



SENDROMLA İLİŞKİLİ OLMAYAN BİR OLİGODONTİ HASTASININ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU*

TREATMENT OF A PATIENT WITH NON-SYNDROMIC OLIGODONTIA: A CASE REPORT*

Yrd. Doç. Dr. Sabit Melih ATEŞ*

Prof. Dr. Zeynep YEŞİL DUYMUŞ**

Arş. Gör. Dt. Tugay ŞİŞÇİ*

Makale Kodu/Article code: 2590
Makale Gönderilme tarihi: 04.02.2016
Kabul Tarihi: 29.03.2016

ÖZ

Oligodonti nadir olarak görülen gelişimsel bir anomali olup, 3. molar dişler dışında 6 veya daha fazla dişin agenezisi şeklinde görülmektedir. Bu vaka raporunda 20 daimi dişi etkileyen sendromla ilişkili olmayan oligodontili bir hastanın tedavisi hakkında bilgi verilmiştir.

Her iki çenesinde 1. büyük azı dişleri, kesici dişleri ve köpek dişleri ile üst çene küçük azı dişlerini etkileyen oligodontili 16 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurmuştur. Yapılan ağız içi muayenesinde üst çenedeki 2. büyük azı dişlerinin kısmen gömülü bir pozisyonda iken, alt çenedeki 2. büyük azı dişlerinin yaklaşık olarak normal pozisyonlarında konumlanmış ve alt ve üst çene kemiklerinin rezorbe ve ince yapıda olduğu görülmüştür. Tedavi prosedürü üst çenedeki dişler üzerinde herhangi bir preparasyon yapmadan overlay tip bir tam protez, alt çenede ise konvansiyonel hareketli bölümlü protez olarak planlanmıştır. Zayıf ve ince yapıdaki mukozal dokuların irritasyonunun önlenmesi için her iki proteze de daimi yumuşak astar materyali uygulaması yapılmıştır. Eksik dişler normal olmayan oklüzyona veya yüz görünümünde değişikliklere yol açarak özellikle bazı çocuk veya adolesan hastalarda psikolojik problemlere sebep olmaktadır. Bu nedenle, dişlerden kaynaklanan estetik ve fonksiyonel problemlerin önüne geçebilmek için oligodontide erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Oligodonti, overlay protezler

ABSTRACT

Oligodontia is a rare developmental anomaly, involving agenesis of six or more permanent teeth, excluding the third molars. The aim of this report was to describe the treatment of a patient with non-syndromic oligodontia including 20 permanent teeth.

A 16 years old male patient with oligodontia affecting 1. molar teeth, incisor teeth and canine teeth in both jaws and maxillary premolar teeth had applied to our clinic. Intraoral examination of the patient showed that the maxillary second molar teeth were in partially impacted condition, besides that mandibular second molar teeth were approximately in normal position and the patient's maxillar and mandibular jaw bone was found to be extremely thin and resorbed. Restorative procedures involved the fabrication of overlay complete denture in maxilla without doing any preparation to the maxillary teeth and conventional removable partial denture in mandible. After producing both dentures with heat-curing acrylic resin, permanent soft lining material was applied to prevent irritation of thin mucosal tissue.

The consequences of missing teeth include abnormal occlusion or altered facial appearance which can cause psychological distress for some patients especially in childrens and adolescents. For this reason, early diagnosis and treatment in oligodontia is important to prevent aesthetic and functional problems in the dentition.

Key Words: Oligodontia, overlay prostheses

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi AD

**Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi AD

* 12-15 Kasım 2015 tarihinde Antalya'da düzenlenen 22. Uluslararası Türk Protodonti ve İmplantoloji Derneği (TPID) Bilimsel Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.



