

Oligodonti - Bir Olgu[¶]

OLIGODONTIA - A CASE REPORT

Lâmia Elif MUTLU-SAĞESEN*, Kemâl YAMALIK**, Sevda SUCA***

* Dt., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD,

** Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

*** Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD, ANKARA

Özet

Amaç: Bu makalede 24 daimi dişi konjenital olarak eksik olan bir olgu eşliğinde oligodonti irdelenmekte, protetik tedavi yaklaşımları tartışılmaktadır.

Vaka Takdimi: Çok sayıda posterior diş eksikliğinden kaynaklanan çiğneme güçlüğü şikayeti ile kliniğe başvuran 20 yaşındaki bayan hastada, şekil bozukluğu olan 4 adet daimi ve 13 adet süt dişi bulunmaktaydı.

Sonuç: Distal destek sağlanması amacıyla sol üst posterior bölgeye implant uygulanan hastada, her iki çeneye yapılan sabit protez ile estetik ve fonksiyonel rehabilitasyon sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Oligodonti, İmplantasyon, Sabit protetik tedavi

T Klin Diş Hek Bil 2000, 6:30-34

Summary

Purpose: The purpose of this report is to present a case of a patient who was congenitally missing 24 permanent teeth and to discuss prosthetic treatment approach on oligodontia.

Case Report: 20-year old female patient was experiencing chewing difficulties resulting from the absence of many posterior teeth. She had 4 permanent and 13 primary teeth which were malformed.

Conclusion: To provide a distal support in the maxillary leftside posterior region an implant was placed. Then full mouth fixed prosthetic restorations were made to improve esthetics and chewing function.

Key Words: Oligodontia, Implantation, Fixed prosthetic treatment

T Klin J Dental Sci 2000, 6:30-34

Bir ya da birkaç dişin konjenital olarak eksik olma durumuna hipodonti denir (1-3). Hipodontinin görülme sıklığı daimi dişlenmede %2-10 arasında iken, süt dişi dizisinde ise %0.1-0.9 arasında değişir (1,3,4). 3. molar dişler hariç, altı ya da daha fazla dişin konjenital eksikliği ise oligodonti olarak bilinir (4-6). Oligodonti, tek başına gelişebileceği gibi, ektodermal displazi,

Geliş Tarihi: 08.09.1999

Yazışma Adresi: Dt.Lâmia Elif MUTLU-SAĞESEN
Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi AD
06510 Emek, ANKARA

[¶]Bu vaka raporu, TDB (Türk Dişhekimleri Birliği) ve FDI (Dünya Dişhekimleri Birliği) Ortak Kongresi olan TDB 6. Uluslararası Dişhekimliği Kongresinde (İstanbul) 24.6.1999 tarihinde sözlü olarak tebliğ edilmiştir.

Rothmund-Thomson sendromu, kondroektodermal displazi, taurodontizm veya Coffin-Siris sendromu gibi bazı özel sendromlar ya da ciddi sistemik anomaliler ile birlikte görülebilir (5-8).

Ektodermal displazi (ED), hasarlı ektoderm yapıları ile bağlantılı herediter bir bozukluktur. Hidrotik ve hipohidrotik olmak üzere iki tipi vardır. Dişler ve saç her iki tipte de benzer şekilde etkilenmiştir, ancak ter bezleri ve tırnaklardaki bulgular açısından herediter geçişler farklıdır. En sık rastlanan ED sendromu x-bağımlı hipohidrotik ektodermal displazi (HED)'dir. İnsidansı 10000 kişide 1-7 arasındadır. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık rastlanmaktadır. Bu bozukluk, muhtemelen hamileliğin ilk üç aylık döneminde ortaya çıkmaktadır. Eğer şiddetli ise embriyonik hayatın 6. haftasından önce gelişir ve bu nedenle dişler etkilenir. 8. haftadan sonra, diğer ektoderm yapılar etkile-

nebilir (9,10). HED'nin en belirgin özelliği hipohidrozis; yani salgı bezlerinin ya hiç fonksiyon yapmaması ya da az fonksiyon yapmasıdır. Hayatın 2. yılından önce tanımlanamayan ateş nöbetlerinin tekrarlanmasıyla klinik olarak teşhis edilebilir (9).

