

Tam protezlerde remounting i lemi**Remounting process in complete dentures**

Nazlı Zeynep Akta , DDS, Yasemin Özkan, DDS, PhD

^aMarmara Üniversitesi, Di Hekimliği Fakültesi, A ız, Di ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye.

Received: 23 September 2011

Accepted: 31 March 2012

ÖZET

Protez kullanıcıları arasında en çok rahatsızlı a sebep olan etken oklüzal uyumsuzluklardır. Bunlar hastanın protezini kabul etmesi üzerinde çok etkililerdir. Bitmi bir protezde herhangi bir erken temasın olmaması hastanın protezine adaptasyonunu çok kolaylaştırır. Hastaların protezlerinden memnuniyetini arttırmak için protezin tesliminden önce yapılan remounting; bitmi protezin çe itli kayıtlara dayanarak tekrar artikülatöre alınması i lemidir. Bu derlemede remounting i leminin neden gerekli oldu u ve yapım a amalarından bahsedilecektir. Remounting i leminin klinik uygulamasındaki adımlar anlatılacak, bunun yanı sıra hastalara sa layaca ı avantajlarından bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Tam protezler, remounting.

ABSTRACT

Occlusal discrepancies are one of the factors that cause the most discomfort among denture users. The existence of any discrepancies in the complete denture cause the patient have difficulties in the adaptation period. Remounting process is recommended when the denture is finished to correct occlusal conflicts. Remounting is a process in which the finished denture is adapted again on an articulator using individual records of the patient. In this review, the purpose and construction phases of remounting process is explained respectively. Also the benefits provided by the remounting process such as reduced chairside time will be discussed in detail.

Keywords: Remounting, complete denture.

Tam protezler kullanan hastaların hayat kalitesi ve stili üzerinde çok etkili protezlerdir. Hastaların memnuniyeti ve tam protezlerini kullanmaya ikna olmalarıyla ilgili birçok çalı ma yayınlanmıştır. Çalı malar göstermiştir ki protezini uzun süredir kullanan kişilerle yeni takan bireylerin ikâyetleri arasında çok fark bulunmamaktadır. Hastaların protezlerinden memnun olmamak için birçok nedeni vardır ve bu hastalar

memnun hastalara göre hekimlerini daha çok ziyaret ederler. Hastaların alveol kreti yükseklikleri ile protezlerinden memnuniyetleri arasında bir ili ki bulunmamaktadır.¹

Protez kullanıcıları arasında en çok rahatsızlı a sebep olan etken oklüzal uyumsuzluklardır. Bunlar hastanın protezini kabul etmesi üzerinde çok etkililerdir. Bitmi bir protezde herhangi bir erken temasın olmaması hastanın protezine adaptasyonunu çok kolaylaştırır. Oklüzal uyumsuzlukların giderilmesiyle hastanın dokularında meydana gelen ülserasyonlar çok çabuk ekilde ortadan kalkacak ve hastanın protezinden memnuniyeti artacaktır. Hastaların protezlerinden memnuniyetini arttırmak için protezin tesliminden önce yapılan remounting i leminin önemi çoktur.¹

Nazlı Zeynep AKTA
Marmara Üniversitesi
Di Hekimliği Fakültesi
Protetik Di Tedavisi AD
Güzelbahçe, Büyükciftlik Sokak
No:6, 34365, Ni anta ı
stanbul, Türkiye
Tel: +90 0212 231 91 20
Fax: +90 0212 246 52 47
e-mail: dentzeynep@gmail.com

Remounting bitmi protezin çe itli kayıtlara dayanarak tekrar artikülatöre alınması i lemidir. Amacı; oklüzal uyumsuzluklara sebep olabilecek her türlü etkenin ortadan kaldırılması kontrol altındaki bir ortamda protezin oklüzalinin düzenlenmesidir. Oklüzyonun bozulmasında iki ana neden vardır. Bunlardan birincisi akrilikte polimerizasyondan sonra görülen boyutsal de i iklikler, ikincisi ise dokuların reziliensidir.²⁻³

Protezin oklüzalinde olabilecek muhtemel uyumsuzluklar için son düzeltmeler selektif mölleme yapılarak sa lanır. Selektif mölleme, di formu ve oklüzal ekli korunarak yapılır. Retruze kontak pozisyonundaki (sentrik pozisyonundaki) oklüzal kontaklar artikülasyon ka ıdı ile i aretlenir.