GİRİŞ

Diş eksikliği veya fazlalığı insanlarda görülen en yaygın dental gelişim anomalilerden biridir.^{1,2} Konjenital olarak birkaç dişin eksik olduğu durumlar hipodonti, üçüncü büyük azılar dışında altı veya daha fazla dişin eksik olduğu durumlar oligodonti, tüm dişlerin eksik olduğu durumlar anodonti olarak adlandırılmaktadır.^{3,4} Oligodonti toplumun %0.1-0.3'ünü etkileyebilen çok nadir olarak görülen bir anomali olup, genel olarak kız çocuklarında erkek çocuklarından 3:2 oranında daha fazla görülür.^{1,2,5,6} Nadiren izole bir şekilde meydana gelebileceği gibi genel olarak bir sendromun parçası olarak görülebilir.¹⁻⁶ Konjenital olarak çok sayıda diş eksikliği ile birlikte görülen bu sendromların başında hipohidrotik ektodermal displazi gelmektedir.^{2,3} Bunun dışında daha nadir olarak izlenen sendromlardan olan Down Sendromu, Reiger Sendromu, Witkop Sendromu, Van Der Woude Sendromu, Otopalato-digital Sendrom, Oro-facial-cardio Sendrom ve Oro-facial-digital Sendrom gibi sendromlarda da çok sayıda diş eksikliği görüldüğü bilinmektedir.^{4,7} Oligodonti sendromlarla birlikte görüldüğünde deri, tırnaklar, gözler, kulaklar ve kemikler de etkilenmektedir.^{1,4,7} Bu nedenle her iki tip oligodontinin ayırt edilmesinde bu doku ve organların fiziksel muayenesi önem taşımaktadır.⁶ Sendromla ilişkisi olmayan oligodonti vakalarında MSXI, PAX9, AXIN2 ve EDA genlerinde mutasyonlar tespit edilmiştir.^{4,8,9}

Diş eksikliğinin etiyojisi ile ilgili farklı teoriler bulunmaktadır. Kjaer ve arkadaşları¹⁰ diş eksikliğinin periferik sinir sisteminde, epitelin ektoderm tabakasında veya diş destekleyen kemikte bir anomaliden kaynaklandığını bildirmişlerdir. Akgün ve arkadaşları⁴ ise konjenital diş eksikliğinin diş gelişiminde takke safhasındaki hücrelerin, dental laminadan linguale veya distale proliferasyonu sırasındaki bir hatadan kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir.⁴

Oligodonti vakalarında konjenital olarak eksik olan dişler, genellikle maksiller lateraller, mandibular ikinci premolarlar ve mandibular santrallerdir.^{2,8} Maksiller santraller, mandibular ve maksiller kaninler ile birinci molarların eksikliğine ise daha az rastlanılmaktadır.^{2,8} Oligodonti ile birlikte dişlerde mikrodonti, konik şekil, daimi dişlerin sürmesinin gecikmesi, artmış free-way space ve süt dişlerinin retansiyonu görülebilmektedir.⁶ Bunun sonucunda estetik, fonetik, psikolojik ve fonksiyonel problemlerin ortaya çıktığı bilinmektedir.⁴

Oligodonti vakalarının tedavisinde hastanın yaşı,

ağız içindeki mevcut dişlerin durumu ve sayısı göz önüne alınmalıdır.^{4,11} Bu vakalarda tedavi planlaması olarak ortodontik diş hareketleri, hareketli veya sabit protezler, adeziv protezler, implant destekli restorasyonlar veya bunların tümünün kombinasyonu düşünülmelidir.¹

Bu vaka sunumunda herhangi bir sendroma bağlı olmayan ve 20 diş etkileyen oligodonti olgusu ve uygulanan tedavi hakkında bilgi verilmiştir.