Dişlerde oligodontinin spesifik bulguları; diş sayısı ve boyutlarında azalma, diş şeklinin anormalliği ve sürme gecikmesidir. Oligodonti; sendromlarla birlikte olursa, deri, tırnak, göz, kulak ve iskelette bir takım anomaliler de olabilir. Bu tip bireylerde sıklıkla görülen, süt ve daimi dişlenmelerdeki eksiklikler arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca, aile araştırmalarında oligodonti bulgusunda heredite de önemli rol oynayabilmektedir (1,4-8).

Burada; 20 yaşında, 24 daimi dişi konjenital olarak eksik olan bir olgu eşliğinde oligodontiyi irdelemek ve protetik tedavi yaklaşımlarını tartışmak amaçlanmaktadır.

Vaka Takdimi

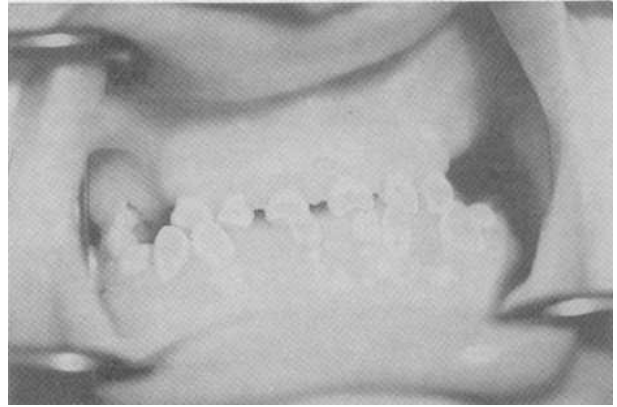
20 yaşındaki bayan hasta (S.G.), çok sayıda daimi diş eksikliğinin yol açtığı çiğneme güçlüğü şikayeti ile kliniğimize başvurdu (Resim 1).

Ağız-dışı muayenede yüzde asimetri bulgusu elde edildi. Basık burun sırtı, dışa kıvrık dudaklar ve frontal bölgede çıkıntı ilk göze çarpan yüz bulguları idi.

Ağız-içi muayenede; dil, yanak ve dudak mukozasının görünümü normaldi. Dental muayenede; alt çenede 6 adet (85, 83, 81, 71, 72, 75), üst çenede 7 adet (55, 53, 52, 51, 61, 62, 63) süt dişi ve alt çenede sadece 4 adet daimi diş (47, 43, 33, 36), olmak üzere ağızda toplam 17 dişi bulunduğu saptandı. Dişlerin çoğunluğu süt dişlenmesine ait olup, hepsinde şekil anomalileri de mevcuttu. Sağ üst süt 2. molar dişinin (55) bukkalinde dişeti çekilmesi, mezialinde çürük vardı. Hastanın ağızında, daimi alt kaninler hariç, mevcut alt-üst çene ön dişlerinin (süt dişleri) kronları konik yapıda olup, kron/kök oranları genellikle 1/1 iken; sağ alt süt orta keser dişte (81) kök daha da kısa olarak tespit edildi (Resim 2). Ağızda var olan alt-üst süt ön dişleri başa baş kapanışta olup, kapanışa gelen yüzeylerde karşı tarafa uyacak şekilde karşılıklı yarım aya benzer kesici kenar bitişi gözlemlendi. Hastanın alt yüz yüksekliği daimi dişlerin olmasına bağlı olarak düşüktü.



Resim 1. Hastanın tedaviye başlamadan önce cepheden görünümü.

