

Oligodonti

OLIGODONTIA: CASE REPORT

Dr. Kaan GÜNDÜZ,^a Yrd.Doç.Dr. Murat YENİSEY^b

^aOral Diağnoz ve Radyoloji AD, ^bProtetik Diş Tedavisi AD, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, SAMSUN

Özet

3. molar dişler hariç, 6 ya da daha fazla dişin konjenital eksikliğine oligodonti denilir. Oligodontinin karakteristik bulguları; diş sayısı ve boyutlarında azalma, anormal diş şekli ve sürme gecikmesidir. Bu olgu sunumunda 17 yaşında, 13 daimi dişi konjenital olarak eksik olan hastanın tanı ve tedavisi sunulmaktadır.

17 yaşındaki kadın, çok sayıda daimi diş eksikliğinin yol açtığı çiğneme güçlüğü ve estetik olmayan görünüm şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Panoramik radyografda, alt ve üst çenedeki bilateral 3. molarlar hariç, 13 daimi dişin konjenital eksikliği gözlemlendi.

Olgumuzda, hastanın el bilek grafileri değerlendirildikten sonra, yaşı, mevcut dişlerinin durumu ve sayısı ve ekonomik durumu göz önüne alınarak sabit protez tedavisi uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Oligodonti, hipodonti, sabit protetik tedavi

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2007, 13:29-33

Abstract

Oligodontia is defined as the congenital absence of 6 or more teeth, excluding the third molars. Oligodontia have characteristics symptoms; reduced number of teeth, reduction in tooth size, anomalies of tooth form and delayed eruption. In this case report, a 17 year old woman with congenital absence of 13 permanent teeth is presented with diagnosis and treatment.

A 17-year-old woman was admitted to our clinic with complaining chewing difficulties and non-esthetic appearance. Panoramic examination revealed that 13 permanent teeth were absent in maxilla and mandibula without bilaterally 3rd molars.

After the examination the patients hand and wrick radiography, her age, the condition and number of remaining teeth and economical situation of patient were all examined and fixed prosthetic treatment was made to the patient.

Key Words: Oligodontia, hypodontia, fixed prosthetic treatment

Bir ya da birkaç dişin konjenital olarak eksik olma durumuna hipodonti denilir.¹ Hipodontinin görülme sıklığı daimi dişlenmede %2-10 arasında iken, süt dişi dizisinde %0.1-0.9 arasında değişir.²

3. molar dişler hariç, 6 ya da daha fazla dişin konjenital eksikliğine ise oligodonti denilir.¹⁻³ Oligodonti tek başına izlenebileceği gibi ektoder-mal displazi ve benzeri bazı özel sendromlarla ya da ciddi sistemik anomalilerle birlikte görülebilir.^{1,4}

Bu olgu sunumunda 17 yaşında, 13 daimi dişi konjenital olarak eksik olan hastanın tanı ve tedavisi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

17 yaşındaki kadın, çok sayıda daimi diş eksikliğinin yol açtığı çiğneme güçlüğü ve estetik olmayan görünüm şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Ekstraoral muayenede yüzde herhangi bir asimetri bulgusuna ve iskeletsel anomaliye rastlanmadı. Hastanın saçları, tırnakları, gözleri ve kulakları normaldi. Anamnezde daha önceden yapılmış daimi diş çekimi hikayesi yoktu. Ailesel anamnezinde; hastanın 2 kardeşi daha olduğu, annesinin vefat ettiği, ailede annesinde benzer bulguların olduğu öğrenildi. Anne ve babası akraba değildi. Babası ile yapılan görüşmelerde hastanın özellikle bebeklik döneminde sık sık ateşlendiği,

Geliş Tarihi/Received: 29.04.2006 Kabul Tarihi/Accepted: 23.06.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Kaan GÜNDÜZ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Oral Diağnoz ve Radyoloji AD, SAMSUN
kgunduz@omu.edu.tr

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Hastanın tedavi yapılmadan önce ağız içi görünümü.



Resim 2. Hastanın tedavi yapılmadan önce üst çenesindeki dişlerin görünümü.

bu ateşin bazen çok yükseldiği ve hastanın baygınlık geçirdiği öğrenildi.

