



LÜKSE OLAN MAKSİLLER SÜREKLİ KESİCİ DİŞLERE MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ YAKLAŞIMI: OLGU SUNUMU

A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE TREATMENT OF AN LUXATED MAXILLARY PERMANENT INCISOR : A CASE REPORT

Yrd.Doç.Dr. Mustafa Erhan SARI*

Yrd.Doç.Dr. Nursel ARICI**

Makale Kodu/Article code: 1018
Makale Gönderilme tarihi: 02.01.2013
Kabul Tarihi: 30.04.2013

ÖZET

Üst kesici dişler travmaya en çok maruz kalan dişlerdir. Diş travması görmüş hastanın düzgün estetiğinin sağlanması ve fonksiyonun tekrar kazandırılması oldukça önemlidir. Travma çeşidine göre acil tedavi yöntemleri farklılıklar gösterebilmektedir. Bu olgu sunumunda, dental travma sonucu kesici dişleri lüksasyona uğramış 10 yaşındaki kız çocuğuna uygulanan tedavi yaklaşımı sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dişlerin kapanış ilişkisi, travmatik, kesici diş

ABSTRACT

Maxillary anterior teeth are ones exposed to trauma most. It is very important that aesthetic of dental trauma patients is restored and that the teeth function properly. Emergency treatment methods vary according to the type of trauma. In this case, the treatment approach applied to a 10-year-old girl luxated incisors due to dental trauma is presented.

Key words: Dental Occlusion, Traumatic, , Incisor

GİRİŞ

Dental travma çocuklarda ve genç erişkinlerde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur.^{1,2} Dental travmalarda, üst kesici dişlerin travmaya en çok maruz kalan diş grubu olduğu ve bu durumun genellikle kuronda ciddi madde kaybıyla sonuçlandığı görülmektedir.³⁻⁵ Travma neticesinde oluşabilecek fonetik, fonksiyonel ve estetik sorunlar çocuk üzerinde psikolojik problemler yaratabilir. Bu nedenle travma vakaları acil tedavi gerektiren durumlardır.⁶⁻¹⁰

Dental travmalar içerisinde, lüksasyon yaralanmaları % 30-44 oranında görülmektedir. Lüksasyon yaralanmaları: sublüksasyon, lateral lüksasyon, intruziv lüksasyon ve ekstruziv lüksasyon olmak üzere 4 grupta sınıflandırılır.¹¹ Ekstruziv lüksasyon, bu yaralanmalar içerisinde %1 gibi düşük bir oranda görülmektedir.¹² Bu yaralanmalarda diş, uzun aksı boyunca yer değiştirmiş ve mobilite artmıştır.

Radyografik incelemede apikalde genişlemiş bir periodontal ligament (PDL) aralığına gözlenirken, alveolar kemikte herhangi bir değişiklik izlenmemektedir.¹³ Ekstruziv lüksasyonlu daimi dişlerdeki tedavi yaklaşımı; dişin aynı seansta hafif parmak basıncı ile yerine tekrar yerleştirilip, iki hafta süre ile yarı esnek bir splint ile stabil edilmesini içerir.¹³⁻¹⁷ Ortodontik olarak dişin yeniden konumlandırılması ve pulpa nekrozu geliştiği durumlarda endodontik tedavi uygulanması gibi kombine tedavi yaklaşımları mevcuttur.¹⁸

Bu olgu sunumunda, travmaya bağlı olarak meydana gelen sol üst keser dişinde palatinal lüksasyon ve sağ üst keser dişinde konküzyon (sarsıntı) olan bir hastaya uygulanan multidisipliner tedavi yaklaşımı sunulmaktadır.

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti A.B.D.
** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti A.B.D.



OLGU SUNUMU

On yaşındaki bir kız çocuğu ip atlarken dengesini kaybedip düşmesi sonucu üst kesici dişlerine gelen travma nedeni ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim dalına travmadan 3 saat sonra başvurdu. Alınan tıbbi hikayesinde sistemik bir bulguya rastlanmadı. Ağız içi ve radyolojik muayenede sağ üst orta keser dişin hafif mobil olduğu ve sol üst orta keser dişin ise palatopozisyonda yer değiştirdiği gözlemlendi. (Resim 1 ve 2) Sol üst keser diş parmak basıncı ile yerine yerleştirilmeye çalışılmasına rağmen oldukça rijit olduğu gözlemlendi. Dişte ikinci bir travmaya sebep olmamak için zorlanmadı. Üst keser dişlere semi rijit splint uygulandı. (Resim 3) Müdahale sonrası hastaya geniş spektrumlu bir antibiyotik, ağrı kesici ve ağız gargarası reçete edildi. Yumuşak diyet ve ağız hijyenini maksimum düzeyde tutması önerildi. İki hafta sonra splint söküldü (Resim 4) ve dişlerde renk değişimi, mobilite, perküsyonda hassasiyet, radyografik patoloji, şişlik, apse ve fistül gözlemlenmedi.