OLGU SUNUMU

16 yaşında erkek hasta Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'na dişlerinin estetik olmayan görüntüsü, çiğneme, konuşma ve beslenme fonksiyonundaki yetersizlik nedeniyle başvurdu. Alınan anamnezde hastanın kliniğimize başvurmadan önce alt çene küçük azı dişlerini periodontal nedenle çektiği, bunun dışında herhangi bir dişini çekmediği tespit edildi. Ailesinde de diş eksikliği hikâyesi olan hastanın, herhangi bir sistemik hastalığı ve ekstraoral dokulara ait bir anomalisinin bulunmadığı saptandı. İntraoral olarak; üst çenede 2. büyük azı dişler ile sol alt 2. büyük azı diş kısmen gömülü bir pozisyonda iken, sağ alt 2. büyük azı diş yaklaşık olarak normal pozisyonlarında konumlanmışlardı (Resim 1). Hastanın üst ve alt çene kemiklerinin fazla rezorbe ve ince yapıda olduğu görüldü. Radyografik olarak 20 dişin eksik olduğunun doğrulanmasından sonra sendromla ilişkili olmayan oligodonti tanısı konuldu (Resim 2). Tedavi prosedürü üst çenede dişler üzerinde herhangi bir preparasyon yapmadan overlay tip bir tam protez, alt çenede ise konvansiyonel hareketli bölümlü protez olarak planlandı. Ağız hazırlığı amacıyla destek dişlerin aksiyel yüzeylerinde protezlerin giriş yolu ile uyumsuzluk oluşturabilecek andırkatlar ince grenli frezler kullanılarak giderildi ve yüzeylerin polisajı yapılarak ölçü aşamasına geçildi. Hastanın anatomik ölçüleri aljinat ölçü maddesi (Cavex CA37, Haarlem, Hollanda) kullanılarak alındı ve bu ölçüden elde edilen modeller üzerinde otopolimerizan akrilik rezinden (Imicryl, Konya, Türkiye) kişisel ölçü kaşıkları hazırlandı. Kişisel ölçü kaşıkları ve yeşil stenç kullanılarak yapılan kenar şekillendirmesinin ardından polieter ölçü maddesi (Impregum Monophase, 3M ESPE, Seefeld, Almanya) kullanılarak hastadan ikinci ölçüler alındı. Bu ölçüden elde edilen ana modeller üzerinde kaide plakları hazırlanarak hastanın dikey boyut ve sentrik ilişki kaydı yapıldı. Dikey boyut tespitinde Niswonger metodu, yüz



ölçümleri ve Silverman yöntemi kullanıldı. Diş diziminin ardından dişli prova aşamasında protezler hasta üzerinde fonksiyon ve estetik parametreler açısından değerlendirildi. Gerekli düzenlemelerin ardından akrilik bitim işlemlerine geçildi. Hastanın zayıf ve ince yapıdaki mukozal dokularının irritasyonunun önlenmesi için her iki proteze akrilik bitim aşamasında daimi yumuşak astar materyali (Molloplast B, Detax GmbH & Co.KG, Ettlingen, Almanya) uygulaması yapıldı ve bitirilmiş protezler hastaya teslim edildi (Resim 3). Hareketli protez kullanımı ile ilgili öneriler yapılarak hasta protez tesliminden 24 saat sonra kontrole çağrıldı. Daha sonraki kontroller 1. hafta, 3. ay ve 6. aylarda yapılarak hastanın ağız içi yumuşak ve sert dokuları ile destek dişleri değerlendirildi ve herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Yumuşak astar maddenin değiştirilmesi için hastaya randevu verildi.



Resim 1. Hastanın ağız içi görünümü



Resim 2. Hastanın panoramik radyografisi



Resim 3. Hastanın tedavi sonrası görünümü

TARTIŞMA VE SONUÇ

Konjenital diş eksiklerinin etyolojisinde; genetik faktörler başta olmak üzere, çevresel faktörlerin,

radyoterapi uygulanmasının, ilaç kullanımlarının, enfeksiyon hastalıklarının, travmaların, endokrin ve intrauterin rahatsızlıklar^{4,7-9} gibi pek çok faktörün rol aldığı ileri sürülmüştür. Sunulan olgudaki hastadan alınan anamnezde herhangi bir sistemik rahatsızlığının olmadığı, radyoterapi görmediği anlaşılmış, ancak genetik bir rahatsızlığının olup olmadığı gerekli olan testler yapılamadığından öğrenilememiştir. Bununla birlikte hastanın ailesindeki diğer bireylerde de benzer diş eksikliklerinin bulunması genetik faktörlerden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Oligodonti vakaları bazı sendromlarla ilişkili olarak ortaya çıkabileceği gibi izole bir şekilde de ortaya çıkabilmektedir. Sendromlarla ilişkili olduğunda en sık olarak Ektodermal Displazi ve Down Sendromu ile birlikte görülmektedir.^{2,11} Bu tip olgularda hastanın ekstraoral anomaliler yönünden dikkatlice değerlendirilmesi, oligodontinin izole veya sendromla ilişkili olduğunun ayırt edilmesi için önem kazanmaktadır.¹¹ Bu olguda sunulan hastanın ektodermal dokularında ve diğer sistemlerinde herhangi bir anomaliye rastlanılmamıştır.

