

PAPER DETAILS

TITLE: OKLÜZYON DIKEY BOYUTU VE YÜZ PROFILİNİN DISÜSTÜ HAREKETLİ BÖLÜMLÜ
PROTEZ İLE RESTORASYONU: BİR OLGU BİLDİRİMİ

AUTHORS: burçin ÖNCÜL,Engin KOCABALKAN

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/27610>

OKLUZYON DİKEY BOYUTU VE YÜZ PROFİLİNİN DİŞÜSTÜ HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZ İLE RESTORASYONU: BİR OLGU BİLDİRİMİ

Dt. Burçin ÖNCÜL*

Doç Dr. Engin KOCABALKAN*

RESTORATION OF OCCLUSAL VERTICAL DIMENSION AND PROFILE BY MEANS OF AN OVERDENTURE REMOVABLE PARTIAL DENTURE : A CLINICAL REPORT

ÖZET

Bu makalede dişüstü hareketli bölümlü protez ile, çeşitli nedenlerle kaybolan oklüzyon dikey boyutunun ve profil görüntüsünde estetik deformasyonun düzeltilmesi anlatıldı. Dişüstü hareketli bölümlü protezler sabit bölümlü protez uygulamalarına, implant uygulamalarına, hassas tutuculu protetik uygulamalara hastanın estetik ve fonksiyonel ihtiyaçlarını gideren ve stabil bir oklüzyon sağlayan alternatif bir tedavi şeklini teşkil ederler. Gerekli olduğu durumlarda kolaylıkla geriye dönülüp diğer tedavi uygulamalarına geçilebilecek, düşük maliyetli bir tedavi şekli olmasına karşın protez çıkartıldığında çirkin yüz görünümü, kötü hijyene bağlı çürük ve periodontal hastalık riski gibi potansiyel dezavantajları da mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Oklüzyon, dikey boyut, overdenture

SUMMARY

The rehabilitation of the lost vertical dimension and esthetic deformation of the profile by an overdenture were explained in this case report. Overdenture removable partial denture therapy was used as an alternative to other options such as fixed partial dentures, implant treatments and dentures with precious attachments, it satisfied the esthetic and functional requirements of patient and provided a stable occlusion. These are a reversible and relatively inexpensive treatment for patients, but the potential disadvantages of these prostheses include compromised esthetics when denture removed; carries and periodontal disease as a result of poor oral hygiene.

Key Words: Occlusion, vertical dimension, overdenture

GİRİŞ

Bruksizm veya posterior dişlerin kaybı nedeniyle ortaya çıkan aşırı atrizyonun yanı sıra yanlış yapılmış protetik uygulamalar da oklüzyon dikey boyutu kaybının başlıca nedenleridir.¹ Bu tip hastalarda optimum oklüzyon dikey boyutunun sağlanması uzun süreli, karmaşık ve pahalı uygulamalar gerektirebilmektedir. Kron-köprü uygulamaları tarzında sabit bölümlü protezler,

hareketli bölümlü protezler, implant uygulamaları ve diş üstü hareketli protezler ortaya çıkan bu durumların giderilmesi amacıyla uygulanan tedavi şekilleridir.²

Dişüstü hareketli bölümlü protezler kolaylıkla geriye dönülüp diğer tedavi uygulamalarına geçilebilmesi, düşük maliyetli bir tedavi şekli olması, dişlerde yapılacak aşındırmalar veya ilavelerle oklüzyon dikey boyutunda gerekebilecek düzenlemelere kolaylık sağlaması yönünden

* Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

diğer alternatif protetik ve cerrahi uygulamalara avantaj sağlamaktadır.^{2,3} Ancak protez çıkartıldığında ortaya çıkan çirkin yüz görünümü, kötü hijyene bağlı çürük ve periodontal hastalık riski gibi potansiyel dezavantajları da mevcuttur.³⁻⁵

Bu vaka raporu, dişüstü hareketli bölümlü protez uygulamasıyla, oklüzyon dikey boyutunun düzeltilmesinde avantajlara sahip, estetik bozuklukları düzenleyici, uygun maliyetli bir tedavi planlamasını sunmaktadır.

