

PAPER DETAILS

TITLE: Dis Kavisleri Dis Eksiklerine Bagli Bosluklarin Ortodontik Olarak Kapatabilecegi veya Kapatilmamasi Gerektigi Vakalar

AUTHORS: Mustafa ÜLGEN

PAGES: 41-52

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/94587>

Diş Kavisleri Diş Eksiklerine Bağlı Boşlukların Ortodontik Olarak Kapatılabileceği veya Kapatılmaması Gerektiği Vakalar.

Dr. Med. Dent. Mustafa ÜLGEN (*)

Diş kavislerinde çeşitli nedenlerle diş eksiklikleri görülmektedir. Çocuklarda diş eksikliklerinin sebebi daha çok travmalar ve konjenital diş eksiklikleridir. Erişkinlerde buna diş hastalıkları dolayısıyla kaybedilen dişler de eklenir. Çocuklarda kaza sonucu ve konjenital olarak meydana gelmiş diş eksikliklerinin sayıları hiç de küçümsenmeyecek derecededir. 1936 da bu alanda ilk istatistiksel çalışmayı yapanlardan Dolder'in (3,7) araştırdığı 10.000 okul çocuğunun % 3,4'ü akıl dişleri hariç olmak üzere konjenital diş eksikliği gösteriyordu. 1972 de Graf (5) okul diş kliniklerinde muayene ettiği öğrencilerin % 23,1'nin (% 28,1 erkek, % 18,5 kız) kazalar sonucu zarar görmüş dişler taşıdığını tesbit etmiştir. Aynı araştırmacının gözlemlerine göre ençok travmayla karşı karşıya kalan dişler 1+1 (%67), 2+2 (%8,4) ve alt kesiciler (%24) olup, öğrencilerin okulu bitirdikleri sırada (15-16 yaş) kazaya uğramış bu dişlerin %6,3'ü kaybedilmiş, %17,5'i devital, %76,2'i vital kalmışlardır. Diş kazaları daha çok 8-12 yaşları arasında meydana gelmektedir (1).

(*) Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Kürsüsü Asistanı.

Böylece konunun sıklığını ve önemini ortaya döktükten sonra, çocuklardaki diş eksikliklerinin sonuçlarına geçelim. Çocuklardaki diş eksiklikleri büyük bir çoğunlukla önce ortodontik sonra protetik tedaviye ihtiyaç göstermektedir. Bu vakaların ortodontik tedavisinde ilk ortaya çıkan sorun, eksik dişlere ait boşlukların kapatılıp, kapatılmaması konusudur. Bu yazının da ana hedefi yukarıda tarif edilen vakalardan hangilerinde eksik dişlere ait boşlukların ortodontik olarak kapatılabileceğinin, hangilerinde ise kapatılmaması gerektiğinin tartışmasını yapmaktır. Bu konuda genel prensip; dik (vertikal) yüz gelişimi gösteren vakalarda (Vaka 1, Resim 1,2,3,4) eksik diş boşluklarının ortodontik yolla kapatılması, yatay (horizontal) yüz gelişimi gösteren vakalarda (Vaka 2, Resim 5,6,7) bu boşlukların muhafaza edilmesidir. Başka bir deyişle, bu vakalarda diş eksikliği olduğunu unutarak şunu düşünmeliyiz: Vaka çekim vakası mıdır, değil midir? Çekim vakalarında eksik diş boşluklarını ortodontik olarak kapatabiliriz, ama çekim vakası olmayan vakalarda bu boşlukları kapatmamalıyız (6). Bunun neden böyle olması gerektiğini vakaları inceleyerek açıklayalım.

VAKA 1:

Hasta 10 yaşında olup, travma sonucu üst orta kesiciler luksasyona uğramış, kronları fraktüre olmuş ve renk değiştirmişlerdir (Resim 1 D). Ağız içi röntgenlerinden (Resim 1 G) 1+1'lerin kanal tedavisi geçirdikleri ve rezorbsiyona uğradıkları görülmektedir. Uzak röntgen resminin (Resim 1 F) ve analizinin (Resim 4) tetkikinden hastanın vertikal yüz boyutlarının artmış olduğunu görmekteyiz ve yüz iskeletinin daha çok vertikal yönde gelişeceği tahmin edilmektedir.