aretleme ve mölleme i lemüne tüm lateral di lerde e zamanlı e it çift taraflı kontaklar olu uncaya kadar devam edilir ve iste e ba lı olarak kanin di lerinde de bu sa lanır. Yeterli sayıda anterior posterior ve bukkolingual dengeleyici kontak gereklidir. Her saptırıcı kontak di morfolojilerine uygun olarak ortadan kaldırılır. Kesici di ler oklüzyonun dı nda olmalıdırlar kar ılıklı di temasları ile e zamanlı olarak insizal pinin insizal tablada kontak halinde olması çok önemlidir.

Devirici oklüzal kontakların ortadan kaldırılmasındaki ikinci a ama düz protruziv harekette sa lanır. Anterior di lerin sınır oklüzyonu artikülatöre protruziv vidalar ve insizal pin ve anterior rehberlik tutaca ın konta ı ile ta ınır. Sadece kesiciler e zamanlı ve e it kontakta olurlar. Estetik nedenlerden dolayı devirici kontaklar palatinal kenarından frezlerle kaldırılırlar. Bu a ındırmaların ardından artikülatördeki üst model 1mm hareketle sentrik oklüzal temasa geçer.⁴

Tüm sentrik kontaklar sa landıktan sonra eksentrik ve protruziv hareketler artikülatör üzerinde yaptırılarak dengelenmeye çalı ılır.¹

Tam protezlerdeki di lerin oklüzal ili kilerindeki hatalar çe itli faktörlere ba lı olarak ortaya çıkar. Bu faktörler;

- Temporamandibular durum de i ikleri
- Sabit olmayan baz plaklarla alınan çeneler arası ili ki
- Yüz arkının yanlı kullanılması
- Modellerin artikülatöre transferi
- Dikey ve yatay boyutların yanlı hesaplanması
- Posterior di lerin dizimindeki düzensizlikler
- Muflalama sırasında akrilik rezine a ırı basınç uygulanması
- Muflanın polimerizasyon sırasında yeterli ölçüde kapatılmaması
- Son parlatmada bitmi protezin çok ısıtılması ekinde sıralanabilirler.

Tüm bu bahsedilen faktörler sonucunda oklüzal hatalar meydana gelir. Ayrıca dental materyalin polimerizasyondan sonra gösterdi i boyutsal bozukluklar (büzülmeler) ve bitmi protezin a za takılmasından sonra su absorbe etmesi ile geni lemesi de oklüzal uyumsuzlukların ortaya çıkmasına sebep olurlar.⁴

Muflalamadan sonra bitmi ve parlatılmı protezler modelden ayrılmadan tekrar artikülatöre alınarak remounting i lemi gerçekleştirilir. Remounting i leminin ilk safhasında, polimerizasyon esnasında olu an boyutsal farklılıklardan ötürü de i en oklüzal dikey boyut kontrol edilir. Oklüzal boyuttaki de i imin esas nedeni tüberkül fossa ili kisinin de i erek farklı bir pozisyon almasıdır. İlk remounting protezler hastaya teslim edilmeden önce, ikincisi ise hasta protezlerini bir süre kullandıktan sonra yapılır. İlk a ama mükemmel olmayan üretime ba lı olarak oraya çıkan oklüzal düzensizlikleri düzeltmek, ikincisi ise protezler kullanıldıktan sonra alveol kretine oturan protez kaidelerini uyumlamak için yapılır.

Protezler tekrar artikülatöre oturturuldu u zaman, mevcut modeller

e er hala varsa kullanılabilir. Yoksa transfer için yeni modeller hazırlanır.³⁻⁴

Remounting i leminden önce bitmi protezler polimerizasyon kalitesi, polisaj kalitesi ve pürüzlü yüzeyler bakımından incelenmelidir. Protezin iç yüzeyinin kontrolünden sonra, protez kenarları kontrol edilip ve çıkıntılar düzeltilmelidir. Bu düzenlemelerden sonra hasta ile birlikte protezlerin dokuya tam olarak oturması ve basınç alanlarının saplanması basınç indikatörleri kullanılır. Basınç indikatörleri uygulanırken; hastanın çenesini kapatarak protezlerini sıkması uygun de ildir. Çünkü henüz alt ve üst di ili kileri tam olarak ayarlanmamı tır. Tüberkül kaymalarından kaynaklanan basınçlar hatalı sonuçlar verebilirler. bu yüzden bu i lem sırasında hasta 2 rulo pamuk ısırır (Resim 1).