OLGU BİLDİRİMİ

Protetik diş tedavisi kliniğine elinde daha önceden yapılmaya çalışılmış porselen kronlara ait metal alt yapılarla gelen hasta 25 yaşında bir kadındı. Hasta anamnezinde üst çene posterior dişlerin küçük yaşta çekilmiş olduğu ve uykuda dişlerini sürekli olarak sıkarak gıcırdattığı ve dişlerinin aşırı derecede aşınarak küçülmüş olduğu hikayesi alındı. Kliniğe müracaatı öncesinde gittiği bir hastane kliniğinde porselen kron yapımı amacıyla dişlerinin daha da küçültüldüğü, ancak protez yapım aşamasında kron tutuculuğunun sağlanamadığı, sonrasında üniversite kliniklerinde tedavisinin yapılabileceği söylenerek gönderildiği hasta tarafından vurgulandı. Yapılan ağız içi muayenesinde alt dişlerin kronlarla kaplı olduğu, üst çene posterior dişlerin (15, 16, 17, 26, 27 numaralı dişler) olmadığı, mevcut üst dişlerin aşınma ve aşırı diş kesimi nedeniyle klinik kron boylarının son derece azaldığı, üst çenesinin alt çenesine göre daha küçük geliştiği belirlendi. Buna bağlı olarak profil görünümünde estetik deformasyonun mevcut olduğu gözlemlendi. Üst dudağın alt dudağa göre daha geri pozisyonunda olduğu ve üst dişlerin alt dişlerle class III ilişkide konumlandığı belirlendi (Resim 1). Niswonger

yöntemi ve fonetik yöntemler birlikte kullanılarak yapılan muayenesinde oklüzyon dikey boyutunun oldukça azalmış olduğu saptandı. Hastanın dişüstü hareketli bölümlü protez tarzında bir protetik uygulamayla tedavisine karar verildi.

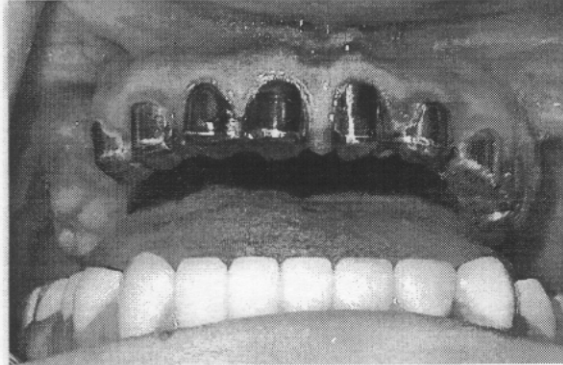


Resim 1. Tedavi öncesi profil görünümünde yetersiz dudak desteği

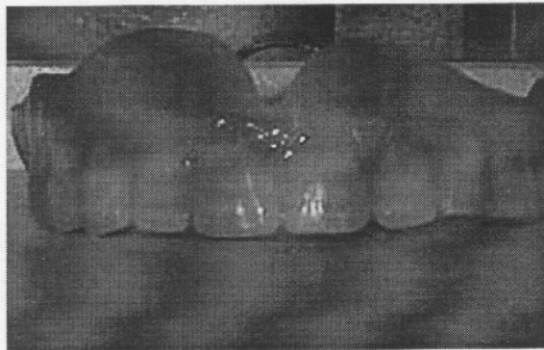
Hastanın azalmış klinik kron boyu, gingivektomi uygulanarak, kopinglerin tutuculuğunu sağlayacak yeterli uzunluğa kadar arttırıldı. Gingivanın sağlıklı duruma gelmesi için gerekli bekleme süresince hastaya geçici kronlar uygulandı. İyileşmenin tamamlanmasından hemen sonra kron boyunun daha da düşmemesine dikkat edilerek, primer kopinglerin yapımı için, dişler andırkatsız konik tarzda prepare edildi. Silikon esaslı ölçü materyaliyle (Zetaplus, Zhermack, İtalya; Oranwash L, Zhermack, İtalya) alınan ölçüden elde edilen alçı (Test Granit, Albaum Dental, Almanya) modeller üzerinde hazırlanan metal kopingler prepare edilmiş dişler üzerine simante edildi (Resim 2). Oklüzyon dikey boyutu Niswonger yöntemi ve fonetik yöntemler birlikte kullanılarak belirlendi ve hazırlanan mum şablonlarla sentrik ilişkide artikülatöre nakledildi. Yeni

