

SENDROMSUZ BİR OLİGODONTİ OLGUSUNUN İNTERDİSİPLİNER YAKLAŞIM İLE REHABİLİTASYONU: OLGU SUNUMU

REHABILITATION OF NON-SYNDROMIC OLIGODONTIA WITH INTERDISCIPLINARY APPROACH: CASE REPORT

Dr. Dt. Orhun EKREN* Dr.Dt. Emre BENLİDAYI**

Dr.Dt. Sevinç KARAN***

Makale Kodu/Article code: 227
Makale Gönderilme tarihi: 02.11.2009
Kabul Tarihi: 14.01.2010

ÖZET

Oligodonti, 3. molar dişler haricinde, 6 veya daha fazla sayıda sürekli diş germinin eksikliği olarak tanımlanır. Çok ender görülen bir anomalidir. Hastalar genellikle fazla sayıda diş eksikliği nedeniyle oluşan estetik ve fonksiyonel bozukluklardan dolayı tedaviye ihtiyaç duyarlar. Dişlerin eksikliği çiğneme bozukluklarına ve sosyal problemlere neden olur. Oligodonti hastalarının rehabilitasyonu genellikle cerrah, ortodontist ve protez uzmanının işbirliği içerisinde çalışması ile sağlanır.

Bu vaka sunumunda sendromsuz oligodonti görülen 17 yaşında hastanın multidisipliner yaklaşımla rehabilitasyonu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sendromsuz oligodonti, Anomali

ABSTRACT

Oligodontia, commonly describe as a condition involving absence of six or more teeth excluding the third molar, is a rare anomaly affecting very small amount of the population. The patients seek care because of an unaesthetic and socially unacceptable malocclusion when teeth are missing. The absence of teeth can affect social relations and masticatory function. Comprehensive rehabilitation of oligodontia is best undertaken in multidisciplinary clinics. Generally a team composed of an oral surgeon, an orthodontist and a prosthodontist can handle the responsibility of the treatment.

In this case report rehabilitation of a 17 years old female suffered from a non-syndromic oligodontia was presented

Key words: Non-syndromic oligodontia, Anomaly

GİRİŞ

Diş Agenesisi, bir veya daha fazla sayıda sürekli diş germinin doğumsal olarak eksikliği olarak tanımlanır ve bireylerde sık gözlemlenen bir anomalidir¹. Hipodonti, 3.molar dişler hariç olmak üzere, 6 veya daha az sayıda sürekli diş germi eksikliği olarak tanımlanır ve en sık görülen dental anomalidir^{2,3}. Çoğu toplumda, 3.molar haric olmak üzere, sürekli diş germi eksikliğinin görülme sıklığı %2.2 ve 10.1 olarak rapor edilmiştir⁴.

Oligodonti, kısmi anadonti veya ciddi hipodonti, 3.molar dişler hariç olmak üzere 6 veya daha fazla sayıda sürekli diş germinin eksikliği olarak tanımlanır⁵.

Herhangi bir sendromla beraber gözlenmemekle beraber (Sendromsuz oligodonti) ektodermal displazide olduğu gibi bir sendromun parçası olabilmektedir⁵. Oligodonti toplumun %0.1-0.3 ünü etkileyebilen çok ender görülen bir anomalidir^{4,6}

Oligodonti vakalarında hastanın rehabilitasyonu çoğunlukla disiplinler arası çalışmayı gerektirir. Dişler arası mesafelerin düzeltilmesi için ortodontik tedavi, implant cerrahisi ve protetik tedaviye ihtiyaç duyulur^{5,6}.

Bu olgu sunumunda sendromsuz bir oligodonti olgusunun disiplinler arası çalışma ile rehabilitasyonu sunulmuştur.

* Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi A.D

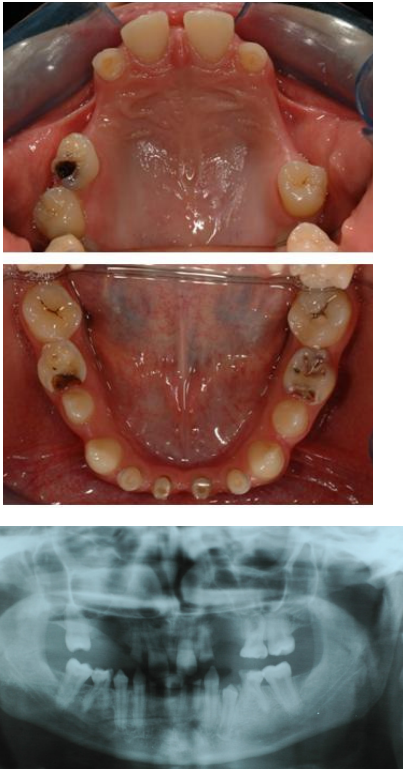
**Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş,Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.D

*** Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti A.D



OLGU SUNUMU

17 yaşında bayan, diş eksikliği nedeniyle yetersiz beslenme ve estetik şikayetlerinden dolayı Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvurdu. Hastanın genel sağlık durumu ve görünümü normaldi. Herhangi bir sistemik rahatsızlığı yoktu. Daha önce hiç diş çekilmemişti. Ağız içi muayenede 3.molar haricinde 18 adet sürekli dişin eksik olduğu belirlendi (üst sağ ve sol çene yan keserler, kaninler, 1.ve 2. premolarlar ve 2. molar, alt çene sağ ve sol santral ve yan keserler, 2.premolarlar ve 2.molar). Ağız hijyeni üst seviyedeydi. Mevcut sürekli dişler çürüksüzdü. Persiste süt dişleri mevcuttu. Hastada herhangi bir periodontal problem gözlenmedi. (Resim 1) Eksik sürekli dişlerin gömülü olup olmadığı panoramik radyografi çekilerek kontrol edildi. (Resim 2) Ağızda gömülü diş olmadığı görüldü. Oligodonti teşhisinin konmasının ardından hasta bağlantılı genetik problemlerin araştırılması için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genetik Araştırmalar Bölümüne sevk edildi. Hastada herhangi bir genetik bozukluk bulunamadı.



Resim 1 ve Resim 2. İlk muayene ağız içi ve radyolojik görüntü.

Klinik ve radyolojik muayenede dişsiz bölgelerde 3 boyutlu ciddi alveolar atrofi gözlemlendi. Tedavi 4 aşama olarak planlandı:

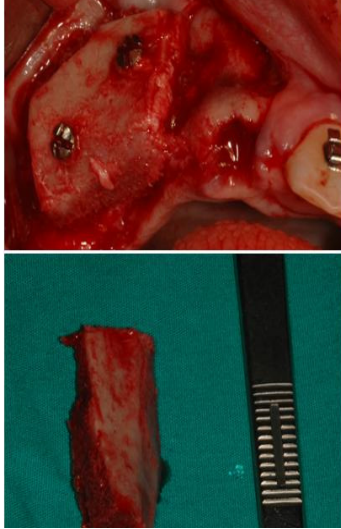
- (1) Ortodontik tedavi,
- (2) Bilateral sinüs ogmentasyonu ve atrofik dişsiz bölgenin horizontal ogmentasyonu.
- (3) İmplant yerleştirilmesi
- (4) Protetik rehabilitasyon.

Maksiller molar dişlerin bantlanması sonrası transpalatal ark kullanılarak molarlar arası mesafe genişletildi. Maksiller santral kesiciler arasındaki diastema, yüzün orta hattı esas alınarak düzeltildikten sonra geçici maksiller hareketli bölümlü protez (GHBP) hastanın estetik ve fonksiyonel ihtiyaçları gözetilerek yapıldı. Böylece mandibular ve maksiller daimi dişler GHBP rehber alınarak konumlandırıldı. Hasta ortodontik tedavi süresince GHBP yi kullandı. (Resim 3) Mandibular kanin ve premolar dişler anteriora konumlandırıldı. Ortodontik tedavi yaklaşık bir yıl devam etti.



Resim 3. Geçici Hareketli Bölümlü Protez

Genel anestezi altında hastadan alınan iliak kansellöz grefti ile bilateral sinüs ve resorbe dişsiz alveolar kretin horizontal ogmentasyonu yapıldı. Graft alveolar kemiğe mini titanyum vidalarla sabitlendi (Resim 4).



Resim 4. Mini-titanyum vidalarla sabitleştirilmiş kemik grefti.

Yumuşak dokunun iyileşmesi sonrası GHBP yeni oral duruma uyacak şekilde modifiye edildi. İmplantasyon cerrahisine kadar hasta GHBP yi kullandı. 6 aylık iyileşme periyodu sonunda implantasyon cerrahisine geçildi. İmplantasyon cerrahisinden 2 ay önce persiste süt dişleri çekildi.

Hastanın kullanmakta olduğu GHBP rehber alınarak cerrahi stent hazırlandı. İmplantlar (T.B.R.® Group Parc Technologique de la Plaine, France) sağ üst çene yan kesici, kanin dişi, 2. premolar, sol üst çene kanin dişi, 1.ve 2. premolar diş bölgelerine lokal anestezi altında yerleştirdi. İmplantların osseointegrasyonu için 6 ay beklendi.

