksi



Figura 4-80 Pamje klinike



Figura 4-81 Pamje me aparat ortodontik



Figura 4-82 *Ekspozimi me lazer*



Figura 4-83 *Lirimi nga tërheqja e butonit dhe ankorimi me braketë*

Rasti klinik 12

Pacientja M.R. Mosha 28 vjeç. Gjinia femër.

Mungesë e kaninit mandibular djathtas. Nga ekzaminimi klinik, analiza e modeleve dhe panorameksi u vendos diagnoza, kanini mandibular djathtas i përmbajtur.



Figura 4-84 Analiza e modeleve

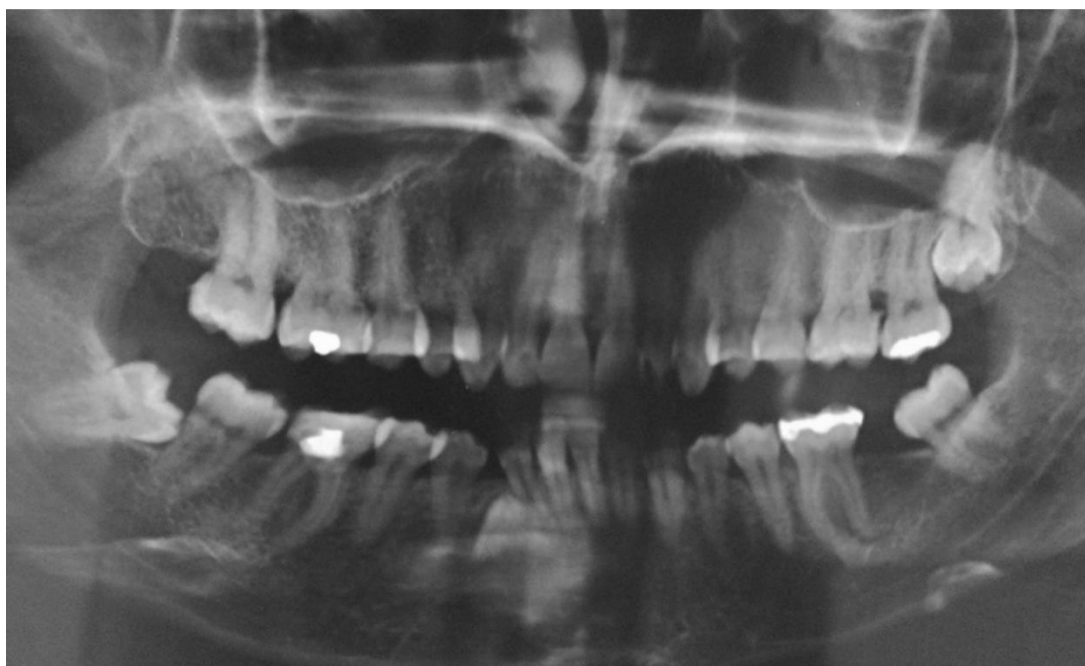


Figura 4-85 Pamje panorameksi



Figura 4-86 Pamje gjatë ndërhyrjes kirurgjikale dhe ankorimit të dhëmbit

Pas gjashtë muajsh nga aplikimi i aparatit fiks u bë ndërhyrja kirurgjikale me metodën e mbyllur.



Figura 4-87 Lidhja e braketës



Figura 4-88 Suturimi i plagës



Figura 4-89 Pas 13 muajsh dhëmbi u pozicionua në hark



Figura 4-90 Pamje vestibulare në përfundim të trajtimit



Figura 4-91 Pamje orale në përfundim të trajtimit

4.3 PËRFUNDIME

Në përfundim të këtij studimi, duke u bazuar nga të dhënat e marra nga rezultatet, mund të nxjerrim këto konkluzione:

