

Erken Yaşta Tespit Edilen İki Oligodonti Olgusu

Two Oligodontia Cases Identified at Early Age

Uz.Dt. Gülser KILINÇ,^a
Uz.Dr. Nilgün SEVİNÇ^b

^aÇocuk Diş Kliniği,
^bÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çalışan Sağlığı Merkezi, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 10.05.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 12.10.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Uz.Dr. Gülser KILINÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çalışan Sağlığı Merkezi,
Çocuk Diş Kliniği, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
gulser.kilinc@deu.edu.tr

ÖZET Bu olgu sunumunun amacı, oligodonti olgularının erken yaşta saptanarak doğru şekilde tedavi edilmelerinin önemini ortaya konmasıdır. Bu amaçla Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çalışan Sağlığı Merkezi Çocuk Kliniği'ne üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle başvuran ve bu sırada diş sorunu olduğu düşünülerek çocuk dişleri kliniğine yönlendirilen 2 olgu rapor edilmiştir. İlk olgu, 9 yaşında 7 adet daimi diş eksikliği bulunan kız çocuğudur. İkinci olgu ise 6 adet premolar dişin eksik olduğu 9 yaşında erkek çocuktur. Her iki olguda da çocukların ailenin tek çocuğu olduğu ve ailelerinde konjenital diş eksikliğine rastlanmadığı saptanmıştır. Hastalarımız diş eksikliğiyle birlikte görülen olası anomaliler yönünden değerlendirilmiş ve herhangi bir teşhise varılamamıştır. Erken yaşta izole oligodontinin saptanması çocuğun var olan dişlerinin korunması ve yapılacak tedaviler açısından oldukça önemlidir. Hekimlerinde en az diş hekimleri kadar dişlerin sürme yaşını ve diş kaynaklı problemleri bilmelerinin önemi erken tanı açısından gereklidir. Bu nedenle hekimlerin ve özellikle çocuk sağlığı hekimlerinin ağız diş sağlığı konusunda eğitilmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital; diş anomalileri; pediatri

ABSTRACT The aim of this case report is to point out the importance of determining the oligodontia cases at early age in order to provide proper care. Two cases who applied to Dokuz Eylül University Hospital Employee Health Center, Children's Clinic because of upper respiratory tract infection and found teeth anomaly after than consulted to pedodonti clinic are reported. The first case is a 9 years old girl who had seven permanent teeth missing. The second case was also a 9 years old boy with six missing premolar teeth. Both patients are the only child of their families and the congenital tooth missing is not seen in their families. Both patients are examined for possible anomalies that accompany permanent tooth loss, but no diagnosis could have been reached. As a result; it is important to diagnose 'isolate oligodontia' cases at early ages for preserving the existing teeth and for later treatment planning. For early diagnosis, the pediatricians should also know the tooth eruption chronology and tooth derived problems as well as dentists. Therefore it is advised to educate physicians and especially the pediatricians on dental topics.

Key Words: Congenital; tooth abnormalities; pediatrics

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012;18(1):126-30

Bir ya da daha fazla dişin gelişimsel olarak eksik olması hipodonti, üçüncü molar dişlerin dışında 6 ya da daha fazla dişin eksikliği ise oligodonti olarak adlandırılır.^{1,2} Oligodonti olguları sistemik bir hastalıkla beraber görülebildiği gibi tek başına da olabilir. Ektodermal displazili hastalarda oligodonti sıklıkla görülmektedir.³ Daimi dentisyonda görülme sıklığı %0,3 olarak bildirilmiştir. Rolling ve ark., izole oligodontinin görülme sıklığını %0,08 olarak bildirmiştir.⁴ Yaygın olarak en sık görü-

