

گزارش مورد: جابجا شدن دندان عقل مندیبل به فضای پتریگومندیبولار در حین کشیدن دندان

دکتر مجید عشق پور*#، دکتر فرامرز بابازاده**، دکتر علی اصغر حسین پور خرازی**

* دستیار تخصصی گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

** مربی گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۶/۱۲/۱ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۲/۱۵

Case Report: Displacement of Mandibular Third Molar into the Pterygomandibular Space during Extraction

Majid Eshghpour*#, Faramarz Babazadeh**, AliAsghar Hoseinpour Kharrazi**

* Postgraduate Student, Dept of Oral & Maxillofacial Surgery, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Instructor, Dept of Oral & Maxillofacial Surgery, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 19 February 2008; Accepted: 4 May 2008

Introduction: Displacement of tooth or root fragments into adjacent anatomical spaces is an uncommon complication of the removal of teeth. In this paper with presenting two cases, in which during extracting mandibular third molar, the tooth was displaced into pterygomandibular space, principles of prevention and management have been discussed.

Results: First case was a 23 year old man with mesioangular third molar. His dentist had tried to extract it by close technique and the teeth entered the pterygomandibular space. Second case was a 35 year old man with a horizontal third molar. His dentist used flap approach to extract it, but the teeth was pushed into pterygomandibular space.

Conclusion: Following the principles of prevention, patient selection, appropriate technique of tooth extraction and also choosing proper instruments especially for the third molars with the highest prevalence of displacement into the pterygomandibular space during extraction, is necessary which has the most incidences meanwhile.

Key words: Complication, pterygomandibular space, third molar.

Corresponding Author: Eshghpourm831@yahoo.com, Eshghpourm@mums.ac.ir

Journal of Mashhad Dental School 2008; 32(3): 253-6.

چکیده

مقدمه: ورود دندان یا ریشه آن به فضاهای آناتومیک یکی از عوارض ناشایع در هنگام خارج کردن دندان می باشد. در این مقاله با ارائه ۲ نمونه از بیمارانی که حین خارج کردن دندان عقل فک پائین، دندان به فضای پتریگومندیبولار وارد شده، به تشریح اصول پیشگیری و درمان اینگونه موارد می پردازیم.

یافته ها: بیمار اول، مرد ۲۳ ساله دارای دندان مولر سوم میوانگولر بود. دندانپزشک معالج سعی در خارج کردن دندان به روش بسته نموده و دندان وارد فضای پتریگومندیبولار شده بود. بیمار دوم نیز مردی ۳۵ ساله بود که دندان مولر سوم وی افقی بود. دندانپزشک با انتخاب روش فلپ سعی در خارج کردن دندان نموده که این دندان نیز وارد فضای پتریگومندیبولار شده بود.

نتیجه گیری: رعایت اصول پیشگیری، انتخاب دقیق بیمار، تکنیک مناسب برای خارج کردن هر دندان و نیز انتخاب وسایل مناسب برای خارج کردن دندانها، خصوصاً دندان مولر سوم که بیشترین شیوع را در این بین دارد، لازم می باشد.

واژه های کلیدی: عوارض، فضای پتریگومندیبولار، مولر سوم.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۷ / دوره ۳۲ / شماره ۳: ۲۵۳-۶.

مقدمه

خارج کردن دندان عقل فک پائین یکی از جراحی های شایع جراحان دهان، فک و صورت و نیز دندانپزشکان می باشد. همانند هر جراحی دیگری، این جراحی نیز طبعاً دارای عوارض حین و پس از عمل می باشد.^(۱) این عوارض شامل: خونریزی، ایجاد حفره خشک، آسیب به اعصاب ناحیه، ایجاد پاکت در قسمت دیستال دندان مولر دوم و مشکلات پریودنتال، آسیب به دندانهای مجاور و با احتمال کمتر شکستگی های دنتوآلوئولار و یا فک و یا ورود دندان یا ریشه به فضاهای آناتومیک می باشد.^(۲) جابجا شدن دندان یا ریشه آن به فضاهای زیر زبانی، تحت فکی، پتریگومندیبولار و یا داخل کانال دندان تحتانی جزء عوارض ناشایع این جراحی قرار می گیرد.^(۳) در این مقاله به مرور علل ایجاد چنین مشکلی و کنترل و درمان آن می پردازیم.