Daha sonra 1+1 çekilmiş, 32+23 bantlanarak (Resim 2 A) 1+1 boşlukları kapatılmak istenmiş ve sonra yan kesici dişler üzerine üst orta kesici dişler olarak iki jacket kron yapılmıştır (Resim 2 B). Dört bandla 32+23 yeter derecede mesialize edilememiş ve 32+23 mesiale doğru devrilme hareketi yaptıklarından bir residiv meydana gelmiştir (Resim 2 B). Hasta ikinci defa ideal alt çene diş kavsi de dahil olmak üzere bütün dişleri bandlanarak tedaviye alınmıştır. Diş hareketlerinden önce, üst kaninlere yan kesicilerin ve üst birinci premolarla üst kaninlerin torque'u verilmiştir. Ön açık kapanışa engel olmak için üçgen şeklinde K1. III elastiklerle (Resim 2 E, F) çalışılmış, Bull - loop arkla (4) aralıklar kapatılmış ve 32+23 apexleri residive engel olmak için orta çizgiye yaklaştırılmışlardır. Tedavi süresinde hastanın ağız hijyeni tam olmadığından ve belki biraz da hormonal

sebeplerle (sexual hormonların faaliyete başlaması, mensturasyon) gingivitis hypertrophica (Resim 2 G) meydana gelmiş ve bu durum gingivektomi (Resim 2 H) ile düzeltilmiştir. Resim 3 de hastanın tedaviden sonraki durumunu göstermektedir. Hasta'ya 2+2 üzerine orta kesici dişler olarak iki jacket kron yapılmış (Resim 3 D) ve residue engel olmak için jacket kronlar birbirlerine tutturulmuşlardır (2). Yan kesici olarak yerleştirilen kaninlerin tepeleri (8, 10) ile, kanın olarak hizmet edecek olan 4+4 lerin palatinal tüberküllerinin mesial tarafları (8) mollenmiştir. (Resim 3 C,D,E,G de) de görüldüğü gibi 43+34'lerin yeni konumları estetik bir kusur teşkil etmemektedir (9). Uzak röntgen resimlerinin çakıştırılmasında (Resim 4 B) ve analizlerinde hastanın yüz iskeletinin vertikal yönde gelişim gösterdiği görülmektedir.

VAKA 2:

Hasta 14 yaşında olup, model (Resim 5 C,D,E) ve ağız içi röntgen resimlerinde de (Resim 5 G) görüldüğü gibi iki üst yan kesici dişler konjenital olarak eksiktir. Üst orta çizgi sağ tarafa kaymış olup, üst kaninler mesial yönde hareket etmişler ve üst yan kesiciler için asimetrik aralıklar vardır. Üst sol bukkal bölge ve üst kaninler bölgesinde yarım premolar genişliğinde distal kapanış vardır ve overbite artmıştır. Uzak röntgen resminin (Resim 5 F) ve analizinin (Resim 7) incelenmesinde hastada optimal bir yüz iskelet tipi, üst ve alt kesicilerin hafif retruzyon durumunu görüyoruz.

Bu vakada tedavi hedefimiz üst yan kesiciler için simetrik iki boşluk açmaktır; yani üst orta çizgiyi düzeltmek, üst kaninleri ve üst sol bukkal segmenti distalize ederek nötral oklüzyona getirmektir. Üst sol bukkal segment headgear ile nötral oklüsyona getirildi. Aynı safhada bu düzenekle de üst kaninler distalize edildi ve orta çizgi (Resim 6 C) de görülen arka düzeltildi. Hastanın yalnız üst çenedeki premolarlar dışındaki dişleri bantlandığı için, alt çene dişleri bantlanmadığından alt çene dişleri ankraj vasıtası olarak kullanılamamış ve bu sebeple bazı teknik güçlüklerle karşılaşmış, tedavi hedefine çok güç ulaşılmıştır. Anterior high pull headgear'e rağmen derin kapanış kaldırılamamış, üst iki yan kesici diş ilave edilmiş retensiyon apareyine ön düz satır yapılarak overtibe düzeltilmek istenmiştir (Resim 6 E, 7 B). Hastaya en erken 18, mümkünse daha geç bir yaşta, üst kanin ve orta kesicileri çapa olarak alan üçer üye: iki köprü yapılması Zürih Üniversitesi kron-köprü bölümü tarafından kararlaştırılmıştır.

Sonuç olarak ikinci vakada üst yan kesici dişlerin boşluklarının kapatılması tartışılabilir. Tedavinin başında (Resim 5 F) ve sonunda (Resim 7 C) alınan uzak röntgen resimlerinin karşılaştırılmasından (Resim 7 D) ve analizlerinden de görüldüğü gibi alt çene yatay (horizontal) bir gelişme göstermiştir. Eğer bu vakada biz üst çenedeki aralıkları kapayarak distal bir kapanışı hedef alsaydık :

1. Derin kapanışı kontrol etmemiz güçleşecekti.
2. Üst çene diş kavsini küçültmemiz sonucu, alt çenenin yatay gelişimi sebebiyle alt çene diş kavsinde bir darlık, çapraşıklık durumu meydana gelecekti.
3. Üst çenede kapatılan boşlukların yeniden açılmasına imkân verilmiş olacaktı.