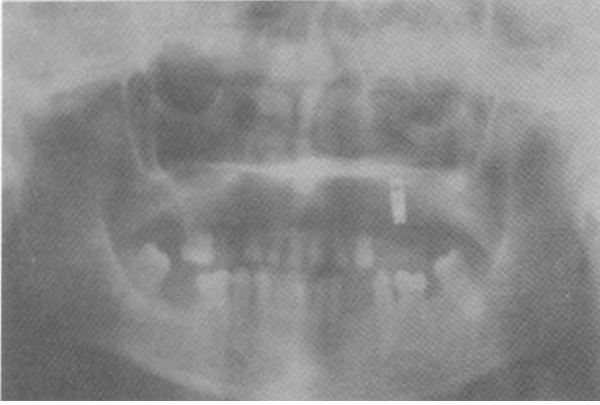


Resim 2. Hastanın ağız içi görünümü.

Ağız hareketleri normal sınırlar içinde idi, herhangi bir TME sesi ya da çiğnemeye bağlı kas ağrısı şikayeti yoktu.

Panoramik radyografda, alt ve üst her iki çenedeki sağ ve sol 3. molarlar hariç, 24 daimi dişin konjenital eksikliği gözlemlendi (Resim 3).

Alınan ailesel anamnezde; hastanın dört kardeşi daha olduğu (ailenin 4. çocuğu), babasının vefat ettiği, ailede anne dahil kardeşlerin hiçbirinde benzer bulgu olmadığı öğrenildi. Anne ve babası akraba değildi; anne ya da baba tarafında da herhangi bir bireyde benzer bulgular bulunmamaktaydı. Aile ile yapılan görüşmelerde hastanın özellikle bebeklik döneminde sık sık ateşlendiği, bu ateşin



Resim 3. İmplant yerleştirildikten sonra hastadan alınmış olan panoramik film.

bazen çok yükseldiği ve hastanın baygınlık geçirdiği öğrenildi.

Yüze ve ağıza ait bir takım bulgulardan dolayı; nöroloji, dermatoloji, göz hastalıkları ve ortodonti kliniklerinden konsültasyon istendi.

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

Dermatolojik muayenede; el ve ayaklarda Raynaud (+) (kan dolaşımına ait bir takım bozukluklarla birlikte periferde morarmalar), kollar, karın ve bacaklarda keratozis pilaris (+) (kaz derisi görünümü); el ve ayak ayalarında hafif hiperkeratozis tespit edildi. İmmünolojik açıdan, antijen-antikor (ANA ve Anti-Ds DNA) ve 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 değerlerinin normal sınırlar içinde olduğu görüldü.

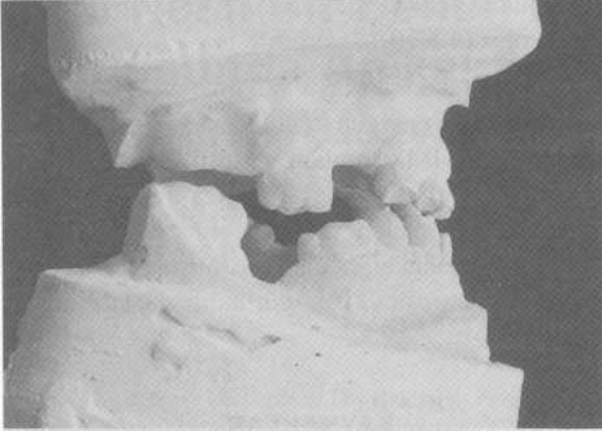
Göz muayenesinde; hastanın görmesinin tam, ön ve arka septum muayenesinin doğal, göz tansiyonunun normal olduğu bildirildi.

Ortodontik muayenede, herhangi bir iskeletsel sorun olmadığı, dişlerin çoğunluğunun süt dişi olması ve daimi dişlerin de az sayıda bulunmasından dolayı, hastaya gereken fonksiyonu ve estetiği sağlayabilecek kapanışın ancak, restorasyonlarla sağlanabileceği önerisi alındı.