Resim 1. Travmaya uğramış dişlerin tedavi öncesi görünümü



Resim 2. Travmaya uğramış dişlerin periapikal radyografik görüntüsü



Resim 3. Travmaya uğramış dişlerin splintlenmiş görünümü



Resim 4. Splint çıkarıldıktan sonra dişlerin kapanıştaki görünümü

Daha sonra Ortodonti Anabilim Dalına sevk edilen hastanın yapılan klinik ve ağız içi muayenesi sonucunda, travmanın etkisiyle üst sol santral dişin palatinala doğru eğilip alt kesici dişle çapraz kapanışa geldiği izlendi. Hasta karma dentisyonda olup, alt ve üst çene diğer dişlerinde hafif düzensizlikler saptandı. Şiddetli çapraşıklık olmamasına bağlı olarak yer sorunu bulunmamaktaydı. Yapılan ağız dışı muayenesinde, cephe ve profil fotoğraflarında herhangi bir düzensizlik izlenmemekteydi.

Tedavi planı olarak çapraz kapanışta olan üst sol santral dişin düzeltilmesi düşünüldü. Bu amaçla üst çeneye hastanın takip çıkarabileceği hareketli bir aparey planlandı. Üst sol santral dişe 0.5 mm çapında yuvarlak paslanmaz çelik telden labio-lingual spring büküldü. Apareyin tutuculuğunu artırmak amacıyla da 0.7 mm çapında yuvarlak paslanmaz çelik telden üst sağ ve sol birinci büyük azı dişlere Adams kroşe, kanin dişler arasına ise vestibül ark yapıldı. Ayrıca hasta istirahat konumundayken üst sağ santral dişi çapraz kapanıştan kurtulamadığı için apareyin posterior bölgesine akril ilave edilerek oklüzyon yükseltildi (Resim 5).

Hasta velisinden ' Bilgilendirilmiş Onam Formu' alındıktan sonra aparey hasta ağızına uyumlandı. Dikkat etmesi gereken kurallar anlatıldı. Hasta dört haftada bir rutin ortodontik kontrollere çağrıldı. Kontrollerde spring aktive edildi. Aktivasyon üst santral dişin mesio-distal boyutunun yarısı olacak şekilde yapıldı. Üç ay sonra çapraz kapanışın düzeldiği görüldü. Uygun overjet ve overbite ilişkisi sağlandıktan sonra tedavi sonlandırıldı (Resim 6). Hastanın 12 aylık takibinde herhangi nüks görülmedi (Resim 7).



Resim 5. Ortodontik aparey uygulaması



Resim 6. Tedavi tamamlandıktan sonra dişlerin görünümü.



Resim 7. Tedaviden 1 yıl sonraki görünümü

TARTIŞMA

Travmatik dental yaralanmalar hayatın her döneminde meydana gelmesine rağmen çocuklar ve gençler bu yaralanmaya daha fazla maruz kalmaktadırlar. Sıklıkla düşme, bisiklet kazaları, spor yaralanmaları ve dişlere gelen yabancı doku çarpmaları sonucu gelişir.¹⁹ Yaralanmanın çeşidine göre tedavi seçenekleri değişkenlik gösterir.

Lüksasyon yaralanmalarında uygulanan tedavi; lüksasyonun tipine, travma sonrası geçen zamana, yer değiştirme ve mobilitenin derecesine, kök gelişiminin durumuna, pulpa testlerine verilen cevaba ve hastanın yaşına göre değişiklik göstermektedir.^{20,21} Lüksasyona maruz kalmış dişin mümkün olduğunca erken yerine yerleştirilip, periodontal ve pulpal iyileşmeyi sağlayacak esnek ya da yarı esnek bir splint ile stabilizasyonunun sağlanması temel tedavi yaklaşımlarından biridir.²²

Lüksasyona uğramış olan dişler için birçok splintleme yöntemi bulunmaktadır. Fakat esnek splint kullanımının dişe en az zarar verici ve en çok tercih edilen tip olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.^{22,23} Bu tür yaralanmalarda eğer alveolar kemikte kırık yok ise, tavsiye edilen splintleme süresi de iki hafta olarak belirtilmiştir. Splintleme işlemi periodontal iyileşmeyi önemli ölçüde etkilemekle beraber iki haftadan fazla süre ile esnek olmayan splint kullanıldığında rezorpsiyon oluşma hızı artmaktadır.²³ Bu bilgilerin ışığı altında, kliniğimize başvuran hastanın dişin stabilizasyonu amacıyla iki hafta süre ile yarı esnek olan bir splint kullanılmıştır. Hastanın üst sol orta keser dişi rijitidesinden dolayı parmak basıncı ile repoze edilemediğinden ideal anterior diş dizilimini sağlamak için ortodontik hareketli aparey tercih edilmiştir. Ortodontik olarak repoze edilen dişlerin klinik ve radyografik muayenesinde pulpal enflamasyon bulgularına rastlanmadığı için başka bir tedavi uygulanmamıştır.