Resim 1. Protezin iç yüzeyinin basınç indikatörü ile kontrolü.

Sonrasında hastanın protezlerinden yüz arkı ile tekrar kayıt alınabilir. Yüz arkı kaydı sırasında Alt üst protez sabitlemesi için alüminyum oksitli mumlar kullanılır.^{2,5}

Remounting i leminin a amaları u ekilde sıralanabilir.

- 1) Protezlerin tekrar artikülatöre yerle tirilmesi.
- 2) Çeneler ile arasındaki bo lukların kontrolü (tüber ve retromolar bölge arası mesafenin kontrolü).

- 3) Anterior di lerin sentrik oklüzyondaki durumunun kontrolü.
- 4) Posterior di lerin sentrik oklüzyon sırasındaki e zamanlı kontakların kontrolü.
- 5) Dikey boyut kontrolü.
- 6) Sentrik pozisyondan eksentrik ve lateral hareketlere geçi lerde di ler arası kontakların kontrolü.
- 7) Protezlerin artikülatörden ayrılması.⁶

1. Protezlerin artikülatöre transferi ve remounting modellerinin yapımı

Artikülatörler ve modellerin artikülatöre ta nması

Her vakada, artikülatöre a amasında bilateral balanslı oklüzyon sa lamak için yeteri kadar zaman mutlaka harcanmalıdır. Bunu a ızda sa lamaya çalı mak do ru de ildir, çünkü oral mukozaların sıkı abilirli i a ız içinde bölgeden bölgeye de i ebilmektedir.

Protezler indirek olarak artikülatörde yapıldı ndan, artikülatörden hastanın mandibular hareketlerini mümkün oldu unca taklit etmesi gerekti ini söylemeye gerek yoktur.

Günümüzde bazı artikülatörler mandibular hareketleri tamamen taklit edecek ekilde yapılmaktadırlar. Ancak di siz bir hasta için protezlerin önemi dü ünüldü ünde, artikülatörün tam protez yapımındaki önemi ortaya çıkmakta ve önerilmektedir. Çok hassas olarak mandibular hareketleri taklit eden bir artikülatör kullanmak yerine, do ru kayıt yapabilmek ve artikülatörde en son uyulmamayı gerçekle tirmek gereklidir. Ancak di siz bir hastada, bas plaklar tutucu bile olsa di siz kretlere sıkıca ba lanmamı tır ve sadece modele oturturulmu lardır. Bu nedenle kayıt sırasında kolayca hareket edebilirler ve kayıtın yanlı olmasına neden olacak ekilde oral mukozanın sıkı abilirlik özelli inden etkilenebilirler. Örne in; a ız içi protruziv kayıt aygıtı ile protruziv

oklüzal ili ki kaydedilirken, her çenede 0,5 mm'lik bir basınç olur ki bu iki çenede 1mm'dir ve vertikal boyutun molar bilgesin de hatalı kaydına neden olur. Buna ba lı olarak sagital kondiller rehberlik açısından 15 derecelik bir sapma meydana gelir. Benzer sapmalar, terminal mente e hareketi saplanırken de görülür. Tam protez yapımında, komplike kondiller (eklem) sistemi olan artikülatör kullanmanın hiçbir anlamı yoktur. Pantografik kayıtlar alınırken bu komplike artikülatörleri kullanmak fazla bir yarar sa lamayacaktır.^{1,7} Di er taraftan ortalama bir kondiller rehberli i olan bir artikülatör her hastaya kullanılmasa da, ortalama mandibular hareketlerin kaydı için geli tirildiklerinden birçok hastada büyük bir klinik problem olu turmadan tedavinin tamamlanmasını sa larlar. Basit olmaları kullanımlarını kolaylaştırır. Residüel kretleri uygun olan hastalarda kayıt plakları daha stabil olaca ndan yarı ayarlanabilir bir artikülatör kullanılabilir. Yarı ayarlanabilir artikülatörler çene hareketlerinin kaydına izin verdi inden sonuç hastayı iyi yönde etkileyebilir. Kondil yolu açısı ve artikülatör kaydı yapılırken di li ve iyi uyumlu tam protezler kullanılmalıdır.¹