Alt çenenin rehabilitasyonunda diş destekli köprü protezleri kullanıldı. Dişlerin preparasyonları sonrası alt ve üst çenenin ölçüsü silikon esaslı bir ölçü maddesi kullanılarak alındı. Alınan ölçülerden geliştirilmiş sert alçı modeller elde edildi. Hastadan alınan fonksiyonel kayıtlar ve yüz arki (Denar Slidematic Facebow, Whip Mix Corp,USA) kullanılarak modeller yarı ayarlanabilir bir artikülatöre (Denar Advantage, Whip Mix Corp, USA) bağlandı. Metal prova sonrası porselen rengi belirlendi. Hastanın oklüzyonu "grup fonksiyonu"olarak ayarlandı. Porselen prova sonrası cilalanıp yapıştırıldı.(Resim 5). Hastanın bir yıllık takibinde herhangi bir klinik problemle karşılaşılmadı.(Resim 6).



Resim 5 ve Resim 6. Protezlerin ağız içi ve ağız dışı görünümü.

TARTIŞMA

Dişlerin doğumsal noksanlığının genetik veya gelişimsel anomaliler sonucu meydana geldiğine inanılır⁵. Bu vakalarda hastanın aile bireylerinde aynı durumun varlığı ve oligodontinin herhangi bir sendrom ile bağlantısı mutlaka araştırılmalıdır. Bir sendrom ile bağlantılı vakalarda, hastanın deri, kulak, göz, iskelet sistemi gibi vücudun diğer bölgelerinde de anomalilere rastlanır⁵. Bu vakada hastamız genetik araştırmalar bölümünde değerlendirilmiş ve herhangi başka bir genetik bozukluğa rastlanmamıştır.

Oligodonti çok ender görülen bir anomali olsa da tedavisi bir takım zorluklar taşır ve çoğunlukla disiplinler arası çalışmayı gerektirir⁷. Oligodonti hastaları ortodontik tedavi, hareketli bölümlü protezler, diş destekli sabit bölümlü protezler, implant destekli protezler veya bu tedavilerin beraber kullanılacağı bir tedavi planına ihtiyaç duyarlar⁵. Tedavi planlanmasında hastanın yaşı, mevcut daimi dişlerin sayıları, lokalizasyonları ve çürüksüz olup olmaması, destek dokuların sağlık durumu, oklüzyon, interoklüzal mesafe gibi faktörlerin göz önüne alınması gerekir⁵.

Tam protezler, overdenture protezler veya hareketli bölümlü protezler gibi geleneksel yaklaşımlar, mevcut dişler veya dişsiz alveolar kretlerdeki anatomik problemler nedeniyle bu hastalarda istenilen sonuçları vermeyebilir. Konik dişler ve resorbe olmuş keskin alveolar sırtlar protezlerin retansiyon ve stabilitesini etkiler. Hastaların sıklıkla genç bireyler olması protezlerin yenilenme sayısını da artıracaktır. Ayrıca geleneksel protezler ile yüklenen dişsiz kretlerde rezorpsiyon hızlanacak ve ileriki yıllarda yapılacak protetik müdahaleleri daha da zorlaştıracaktır. Literatürde bu gibi hastalarda kullanılacak geleneksel hareketli veya sabit protezlerin anlatıldığı bir çok çalışma bulunmaktadır^{8,9}.

İmplant destekli sabit protezlerin artmış fonksiyon ve estetik gibi bir çok avantajı vardır. İmplant destekli sabit protezler, özellikle genç bireylerde, hareketli bölümlü veya tam protez kullanmanın getireceği psikolojik ve sosyal problemleri önler. Oligodonti vakalarında kemik içi dental implantların kullanılması geleneksel yöntemlerle karşılaştırıldığında bir çok avantaj sunar. Literatürde bu gibi hastaların protetik rehabilitasyonunda implant destekli protezlerin kullanıldığı çalışmalar mevcuttur¹⁰⁻¹⁴

Gelişimi devam eden hastaların rehabilitasyonunda implantların kullanımı, olası komplikasyon oluşturabileceğinden tavsiye edilmemektedir¹¹. Ancak literatürde gelişimi süren çok genç hastalarda dahi başarılı implant tedavileri rapor edilmiştir¹¹⁻¹³. Bu olguda hastanın rehabilitasyonu implant destekli sabit restorasyonlar ve yüksek hasta memnuniyeti ile tamamlanmıştır.

Alveolar kemiğin resorpsiyon-apozisyon döngüsü dişlerin varlığına bağlıdır. Dişlerin olmaması alveolar kemiğin boyutsal olarak küçülmesine neden olur¹¹. Dişsiz kretlerdeki atrofi çoğunlukla ağız dışı bölgelerden alınan greftler ile desteklenir. Bu vakada bilateral sinus ogmentasyonu ve horizontal ogmentasyon anterior iliak tan alınan otojen greft ile yapılmıştır.