Gerardini و همکارانش ۴ مورد جابجا شدن دندان به فضای ساب مندیبولار را گزارش کرد. ۲ مورد از آن مربوط به دندان عقل پایین بود.^(۴)

در این مقاله دو مورد دندان عقل فک پائین که در حین خارج کردن، وارد فضای پتریگومندیبولار شده بودند و با روش داخل دهان خارج گردیدند گزارش شده است. علت ایجاد چنین حالتی انتخاب غیر دقیق بیمار و تکنیک جراحی نامناسب، عدم انتخاب صحیح وسایل و نیز استفاده نادرست از آنها بود.^(۴)

گزارش مورد

بیمار اول آقای ۲۳ ساله ای بود که توسط یک دندانپزشک عمومی ارجاع شده بود. بیمار گرافی پانورامیک قبل از عمل داشت. دندان عقل سمت چپ با پوسیدگی تاجی به صورت مزبوانگولار قرار گرفته بود. دندانپزشک معالج به علت انتخاب تکنیک نامناسب، سعی در خارج کردن دندان به روش بسته نموده بود. در اثر اعمال فشار های نامناسب با الواتور، قسمت پوسیده تاجی شکسته و پس از شکسته شدن دیواره لینگوال فک پائین، دندان وارد فضای پتریگومندیبولار شده بود. بیمار علاوه بر داشتن تریسموس و محدودیت در باز کردن دهان، درد در حین بلع، از بی حسی عصب لینگوال نیز شکایت

داشت. بیمار سابقه پزشکی خاصی را ذکر نمی کرد. با برش داخل دهانی و کنار زدن بافت سمت لینگوال، دندان و قطعات شکسته استخوان سمت لینگوال خارج گردید. بیمار پس از دو ماه بهبودی عصب زبانی را گزارش می کرد.

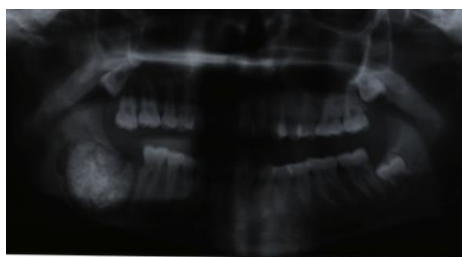
بیمار دوم آقای ۳۵ ساله ای بود که توسط دندانپزشک عمومی دیگری ارجاع شده بود. رادیوگرافی قبل از جراحی همراه بیمار نبود ولی از روی حفره دندان در گرافی پانورامیک بعد از جراحی، موقعیت کاملاً دندان نهفته، قابل تشخیص بود. این بیمار تحت جراحی فلپ برای خارج کردن دندان قرار گرفته بود که پس از جدا کردن قسمتی از تاج، باقیمانده تاج و ریشه ها، به داخل فضای پتریگومندیبولار وارد شده بود. علت وقوع این مشکل، عدم کنار زدن صحیح و کامل بافت نرم و نیز استفاده نادرست از وسیله به همراه اعمال فشارهای آبیگالی بیش از حد تشخیص داده شد. این بیمار نیز از تریسموس و محدودیت در باز کردن دهان شکایت داشت. خوشبختانه آسیب عصبی مشاهده نشد. بیمار با برش داخل دهانی تحت درمان قرار گرفت و دندان مذکور خارج شد.

هر دو بیمار عارضه ای پس از جراحی نداشتند.



بیمار شماره ۱: رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی (توده وسیع

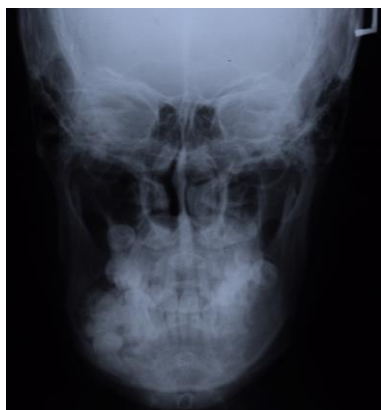
رادیوپاک سمت چپ مندیبل مشخص است)



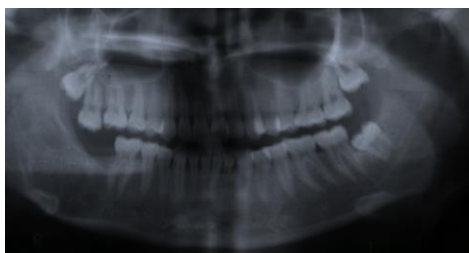
بیمار شماره ۳: رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی



بیمار شماره ۳: رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی



بیمار شماره ۴: رادیوگرافی قدامی - خلفی قبل از جراحی



بیمار شماره ۴: رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی



بیمار شماره ۵: رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی



بیمار شماره ۱: CT اسکن قبل از جراحی (توده وسیع رادیوپاک سمت چپ مندیبل مشخص است)



بیمار شماره ۱: رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی (بعد از برداشتن ضایعه یک عدد مینی پلیت در ناحیه قرار داده شد و بیمار IMF شد)