len eksik dişler, mandibuler ikinci premolardır, bunu maksiller ikinci premolar, mandibuler santral ve maksiller birinci premolar izler.^{5,6} Bu dişlerin eksikliği simetrik olarak da görülebilir. Ön bölgede diş eksikliği hastanın estetik problemle karşılaşmasına, premolar kayıpları da fonksiyonel güçlükler neden olmaktadır. Maksiller santral, maksiller ve mandibuler kanin ile birinci molar diş eksikliğine çok az rastlanır.^{1,2} Oligodonti olguları “izole” ya da “sendromla ilişkili” olup olmadığının ayırt edilmesi gereklidir.^{1,5} Çok sayıda diş eksikliğine genetik etkenler ve çevresel faktörler de yol açabilir. Çevresel faktörler travma, kemoterapi, radyoterapi ve annenin hamileliği sırasında kullandığı talidomid türü ilaçlar olabilir.^{5,7} Ayrıca PAX9 geninin diş gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. PAX9 kodlama zincirindeki mutasyonların dişlerin gelişimini etkilediği ve hipodonti, oligodontilerin oluşmasına neden olduğu bildirilmiştir.⁸

Erken yaşta izole oligodontinin saptanması oldukça önemlidir. Toplumumuzda erken dönemde hekime gitme sıklığı yüksek olmasına karşın diş hekimine genelde sorun olduğunda başvurulmaktadır. Hekimlerin ve çocuk hekimlerinin en az diş hekimleri kadar dişlerin sürme yaşını ve diş kaynaklı problemleri bilmelerinin önemi erken tanı açısından gereklidir. Bu nedenle hekimlerin ve çocuk hekimlerinin ağız içine yönelik bir sorunla karşılaştıklarında hastayı diş hekimine yönlendirmeleri ve ortak çalışma yapmaları gereklidir.

Oligodonti iyi bir ağız içi muayene, anamnez ve radyografik bulgularla saptanır. Oligodonti saptanan hastanın tedavi planlaması yapılırken hastanın yaşının yanı sıra mevcut süt dişlerinin durumu, eksik diş sayısı ve okluzyon dikkate alınmalıdır. Genelde genetik faktörler söz konusu değilse oligodonti olguları süt dişi dentisyonunun bitip daimi dentisyona geçildiği dönemde saptanmaktadır.^{2,3,6,9,10,12} Bu da ağızda var olan süt dişlerinin korunması açısından geç kalınmasına neden olabilmektedir.

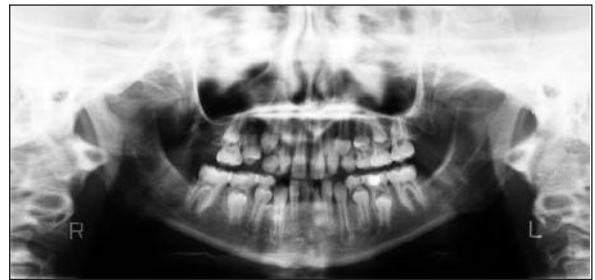
OLGU SUNUMLARI

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çalışan Sağlık Merkezi çocuk hekimine farklı zamanda başvuran 2 çocuk hasta gerekli incelemeler sonrasında diş kliniğine yönlendirilmiş ve yapılan ağız içi ve rad-

yografik muayenelerinde oligodonti saptanmıştır. Her iki hastanın yasal vasilerinden yayın yapmak için aydınlatılmış onam alınmıştır.