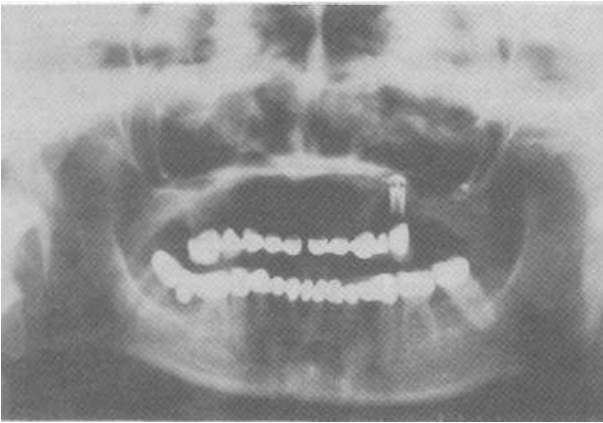
Bu konsültasyonlardan sonra hastanın tedavi planlanmasına geçildi. Tedavi planında; hastanın

yaşı dikkate alınarak, sabit uygulama yapılmasına karar verildi. Üst çenede sağda en arkada süt 2. molar (55) vardı, solda ise en arkada süt kanin diş (63) bulunmaktaydı. Alt çenenin tümüne uygulanacak sabit restorasyona karşı gelen, sol üst posteriora implant destekli protez yapılmasına karar verildi. Bölgedeki sert ve yumuşak dokuların klinik ve radyolojik incelemeleri ve yapılan gerekli ölçümler sonucunda bölgenin 3.3 mm çapında ve 10 mm boyunda TPS kaplı IMZ implant yerleştirilmesine uygun olduğu görüldü. Hasta, lokal anestezi altında operasyona alınarak, rutin cerrahi disiplinler altında, bölgeye implant yerleştirildi. Düzenli postoperatif kontrollerde bir komplikasyonla karşılaşılma ve postoperatif 8. ayda implantın üstü açılarak protetik restorasyona geçildi.

İmplantın yerleştirilmesinden 8 ay sonra, üst yapı olarak alt-üst tüm ağıza metal destekli porselen kron restorasyonların yapılmasına karar verildi. Metal destekli porselen üst yapıyı planlarken; dişlerin konumları, kemik desteği miktarları ve kron/kök oranları dikkate alındı (Resim 3). Bu amaçla, önce alt çenede ileri derecede mobil olan sağ alt süt orta keser dişin (81) yetersiz kemik desteği nedeni ile çekimine karar verildi. Hastanın sabit restorasyonlarının yapımı sırasında, düşük olan dikey boyutu daha önceden saptadığımız miktarda (5 mm) yükseltmek amacıyla oluşturulacak bu yeni dikey boyuta göre hazırlanan bir akrilik plak, konu ile ilgili literatürlerde öngörülen ortalama süreler göz önüne alınarak (11-13), 3 ay süreyle hastaya uygulandı (Resim 4). Hastada yapılan kontrollerde herhangi bir sorunla karşılaşılması üzerine, belirlenen dikey boyutu sağlayacak daimi restorasyonların yapımına geçildi. Bu amaçla, alt çenede, 46 nolu dişin olması gereken bölgeye bir gövde gelecek şekilde 47 ve 85 nolu dişler destek alınarak bir köprü; 82, 81 ve 73 nolu dişlerin olması gereken bölgelere gövde gelecek şekilde 43, 71, 72, 33 ve 75 nolu dişler destek alınarak ikinci bir köprü ve 36 nolu dişin üzerine de tek bir kron uygulandı. Üst çenede ise; 14 nolu dişin olması gereken bölgeye bir gövde gelecek şekilde 55, 53, 52 ve 51 nolu dişlerin destek alındığı, 22 ve 24 nolu dişlerin olması gereken bölgelere birer gövde planlaması ile 61 ve 63 nolu dişlerin destek alındığı iki köprüünün ve implantın üstüne tek bir kron uygulanmasına karar verildi (Resim 5). Uygulanan sabit planlamada, 24 nolu diş yerine yapılan gövde okluzyona



Resim 4. Hastada yapılması planlanmış okluzal dikey boyut yükseltilmesinin çalışma modelindeki görünümü.



Resim 5. Protetik üst yapı uygulandıktan sonra hastadan alınmış olan panoramik film.