Eğer alt çene birinci vakadaki gibi vertikal yönde gelişim gösterecek bir tipte olsaydı, o zaman bu vakada üst çenedeki boşlukların protezsiz, tamamiyle ortodontik olarak kapatılmasının hiçbir sakıncası olmayacaktı.

Ö Z E T

Çocuklarda, diş kavislerindeki travmatik veya konjenital diş eksikliklerine bağlı boşlukların ortodontik olarak hangi vakalarda kapatılabileceği, hangi vakalarda kapatılmaması gerektiği, yazar tarafından Zürich Üniversitesinde tedavi edilmiş iki vaka takdim edilerek tartışılmaktadır.

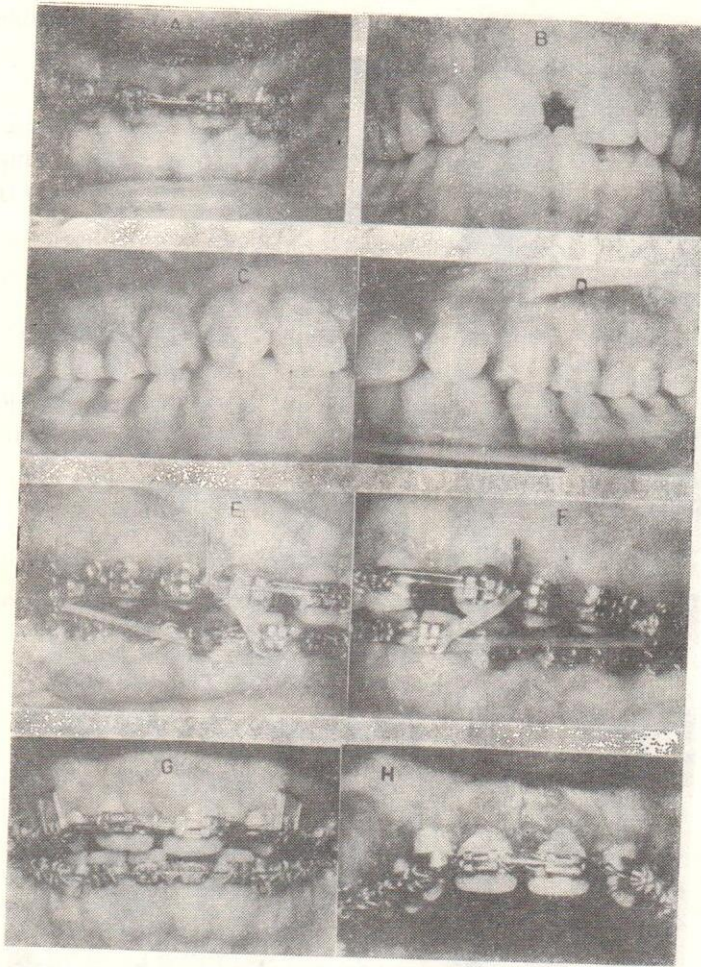
Z U S A M M E N F A S S U N G

Es wird bei den Kindern mit der Zahnunterzahl infolge der Zahnverlust nach den Unfaellen und der Nichtanlagen, bei welchen die Lücken geschlossen werden können oder nicht geschlossen werden dürfen, an Hand der 2 Faelle, die vom Autor an der Univesitaet Zürich behandelt wurden, diskutiert.