1. Rezultatet e studimit treguan se pjesa më e madhe e subjekteve të përfshira në studim ishin femra (77.8%). Grupmosha 10-18 vjeç kishte përqindjen më të lartë (71.4%).
2. Në këtë studim rezultoi që 73% e dhëmbëve të përmbajtur ishin kaninët maksilar dhe nga numri i dhëmbëve të marrë në këtë studim rezultoi një përqindje e lartë e pozicionimit vestibular (57.3%) dhe të lokalizuar në maksilë në (80.9%).
3. Në 41, 3 % të rasteve të trajtuara u aplikua teknika kirurgjikale e hapur.
4. Rastet klinike të marra në studim, konkluduan në një përqindje 98,2, të rreshtuara mirë në arkadën dentare.
5. Arsyeja e përmbajtjes së dhëmbëve në nofull rezultoi në mungesë vendi 57.1%, ekstraksion i hershëm i dhëmbëve të qumështit 14.2%, agenezi dhe lateral atipik 12.6%, perisistencë dhëmbëve të qumështit 9.5%, trauma fëmijërie 4.7%, trashëgimi 1.9%
6. Në 41, 2 % të rasteve të trajtuara, dhëmbët e përmbajtur kanë zbritur në arkadën dentare pas një periudhe 6-12 muaj.
7. Rezultatet e studimit treguan lidhje statistikisht të rëndësishme mes pozicionimit në nofull dhe llojit të aksesit kirurgjikal, ku vlera e $p=0.015$.
8. Gjithashtu rezultatet e studimit treguan korrelacion statistikisht të rëndësishëm edhe mes moshës dhe kohës së zbritjes, ku vlera e $p=0.000$.
9. Rezultatet e studimit nuk treguan lidhje statistikisht të rëndësishme mes pozicionimit në nofull dhe kohës së zbritjes, ku vlera e $p=0.469$.

4.4 REKOMANDIME

1. Sensibilizimi i grupmoshës pediatrike për kontrole periodike tek mjeku stomatolog, me qëllim diagnostikimin e dhëmbëve të përmbajtur dhe trajtimin sa më të hershëm kirurgjikalo-ortodontik të tyre.
2. Përcaktimi i protokolleve të trajtimit të dhëmbëve të përmbajtur në koordinim dhe bashkëpunim midis kirurgut OMF dhe mjekut ortodont.
3. Sigurimi i shëndetit të mirë oral tek grupmoshat pediatrike, shmangien e ekstraksioneve të parakohshme dhe aplikimin e mikroaparateve ortodontike, me qëllim ruajtjen e hapësirës në arkadën dentare nëse këto ekstraksione nuk janë të evitueshme.

4.5 BIBLIOGRAFIA

1. Isufi. R, Qëndro. A, Bardhoshi. E, Kirurgjia Orale dhe Maksilo-Faciale (2010), ribotim (2015). Vol I, fq 306.
2. American Association of Oral and Maxillofacial Surgery. Impacted teeth. Oral Health 1998;88:31–2.
3. Orthodontic Treatment of Impacted Teeth, Third Edition. Adrian Becker 2012 Adrian Becker. Published 2012 by Blackwell Publishing Ltd. 2,3,5,
4. Becker A. Impacted teeth, Seminar in Orthodontics 2010; 16 N3 September
5. Kurol J, Early treatment of tooth-eruption disturbance, Am j Orthod Dento-facial Orthop 2002; 121:588-91.
6. Dental Age and tooth Development in Orthodontic Patients with Agenesies of Permanent Teeth, Jozo Badrov, Tomislav Lauc University of Zagreb, Enita Nakas Univerity of Sarajevo, Ivan Galic Univerity of Split, January 2017, DOI 10.1155/2017/8683970
7. Van der Linden FGPM. Development of the dentition. Quintessence books London 1983.
8. Wise GE, King GJ. Mechanisms of Tooth Eruption and Orthodontic Tooth Movement. Journal of Dental Research 2008; 87(5) 414-434
9. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery 2nd Ed 2004 pdf
10. Ngan P, Hornbrook R, Weaver B. Early Timely Management of Ectopically Erupting Maxillary Canines. Seminars in Orthodontics 2005; 11: 152–163.
11. Bishara SE. Impacted maxillary canines: a review. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1992; 101:159–71.
12. Levy I, Regan D. Impaction of maxillary permanent second molars by the third molars. J Paediatr Dent 1989;5:31–4.
13. Yaëaka Y, Kaga M, Osanai M, Fukui A, Oguchi H. Delayed Eruption of Premolars with Periodontitis of Primary Predecessors and a Cystic Lesion: A Case Report. International Journal of Paediatric Dentistry 2002; 12(1) 53-60.
14. Peck S, Peck L, Kataja M 202 Concomitant occurrence of canine malposition and tooth agenesis: evidence of orofacial genetics fields. American J Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 122: 657-660.
15. Suri L, Gagari E, Vastardis H, Delayed tooth eruption: Pathogenesis Diagnosis and treatment, A literature review. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004 126(4): 423-45