tespit edilen oklüzyon dikey boyutuna hasta uyumunun kontrolü ve optimum dikey boyutun elde edilebilmesi amacıyla hastaya akrilikten kopingler kaplanmış dişlerin üzerini örtecek şekilde tam protez tarzında bir geçiş protezi hazırlandı. Geçiş protezi hasta ağzında uyumlandı, sentrikte oklüzal ilişki kontrol edildi, öncül temaslar selektif aşındırma ile kaldırılarak hasta ağzına takıldı. Protezin takılmasını takiben 2, 15 ve 30. günlerde yapılan kontrol seanslarında yeni oklüzyon dikey boyutuna hastanın uyumu değerlendirildi. Yeterli çiğneme aktivitesinin sağlandığı, yeni oklüzyon dikey boyutu nedeniyle temporomandibular eklemler ve kaslarda herhangi bir rahatsızlık olmadığı belirlendi. Hastaya daimi kullanacağı dişüstü metal destekli hareketli bölümlü protezin yapımına geçildi. Hidrokolloid ölçü maddesiyle (Hydrogum Soft, Zhermack, İtalya) çenelerin ölçüsü alınarak daimi protezin bitirileceği modeller elde edildi. Dişlere simante (Adhesor, Spofa Dental, Çek Cumhuriyeti) edilmiş primer kopinglerin üzerine gelecek sekonder üst yapılar birbirleriyle bağlantılı olacak şekilde hazırlandı ve alveol kret üzerinde suni dişlerin yerleştirileceği metal ağ kısmı ve palatal bant şeklindeki maksiller ana bağlayıcı ile bütün olarak metal iskelet altyapı tamamlandı. Hasta ağzında kontrol edilerek uyumlandırıldı. Metal iskelet altyapı üzerinde hazırlanan mum şablon yardımıyla daha önce belirlenmiş ve yeterli olduğu saptanmış dikey boyutta olacak şekilde modeller artikülatöre nakledildi. Mum şablonla belirlenen yeterli dudak desteğini sağlamak amacıyla suni ön dişler vestibüle konumlandırılarak, posterior dişler çapraz ilişkide diş dizimi yapıldı. Dişli prova sırasında oklüzyon ve en yakın konuşma aralığının yanı sıra hasta profili kontrol edilerek estetik deformasyonun düzeltildiği alt ve üst dudakların birbi-

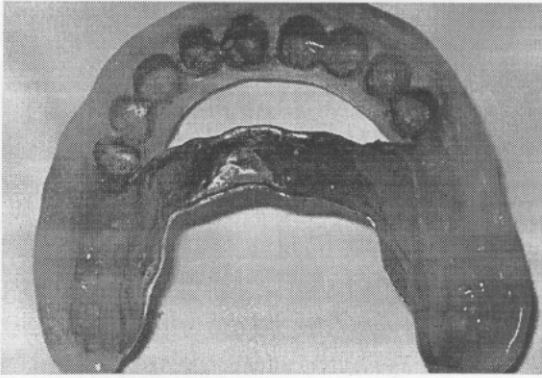
riyle uyumlu pozisyona geldiği gözlemlendi. Protez bilinen yöntemler kullanılarak tamamlandı (Resim 3-6). Dişüstü hareketli bölümlü protez hasta ağzına takılarak uyumlaması yapıldı. Oklüzyon ve sentrik ilişki kontrol edilerek sentrikteki hareketlerde mevcut öncül temaslar selektif aşındırma ile kaldırıldı. Hastaya protezin kullanım şekli ve bakım önerileri anlatılarak protez teslim edildi. Kontrol randevusunda hiçbir protez vuruğu olmadığı belirlendi ve hastanın protezle ilgili estetik ve çiğneme intibaları değerlendirildi. Bir ay sonra yapılan son kontrolde hastanın yeni oklüzyon dikey boyutuna uyum sağladığı, temporomandibular eklemlerinde ve çiğneme kaslarında herhangi bir rahatsızlığın bulunmadığı, konuşma sırasında harflerin telaffuzunda problem olmadığı belirlendi.