OLGU 1

Birinci hasta 9 yaşında kız çocuğudur. Ailesinde konjenital diş eksikliği hikâyesi olmayan hastanın, diğer yumuşak doku anomalileri yönünden yapılan incelemesinde, herhangi bir sistemik hastalığı, ekstraoral dokulara ait bir anomalisi bulunmadığı görülmüştür. Aynı amaçla yapılan göz muayenesinde; hastanın görmesinin tam olduğu saptanmıştır. İntraoral olarak; maksiller 1. molar dişin ağızda olmadığı, mandibuler süt keser dişlerinin ağızda olduğu görüldü. Ayrıca mandibuler sol II. süt molar dişinde çürük olduğu, mandibuler 1. süt molar dişlerinin lükse olduğu saptandı. Kliniğimize geldiği ilk gün mandibuler sol II. süt molar dişine dolgu yapıldı. Hasta dokuz yaşında olmasına karşın ağızda maksiller daimi birinci molar dişinin olmadığı görülmeleriyle radyolojik incelemenin gerekli olduğu düşünüldü. Radyografik değerlendirme sonucu, hastanın maksiller sağ 1. molar dişinin olmadığı görüldü, Literatürde birinci molar diş eksikliğine nadiren rastlanılmaktadır. Hastanın ailesi kızlarını daha önce bir diş hekimine muayene ettirmediklerini ve süt dişlerinin bir kısmının kendiliğinden düştüğünü belirtmiştir. Ayrıca maksiller ve mandibuler sağ, sol 2. molar dişlerin, mandibuler daimi 1. keser dişlerinin olmadığı saptandı. Hastanın maksiller ve mandibuler 3. molar dişleri de mevcut değildi (Resim 1). Olgu 1'in konjenital olarak eksik olan dişleri Tablo 1'de belirtil-



RESİM 1: Olgu 1'in tanı anındaki radyolojik görüntüsü.

TABLO 1: Olgu 1'in konjenital eksik dişleri.

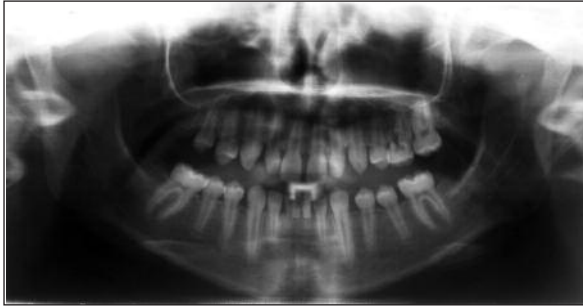
8	7	6									7	8
8	7					1	1				7	8

mıştır. Bu dişlere ek olarak hastanın üçüncü molar dişlerinin de konjenital eksikliği dikkati çekmiştir.

Hastanın daha önce herhangi bir dişini çektirmemiş olduğunun doğrulanması sonucu oligodonti tanısına varılmıştır. Hastanın yaşı nedeniyle tedavi planlamasında, ilk seansta çürük olan mandibuler sol 2. süt molar dişine dolgu yapılmış, daha sonra mevcut lükse süt dişleri çekilerek, daimi dişlerin sürmesi beklenilmiştir. Hastaya oral hijyen eğitimi verilmiş, eksik molar dişleri nedeniyle var olan dişlerinin korunması amaçlanmıştır. Bu nedenle düzenli topikal flour (%1,23 asit fosfat florid Sultan) uygulaması iki yıl boyunca, yılda 2 kez uygulanmıştır, hastanın iki yıl sonraki radyografik ve ağız içi görüntüleri Resim 2a, 2b, 2c'de gösterilmiştir. Premolar dişlerin sürmesini takiben ortodontik tedavisi önerilmiştir.

OLGU 2

İkinci hasta 9 yaşında bir erkek çocuğudur. Ailesinde diş eksikliği hikâyesi olmayan hasta ailenin



RESİM 2a: Olgu 1'in iki yıl sonraki radyolojik görüntüsü.



RESİM 2b: Olgu 1'in iki yıl sonra ağız içi molar bölge görüntüsü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2c: Olgu 1'in iki yıl sonra ağız içi keser dişler bölgesi görüntüsü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

tek çocuğudur. Bu hastanın da, ilk olguda olduğu gibi sistemik yönden yapılan taramasında herhangi bir anomaliye rastlanmamıştır. İntraoral muayenesinde, sınıf II maloklüzyon ve anterior bölgede diastemalar olduğu, görüldü. Maksiller ve mandibuler 1. premolar dişlerin ağızda olmadığı saptanmış, ayrıca maksiller sağ 2. süt. molar dişinde ve mandibuler 2. süt molar dişlerinde ap- roksimal çürüklerin olduğu, maksiller sol 2. premolar dişinde rotasyon olduğu görülmüştür.