16. De Oliveira BH, Campos V, Marcal S. compound odontoma-diagnosis and treatment; cases reports. *Pediatr Dent* 2001; 23(2); 151-7.
17. Tomizawa M, Yonemochi H, Kohno M, Noda T. Unilateral Delayed Eruption of Maxillary Permanent First Molars: Four Case Reports. *Pediatric Dentistry* 1998; 20(1):53-56.
18. Katz J, Guelmann M, Barak S. Hereditary Gingival Fibromatosis with Distinct Dental, Skeletal and Developmental Abnormalities. *Pediatric Dentistry* 2002; 24(3) 253-256.
19. Sekletov GA. Supercomplex Retained Tooth is the Cause of Delayed Eruption of the Upper Central Left Incisor. *Therapy Stomatology* 2001; 80(4) 66-68.
20. Sofia Ahmad, Dirk Bister and Martin T. Cobourne, The clinical features and aetiological basis of primary eruption failure, *European Journal of Orthodontics* 28(2006)535-540
21. Al-Nimri K, Gharaibeh T. Space condition and dental and occlusal features in patients with palatally impacted maxillary canines; an aetiological study. *Eur J Orthod* 2005;27(5);461-5.
22. Becker A, Smith P, Behar R, The incidence of abnormal maxillary lateral incisors in relation to palatally displaced cuspids, *Angel Orthod* 1981; 51:24-9.
23. Becker A, Sharabi S, Chaushu S, Maxillary tooth size variation in dentitions with palatal canine displacement, *Eur J Orthod* 2002; 24: 313-8.
24. Miller, B.H. 1963 The influence of congenitally missing teeth on the eruption of the upper canine. *Transactions of the British society for the study of orthodontics*. pp. 17-24.
25. Yoojun Kim, Hong- Keun Hyun, Morphological relationship analysis of impacted maxillary canines and adjacent teeth on 3dimensional reconstructed images, *Angel Orthod* (2017)87(4):590-597.
26. Chaushu S, Sharabi S, Becker A 2002, Dental morphologic characteristics of normal versus delayed developing dentitions with palatally displaced caices. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 121: 339-346
27. Ziberman Y, Cohen B, Becker A. Familiar trends in palatal canines, anomalous lateral incisors, and related phenomena. *Eur j Orthod* 1990; 12: 135-139.
28. *The Orthodontic Treatment of Impacted Teeth*. By Adrian Becker. Published by Martin Dunitz Ltd, 1998, pp. 234. 65. ISBN 1 85317 328 2

29. Oliver RG, Mannion JE, Robinson JM (1989) Morphology of the lateral incisors in case of unilateral impaction of maxillary canine. *Br J Orthod* 19: 9-16
30. S Sudhakar, Localization of impacted permanent maxillary canine using single panoramic radiograph, Jul-Sep 2009 PubMed.
31. Nagpal A Localization of impacted maxillary canine using panoramic radiography, *J Oral Sci.* Mar 2009.
32. Saglam AA, Tüzüm MS. Clinical and radiologic investigation of the incidence, complication and suitable removal times for the fully impacted teeth in the Turkish population. *Quintessence Int.*2003;34:53-9.
33. A Alqerban et al. *Clin Oral Investig.* 2009 Sep. Root resorption of the maxillary lateral incisors caused by impacted canine: a literature review.
34. Maverna R, Gracco A. different diagnostic tools for the localization of impacted maxillary canines, clinical consideration. *Prog Orthod* 2007;8:28-44
35. Odegaard J. The treatment of a Class I malocclusion with the horizontally impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1997; 111: 357–365.
36. Becker A. Comment about making outcome of treatment more predictable. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1997; 112: 17A–19A.
37. Ericson S, Kurol PJ. Incisors root resorption due to ectopic maxillary canines imaged by computerized tomography. A cooperative study in extracted teeth. *Angle Orthod* 2006; 76(1):43-51
38. Ericson S, Kurol PJ. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines: a CT study. *Angle Orthod* 2000; 70: 415–423.
39. Bodner L, Bar Ziv J, Becker A. Image accuracy of plain film radiography and computerized tomography in assessing morphological abnormality of impacted teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001; 120: 623–628
40. Tsiklakis K, Dontaa C, Gavala S, Karayianni K, Kamenopoulou V, Hourdakakis CJ. Dose reduction in maxillofacial imaging using low dose Cone Beam CT. *Eur J Radiol* 2005, 56: 413–417.
41. Silva MAG, Wolf U, Heinicke F, Bumann A, Visser H, Hirsch E. Conebeam computed tomography for routine orthodontic treatment planning: a radiation dose evaluation. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2008; 133: 640.
42. Chen Y, Duan P, Meng Y. Three-dimensional spiral computed tomographic imaging: A new approach to the diagnosis and treatment planning of impacted teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130(1)112-6