İntraoral muayenede; dil, yanak ve dudak mukozasının görünümü normaldi. Dental muayenede; alt çenede bilateral süt santral ve lateral daimi kesici dişlerin ve 2. büyük azı dişlerinin, üst çenede ise daimi lateral ve kanin dişlerinin, bilateral 2. büyük azı dişlerinin ve sol süt 2. premolar dişin eksik olduğu, alt çenede bilateral süt santral dişlerin, üst çenede sağ süt lateral ve kanin ve sol üst süt kanin dişin ağızda mevcut olduğu saptandı (Resim 1-3).

Ayrıca alt çene bilateral 1. büyük azı dişlerde fissür çürükleri vardı. Ağız hareketleri normal sınırlar içinde idi, herhangi bir TME sesi ya da çiğnemeye bağlı kas ağrısı şikayeti yoktu.

Panoramik radyografıta, alt ve üst çenedeki bilateral 3. molarlar hariç, 13 daimi dişin konjenital eksikliği gözlemlendi (Resim 4). Alt çenedeki süt santral dişlerin köklerinde rezorpsiyon gözlemlendi. Bunun haricinde diğer süt dişleri de dahil olmak üzere dişlerde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı.

Diş eksiklerine bağlı olarak nöroloji, dermatoloji, göz hastalıkları ve ortodonti kliniklerinden konsültasyon istendi.

Nörolojik açıdan herhangi bir anormal ya da patolojik bulgu tespit edilmedi.

Dermatolojik muayene; el ve ayak ayalarında hafif hiperkeratozis tespit edildi. İmmünolojik açıdan, antijen-antikor (ANA ve Anti-Ds DNA) ve



Resim 3. Hastanın tedavi yapılmadan önce alt çenesindeki dişlerin görünümü.



Resim 4. Hastanın panoramik radyografisi.

serum protein (total Ig-A, total Ig-G, total Ig-M, total Ig-E, total C3 ve total C4) değerleri; hematolojik açıdan ise, hemogram (20 parametre) ve sedimentasyon değerleri saptandı. Tüm değerlerin normal sınırlar içinde olduğu izlendi.

Göz muayenesinde; hastanın görmesinin tam, göz tansiyonunun normal olduğu bildirildi.

Ortodontik muayenede, herhangi bir iskeletsel sorun olmadığı, çok sayıda daimi dişin eksik olmasından dolayı hastaya gereken fonksiyonun ve estetiğin ancak sabit protetik restorasyonlarla sağlanabileceği önerisi alındı. Bu konsültasyonlar sonucunda hastamızda herhangi bir sendrom veya sistemik rahatsızlığın olmadığı anlaşıldı ve tedavi planlamasına geçildi.

Tedavi planında; hastanın yaşı dikkate alınarak, sabit protetik uygulama yapılmasına karar verildi. Alt çenedeki rezorbe olmuş süt santrallerin çekilmesine; normal boyut ve şekilde olan üst çenedeki süt lateral ve kanin dişlerinin protetik restorasyonda kullanılacağı için ağızda bırakılmasına karar verildi.

Üst çenede 16, 15, 14, 53, 52, 11, 21, 62, 63, 24, 26, alt çenede 46, 45, 44, 43, 33, 34, 35, 36 numaralı mevcut dişleri ile protez kliniğimize başvuran hastaya üst çene anterior diastema ve 45 numaralı diş eksikliğinin ve genel estetiğin düzeltilmesi için 53, 52, 11, 21, 62, 63, 24 numaralı dişler destek alınarak, 25 numaralı diş kanat (kantilever) olacak şekilde 8 üyeli köprü protezi planlandı. Alt çenede ise 42, 41, 31, 32 numaralı diş eksikliğinin telafisi için 43 ve 33 numaralı dişler destek alınarak 6 üyeli bir köprü protezi planlandı.