Tedavinin sonuçlanmasını takiben hastanın 1 yıllık takibi sonucunda herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Murchison DF, Burke FJT, Worthington RB: Incisal edge reattachment: indications for use and clinical technique. Br Dent J 1999; 186: 614-9.

2. Sanchez AV, Garcia-Godoy F: Traumatic dental injuries in 3 to 13-year-old boys in Monterrey, Mexico. *Endod Dent Traumatol*,1990; 6: 63-5.
3. Schillingburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett S. *Fundamentals of fixed prosthodontics*, 3rd edn. IL: Quintessence Publishing; 1997: 197–201.
4. Petti S, Tarsitani G. Traumatic injuries to anterior teeth in Italian schoolchildren: prevalence and risk factors. *Endod Dent Traumatol* 1996;12: 294-7.
5. Leroy RL, Aps JK, Raes FM, Martens LC, De Boever JA. A multidisciplinary treatment approach to a complicated maxillary dental trauma: a case report. *Endod Dent Traumatol* 2000;16: 138–42.
6. Neto JJ, Gondim JO, de Carvalho FM, Giro EM. Longitudinal clinical and radiographic evaluation of severely intruded permanent incisors in a pediatric population. *Dent Traumatol* 2009; 25: 510-4.
7. Skaare AB, Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7-18 years. *Dent Traumatol* 2003; 19: 67-71.
8. Andreasen JO, Bakland LK, Matras RC, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 1. An epidemiological study of 216 intruded permanent teeth. *Dent Traumatol* 2006; 22: 83-9.
9. Shivayogi MH, Anand LS, Dayanand DS. Management of traumatically intruded permanent incisors. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007; 25: 13-6.
10. Özel E, Altundal H. Dentoalveoler ve perioral doku yaralanmaları. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.* 2006; 2: 7-13.
11. Trope M, Blanco L, Noah C, Sigurdsson A. The role of endodontics after dental traumatic injuries in: Cohen S, Burns RC, editors. *Pathways of the pulp* 9th ed. St. Louis: Mosby 2006. 610-49.
12. Guttman JL, Dumsha TC, Lovdahl PE. Problem Solving the diagnosis and management of accidental tooth trauma. *Problem Solving in Endodontics* 4th ed. Elsevier Mosby 2006. 403-32.
13. Andreasen FM, Andreasen JO. Luxation injuries. In Andreasen JO, Andreasen FM, edx *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*, 3rd edn. Copenhagen Munksgaard;1994. 318.
14. Andreasen JO. Luxation of permanent teeth due to trauma. A clinical and radiographic study of 189 injured teeth. *Scan J Dent Res* 1970;78: 273-86
15. Rock WP, Gordon PH, Friend LA, Grundy MC. The relationship between trauma and pulp death in incisors teeth. *Br Dent J* 1974;136: 236-9.
16. Barnett F. The role of endodontics in the treatment of luxated permanent teeth. *Dent Traumatol* 2002;18: 47-56.
17. Roberts G, Longhurst P. Luxation injuries. In Roberts G, Longhurst P eds. *Oral and Dental Trauma in Children and Adolescents*. Oxford: Oxford University Press;1996. 76.
18. Calasans-Maia Jde A, Calasans-Maia MD, da Matta EN, Ruellas AC. Orthodontic movement in traumatically intruded teeth: a case report. *Dent Traumatol* 2003;19: 292-5.
19. Ayna B, Hamamcı N, Celenk S, İzol B. Multidisciplinary team rehabilitation of traumatized teeth with crown fractures. *Suleyman Demirel University Dental Journal* 2009; 1: 49-53.
20. Andreasen FM, Vestergaard Pedersen B. Prognosis of luxated permanent teeth- the development of pulp necrosis. *Endod Dent Traumatol* 1985;1: 207-20.
21. Eklund G, Stalhane I, Hedegard B. Traumatized permanent teeth in children aged 7-15 years. Part III. A multivariate analysis of post-traumatic complications of subluxated and luxated teeth. *Swed Dent J* 1976;69: 179-89.
22. Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK, Feiglin B, Gutmann JL, Oikarinen K, Pitt Ford TR, Sigurdsson A, Trope M, Vann WF Jr, Andreasen FM. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries; *International Association of Dental Traumatology*. *Dent Traumatol*. 2001;17: 193-8.
23. Oikarinen K, Andreasen JO, Andreasen FM. Rigidity of various fixation methods used as dental splints. *Endod Dent Traumatol* 1992;8: 113-9.

Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Erhan SARI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Pedodonti A.B.D.
55139 ATAKUM/SAMSUN
Tel: 0505 238 42 85
E mail:dterhansari@hotmail.com