Konjenital diş eksikliği ile birlikte mevcut olan diğer dişlerde de anomaliler rapor edilmiştir.¹¹ Diğer dişleri etkileyen bu anomaliler; dişlerin gelişimi ve sürmesinde gecikme, mikrodonti, şekil bozuklukları, ektojik erüpsüyonlar, kısa köklü dişler, taurodontizm, rotasyonlar ve mine hipoplazisi ve kalsifikasyonu olarak bildirilmiştir. Bu olguda sunulan hastada alt ve üst çene 2.molar dişlerde sürme gecikmeleri görülmüştür.

Oligodonti sonucu etkilenmiş dentisyonun rehabilitasyonu konusunda birçok tedavi alternatifi düşünülebilmektedir. Oligodonti hastalarının çoğunda estetik olmayan oklüzyonu düzenlemek ve ileride yapılacak olan protetik restorasyona uygun yer sağlamak amacıyla ortodontik tedavi uygulanabilmektedir.¹ Bunun yanında hareketli konvansiyonel protezlerden dental implantlara kadar geniş bir çerçevede tedavi planlamaları yapılabilmektedir. Dental implantlar büyüme gelişimini engellemesinin yanı sıra uzun bir tedavi zamanı alması ve ekonomik nedenlerle aileler tarafından genellikle tercih edilmemektedir.⁸ Bu olguda ağız içinde sadece ikinci molar dişler kaldığı için ortodontik tedaviye ihtiyaç duyulmamıştır. Ayrıca alveolar kretlerinin aşırı derecede ince yapıda olması nedeniyle implant tedavisi için ileri cerrahi işlemler gerekeceğinden bu tedavi alternatifi hastanın isteği ile ilerleyen yaşlara bırakılmıştır. Özellikle bu tip hastalarda bir çeşit overdenture tipi olan overlay protezlerin uygulanabilirliği konusunda birçok avantaj bulunmak-

tadır. Bu protezlerle hastanın kaybolmuş olan fonksiyonu ve estetiği geri kazandırılmakta, konuşması düzelmektedir. Ayrıca bu tip protezlerin yapımı kısa sürmekte, ekonomik olmakta ve doğal dişlerde hemen herhangi bir preparasyon gerektirmemektedir.¹²

Oligodonti olgularının tedavisinde protetik diş tedavisi, ortodonti, pedodonti ve çene cerrahisi uzmanı ile birlikte multidisipliner bir tedavi yaklaşımı düşünülmelidir.¹³ Hastanın yaşı, tedavi planının seçimi için olmazsa olmaz bir öneme sahiptir.¹ Bunun yanında, mevcut süt ve sürekli dişlerinin sayısı ve durumu, mevcut dişlerdeki çürük varlığı veya yokluğu, destek dokuların durumu, oklüzyon ve interoklüzal mesafe tedavi planlaması yapılırken göz önüne alınmalıdır.^{2,11}

Konjenital diş eksiklerinin tedavisi; estetiği düzeltmek, normal çiğneme ve beslenmeyi sağlamak, fonasyonu düzeltmek ve tüm bunlara bağlı olarak da hastanın emosyonel gelişimine katkıda bulunması açıdan çok önemlidir.¹⁴ Sonuç olarak konjenital diş eksikleri olan hastalarda uygun tedavilerin yapılması hastanın büyüme ve psikolojik gelişimine katkıda bulunacaktır. Bu tür vakalarda estetik, fonksiyon ve fonasyonun geri kazanılması amacıyla multidisipliner yaklaşımların uygulanması en ideal tedavi yaklaşımı olacaktır.⁴ Sunulan olguda hastanın yaşı, diş eksikliği ve tedaviden beklentisi dikkate alınarak sadece protetik tedavi planlamasına karar verilmiştir.