Bu olguda implant destekli sabit restorasyonlar sadece üst çenenin rehabilitasyonunda kullanılmıştır. Alt çenede diş destekli sabit restorasyonlar için yeterli sayıda diş olması, ek cerrahi müdahaleler ve ekonomik nedenlerden dolayı implant destekli restorasyonlar düşünülmemiştir.

Oligodonti hastalarının çok büyük çoğunluğu genç hastalardır ve yaşam süreleri içerisinde protezlerini değiştirmeleri gerekebilir. Bu tip hastalarda

vida tutuculu implant protezlerin kullanılması protezlerin yenilenmesi konusunda avantaj sağlayabilir. Ancak vida tutuculu implant destekli sabit restorasyonlar vida gevşemesi, restorasyon ve dayanak arasında kalan boşluk neticesinde bakteri çoğalması gibi dezavantajlara sahiptir¹⁵.

Sonuç olarak oligodonti olgularında implant destekli sabit protezlerin kullanımı hastaların rehabilitasyonunda büyük avantajlar sağlar. Özellikle genç bireylerde geleneksel protezlerle meydana gelmesi muhtemel estetik, fonetik, fonksiyonel ve psiko-sosyal problemler önlenabilir.

KAYNAKLAR

1. Pemberton TJ, Das P, Patel PI, Hypodontia: genetics and future perspectives. *Braz J Oral Sci* 2005;4:695-706
2. Jorgensen Rj, Clinicians view of hypodontia. *J Am Dent Assoc* 1980; 101,283-86.
3. Osuji OO, Hardie J. Dental Anomalies in a population of Saudi Arabian in Tabuk. *Saudi Dent J* 2002;14:11-14.
4. Polder BJ, Van't Hof MA, Van Der Linden FP, Kuijpers-Jagtman AM, A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:217-226
5. Akkaya N, Kiremitçi A, Kansu O. Treatment of a patient with oligodontia: a case report *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(3):121-7
6. Guckes AD, McCarthy GR, Brahim JS. Use of endosseous implants in a 3-year-old child with ectodermal dysplasia: case report and 5-year follow-up. *Pediatr Dent.* 1997;19(4):282-5.
7. S Song, D.Han, H.Qu, Y.Gong,H.Wu,X.Zhang, N.Zhong, H.Feng EDA Gene Mutations Underlie Non-Syndromic Oligodontia, *J Dent Res* 2009;88(2)126-131
8. Giray B, Akça K, İplikçioğlu H, Akça E. Two-year follow-up of a patient with oligodontia treated with implant- and tooth-supported fixed partial dentures: a case report *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2003;18(6):905-10
9. Kearns G, Sharma A, Perrott D, Schmidt B, Kaban L, Vargervik K. Placement of endosseous implants in children and adolescents with hereditary ectodermal dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999;88(1):5-10.



10. Dosunmu OO, Ogunrinde TJ. Selective impression technique for conventional denture rehabilitation in ectodermal dysplasia patient: a case report. West Afr J Med. 2008;27(3):171-4.
11. Smith RA, Vargervik K, Kearns G, Bosch C, Koumjian J. Placement of an endosseous implant in a growing child with ectodermal dysplasia Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993 ;75(6):669-73
12. Lamazza L, Cerulli GM, Favaretti F, De Biase A. Implant-prosthetic partial-arch restoration in a patient with ectodermal dysplasia characterized by oligodontia and localized bone deficiency: a case report. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009;24(1):147-50.
13. Bergendal B, Ekman A, Nilsson P. Implant failure in young children with ectodermal dysplasia: a retrospective evaluation of use and outcome of dental implant treatment in children in Sweden. Int J Oral Maxillofac Implants. 2008;23(3):520-4.
14. Kramer FJ, Baethge C, Tschernitschek H. Implants in children with ectodermal dysplasia: a case report and literature review. Clin Oral Implants Res. 2007;18(1):140-6.
15. Becelli R, Morello R, Renzi G, Dominici C. Treatment of oligodontia with endo-osseous fixtures: experience in eight consecutive patients at the end of dental growth. J Craniofac Surg. 2007 ;18(6):1327-30.
16. Misch CE, Dental Implant Prosthetic, 1st ed, Missouri, CV Mosby: 2005 p.453

Yazışma Adresi

Dr.Dt. Orhun EKREN
Cemalpaşa mah.Gazipaşa Blv.
Çamurdanoğlu Apt. A Blok No:6
Seyhan/ADANA
Tel: 0 533 7175954
e-mail: orhunekren@hotmail.com