43. Bjerklin K, Ericson S. How a computerized tomography examination changed the treatment plans of 80 children with retained and atypically positioned maxillary canines. *Angle Orthod* 2006;76(1):43-51
44. Becker A, Sharabi s, Chaushu S Maxillary tooth size variation in dentition with palatal canine displacement, *Eur J Orthod* 2002; 24:313-8.
45. Fardi A, Kondylidion-Sidiria, Baechour Z. Incidence of impacted and supernumerary teeth- a radiographic study in a North Greek population. *Med Oral Patol. Jan* 2011 1;16(1):56-61
46. Olive RJ. Factors influencing the non-surgical eruption of palatally impacted canines. *Aust Orthod J* 2005; 21: 95–101.
47. Iramaneerat S, Cunningham SJ, Horrocks EN. The effect of two alternative methods of canine exposure upon subsequent duration of orthodontic treatment. *Int J Paediatr Dent* 1998; 8: 123–129.
48. Becker A, Chaushu S. Success rate and duration of orthodontic treatment for adult patients with palatally impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 124: 509–514.
49. Frank CA. Treatment options for impacted teeth. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(5):623–32.
50. Leonardi M, Armi P, Baccetti T. A randomized clinical study of two interceptive approaches to palatally displaced canines. *Eur J Orthod* 2008 30:38105
51. Baccetti P, Crescini A, Nieri M, Rotundo R,. Ortodontic treatment of impacted maxillary canine. *Prog Orthod* 2007;8(1):6-15.
52. Goel A, Loomba A, Goel P, Sharma N. Interdisciplinary approach to palatally impacted canine Jan 2010 DOI:10.4103/0975-5950.69169 PubMed
53. Kokich VG. Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126: 278–283.
54. Caminiti MF, Sandor GK, Gimbatistin C, Tompson B. Outcome of the surgical exposure, bonding and eruption of 82 impacted maxillary canines. *J Can Dent Assoc*, 64(8): 572-4,576-9, 01 Sep 1998.
55. Meeran AN, An efficient technique of bonding orthodontic attachments to surgically exposed impacted teeth. *Aprile* 2012, *J of Indian Orthod Society* 46(2)
56. Becker A, Shpack N, Shteyer A. Attachment bonding to impacted teeth at the time of surgical exposure. *Eur J Orthod* 1996; 18: 457–463.

57. Vachiramon A, Urata M, Kyung HM, Yamashita DD, Yen SL. Clinical applications of orthodontic microimplant anchorage in craniofacial patients. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009; 46: 136–146.
58. Collett AR. Conservative management of lower second premolar impaction. *Aust Dent J* 2000; 45(4):279–81.
59. Murray P, Brown NL. The conservative approach to managing unerupted lower premolars — two case reports. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13(3):198–203.
60. Becker A, Chaushu S. Surgical Treatment of Impacted Canines. What the Orthodontist Would Like the Surgeon to Know. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 27 (3);449-458, 01 Aug 2015
61. Chaushu S, Becker A, Zeltser R, Branski S, Vasker N, Chaushu G. Patients perception of recovery after exposure of impacted teeth: a comparison of closed- versus open-eruption techniques. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63:323-9.32
62. Ong M, Cheë MT. Use of the apically repositioned flap in the management of labially impacted maxillary central incisors. *Singapore Dent J* 2004;26:55-9.33.
63. Yawaka Y, Kaga M, Osanai M, Fukui A, Oguchi H. Delayed eruption of premolars with periodontitis of primary predecessors and a cystic lesion: a case report. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12(1):53–60.
64. Chaushu S, Sharabi S, Becker A. Dental morphologic characteristics of normal versus delayed developing dentition with palatally displaced canines. *American Journal of orthodontics & Dentogacial Orthopedics*, vol 121 no 4 2002.
65. Paolini V, Pavoni Ch, Cozza P. post traumatic impaction of maxillary incisors: diagnosis and treatment. *Ann Stomatol (Roma)*. 2013 Apr-jun;4(2): 174-183.
66. Artmann L, Larsen HJ, Sorensen HB, Christensen IJ. Difference between dentitions with palatally and labially located maxillary canines observed in incisor width, dental morphology and space condition. *European Journal of Paediatric Dentistry*, Vol 11,no.2 2010.
67. Peretz B, Absawi-Huri M, Bercovich R, Amir E. Inter-relation between infraocclusion of primary mandibular molars, tipping of adjacent teeth, and alveolar bone high. *Pediatr. Dent*. 2013;35 (4):325-328 PubMed.
68. Pereira CCS, Jardim ECG, Gehal WC, Cursino NM. Surgical-orthodontic traction for impacted maxillary canines: a critical review and suggested protocol. *Stomatos* vol18, no.34Canoas Jan/June 2012.
69. Gowrishankar S, Andi K, Marinho R, Carter J. Modification of the orthodontic bracket to facilitate exposure and bonding of impacted teeth. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Vol 46, issue 8, December 2008, pg 688-689.