Split-cast yöntemi

Akril tepimi sırasında oklüzyonda meydana gelebilecek de i iklikleri düzeltmek amacıyla modelleri do ru bir biçimde artikülatöre ta ımak için split-cast yöntemi kullanılmaktadır. Genellikle oklüzal uyumlama hemen sonra yapılır. Bunun için modelin tabanına yivler ve çentikler açılarak rehber hazırlanır. Alçı modelin tabanındaki i aretleme oluklarını indeks alarak protezler üzerine takılı halde alçı modeller artikülatöre yerle tirilir ve daha sonrada akrilik polimerizasyon i lemi gerçekleştirilir.¹

Split cast yöntemi ile muflanarak hazır hale getirilen protezler alçı modellerinden ayrılmadan artikülatöre yerle tirilmelidir. Böylelikle hekim orijinal

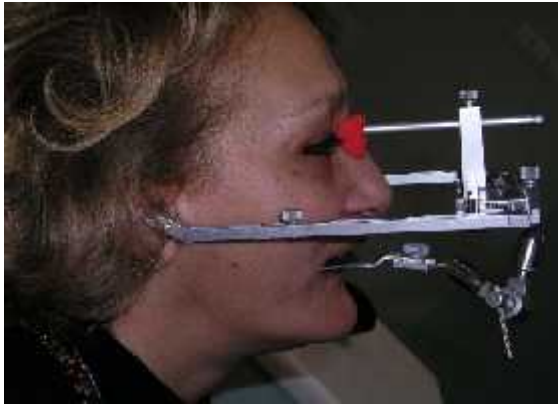
çeneler arası ili kiye göre muflalama ve polimerizasyon sırasında olu abilecek küçük hataları görülebilir. Oto polimerizasyon sırasında olu an küçük büzülmelerden dolayı oklüzal kontaklar görülür ve ekilde de i mi olabilir. Bu sebepten dolayı ilk oklüzal dengelemeler tüberkül fossa ili kilerinin açık ekilde görülebildi i artikülatörde yapılmalıdır. Tüm sentrik kontaklar sa landıktan sonra eksentrik ve protriziv hareketler artikülatör üzerinde yaptırılarak dengelenmeye çalı ılır. Muflalamadan sonra protezler modelden ayrılmadan tekrar artikülatöre alınarak remounting i lemi gerçekleştirilir. Remounting i leminin ilk safhasında polimerizasyon yüzünden meydana gelen boyutsal farklılıklardan ötürü de i en oklüzal dikey boyut kontrol edilir. Oklüzal boyuttaki de i imin esas nedeni tüberkül fossa ili kisinin de i erek farklı bir pozisyon almasıdır.

Üst modelin artikülatöre maksillanın kafa kaidesindeki konumuna göre yerle tirilmesi için yüz arkı kullanılmaktadır. E er muflalamadan sonra protezler ana modelden ayrılırken zarar görecektse di li prova a aması tamamlandıktan sonra artikülatöre yerle tirilen üst modelin altına artikülatör tablası yerle tirilir ve bu platform üzerine alçı yerle tirilerek bir alçı indeks hazırlanır. Böylece üst di lerin konumu elde edilmi olur (Resim 2).

Muflalama sırasında zarar gören modeller yerine protezlere uygun yeni modeller elde edilir. Remounting modellerinin yapımı ile protezlerin remount(tekrar model olu turulması) prosedürleri ba lar. Öncelikle protezler kurutulur. Protez kaidesindeki andırkatlar ve lingual alan sert silikonlarla doldurulur ve protez içine izole edici ajanlar sürülür. Remounting modelleri sert alçı ile hazırlanır. Alçı sertle ir sertle mez silikonlar protezden ayrılır. Protezler çok dikkatli bir ekilde modellere yerle tirilir. Üst protezin artikülatöre transferi yatay



Resim 2. Splint cast methodu.