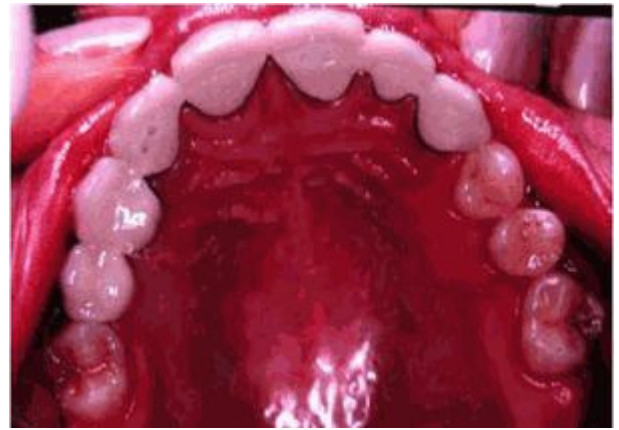


Resim 5. Hastanın tedavi yapıldıktan sonra ağız içi görünümü.

Bu amaçla destek olarak kullanılacak dişler knife edge tekniğiyle aksiyal yüzlerden 1-1.5 mm, oklüzal ve insizal yüzeylerden 2-2.5 mm. diş sert dokusunu uzaklaştıracak şekilde prepare edildi. Diş eti retraksiyonunun ardından kondanzasyon reaksiyonlu silikon ölçü materyali (Zetaplus Putty ve Oranwash L, Zhermack, Rovigo, İtalya) ve fabrikasyon dişli ölçü kaşıkları (Homacher, Solingen, Almanya) kullanılarak putty wash ölçü tekniği ile ölçü işlemleri tamamlandı. Metal ve dentin prova işlemlerinin ardından glaze işlemi yapılan metal destekli porselen köprü protezleri poli karboksilat siman (Adhesor karbofine, Spofa Dental, Frankfurt, Almanya) kullanılarak simante edildi. Hastaya ara yüz, gövde altı hijyenini sağlayabilmesi için uygun diş ipi (Superfloss, Oral B, İrlanda) önerildi ve bir sonraki kontrol seansında hasta ile birebir uygulaması yapıldı. Birinci hafta, 1. ay ve 3. aylık periyodik kontrollerde hastanın hijyen işlemlerini uygun şekilde devam ettirdiği ve protez ya da çevre dokularla ilgili herhangi bir problem olmadığı gözlemlendi (Resim 5-7).

Tartışma

Oligodontinin karakteristik bulguları; diş sayısı ve boyutlarında azalma, anormal diş şekli ve sürme gecikmesidir.³ Bu olguda diş sayısında azalma ve buna bağlı çiğneme güçlüğü bulunmaktaydı. Bununla birlikte hastanın başvurduğu yaş



Resim 6. Hastanın tedavi yapıldıktan sonra üst çenesindeki dişlerin görünümü.



Resim 7. Hastanın tedavi yapıldıktan sonra alt çenesindeki dişlerin görünümü.

nedeniyle dişlerin sürmesinde gecikme olup olmadığı saptanamamıştır.

Hudson⁵ oligodontinin genellikle sürekli dişlerde görüldüğünü belirtirken, en çok mandibular kesicilerin, ikinci molarların ve maksiler kaninlerin yokluğunu bildirmişlerdir. Olgumuzda da benzer durum mevcuttu.

Yapılan ailesel çalışmalarda oligodontide genetik faktörlerin önemli rol oynadığı bildirilmiştir.⁶ Olgumuzda, hastamızın ailesinde vefat eden annesin de benzer özellikleri taşıdığı öğrenilmiştir. Ayrıca radyasyona maruz kalma, talidomid kullanımı ve rubella enfeksiyonları gibi çevresel faktörlerinde oligodontinin etiolojisinde bulunduğu bilinmektedir.^{1,3,4} Bunların yanı sıra metabolik düzensizlikler, gelişimsel anomaliler de oligodontiye yol açabilmektedir.^{1,4} Oligodonti sendromlarla birlikte olursa, deri, tırnak, göz, kulak ve iskelette bir takım anomaliler de olabilir. Ektodermal displazi diş, saç, kaş, kirpik, tırnak, yağ ve ter bezleri gibi ektoderm orjinli organ ve dokuları ilgilendiren kalıtsal bir hastalıktır.^{7,8} Bu hastalıkta diş hekimliği yönünden dişlerin eksikliği veya yokluğu önem taşır.