70. Spencer HR, Ramsey R, Ponduri S and Brennan PA. Exposure of unerupted palatal canines: a survey of current practice in the United Kingdom, and the experience of a gingival-sparing procedure. *The British Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 48,641-644.
71. Meckenzie J, Promod K, Fan P, Yates M. Surgical outcome following exposure and bonding of impacted maxillary canines. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, vol 45, Issue 7, October 2007, pg 36.
72. Robert L. Vanarsdall Jr. Efficient management of unerupted teeth: a time-tested treatment modality. *Seminar in orthodontics*, vol 16 Issues 3, September 2010 pg 212-221.
73. Nieri M, Crescini A, Rotundo R, Bacceti T, Cortellini P, Pini Prato GP. Factors affecting the clinical approach to impacted maxillary canines: A Bayesian network analysis. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2010; 137: e755-e762.
74. Becker A, Shpack N, Shteyer A. Attachment bonding to impacted teeth at the time of surgical exposure. *Eur J Orthod* 1996; 18: 457–463.
75. Robert L Vanarsdall, Herman Corn. Soft- tissue management of labially positioned unerupted teeth. *Am J Orthod Dentofac Orthop* Vol 125, Issue 3 March 2004, pg 284-293.
76. Becker A, Brin I, Ben-Bassat Y, Zilberman Y, Chaushu S. Closederuption surgical technique for impacted maxillary incisors: a postorthodontic periodontal evaluation. *Am J Orthod Dentofac Orthop*, 2002; 122: 9–14.
77. Chaushu S, Brin I, Ben-Bassat Y, Zilberman Y, Becker A. Periodontal status following surgical-orthodontic alignment of impacted central incisors by an open-eruption technique. *Eur J Orthod* 2003; 25: 579–584.
78. Cristiano Miranda de Araujo, Pamela dias Trannin, Angela Graciela Deliga Schroder. Surgical –periodontal aspects in orthodontics traction of palatally displaced canines: a meta-analysis. *Japanese Dental Science Review*, Vol 56, Issue 1, November 2020, pg 164-176.
79. Mummolo S. Periodontal status of buccally and palatally impacted maxillary canines after surgical-orthodontic treatment with open technique. *J Oral Sci*, 60 (4). 2018, pg 552-556
80. Capriologlio A, Vanni A, Bolampreti L. Long-term periodontal response to orthodontic treatment of palatally impacted maxillary canines. *Eur J Orth*, 35 (3) 2013 pg 323-328
81. Bolero P. Long – term periodontal status of palatllly and buccally impacted canines after closed surgical-orthodontic approach. *Oral Implatol*, 10 (2) 2017 pg 162-171.