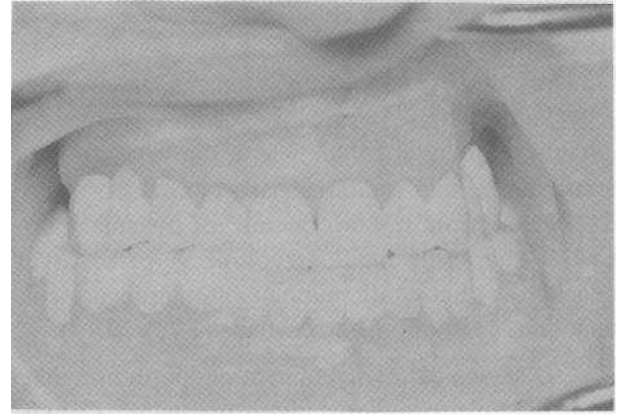
dahil edilmedi (Resim 6). IMZ implantın seçilmesindeki esas neden, diş-implant destekli bir planlama yapılabilmesi için idi. Ancak, implant çevresinde zamanla gelişen kemik kaybı nedeniyle, bu tip bir planlama yerine implantın tek kronla restore edilmesine karar verildi. Tatminkar bir estetik ve fonksiyon sağlanan hasta 3 yıldır, 6 aylık periyodlarla izlenmektedir (Resim 7).

Tartışma

Oligodonti, dişlere ait sayı ve şekil anomalileri ve sürmedeki gecikmelerle ortaya çıkmaktadır (4,7,8). Bu olguda, hastada diş şekil bozukluğu, diş

sayısında eksiklikler ve bunlara bağlı malokluzyon bulunmaktaydı. Bununla birlikte, hastanın başvurduğu yaş nedeniyle, dişlerin sürmesinde gecikme olup olmadığı saptanamamıştır. Yapılan araştırmalar, süt dişlerinde eksiklik olduğunda, daimi dişlerde de olabileceğini göstermektedir (1,4,7,8).

Aile çalışmaları, oligodontide genetik faktörlerin önemini ortaya koymaktadır. Ancak, hastamızın ailesinde benzer özellikleri taşıyan birey bulunmamaktadır. Oligodontide, bir takım çevresel faktörlerin de etkisi olabilmektedir. Radyasyona maruz kalma, talidomid kullanma, annenin hamileliği sırasında kızamıkcık geçirmesi de oligodonti nedeni olabilir. Yanısıra, metabolik dengebozukluklar, gelişimsel anomaliler de oligodontiyeye yol açabilmektedir (1,4,7,8).



Resim 6. Tedavinin bitiminde hastada elde edilmiş olan kapanışın görünümü.



Resim 7. Tedavi bitiminde hastanın cepheden görünümü.

Sunulan olguda, yapılan tetkikler sonucunda oligodonti olduğu tespit edildi. Dişlere oligodonti tanısının konması, iskeletsel olmayan malokluzyonun tespiti, basık burun sırtı, dışa kıvrık alt dudak ve frontal bölgede çıkıntı gibi bulguların da elde edilmesi ED'yi düşündürmüştü; ancak, genetik testlerden alınan sonuç nedeniyle bulguların çoğunun bulunmasına rağmen, ED tanısı koymakta güçlük çekildiği için atipik bir olgu olduğu fikrine varılmıştır.

Oligodonti bulunan hastalarda; estetik olmayan görünüm ve eksik dişler depresyon ve psikososyal problemler yaratabilir. Bu nedenle, tedavinin amacı, çiğneme ve konuşma fonksiyonlarını yeniden kazandırma yanında görünümü de iyileştirmektir. Oligodonti olgularında; hareketli bölümlü, sabit bölümlü, hassas tutuculu, overdenture gibi ya da implant uygulaması yapılan değişik protetik yaklaşımlara gidilebilir. Destek dişlerin durumu uygunsa ve hasta henüz gelişimini tamamlamamış ise, overdenture planlanarak alveol kretlerin kemik yapısı korunabilir. Uygun protetik tedavinin seçiminde; kalan dişlerin durumu, var olan kemik desteğinin miktarı, hastanın istekleri ve tedavi giderlerinin miktarı önemli rol oynamaktadır. Çok sayıda klinik rapor, fizyolojik ve psikososyal nedenlerle oligodonti bulunan bireylerde protetik tedavinin önemini göstermektedir (1,4,7-10,14).