Eksik dişler fonksiyon kaybına ve yüz görünümünde değişikliklere yol açarak özellikle bazı çocuk veya adolesan hastalarda psikolojik problemlere sebep olmaktadır. Bu nedenle, diş kaynaklı estetik ve fonksiyonel problemlerin önüne geçebilmek için oligodontide erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır. Overlay protezler oligodontili hastaların tedavisinde alternatif bir tedavi seçeneği olabilmektedir. Bu şekilde hasta daha ileri doku kayıplarına maruz kalmadan tedavisi gerçekleştirilmiş ve yapılan rutin kontrollerde protetik rehabilitasyonun hastanın gereksinimlerini karşıladığı görülmüştür.

Oligodonti hastalarında teşhis ve tedavi erken dönemde yapılmalı ve uzun dönem takip edilerek çocuğun çene yüz gelişimi kontrol altında tutulmalıdır. Bu vakada hasta düzenli olarak kontrol edilecektir.

KAYNAKLAR

1. Bural C, Öztas E, Özturk S, Bayraktar G. Multidisciplinary treatment of non-syndromic oligodontia. *Eur J Dent* 2012;6:218-26.
2. Dhanajani PJ. Hypodontia: Etiology, clinical features, and management. *Quintessence Int*

- 2002;33:294-302.
3. White SC, Pharoah MJ. Dental anomalies. *Oral Radiology, Principles and Interpretation*. 5th ed. Mosby Missouri, 2004.p.330-365.
4. Akgün OM, Görgülü S, Yıldırım C. [Multidisciplinary treatment of non-syndromic oligodontia patient]. *Gülhane Tıp Derg* 2015;57:309-11.
5. Schalk-van der Weide Y, Steen WH, Bosman F. Distribution of missing teeth and tooth morphology in patients with oligodontia. *ASDC J Dent Child* 1992;59:133-40.
6. Tangade P, Batra M. Non syndromic oligodontia: case report. *Ethiop J Health Sci* 2012;22:2.
7. Muretic Z, Magdalenic M, Zarkovic MD. An interdisciplinary approach to the treatment of oligodontia. *Acta Stomat Croat* 2001;35:117-20.
8. Pannu P, Galhotra V, Ahluwalia P, Gambhir RS. Non-syndromic oligodontia in permanent dentition: a case report. *Ghana Medical Journal* 2014;48:3.
9. Hu JC, Simmer JP. Developmental biology and genetics of dental malformations. *Orthod Craniofac Res* 2007;10:45-52.
10. Kjaer I, Kcosis G, Nodal M, Christensen LR. Aetiological aspects of mandibular tooth agenesis-focusing on the role of nerve, oral mucosa, and supporting tissues. *Eur J Orthod* 1994;16:371-5.
11. Akkaya N, Alpaslan S, Kanlı A. [Oligodontia: A case report]. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg* 2006;30:31-4.
12. Çakmak T, Ateş SM, Altıntaş SH, Kuşgöz A. [Rehabilitation of esthetic and function in a patient with Amelogenesis Imperfecta: A case report]. *Selçuk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2011;20:140-3.
13. Moses J, Gurunathan D, Rangeeth BN, Kannan KS. Non-syndromic oligodontia of primary and permanent dentition: 5 year follow up- a rare case report. *J Clinical and Diagnostic Research* 2013;7:776-9.
14. Yıldırım Y, Botsalı MS, Şener Y, Korkut E. [Isolated oligodontia: case report and two years follow up]. *Selcuk Dental Journal* 2014;1:27-30.

Yazışma Adresi

Prof. Dr. Zeynep YEŞİL DUYMUŞ
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı,
Erzurum
Tel: 0442-2311781
E mail: zyesilz@hotmail.com