82. Vermette ME, Kokich VG, Kennedy DB. Uncovering labially impacted teeth: apically positioned flap and closed-eruption technique. *Angle Orthod* 1995; 65: 23–32.
83. Zasciurinskiene E. Initial vertical and horizontal position of palatally impacted maxillary canine and effect on periodontal status following surgical-orthodontic treatment. *Angle Orthod*, 78 (2) 2008, pg 275-280.
84. Becker A. An interview with Adrian Becker. *World J Orthod* 2004; 5: 277–282.
85. Kokich VG. Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126: 278–283.
86. Chaushu S, Dykstein N, Ben-Bassat Y, Becker A. Periodontal status of impacted maxillary incisors uncovered by të o different surgical techniques. *J Oral Maxillofac Surg*, 2009; 67: 120–124.
87. Schmidt AD, Kokich VG. Periodontal response to early uncovering, autonomous eruption, and orthodontic alignment of palatally impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2007, 131:449–455.
88. Frank CA, Long M, Periodontal concerns associated with orthodontic treatment of impacted teeth. *American Journal of Orthodontics and Detofacial Orthopedics* 2002 121:e639-e649.
89. Zuccati G, Ghobadlu J, Nieri M, Clauser C. Factors associated with the duration of forced eruption of impacted maxillary canines: a retrospective stady. *American Journal of Orthodontics and Detofacial Orthopedics* 2006 130:e349-e356.
90. Vanarsdall RL. Efficient management of unerupted teeth: a timetested treatment modality. *Semin Orthod*. 2010, 16: 212–221.
91. Vanarsdall RL, Corn H. Soft tissue management of labially positioned unerupted teeth. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2004; 125: 284–293.
92. Vanarsdall RJ. Periodontal/orthodontic interrelationships. In Graber TM, Vanarsdall RL, eds. *Orthodontics. Current Principles and Techniques*, 4th edn. St Louis, MO: Mosby, 2000: 822–836.
93. Becker A. Extreme tooth impaction and its resolution. *Semin. Orthod*, 2010, 16: 222–233.
94. Kirurgjia Ortognatike, Prof R. Isufi Textbook 2020.
95. Aplikimi i lazerit në kirurgji OMF, Merita Bardhoshi, Studim Doktorature 2011.
96. Trajtimi ortodontik i kanineve ektopik, me aparate fikse e të lëvizshme, Iris Cacani, Studim Doktorature 2020.

97. Traumat në sistemin dentar në moshën pediatrike dhe konsekuencat e tyre, Ersela Alikaj, Studim Doktorature 2020.
98. Aplikimi dhe rëndësia klinike e moshës biologjike në praktikën stomatologjike, Rosela Roco, Studim Doktorature 2013.
99. Roli i ortodoncise ne diagnozën dhe suksesin e kirurgjisë ortognatike ne trajtimin e anomalive te nofullave, Irina Isufi, Studim Doktorature 2021.
100. Sajnani A, King N. 2012a. Dental age of children and adolescents with impacted maxillary canines. *J Orofac Orthop.* 73(5):359-364.
101. Different laser wavelengths in the orthodontic surgery of the retained teeth Applicant: Carlo Fornaini MD; DDS, MSc Illis Case Report Laser therapy 2011.
102. Martyn C. Coburne, Padhraig S. Fleming, Andreë T. DiBiase, Sofia Ahmad. *Clinical cases in orthodontics.* Wiley- Blackwell, 1edition 22 Jun 2012.
103. Dr. Madhumati Singh, Dr Anindya Chakrabarty, Prevalence of impacted teeth: study of 500 patients, *Internacional Journal of Science and Research*, Vol 5 Issues 1 January 2016.
104. Saglam AA, Tüzüm MS. Clinical and radiological investigation of the incidence, complication, and suitable times for fully impacted teeth in the Turkish population. *Quintessence Int.* 2003;34:53-9 PubMed.
105. Santosh Patil Sneha Maheshvari. Prevalence of impacted and supernumerary teeth in the North Indian population. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry.* Apr 2014; 6(2): e116-e120.
106. Szarmach IJ, Szarmach J, Waszkiel D. Complications in the course of surgical-orthodontic treatment of impacted maxillary canines. February 2006- *Advances in medical sciences*, 51 Suppl 1 :217-20 PubMed.
107. Smailene D, Kavaliauskiene A, Pacauskiene I, Zasciurinskiene E, Bjerklin K. Palatally impacted maxillary canines: choice of surgical-orthodontic treatment method does not influence post-treatment periodontal status. A controlled prospective study. *European Journal of Orthodontics*, Volume 35, Issue 6, December 2013, pg 803-810.
108. McDonald RE, Avery DR, Dean JA: Eruption of the teeth: local, systemic and congenital factors that influence the process. In: *Dentistry for the child and adolescent.* 8th Edn.; Mosby: An Imprint of Elsevier, St. Louis, 2004: pp174-202.
109. Al-Nimri K, Gharaibeh T. 2005. Space conditions and dental and occlusal features in patients with palatally impacted maxillary canines: An aetiological study. *Eur J Orthod.* 27(5):461-465.