Resim 3. Hastanın üst çene ili kisinin yüz arkı ile tespiti.

düzlemin referansı ile olur. Bu anatomik yüz arkı görevi görür. Daha sonra hastadan yeni oklüzal kayıtların alınması işlemi gerçekleştirilmelidir (Resim 3).^{4,5,8}

Hastadan mum ile kayıt alınarak modellerin artikülatöre taşınması işleminde dikkatli olunması gerekmektedir. Bu işlemden önce protezin dokulara uygun şekilde yerleştirilmesinden emin olunması gerekmektedir. Bu uygulamanın doğru ve pratik olmasını sağlar. Split modellerin tersine bazı artikülatörlerde magnetik disk sistemi vardır. Örneğin; SAM 2 gibi. Üst remount modeli protezle birlikte model tablası ile birlikte artikülatöre tutturulur (Resim 4).⁴

Yatay interarklar arası mesafenin hesaplanması

Alı kanlıkla ve psikolojik oklüzyon çineme sistemindeki ili kilerin uyumlanmasında önemli rol taşır. Tüm



Resim 4. Protezler arası ili kinin alüminyum oksitli mum ile kaydedilmesi.

dişlerin kaybedilmesiyle habitual oklüzyon da kaybolur. Tüm yatay ve dikey ili kiler üst ve alt protezlerin yapılmasıyla tekrar sağlanır. Yapay dişlerin maksimum kapanışta alt çene kondili ise sentrik pozisyonda olmalıdır. Yani temporomandibular ekleminde fizyolojik konumunda yer almalıdır. Sentrik ili kinin, yani yatay arklar arası ili kinin remounting işlemi sırasında bir kez daha hesaplanır. Terminal mentele aksının fonksiyonel pozisyonu, alüminyum oksitli mumlar ve çinko oksit ojenollü patlar sayesinde belirlenir. Dikey boyut ise kayıt esnasında korunmalıdır. Bu amaçla alt ve üst keser dişleri üzerinde iki nokta işaretlenir ve iki nokta arası mesafe ölçüm pergeliyle ölçülmelidir. Protezler üzerine hekimin protezleri kolay şekilde yerleştirilmesi için termoplastik bir maddeyle premolar ve molar bölgelerine rest bölgeleri hazırlanır. Protezler

kurutulduktan sonra protezin iç ve dış yüzüne 1mm kalınlığında alüminyum mum uygulanır. Hastanın ilk denemesinde mum yüzeyine dokunana kadar alt çenesini kapatması istenir. Daha sonra mumlu alt çene protezi 52 derecelik suda 20 saniye bekletilir. Ve tekrar aza yerleştirilir. Hastadan aza kapatmasını ve hekimin kontrolünde karı dişlerle temas sağlanması istenir bu esnada iki nokta arasındaki mesafenin aynı olması ya da bu mesafenin 0,2–0,5 mm geçmemesi istenir. Bu işlemden sonra protez çıkartılır ve yıkanır. Mum üzerindeki izlerin durumu ve derinliği değerlendirilir. Basınç alanları her yere eşit olana kadar bu işlem tekrar edilir. Daha sonra bu mum yapı üzerine hazırlanan çinko oksit ojenöllu pat bir fırça yardımıyla sürülür. Daha sonra alınan kayıta göre protezler artikülatöre alınır (Resim 4).^{4,9,10}

Çeşitli araç tırnacıklar remounting işlemi daha kolayca daha kısa sürede yapabilmek için çeşitli teknikler geliştirilmiştir.

Hochstedler ve ark. kenar uyumlamaları yapımı, ağız basınç alanları basınç indikatörleri belirtilip düzenlenmiş protezleri irreversible hidrokolloidlerle artikülatöre alıp gerekli oklüzal düzenlemeleri yapmışlardır. Bu teknik underkullara block-out yapılmaması ve tekrar model hazırlamadan işlemin yapılması sebebiyle süre bakımından çok avantajlıdır. Fakat irreversible hidrokolloidin boyutsal stabilitesinin yetersiz olması sebebiyle elde edilen modeller tekrar kullanılamaması ve işlem kısa sürede yapılması tekniğin dezavantajları olarak açıklanmıştır.⁹ Ansari ise yaptığı çalışmada remounting işlemi daha basit hale getirecek bir diğer tekniği tanımlamıştır. Tekniğin temelinde protezlerin üzerine yerleştirilecek akrilik bir alt yapının belirli boyutlara göre hazırlanıp önceden artikülatöre yerleştirilmesinden ve protezlerin katı kıvamdaki ölçü maddesi yardımıyla artikülatöre direkt olarak yerleştirilmesi tanımlanmıştır. Aynı bir

model hazırlanma gereksinimi olmaması ve sentrik ilişkilerin belirlendiği durumlarda kolaylıkla doğru ilişkilerin artikülatöre alınması tekniğinin avantajlarından biridir.¹⁰