Radyografik değerlendirme sonucu, hastanın mandibular sağ sol 1. ve 2. premolar dişlerin, maksiller sağ sol 1. premolar dişlerin mevcut olmadığı saptanmıştır. Maksiller sağ, sol mandibuler sol 3. molar dişleri mevcut değildir. Ayrıca radyografik olarak mevcut süt dişlerinde kök rezorpsiyonları olduğu görülmüştür (Resim 3). Maksiller 1. premolarlar ve mandibuler 1. ve 2. premolarlar olmak üzere 6 daimi dişinin konjenital olarak eksik olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastanın daha önce herhangi bir dişini çektirmemiş olduğunun doğrulanması sonucu oligodonti tanısına varılmıştır. Hastanın yaşı, oral hijyen durumu ve tedaviden beklentileri dikkate alınarak, aile ileride karşılaşılabilecek diş sorunları yönünden bilgilendirilmiş ve iki aşamalı tedavi planlaması yapılmıştır. Hastaya ve aileye tedavinin amaçları ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Tedavi planlamasının ilk aşamasında, oral hijyenin sağlanması ve mevcut dişlere ait sorunların çözülmesi; ikinci aşamasında ise, ideal oklüzyonun sağlanması ve estetik problemlerin çözülmesi amaçlanmıştır. Bu



RESİM 3: Olgu 2'nin tanı anındaki radyolojik görüntüsü.

TABLO 2: Olgu 2'nin konjenital eksik dişleri.

8			4					4			8
8		5	4					4	5		

nedenle; hastaya oral hijyen konusunda önerilerde bulunulmuş, topikal florlama (%1,23 asit fosfat jel Sultan Topex) tedavisi iki yıl boyunca yılda 2 kez yapılmıştır. Hastanın çok sayıda dişinin eksik olması, sınıf II maloklüzyonu ve anterior open bite nedeniyle, tedavi planlamasının ikinci aşaması mevcut süt dişlerinin çekimi, ortodontik tedavi ve ardından protetik rehabilitasyon olarak belirlenmiştir. Hastanın iki yıl sonundaki ağız içi görünümü Resim 4'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Oligodonti olgularında herediter faktörler rol oynadığı gibi, hiçbir sendrom gözlenmeyen ve aile hikâyesi olmayan bireylerde de gözlenebilir.^{1,9-11} Oligodonti en sık ektodermal displazi ve Down sendromu ile birlikte görülmektedir. Hastanın ektodermal anomaliler yönünden değerlendirilmesi, oligodontinin “izole” ya da “sendromla ilişkili” olan tip olup olmadığının ayırt edilmesi için gereklidir.³

Panoramik radyografi konjenital diş eksikliğinin tanısında yararlı bir tanı yöntemi. Panoramik radyografide diğer dişler de olası anomaliler yönünden değerlendirilir. Oligodonti olgularında hastanın yaşı tedavi planlamasında önemli rol oynamaktadır. Maksiller ve mandibuler anterior dişlerin pasif oklüzyonunun 20 yaşına kadar devam ettiği, diş eti yapısı ve papilla yüksekliğinin değişebileceği bildirilmiştir.^{3,4} Bu nedenle ağızda bulunan süt dişlerinin 20 yaşına kadar restore edilerek ko-

runması önerilmektedir.¹ Genellikle oligodonti olguları ileri yaşlarda tespit edilmektedir bu nedenle de var olan süt dişleri yeterince korunamamakta çürük nedeniyle erken kayıplar görülebilmektedir.^{10,12} Bizim iki olgumuzda da erken yaşta oligodonti tanısı konulmuş ve var olan süt dişleri korunmuştur.