Freire-maia,⁹ ektodermal bozuklukları 4 ana grupta toplamıştır:

- Hipohidrozis: Yağ ve ter bezlerinin olmaması veya az olması
- Hipotrikozis: İnce ve seyrek saçlar, kirpikleri yokluğu ile belirgindir.

- Hipodonti: Anodonti veya daha çok oligodonti şeklinde görülür.

- Onkodisplazi: Displazik tırnak teşekkülü şeklindedir.

Ektodermal displazi sendromlarında bu ekto-dermal bozukların en az iki tanesinin bulunması gerektiği bildirilmiştir.⁸ Olgumuzda ise oligodonti dışında ektodermal bozukluk izlenmemiştir.

Oligodonti hastalarında, diş eksikliği ve estetik olmayan görünüm depresyon ve psikososyal problemler yaratabilir. Bu nedenle, tedavinin asıl amacı çiğneme ve konuşma fonksiyonlarını düzeltmenin yanı sıra estetik görünümü de iyileştirmektir. Oligodonti olgularında, parsiyel protez, sabit protez ve implant protezler gibi çeşitli protetik tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir.^{1,3,4,7} Uygulanacak tedavi yöntemi seçilirken hastanın yaşı, ağızda kalan diş sayısı, dişlerin durumu, var olan kemik miktarı kadar hastanın ekonomik durumu da göz önüne alınmalıdır. Daimi diş sayısı az olan oligodonti olgularında sabit protetik tedaviler ilk safhada genellikle tercih edilmez.^{1,7,10} Çünkü, oligodonti hastaları genelde erken yaşta tespit edilir. Bu dönemlerde çene gelişimini etkileyecek en önemli faktör, yapılacak protezlerdir. Gelişme dönemi içerisinde olan hastalara tek kronlar ve doğrudan kompozit rezin ile tedaviler, parsiyel protezlerle birlikte uygulanabilir.^{3,10} Erken yaşta yapılan tedavilerde, 6 veya 12 ayda bir yapılacak olan kontroller kemik gelişimi tamamlanana kadar devam etmelidir.³ Olgumuzda, hastanın el bilek grafileri değerlendirildikten sonra, yaşı, mevcut dişlerinin durumu ve sayısı ve ekonomik durumu göz önüne alınarak sabit protez tedavisi uygulanmıştır.

Süt dişinin retansiyonu, altındaki veya komşuluğundaki daimi dişin konjenital eksikliğine ya da malpozisyonu/gömülü olmasına bağlıdır.¹ Olgumuzda alt çenede süt santral dişlerin, üst çenede sağ süt lateral ve kanin ve sol üst süt kanin dişlerin retansiyonu izlenmiştir. Alt çenedeki rezorbe olmuş süt santraller çekilmiş; normal boyut ve şekilde olan üst çenedeki süt lateral ve kanin dişleri

protetik restorasyonda köprü ayağı olarak kullanılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Goaz P, White S. Oral radiology Principles and Interpretations. 3rd ed. Missouri, Mosby Year Book, 1994, p.343-4
2. Jarvinen S, Lehtinen L. Supernumerary and congenitally missing primary teeth in Finnish children An epidemiologic study. Acta Odontol Scand 39: 83 1981
3. Tsai PF, Chiou HR, Tseng CC. Oligodontia-case report. Quintessence Int 29 (3) : 191 1998;
4. Gorlin RJ, Cohen MM, Levin LS. Syndromes of the Head and Neck. 3rd ed. New York Oxford University Press, 1990
5. Hudson CD, Witkop CJ. Autosomal dominant hypodontia with nail dysgenesis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 39: 409-23 1975;
6. Brook AH, Ekanayake ND. The etiology of oligodontia. A family history. ASDC J Dent Child 47:32 1980;
7. McDonald RE, Acury DR. Dentistry for children and adolescent, 5th ed. St Louis, 147 1987;
8. Ryan FS, Mason C, Harper JI. Ectodermal dysplasia--an unusual dental presentation. J Clin Pediatr Dent 30: 55 2005;
9. Freire-maia N. Ectodermal dysplasias. Hum Hered 1971; 21: 309
10. Madhan R, Nayar S. Prosthetic rehabilitation of individuals with ectodermal dysplasia. Indian J Dent Res 2005;16: 114