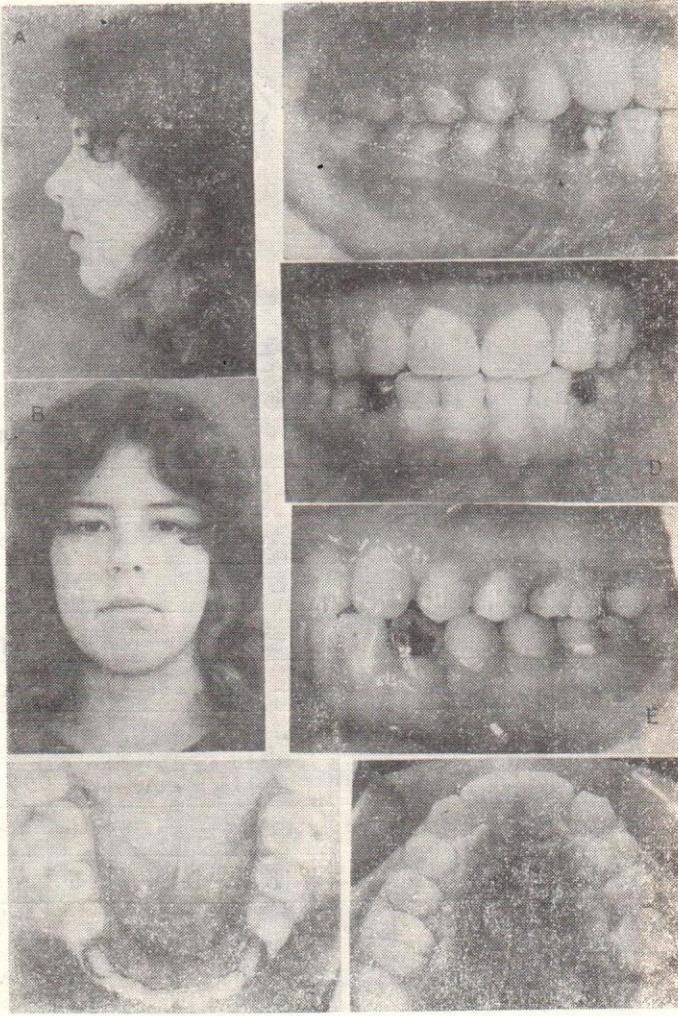
Resim : 1

Vaka : 1



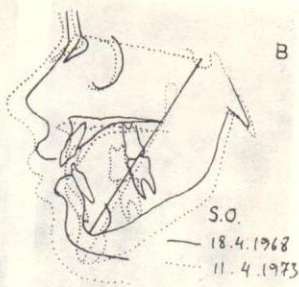
Resim : 2

Vaka : 1



Resim : 3

Vaka : 1



Uzak Röntgen Analizi: S.O. doğ. 7.4.1958

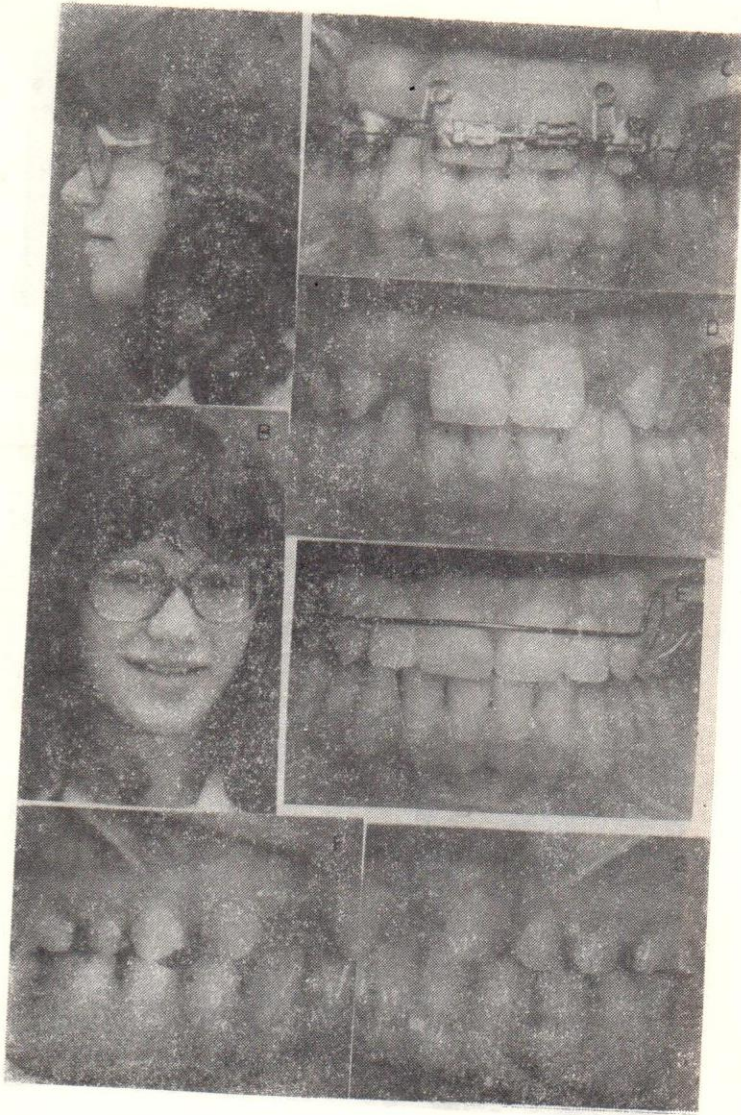
İskeletsel Ölçümler			Dental Ölçümler		
	18.4.68	11.4.73		18.4.68	11.4.73
SN-MGo	40	42	1-SN	117	94
SN-ANS/PNS	11	10	7-MGo	97	90
ANS/PNS-MGo	30	32	7-1	116	133
SN-Occl	17	15	1-NA uzaklık	6	1.5
SNA	82	80	1-NA aç	25	17
SNB	76	76	1-NB uzaklık	6	7
ANB	6	4	7-NB aç	33	27
N-S-Gn	69	72	Pg-NB	1	3
SGo:NM	%60	%58	Holdaway Diff.	5	4
S-Gizgisi (Üst-Ali Dudak)	2-1.5				