2.Çeneler ile arasındaki boşlukların kontrolü (tüber ve retromolar bölge arası mesafenin kontrolü)

Protezin tam olarak oturmasının bir nedeni olarak retromolar alan ve tüberlerin birbiriyle teması gösterilebilir. Bu yüzden artikülatöre takılan remount modeller arası mesafe dikkatlice incelenmelidir. Tüberler ve retromolar kabartı arası mesafe sentrik, protrusiv ve lateral hareketler esnasında korunmalıdır. Bu bölge arasında temas olmamalıdır. İğnç olarak birçok hekim premature kontakları kontrol ettiği halde bu alanlar arası mesafeyi kontrol etmeyi gözden kaçırmışlardır.

3.Anterior dişlerin sentrik oklüzyondaki durumunun kontrolü

Sentrik oklüzyon pozisyonunda alt ve üst dişler birbiriyle temas halinde olmamalıdır.

4.Posterior dişlerin sentrik oklüzyon sırasındaki eş zamanlı kontaklarının durumunun kontrolü yapılır.

Sentrik oklüzyon durumunda yapılan ağız indirmenin amacı, sentrik oklüzyonu sentrik ilişkiye uygun hale getirmektir. Ayrıca bütün dişlerde eşit bir temas sağlanması ve spesifik çineme basıncı bütün alveol kreti boyunca eşit ve homojen bir şekilde dağıtılması olur. Yapılacak ağız indirmeler; tüberkül tepelerinden değil, daha çok santral fossalardan ve daha az olmak üzere triangular fossalardan ve marginal kenarlardan yapılır.⁹ Çineme hareketleri ise tüberkül çinimleri ile alakalıdır. Oklüzyonun düzeltilmesinde önemli olan bu bölge yani tüberkül çinimleridir (Resim 5).¹

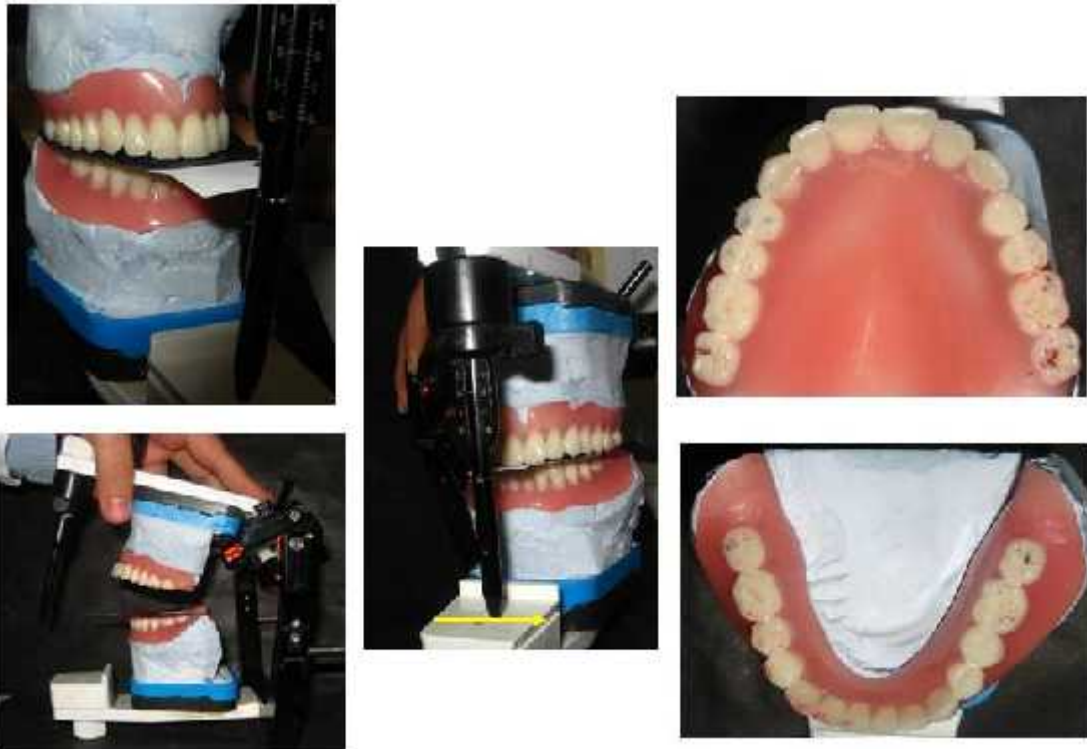
Protrusiv oklüzyonun düzeltilmesi esnasında dişlerin boylarını kısaltmamak ve bu yolla estetik bozmamak son derece önemlidir. Üst kesicilerin, kesici kenarlara

