

Sendroma Bağlı Olmayan Oligodonti: Bir Olgu Sunumu

Non-syndromic Oligodontia: A Case Report

Gaye Saęlam¹ , şükriye Ece Geduk² , Murat İen³ 

ÖZET

Diş agenezisi insanlarda en sık görölen doğumsal anomalilerden biridir ve hipodonti, oligodonti, anodonti şeklinde sınıflandırılır. Oligodonti; molarlar hariç, altı ya da daha çok sayıda dişin eksikliğidir. Oligodonti sendroma bağlı olmayan izole şekilde ortaya çıkabileceği gibi bir sendroma bağlı olarak da görölebilmektedir. Bu vaka raporunda genetik konsültasyon sonucu sendroma bağlı olmayan oligodonti tanısı koyulmuş olan 16 daimi diş eksikliği olan 16 yaşındaki erkek hastanın klasik hareketli bölümlü protez ile tedavisi sunulmaktadır. Bu gibi hastaların protetik rehabilitasyonu ve uzun dönem klinik takipleri estetik, fonksiyon ve fonasyon ile ilgili problemlerin giderilmesi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Anodonti; parsiyel protez

ABSTRACT

Tooth agenesis is one of the most common congenital anomalies seen in humans and can be either hypodontia, oligodontia and anodontia. Oligodontia is the agenesis of six or more teeth-excluding third molars. Oligodontia can occur as a non-syndromic, isolated condition or it is associated with a syndrome. This clinical report describes prosthodontic rehabilitation of a 16-year-old male patient with non-syndromic oligodontia with absence of 16 permanent teeth, diagnosed as a result of genetic counseling. Prosthodontic rehabilitation and long term follow up of this kind of patients are essential in terms of elimination of aesthetic, functional and phonetic problems.

Keywords: Anodontia; partial denture

Makale gönderiliş tarihi: 18.07.2019 Yayına kabul tarihi: 30.12.2019

İletişim: Dr. Gaye Sağlam

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Protetik Diş Tedavisi AD Kozlu/ZONGULDAK

Eposta: dtgaye@hotmail.com

¹Dr. Öğr. Üyesi., Protetik Diş Tedavisi AD, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi, Zonguldak, Türkiye.

²Arař. Gör. Dt., Protetik Diş Tedavisi AD, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi, Zonguldak, Türkiye.

³Dr. Öğr. Üyesi., Ağız, Diş ve ene Radyolojisi AD, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi, Zonguldak, Türkiye.

GİRİŞ

Diş agenezisi; %2.6 ile %11.3 arasında değişen prevalansı ile insanlarda en sık görülen diş anomalisidir.^{1,2} Eksik diş sayısına göre hipodonti, oligodonti ya da anodonti olarak sınıflandırılır.^{3,4} Altıdan az sayıda dişin eksikliğine hipodonti, 3. molarlar hariç altı ya da daha fazla dişin eksikliğine oligodonti, hiç dişin bulunmamasına ise anodonti denir.^{5,6} Oligodonti izole bir şekilde görülebileceği gibi bir sendromun parçası olarak da karşımıza çıkabilir.^{7,8} Oligodontinin çoğunlukla genetik olarak meydana geldiği düşünülmekle birlikte radyoterapi, travmalar, bazı enfeksiyon ve endokrin hastalıklar gibi internal ve eksternal sebeplerinin de olduğu belirtilmektedir.^{9,10} İzole oligodontinin otozomal dominant geçişli olduğu düşünülmektedir.¹¹

Oligodonti vakalarında eksikliği en sık görülen dişler maksiller lateral kesiciler, mandibular 2. premolarlar ve mandibular santral kesicilerdir.^{12,13}

Oligodonti hastaları çeşitli fonetik, fonksiyonel, psikolojik ve estetik sorunlar ile karşılaşmaktadır ve bu durumun rehabilitasyonu multidisipliner çalışmayı gerektirir. Bazı hastalarda restoratif işlemler öncesi ark üzerinde mevcut yer darlığı veya diastemaların

düzeltilmesi amacıyla ortodontik tedavi gerekebilmektedir.¹² Protetik tedavide hareketli ya da sabit protezler, adeziv köprüler, implant destekli tedaviler ya da bunların kombinasyonu değerlendirilebilir.⁷ Hastanın tedavisinde yaşı, var olan dişlerin sayısı ve durumu göz önünde bulundurulmalıdır.¹⁴⁻¹⁶

Bu olgu raporunda sendroma bağlı olmayan oligodonti olgusunun protetik tedavisi anlatılmaktadır.