110. Cook J, Wang HL. Canine impaction: incidence and management: *Int J Periodontics Restorative Dent*, 2006; 26:483-91 PubMed.
111. Lagana G, Venza N, Cozza P. Association between tooth agenesis and displaced maxillary canines: a cross-sectional radiographic study. *Progress in Orthodontics* 2021.
112. Ansio Bueno de Carvalho, Rogerio Heladio Lopes Motta. Relation between agenesis and shape anomaly of lateral incisors and canine impaction. *Dental Press J Orthod* Dec 2012.
113. Marinelli A, Nannelli P. Diagnostic evaluation of abnormally erupted maxillary canine and lateral incisors. *Angle Orthod* 2000;70(4):339-48.
114. Aydın U, Yılmaz HH, Yildirim D: Incidence of canine impaction and transmigration in a patient population. *Dentomaxillofac Radiol* 2004, 33, 164-169.
115. Goel A, Loomba A, Goel P, Sharma N; Interdisciplinary approach to palatally impacted canine. *Natl. J Maxillofac Surg* 2010, 1,53-57.
116. Kokich VG. Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126:278-83.
117. Ludicke G, Harzer W, Tausche E. 2008. Incisor inclination--risk factor for palatally-impacted canines. *J Orofac Orthop*. 69 (5):357-364.
118. Okada H, Miyake S, Toyama K, Yamamoto H: Intraosseous tooth migration of impacted mandibular premolar: computed tomography observation of 2 cases of migration into the mandibular neck and the coronoid process. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 2002;60(6):686-689.
119. Sorensen HB, Artmann L, Larsen HJ, Kjaer I. 2009. Radiographic assessment of dental anomalies in patients with ectopic maxillary canines. *Int J Paediatr Dent*. 19(2):108- 114.
120. Bedoya MM, Park JH. 2009. A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *J Am Dent Assoc*. 140(12):1485-1493.
121. Caproglio A, Sinani L, Caproglio C. Guided eruption of palatally impacted canines through combined use of 3-dimensional computerized tomography scans and the east cuspside device. *World J Orthod* 2007;8(2):109-21
122. Haney E, Gansky SA, Lee JS, Johnson E, Maky K, Miler AJ, Huang JC. Comparative analysis of traditional radiographs and cone-beam computed tomography volumetric images in the diagnosis and treatment planning of maxillary impacted canines. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2010;137:590-597.
123. Walker L, Enciso R, Mah J, Three-dimensional localization of maxillary canines with cone-beam computed tomography. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2005; 128:418-423.

124. Spencer HR, Ramsey R, Ponduri S and Brennan PA. exposure of unerupted palatal canines: a survey of current practice in the United Kingdom, an experience of gingival-sparing procedure. *The British Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2010, 48, 641-644.
125. Parkin NA, Deery C, Smith AM, Tinsley D, Sandler J, and Benson PE. No difference in surgical outcomes between open and closed exposure of palatally displaced maxillary canines. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2012, 70, 2026-2034.
126. Gharaibeh TM, Al-Nimri KS. Postoperative pain after surgical exposure of palatally impacted canines: closed- eruption versus open-eruption, a prospective randomized study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics* 106:339-342 PubMed.
127. Crescini A, Nieri M, Buti J, Baccetti T, Mauro S, Prato GP. Short and long-term evaluation of impacted canines treated with a closed surgical-orthodontic approach. *Journal of Clinical Periodontology*. 2007 34: 232-242 PubMed.
128. Smailene D, Bjerklin K, Pacauskiene I. Palatally impacted maxillary canines; choice of surgical-orthodontic treatment method, does not influence post treatment periodontal status. A controlled post-operative study. *European J of Orthodontics*, Vol 35 Issue 6, December 2013, pg 803-810.
129. Clare Mc Namara, TimothyG Mc Namara. Mandibular premolar impaction, 2 case reports. *J Can Dent Assoc* 2005 71(11): 859-63