Resim : 4

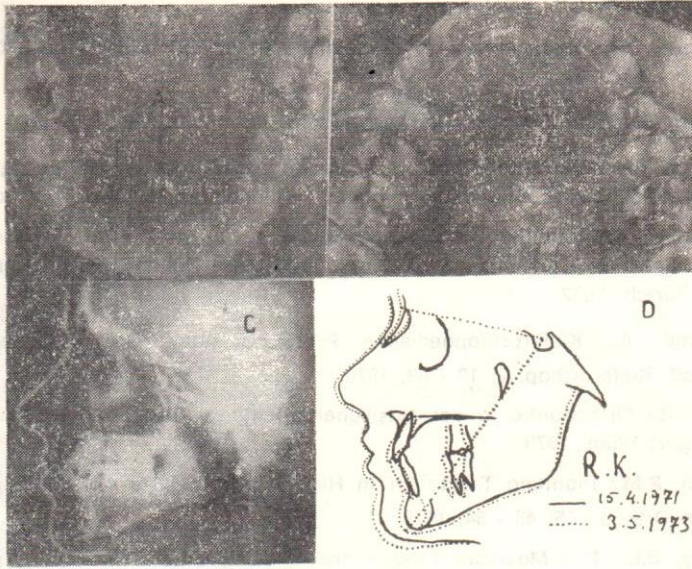
Vaka : 1



Resim : 5 Vaka : 2



Resim : 6 Vaka : 2



Uzak Röntgen Analizi : R.K. doğ. 7.7.1957

İskeletsel Ölçümler			Dental Ölçümler		
	15.4.71	3.5.73		15.4.71	3.5.73
SN-MGo	38	36	1-SN	92	107
SN-ANS/PNS	14	13	T-MGo	88	94
ANS/PNS-MGo	25	23	T-1	143	121
SN-Occl	20	17	1-NA uzaklık	3	5
SNA	76	77	1-NA açısı	17	30
SNB	73	75	T-NB uzaklık	4	6
ANB	3	2	T-NB açısı	18	25
N-S-Gn	70	70	Pg-NB	2	3
SGo:NM	%57	%60	Holdaway Diff	2	3
S-Çizgisi (Üst, Alt Dud)	1/0	3/0			

Resim : 7

Vaka : 2

L I T E R A T Ü R

- 1 — Abraham, G.: Über unfallbedingte Zahnschädigungen bei Jugendlichen, Med. Diss. Zürich, 1963.
- 2 — Bisharn, S.E.: Management of diastemas in orthodontics, Am. J. Orthod., 61: 53 - 63, 1972.
- 3 — Dolder, E.: Zahnunterzahl, Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 46: 663, 1936.
- 4 — Graber, T.M.: Current Orthodontic Concepts and Techniques, Vol. I, Ch. 6, S. 347 - 554, W.B. Saunders Company, Philadelphia London Toronto, 1969.
- 5 — Graf, W.: Zustand der Frontzähne bei 15 - 16 jährigen Schülern mit besonderer Berücksichtigung von unfallbedingten Zahnschädigungen, Med. Dis. Zürich, 1972.
- 6 — Hasund, A.: Kieferorthopaedische Probleme nach Gebissstraumen, Inf. Orthod. Kieferorthop. 2: 19 - 38, 1970.
- 7 — Hotz, R.: Orthodontie in der taeglichen Praxis, Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien, 1970.
- 8 — Rubin, R.M.: Planning Treatment in High Angle Class II Malocclusion, Angle Orthod., 45: 43 - 54, 1975.
- 9 — Senty, E.L.: The Maxillary Cuspid and Missing Lateral Incisors: Esthetics and Occlusion, Angle Orthod. 46: 365 - 371, 1976.
- 10 — Tuverson, D.L. : Orthodontic treatment using canines in place of missing lateral incisors. Am. J. Orthodont., 58: 109 - 127, 1970.