OLGU

Çoklu diş eksikliği şikayetiyle Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na başvuran 16 yaşındaki erkek hastanın intraoral ve radyografik muayenesi yapılarak diş eksikliği tanısı ile Protetik Diş Tedavisi kliniğine yönlendirildi. Hasta anamnezinde sistemik bir rahatsızlığının olmadığı ancak ailesinde yaygın diş eksikliği görüldüğü öğrenildi. Ekstraoral muayenede cilt, tırnak ve saçlar gibi ektodermal dokularda anormal bir bulgu gözlenmedi ve hastanın profil fotoğrafları alındı (Şekil 1). İntraoral muayenede 16, 17, 25, 26, 27, 36, 37, 43, 45, 46, 47, 55, 75 numaralı dişlerin ağızda olduğu, diğer daimi dişlerin eksik olduğu görüldü (Şekil 2). Radyografik incelemede 35 numaralı dişin gömülü olduğu ve eksik



Şekil 1. Hastanın cephe ve profil fotoğraflarında vertikal yüz yüksekliğinin yeterli olduğu, cilt ve saçlarda anormal bir bulgu olmadığı görülmektedir.



Şekil 2. Hastanın alt ve üst çene ağız içi fotoğraflarında yaygın diş eksikliği olduğu, 75 nolu dişin ise ağız içinde mevcut olduğu görülmektedir.

dişlere ait germ bulunmadığı tespit edildi (Şekil 3). Hastanın daha önce hiç diş çektirmedeği öğrenildi ve yaygın diş eksikliği görülmesinden dolayı hasta ektodermal displazi şüphesi ile tıp fakültesine genetik konsültasyon için yönlendirildi. Yapılan testler sonucu hastanın genetik anomalisi olmadığı öğrenildi. Mevcut dişlerin apikal ve periodontal sağlığı iyi olduğu için her iki çeneye de klasik hareketli bölümlü protez yapılmasına karar verildi. Hasta ve yakını yapılacak olan tedavi konusunda bilgilendirildi ve aydınlatılmış onamları alındı.

Çene kayıtlarının alınması öncesinde vertikal yüz yüksekliği kontrol edildi. Burun ve çene ucu üzerinde iki nokta belirlendi, çenelerin istirahat halinde ve oklüzal kapanış halinde bu noktalar arası mesafe Niswonger metodu ile değerlendirildi ve vertikal yüz yüksekliğinin yeterli olduğu tespit edildi. Ardından standart metal ölçü kaşıkları ve irreversibl hidrokoloid ölçü maddesi (Cavex, Holland BV, Hollanda) kullanılarak alt ve üst çene kayıtları alındı. Ölçülerin içerisine Tip 4 sert alçı (Neo Marmorit Super, Siladent, Dr. Böhme & Schöps GmbH, Goslar, Almanya) dökülerek teşhis modelleri elde edildi. Bu modeller üzerinde ışıkla sertleşen akrilik rezin kullanılarak (Duradent, Durabase LC, Bayswater, Victoria, Avustralya) hastaya alt ve üst çene için kişisel akrilik kaşıklar hazırlandı ve ardından fonksiyonel ölçüler alındı. Elde edilen alçı modeller üzerinde kaide plağı hazırlanarak pembe mumdan şablon hazırlandı, hastanın mevcut dikey boyutu korunarak kapanış ilişkisi kaydedildi. Bu ilişki yarı-ayarlanabilir bir artikülatöre kaydedilerek diş dizimi yapıldı. Hasta dişli prova için geldiğinde 75 numaralı dişin ağız içinde olmadığı ve gömülü olan 35 numaralı dişin sürmekte olduğu görüldü (Şekil 4).

Sürmenin tamamlanması için 1 ay sonrasına randevu verildi. Bir ay sonra dişli provası yapılan hastanın klasik hareketli bölümlü protezleri konvansiyonel muflalama yöntemleri kullanılarak bitirildi. Ağız içinde gerekli uyumlama ve kontroller yapıldıktan sonra hastaya teslim edildi (Şekil 5, 6).

Bir hafta sonra yapılan rutin kontrolde yumuşak dokuda vuruksu tespit edildi ve bu bölgelerdeki uyumlamalar yapıldı. Hastanın çiğneme ve konuşma fonksiyonlarını rahatlıkla yerine getirebildiği ve estetik açıdan oldukça memnun olduğu öğrenildi. Altı ay sonra yapılan kontrol muayenesinde 35 numaralı



Şekil 3. Hastanın panoramik radyografisinde 35 nolu dişin gömülü olduğu görülmektedir.



Şekil 4. Sürmekte olan 35 nolu dişin hastanın alt çene ağız içi fotoğrafında görüntüsü.

dişin sürmesinin tamamlandığı görüldü ve ilgili diş bölgesinde protezin uyumu kontrol edilerek düzenlemeler yapıldı. Çene ve diş gelişiminin takip edilmesi ve protezlerde gerekli olabilecek değişikliklerin yapılması amacıyla hastanın altı aylık periyotlarla kontrole çağırılmasına karar verildi.