Az sayıda daimi dişi olan oligodontili bireylere sabit protetik tedaviler nadiren uygulanır. Çünkü, hastaların ilk başvurdıkları dönem genellikle gelişme dönemi olduğundan, öncelikle yaşları uygun olmaz. Özellikle erken yaşta uygulanan köprüler çene gelişimini etkileyebilir. Tek kronlar ise, çene gelişimini etkilemeseler bile geniş pulpa ve kısa olan kron boyları sorun yaratabilir. Gelişme dönemi içerisinde olan hastalara tek kronlar ve doğrudan kompozit rezin ile tedaviler, bölümlü protezlerle birlikte uygulanabilir (1,4,9).

Bu tip hastalarda protetik tedavilerde implantlar da kullanılabilir (5,10,14). Guckes ve arkadaşları (14), ED tanısı konmuş genç hastalarda 13 yaşından önce implant yerleştirilmemesi gerektiğini bildirmiş; implantla tedavide zamanlamının önemini de vurgulamışlardır.

Oligodonti tespit edilen hastalarda, protezle tedavi de erken yaşlarda başlar. Bu nedenle, protezlerin 6-12 aylık aralarla, büyüme ve gelişimi olum-

suz yönde etkilememesi açısından takip edilmesi uygun olur (4,5,10,14).

20-yaşındaki hastaya büyüme ve gelişiminin tamamlanmış ve uygun kemik desteğinin de olması nedeni ile tek IMZ implant yerleştirilmesi planlanmıştır. İmplantla birlikte tüm ağza uygulanan metal destekli porselen restorasyonla hastaya daha önce yetersiz olan çiğneme ve konuşma fonksiyonu yanında, daha estetik bir görünüm de kazandırılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Akal N, Değer Ö: Oligodonti ile birlikte görülen osteogenezis imperfekta. GÜ Dişhek Fak Der 9:149, 1992
2. Conkbayır A, Berk T: Hipodonti-"II vaka raporu". GÜ Dişhek Fak Der 2:183, 1985
3. McDonald RE, Avery DR: Dentistry for the Child and Adolescent. 6th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1994, s:140-144.
4. Tsai PF, Chiou HR, Tseng CC: Oligodontia- A case report. Quint Int 29: 191, 1998
5. Guckes AD, Roberts MW, McCarthy GR: Pattern of permanent teeth present in individuals with ectodermal dysplasia and severe hypodontia suggests treatment with dental implants. Pediatr Dent 20:278, 1998
6. Önçaç Ö, Alpöz AR: Dişsel anomalilerle birlikte görülen sendromlar ve tanıyı kolaylaştıracak güncel kaynaklar. A Ü Diş Hek Fak Derg 25:313, 1998
7. Schalk-van der Weide Y, Beemer FA, Faber JAJ, Bosman F: Symptomatology of patients with oligodontia. J Oral Rehabil 21:247, 1994
8. Schalk-van der Weide Y, Steen WH, Bosman F: Taurodontism and length of teeth in patients with oligodontia. J Oral Rehabil 20:401, 1993
9. Ramos V, Giebank DL, Fisher JG, Christensen LC: Complete dentures for a child with hypohidrotic ectodermal dysplasia: a clinical report. J Prosthet Dent 74:329, 1995
10. 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 75:669, 1993
11. Gross MD, Ormianer Z: A preliminary study on the effect of occlusal vertical dimension increase on mandibular postural rest position. Int J Prosthodont 7:216, 1994
12. Reagan SE, Cha A: The use of magnets in the comprehensive treatment of congenital partial anodontia: a case report. Quint Int 28:563, 1997
13. Reagan SE, Dao TM: Oral rehabilitation of a patient with congenital partial anodontia using a rotational path removable partial denture: report of a case. Quint Int 26:181, 1995
14. Guckes AD, Brahim JS, McCarthy GR, Ruby SF, Cooper LF: Using endosseous dental implants for patients with ectodermal dysplasia. J Am Dent Assoc 122:59, 1991