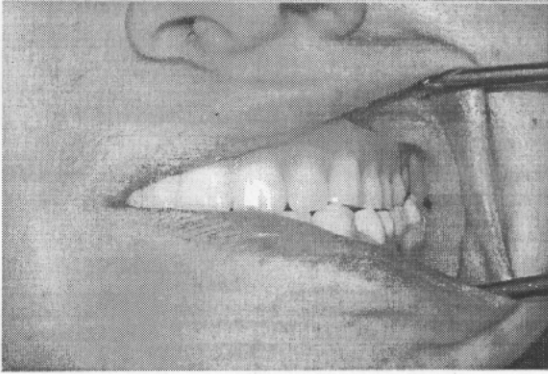
Resim 2. Metal kopinglerin dişlere yapıştırılmış görünümü



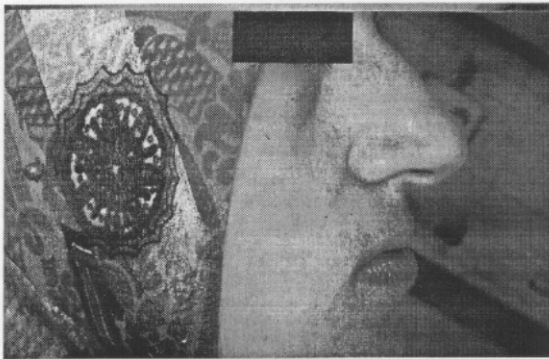
Resim 3. Protezin tamamlanmış şekli



Resim 4. Protez içerisinde sekonder yapılar ve anabağlayıcının görüntüsü



Resim 5. Posteriorda çapraz kapanış ile sağlanmış oklüzyon



Resim 6. Anteriorda pozisyonlanan üst ön grup dişlerle dudak desteğinin sağlanmış görüntüsü

TARTIŞMA VE SONUÇ

Klinik kron boyunun azalması sonucu oklüzyon dikey boyutunun kaybolmuş olduğu bir hastada, ortaya çıkabilecek uyum problemleri nedeniyle yeni bir protez yapımı büyük zorluklar içerebilmektedir.^{3,6} Yapılacak protez, hastanın çiğneme sistemindeki bozuklukları düzeltebilmeli, çiğneme fonksiyonunu arttırabilmeli, bunların yanı sıra estetik ve fonetik bozuklukları giderbilmelidir.⁷ Yeni protezle sağlanan arttırılmış oklüzyon dikey boyutu bir takım problemleri de beraberinde getirebilir.^{6,8} Diş gıcırdatma, çiğneme kaslarında yorgunluk, mevcut dişlerde, kaslarda ve eklemlerde ağrı, baş ağrısı, yutkunmada zorluk, fonasyon bozuklukları bunların belli başlılarıdır. Bu vakada yeni oklüzyon dikey boyutuna göre hazırlanmış bir tam protez geçiş protezi olarak uygulanarak, yeni oklüzyon dikey boyutunun uygunluğu kontrol edildi.