بیمار شماره ۲: رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی



بیمار شماره ۲: رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی

بحث و نتیجه گیری

فضای پتریگومندیولار بین عضلات پتریگوئید (داخلی و خارجی) و سطح داخلی راموس واقع است که دندانپزشکان آشنایی مناسبی با این فضا دارند چرا که محل تزریق داروی بی حسی در بلاک عصب مندیبل و عصب زبانی همین فضا می باشد.^(۵)

این فضا از بالا توسط قسمت تحتانی عضله پتریگوئید خارجی، از خارج توسط بخش داخلی راموس و از داخل و خلف توسط عضله پتریگوئید داخلی محدود می شود.^(۵) در هر دو مورد گزارش شده، دندان وارد این فضا شده و در مجاورت عضله پتریگوئید داخلی قرار گرفته بود. در واقع عضله پتریگوئید داخلی مانع از ورود دندان به فضاهای عمقی گردن شده بود.

نکته قابل اهمیت در هنگام خارج کردن دندان های مولر فک پائین، خصوصاً مولر سوم، نازک بودن استخوان فک پائین در سمت لینگوال است که هر چه به سمت خلف می رویم نازک تر می شود. حتی در مطالعه انجام شده توسط Kay در سال ۱۹۷۴ روی مجموعه های انسانی از ۲۴۹۶ مورد، ۶ مورد در ناحیه دندان عقل در سطح زبانی مندیبل دارای نقص استخوانی بودند (۰/۲۴).^(۶)

این نقص استخوانی یا بعلت تحلیل استخوان در اثر عفونت بوده و یا یک تنوع آناتومیکی می باشد. در هر صورت

با توجه به این نکته، دقت کافی در انتخاب تکنیک جراحی و وسایل مناسب حین جراحی توصیه می شود.^(۷) دندانی که بنظر می رسد نیاز به جراحی با فلپ دارد با اقدامات غیرمعمول سعی در خارج کردن به روش بسته نمائیم و در صورت مناسب نبودن وسایل جراحی و یا عدم مهارت کافی حتماً بیمار را ارجاع دهیم.

دقت کنیم فشارهای به سمت آپیکال و لینگوال حین جراحی دندان عقل باید با احتیاط صورت پذیرد. در صورت ناپدید شدن دندان یا ریشه آن حین خارج کردن، ابتدا سمت لینگوال را با انگشت اشاره لمس نمائیم و در صورت تشخیص موقعیت دندان می توانیم با این مانور مانع نفوذ عمقی تر دندان و یا حتی هدایت دندان به حفره آن شویم.^(۸) در صورت عدم موفقیت در انجام این تکنیک، با رادیوگرافی موقعیت دقیق دندان را مشخص کنیم. هر چند با تکنیک های معمول رادیوگرافی دقیقاً نمی توان این کار را انجام داد و CT اسکن به بهترین نحو موقعیت دندان را مشخص می کند اما رادیوگرافی پانورامیک و اکلوزال فک تحتانی در این رابطه کمک کننده هستند.^(۹)

در این حالت توصیه می شود از دستکاری بیش از حد ناحیه لینگوال بدلیل مجاورت آناتومیک مهم اجتناب شود و بیمار به متخصص جراحی دهان، فک و صورت ارجاع داده شود.

منابع

- Grandini SA, Barroso M, Salata LA, Rosa AL, Soares UN. Complications in exodontias Accidental dislodgement to adjacent anatomical areas. *Braz Dent J* 1993; 3(2): 103-12.
- Goldberg NR, Nemarich AN, Marco WP. Complications after mandibular third molar surgery: a-statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. *J Am Dent Assoc* 1985; 111(5): 277-9.
- Huang IY, Chen CH, Chang SW, Yang CF, Chen CH, Chen CM. Surgical Management of accidentally displaced mandibular third molar into pterygomandibular space: a case report. *Kahsiung J Med Sci* 2007; 23(7): 370-4.
- Tumolori V, Punnia moorthy A. Displacement of mandibular third molar root fragment into the pterygomandibular space. *Australian Dental J* 2002; 47(1): 68-71.
- Barker BC, Davies PL. The applied anatomy of the pterygomandibular space. *Br J Oral Surg* 1972; 10(1): 43-55.
- Kar LW. Some anthropologic investigations of interest to oral surgeons. *Int J Oral Surg* 1974; 3(6): 363-79.
- Jorgic Srdjak K, Plancak D, Bosnjak A, Azinovic Z. Incidence and distribution of dehiscences and fenestration on human Skulls. *Coll Antropol* 1998; 22(Suppl): 111-6.
- Wang Z, Yang C. Removal of the residual roots fall into the floor of mouth and pterygomandibular space. *Shanghai jou Qiang Yi Xue* 1992; 8(2): 111-2.