TARTIŞMA

Konjenital diş eksikliğinin etiyolojisinde kalıtsal faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir.¹¹ Ancak aile hikâyesi olmayan bireylerde de diş eksikliği görülebilmektedir.¹² Oligodonti izole bir şekilde görülebileceği gibi en sık olarak ektodermal displazi ve Down sendromu ile birlikte görülmektedir.^{7,8,12} Bu tip olgularda hasta deri, kulak, göz ve iskelet anomalileri yönünden dikkatle değerlendirilmeli ve "izole" ya da "sendromla ilişkili" oligodonti olup olmadığı ayırt edilmelidir.¹⁷ Bu olguda ailede hastanın teyzesinin erkek



Şekil 5. Protezlerin teslimi sırasında ağız içi görüntüleri ve 35 numaralı dişin pozisyonu (ok).



Şekil 6. Protezlerin teslim edilmesinden sonra hastanın cephe ve profil görüntüleri

çocuklarında hipodonti görüldüğü öğrenildi ve oligodontinin genetik yatkınlık kaynaklı ortaya çıktığı düşünüldü. Dentisyon dışında ektodermal dokulara ve diğer sistemlere ait herhangi bir anomaliye rastlanmadı. Ayrıca yapılan genetik konsültasyon sonucu ektodermal displazi ile ilişkili bir bulguya rastlanmadığından sendroma bağlı olmayan 'izole oligodonti' tanısı koyuldu.

Hastanın yaşı, tedavi planının seçiminde önemli bir rol oynar. Volchansky ve ark.^{18,19} alt ve üst ön dişlerin pasif erüpsiyonunun 20 yaşına kadar devam ettiğini, dişeti yapısının ve dişeti papil yüksekliğinin genç yaşların sonu ve erişkinliğin erken dönemlerine kadar değişebileceğini bildirmişlerdir. Bu nedenle, 20 yaşına kadar ağızdaki süt dişlerinin restore edilerek korunması önerilmektedir.¹² Bu olguda hastanın 16 yaşında olduğu dikkate alınarak ağız içinde bulunan süt dişlerinin korunmasına karar verildi ancak dişli prova seansında bir süt dişinin kaybedildiği görüldü. Alttan gelen daimi dişin sürmesine olanak sağlamak amacıyla protezlerin bitimi için bir ay beklendi.

Oligodonti olgularının tedavisi fonksiyon, fonasyon ve estetiğin oral rehabilitasyonuna dayanmaktadır ve genellikle multidisipliner yaklaşımla çalışmayı gerektirmektedir. Birçok vakada oligodonti tedavisi için ortodontik tedavi, cerrahi işlemler, sabit protetik restorasyonlar, dental implantlar gibi daha karmaşık tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır.²⁰ İmplant tedavisinin oligodonti hastalarını fonksiyonel ve estetik

olarak rehabilite etmek için uygun bir seçenek olduğu bildirilmektedir, ancak böyle hastalarda implant esaslı rehabilitasyonun uzun dönem performansı henüz bilinmemektedir.²¹ Ayrıca kısmen dişsiz hastalarda implant yerleştirilmesinin tercihen kraniyofasiyal/iskeletsel büyümenin sonuna kadar ertelenmesi önerilir.²² Aktif büyüme sırasında yerleştirilen implantların, sürekli büyüme ile yer değiştirebileceği, yanlış yerleştirilebilecekleri ve daha sonra çıkarılmasının gerekebileceği; kızlar için 15, erkekler için 18 yaşından sonra yerleştirilen implantların en öngörülebilir prognoza sahip olduğu bildirilmiştir.²³ Bu olguda implant ile tedavi seçeneği değerlendirildi ancak diş eksikliği sonucu azalmış yükseklik, genişlik ve kalitede alveol kemik varlığının başarılı bir implant yerleştirilmesine olanak sağlamadığı ve hastanın yaşının uygun olmadığı düşüncesi ile bu tedavi seçeneğinden vazgeçildi. Ayrıca hastanın kısa sürede estetik ve konuşmayı rehabilite edebilecek, ekonomik bir protez isteği nedeniyle de implant ile tedavi tercih edilmedi.

Bu olguda daha konservatif ve basit bir tedavi yaklaşımı benimsenerek alt-üst klasik hareketli protezler ile hastanın 16 daimi dişinin eksikliği giderildi. Hareketli protezler, hastanın büyüme ve gelişimi devam ederken modifiye edilebilme, bu süreç tamamlandığında da çıkarılıp sabit protezlere geçiş yapabilmeye imkanı sunmaktadır. Ayrıca herhangi bir süt dişi kaybında gerekli uyumlamalar yapılarak kullanımına devam edilebilmesi de avantajlarındandır.