Sunulan 2 olguda da dentisyon dışında ektodermal dokulara ait herhangi bir anomaliye rastlanmamıştır. Dermaut ve ark. alt santral ve lateral keserlerin eksikliğinin çok az görüldüğünü, bununla birlikte üst santral kesici, kanin ve 1. molar eksikliğinin oldukça nadir olduğunu belirtmişlerdir.¹³ Bizim de bir hastamızda mandibuler santral dişleri ve maksiller 1. molar diş eksikliği görülmüş, ayrıca dört II. molar diş eksikliği saptanmıştır. Ön bölgedeki diş eksikliği hastanın estetik problemlerle karşılaşmasına, premolar kayıpları da fonksiyonel güçlükler neden olmaktadır. Bizim de ilk hastamızda alt ön 1. keser dişleri ve molar dişlerinde, ikinci hastamızda da premolar dişlerde konjenital eksiklikler vardır. Her iki hastamızda oligodonti tanısı, çocuk hekiminin konu hakkında bilgi sahibi olması sebebiyle erken yaşta konulmuş, var olan dişler kontrol altına alınmış ve aileleri bu konuda bilgilendirilmiştir. Hastaların 2 yıllık klinik takipleri sonrasında ve her iki hastamızda da maloklüzyonun olması nedeniyle, ortodontik tedavi planlamasına karar verilmiştir.

RESİM 4: Olgu 2'nin iki yıl sonra ağız içi görünümü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

Sonuç olarak erken yaşta oligodontinin saptanması çocuğun ileriki dönemde daha iyi bir ağız hijyenine sahip olması ve var olan dişlerinin korunması açısından önemlidir. Hekimlerin ve çocuk he-

kimlerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi seviyesinin artması, ağız ve diş kaynaklı problemlerin erken tanısı açısından önemli olduğu bir kez daha görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Schalk-van der Weide Y, Bosman F. Tooth size in relatives of individuals with oligodontia. *Arch Oral Biol* 1996;41(5):469-72.
2. Akkaya N, Alpaslan S, Kanlı A. [Oligodontia: a case report]. *Official Publication of Hacettepe University Faculty of Dentistry* 2006;30(2):31-4.
3. Nunn JH, Carter NE, Gillgrass TJ, Hobson RS, Jepson NJ, Meechan JG, et al. The interdisciplinary management of hypodontia: background and role of paediatric dentistry. *Br Dent J* 2003;194(5):245-51.
4. Rollig S, Poulsen S. Oligodontia in Danish school children. *Acta Odontol Scand* 2001; 59(2):111-2.
5. Xuan K, Jin F, Liu YL, Yuan LT, Wen LY, Yang FS, et al. Identification of a novel missense mutation of MSX1 gene in Chinese family with autosomal-dominant oligodontia. *Arch Oral Biol* 2008;53(8):773-9.
6. Gündüz K, Yenisey M. [Oligodontia: case report]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2007; 13(1):29-33.
7. Näsman M, Forsberg CM, Dahllöf G. Long-term dental development in children after treatment for malignant disease. *Eur J Orthod* 1997;19(2):151-9.
8. Peres RC, Scarel-Caminaga RM, do Espírito Santo AR, Line SR. Association between PAX-9 promoter polymorphisms and hypodontia in humans. *Arch Oral Biol* 2005;50(10): 861-71.
9. Çelik İ, Güngör K. [Oligodontia (two cases report)]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2002; 8(2):107-12.
10. Şişman Y, Ertaş TE, Dündar M. [Two oligodontia cases without genetic anomaly]. *Journal of Health Sciences* 2007;16(3):180-5.
11. Kau CH, Hunter ML, Levis B, Knox J. Tooth agenesis: a report of missing molars in two generations. *Int J Paediatr Dent* 2003;13(5):342-7.
12. Mutlu-Sağesen EL, Yamalık K, Suca S. [Oligodontia: a case report]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2000;6(1):30-4.
13. Dermaut LR, Goeffers KR, De Smit AA. Prevalence of tooth agenesis correlated with jaw relationship and dental crowding. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1986;90(3):204-10.