Tedavi planlamasının kurgulanması zor bir aşamadır. Sabit kron-köprü uygulamalarını içeren planlamalar birçok avantajına rağmen, pahalı ve üzerlerinde sonradan düzeltme yapılması oldukça zor olan, bunların yanı sıra her vakada yapımı mümkün olmayan uygulamalar olarak karşımıza çıkabilir.² Bu vakada dental arkın dişsiz sonlanması, azalmış klinik kron boyunun yeterli desteği sağlayamayacağı ve hastanın maddi durumunun yeterli olmayışı bu tedavi alternatifinin uygulanmama nedenleri olmuştur. İmplant uygulamalarının maliyetlerinin yüksek oluşu da benzer şekilde endikasyonunu ortadan kaldırmıştır. Dişüstü protez tarzında hareketli bölümlü protez tedavi planlamaları, yeterli estetik sağlayabilmesi, mevcut dişler ve alveol kret arasında oklüzal kuvvetlerin uygun bir şekilde dağıtılabilmesi, kolaylıkla geriye dönülüp diğer tedavi uygulamalarına geçile-

bilmesi ve maliyetlerinin düşük olması gibi bir çok avantajı beraberinde getirmektedir.^{2,3,9,10} Protez tamamlanıp hastaya teslim edildikten sonra bile oklüzyonda düzenlemeler yapılabilmesiyle uygun vakalarda diğer protez planlamalarına üstünlük sağlamaktadır.^{3,11} Bu avantajlar diş üstü bölümlü protez tarzında uygulamanın bu vakada seçim nedeni olmuştur. Kötti hijyene bağılı çürük ve periodontal hastalık riski gibi potansiyel dezavantajları hastanın geceleri protezini çıkarması ve klor heksidin ağız gargaralarını kullanmasıyla ortadan kaldırılabilmektedir.^{4,5,12}

Optimum şartları yerine getirecek şekilde planlanacak yeni bir protez yapımıyla etyolojinin ortadan kaldırılması, mevcut eksikliklerin giderilmesi ve gelecekteki problemlerin önlenmesi başarılı bir tedavi için amaç olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Cohen RE. Tooth wear: attrition, erosion, and abrasion. *Quintessence Int* 2003;34:435-46.
2. Budtz-Jorgensen E. Restoration of the partially edentulous mouth-a comparison of overdentures, removable partial dentures, fixed partial dentures and implant treatment. *J Dent* 1996;24:237-44.
3. Stephen A, Cengiz SB. The use of overdentures in the management of severe hypodontia associated with microdontia: a case report. *J Clin Pediatr Dent* 2003;27:219-22.
4. Budtz-Jorgensen E. Effect of denture-wearing habits on periodontal health of abutment teeth in patients with overdentures. *J Clin Periodontol* 1994;21:265-9.
5. Ettinger RL. Tooth loss in an overdenture population. *J Prosthet Dent* 1988;60:459-62.
6. Trushkowsky RD, Guiv B. Restoration of occlusal vertical dimension by means of a silica-coated onlay removable partial denture in conjunction with dentin bonding: A clinical report. *J Prosthet Dent* 1991;66:283-86.
7. Dvork TJ. Full-mouth reconstruction. Restoring vertical dimension, speech, and self-confidence. *Dent Today* 2003;22:80-4.
8. Turner KA, Missirlian DM. Restorations of the extremely worn dentition. *J Prosthet Dent* 1984;52:467-74.
9. Jepson NJ, Nohl FS, Carter NE, Gillgras TJ, Meechan JG, Hobson RS, Nunn JH. The interdisciplinary management of hypodontia: restorative dentistry. *Br Dent J* 2003;194:299-304.
10. Esposito J, Vergo TJ Jr. Removable overdentures in the oral rehabilitation of patients with dentinogenesis imperfecta. *Journal of Pedodontics* 1978;2:304-315.
11. Del Castillo R, LaMar Jr F, Ercoli C. Maxillary and mandibular overlay removable partial dentures for the treatment of posterior open-occlusal relationship: A clinical report. *J Prosthet Dent* 87:587-92, 2002.
12. Budtz-Jorgensen E. Effect of controlled oral hygiene in overdenture wearers: a 3-year study. *International Journal of Prosthodontics* 1991;4:226-231.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Engin KOCABALKAN

Gazi Üniversitesi

Dişhekimliği Fakültesi

Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı,

82. sokak, Emek, 06510, Ankara

Telefon: 0 532 352 2919

e-mail: e.balkan@lycos.com