do ru palatinal e imleri, alt kesicilerde ise kesici kenarlara do ru vestibül tarafları aındırılır. Üst çenede azıların bukkal tüberküllerinin disto-lingual e imleri, alt çenede ise lingual tüberküllerin mesio-bukkal e imleri aındırılır.

Lateral oklüzyonun düzeltilmesi çalı an tarafta ve balans yapan tarafta olmak üzere iki ayrı a amada yapılır. Çalı an tarafta yapılacak aındırma; BULL kuralları uygulanır. BULL kelimesi, Buccal Upper Lingual Lower kelimelerinin ilk harflerinden olu ur. Yani çalı an tarafta aındırma, üst di lerin vestibül, alt di lerin ise lingual tüberküllerinden yapılır. Üst di lerin lingual, alt di lerin vestibül tüberkülleri asla aındırılmaz. Çalı an tarafta gerekli

aındırmalar yapılır ve balans yapan tarafta da bilateral denge sa lanır ancak çalı an taraf denge, denge tarafı çalı an taraf oldu unda, yine temassızlıklar olabilir. Bu nedenle sa ve sol lateral oklüzyonların düzeltilmesi art arda yapılmalıdır.^{11,12}

Sonuç olarak hekimin yaptı ı protezin uzun dönem ba arısı için mutlaka remounting i lemi ile oklüzal düzenlemeleri yapmalıdır. Oklüzal uyumsuzluklar artikülatör üzerinde herhangi bir devirici oklüzal kuvvet varlı ı olmadan selektif mölleme ile düzeltilmelidirler. Maksimum kapanı ta posteriora homojen ve e zamanlı bir temas olmalı lateral hareketlerde ise protezin stabilitesi için balans ve çalı an tarafta temaslar olmalıdır.^{4,8,12}



Resim 5. Artikülatörde modellerde aındırma yapılması.

KAYNAKLAR

1. Hayakawa I. Total Protezlerin İlkeleri ve Prati i. Chicago: Quintessence Publishing Co., Inc 2007. s: 9.
2. Çalikkocao lu S. Tam protezler Cilt I-II. Protez Akademisi ve Gnatoloji Derne i Yayını , 2004. s: 563-4.
3. Geering AH, Kundert M, Kelsey C. Complete Denture and Overdenture

-
- Prosthetics. Thime Medical Publisher 1993. p:117.
4. Badel T, Panduric J, Kraljevic S, Dulcic N. Checking the Occlusal Relationships of Complete Denture via a Remount Procedure. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2007;27(2):181-192.
 5. Berteretche M V, Hüe O. Insertion et equilibration occlusale. *EMC Odontologie* 2005;1:29-45.
 6. Sharry JJ. Complete Denture Prosthodontics. Second Edition: McGraw – Hill Book Comp., Inc. 1968.
 7. Watt DM, Macgregor AR. Designing complete dentures. Philadelphia: W.B. Saunders Co. , Inc . 1976.
 8. Shingli K, Angadi GS, Hegde P. The Effect of Remounting Procedures on Patient Comfort for Complete Denture Treatment. *J Prost Dent* 2008;99:66-72.
 9. Hochstedler JL, Shannon JL. A time-saving method for performing a clinical remount procedure with complete denture. *J Prosthet Dent* 1995;74(1):39-41.
 10. Ansari IZ. Simplified Clinical Remount for Complete Denture. *J Prosthet Dent* 1996;76:321-324.
 11. Hickey Judson C, Zarb GA. Prosthodontic treatment for edentulous patients. The C.V. Mosby Company 1980. p:463.
 12. Thomas E, Sahanahan J. Physiologic jaw relation and occlusion of complete dentures. *J Prosthet Dent* 2004;91:203-205.
 13. Firas AM. Al Quran. A Clinical Evaluation of the Clinical Remount Procedure. *J Contemp Dent Pract* 2005;15(1):48-55.