Sonuç olarak oligodontili bireylerde, kaybedilen fonksiyon, fonasyon ve estetiğin geri kazandırılması, ayrıca fiziksel ve psikolojik gelişime katkı sağlanması açısından erken yaşlarda protetik tedavi oldukça önemlidir. Bu olguda altı ay sonra yapılan kontrol randevusunda protezlerin kullanımı ile birlikte hastanın hayat kalitesinin ve psikolojisinin olumlu yönde etkilendiği, yemek yeme ve konuşma eylemlerini oldukça rahat yerine getirebildiği bilgisi edinildi. Bu gibi hastalarda, büyüme ve gelişme ile birlikte dişsel ve iskeletsel değişimlerin meydana gelebileceği ve protezlerin düzenli olarak kontrol edilmesi gerekliliği hasta ve yakınına anlatılarak takip randevuları düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

- Larmour CJ, Mossey PA, Thind BS, Forgie AH, Stirrups DR. Hypodontia-a retrospective review of prevalence and etiology. Part I. Quintessence Int 2005;36:263-70.
- Polder BJ, Van't Hof MA, Van der Linden FP, Kuijpers-Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32:217-26.
- Rushmah M. Hypodontia of the primary and permanent dentition. J Clin Pediatr Dent 1992;16:121-3.
- Fekonja A. Hypodontia in orthodontically treated children. Eur J Orthod 2005;27:457-60.
- Tsai PF, Chiou HR, Tseng CC. Oligodontia-a case report. Quintessence Int 1998;29:191-3.
- Ernest W.N. Lam. Dental anomalies. White SC, Pharoah, MJ. Oral Radiology, Principles and Interpretation. 5th edition. Missouri: Mosby; 2004. p.330-365.
- Bural C, Oztas E, Ozturk S, Bayraktar G. Multidisciplinary treatment of non-syndromic oligodontia. Eur J Dent 2012;6:218-26.
- Tangade P, Batra M. Non-syndromic oligodontia: case report. Ethiop J Health Sci 2012;22:219-21.
- Muretic Z, Magdalenic-Mestrovic M, Zarkovic D. An interdisciplinary approach to the treatment of oligodontia. Acta Stomatol Croat 2001;35:117-20.
- Londhe SM, Viswambaran M, Kumar P. Multidisciplinary management of oligodontia. Med J Armed Forces India 2008;64:67-9.
- Al-Ani AH, Antoun JS, Thomson WM, Merriman TR, Farella M. Hypodontia: An Update on Its Etiology, Classification, and Clinical Management. Biomed Res Int 2017;2017:9378325.
- Dhanrajani PJ. Hypodontia: etiology, clinical features, and management. Quintessence Int 2002;33:294-302.
- Pannu P, Galhotra V, Ahluwalia P, Gambhir RS. Non-syndromic oligodontia in permanent dentition: a case report. Ghana Med J 2014;48:173-6.
- Akkaya N, Kiremitçi A, Kansu O. Treatment of a patient with oligodontia: a case report. J Contemp Dent Pract 2008;9:121-7.
- Guckes AD, McCarthy GR, Brahim J. Use of endosseous implants in a 3-year-old child with ectodermal dysplasia: case report and 5-year follow-up. Pediatr Dent 1997;19:282-5.
- Akgün ÖM, Görgülü S, Yıldırım C. Sendroma bağlı olmayan oligodonti vakasının multidisipliner tedavisi. Gülhane Tıp Derg 2015;57:309-11.
- Schalk-van der Weide Y, Beemer FA, Faber JA, Bosman F. Symptomatology of patients with oligodontia. J Oral Rehabil 1994;21:247-61.
- Volchansky A, Cleaton-Jones P. The position of the gingival margin as expressed by clinical crown height in children aged 6-16 years. J Dent 1976;4:116-22.
- Volchansky A, Cleaton-Jones P, Fatti LP. A 3-year longitudinal study of the position of the gingival margin in man. J Clin Periodontol 1979;6:231-7.
- Filius MA, Vissink A, Raghoobar GM, Visser A. Implant-retained overdentures for young children with severe oligodontia: a series of four cases. J Oral Maxillofac Surg 2014;72:1684-90.
- Filius MAP, Vissink A, Cune MS, Raghoobar GM, Visser A. Long-term implant performance and patients' satisfaction in oligodontia. J Dent 2018;71:18-24.
- Graber, T.M. Consensus conference on oral implants in young patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1997;111:352.
- Cronin RJ, Jr, Oesterle LJ, Ranly DM. Mandibular implants and the growing patient. Int J Oral Maxillofac Implants 1994;9:55-62.