

*YETERSİZ İTEROKLÜZAL MESAFEYE SAHİP HASTAYA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

MULTIDISCIPLINER MANAGEMENT OF INSUFFICIENT INTERARCH SPACE

^{1**}Hilal ALAN, ²N.Tülin POLAT, ³Neslihan ŞİMŞEK, ¹Cem ÖZGÜR, ¹Ümit YOLCU

¹İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD, MALATYA.

²İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi AD, MALATYA.

³İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti AD, MALATYA.

Özet

Parsiyel dişsiz hastaların protetik rehabilitasyonu kretler arası mesafenin yetersiz olduğu durumlarda zorlaşmaktadır. Posterior dişler çekilmiş ve üzerinden uzun zaman geçmişse karşıt ve komşu dişlerde ilgili bölgeye doğru rotasyon, eğilme, supraerüpsiyon görülmektedir. Alveolar kret sarkmaları parsiyel protetik rehabilitasyonu engelleyici durumlar ortaya çıkarabilmektedir. Posterior bölgede kretler arası mesafenin yetersiz olduğu, protetik tedavinin zorlaştığı durumlarda posterior subapical osteotomi, ortodontik implantlardan ankraj alınarak doğal dişlerin ekstrüze veya intrüze edilmesi veya kron boyu kısaltılması ve alveolaoplasti uygulamaları yapılabilir. Bu tip vakaların tedavisi multidisipliner bir yaklaşımla yapılır.

Bu çalışmada protetik tedavisi için İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran, kretler arası mesafesi kaybolmuş 43 yaşındaki bir bayan hastanın cerrahi, endodontik ve protetik tedavilerinin multidisipliner yaklaşımla uygulandığı bir vaka sunulmuştur.

Multidisipliner yaklaşımla komplike protez vakalarında tatmin edici estetik ve fonksiyonel sonuçlar alınabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dental implant, multidisipliner tedavi, yetersiz interoklüzal mesafe.

Abstract

The prosthetic rehabilitation of partially edentulous patients may be challenging when the interocclusal space is limited. When posterior teeth are extracted, and the emergent edentulous space is left untreated for a long period, supraeruption, drifting, tipping, and rotation of neighboring and opposing teeth and/or the alveolar extrusion of the edentulous areas can reduce the space needed for fabricating removable partial dentures. Posterior subapical osteotomy, intrusion or extrusion of opposing teeth orthodontically or crown shortening, alveoloplasty are treatment options in patients with limited interocclusal space. The multidisciplinary approach prefer in the management of these cases.

This clinical report illustrates a multidisciplinary approach for the rehabilitation of a 43-year-old partially edentulous female patient with a limited interocclusal space on the posterior region presented to the Faculty of Dentistry at İnönü University requiring surgery, endodontics, and prosthodontics teamwork.

The multidisciplinary approach in the management of complicated prosthetic cases seems to reveal successful esthetic and functional results.

Key words: Dental implant, multidisciplinary treatment, inadequate inter-arch distance.

Giriş

Parsiyel dişsiz hastaların protetik rehabilitasyonu interoklüzal mesafenin yetersiz olduğu durumlarda zorlaşmaktadır. Posterior dişler çekilmiş ve üzerinden uzun zaman geçmişse karşıt ve komşu dişlerde ilgili bölgeye doğru rotasyon, eğilme, supraerüpsiyon görülmektedir. Alveolar kret sarkmaları parsiyel

protetik rehabilitasyonu engelleyici durumlar ortaya çıkarabilmektedir (1,2). Dişlerin supraerüpsiyonla dişsiz segment ile temas haline gelmesi konvansiyonel yöntemlerle protez tedavisini imkansız hale getirmektedir (3). Böyle vakalarda başarılı bir sonuç alabilmek için kretler arası aralığı tekrar sağlamak gereklidir. Karşı arka uzamış dişlerin endodontik ve periodontal tedavi sonrası boylarının kısaltılması, devamında sabit protezler ile restore edilmesi veya uzamış dişlerin çekilip dişsiz sahanın cerrahi rekonstrüksiyonu ideal interalveolar boşluğu sağlayabilmek için uygulanan interdisipliner yaklaşımlardandır. Uzamış dişlerin ortodontik intrüzyonla düzeltilmesi de farklı bir yöntem olarak uygulanabilir (2,4-7). Bu tip vakaların tedavisi endodontist, ortodontist, periodontolog, cerrah ve prostodontist ile multidisipliner bir yaklaşımla olabilir (8).

* Bu vaka raporu FDI 101. Dünya Diş Hekimliği Kongresi, 28-31 Ağustos 2013 İstanbul Türkiye'de poster bildiri olarak sunulmuştur.

**İletişim Adresi

Dr. Hilal ALAN
İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, 44280, Malatya.

Tel: +90-422-3411106

Faks: +90-422-3411108

e-mail: hilalturker@hotmail.com

Bu çalışmada interoklüzal mesafesi kaybolan bir hastanın cerrahi, endodontik ve protetik tedavilerinin multidisipliner yaklaşımla uygulandığı bir vaka sunulmuştur.

Olgu Sunumu

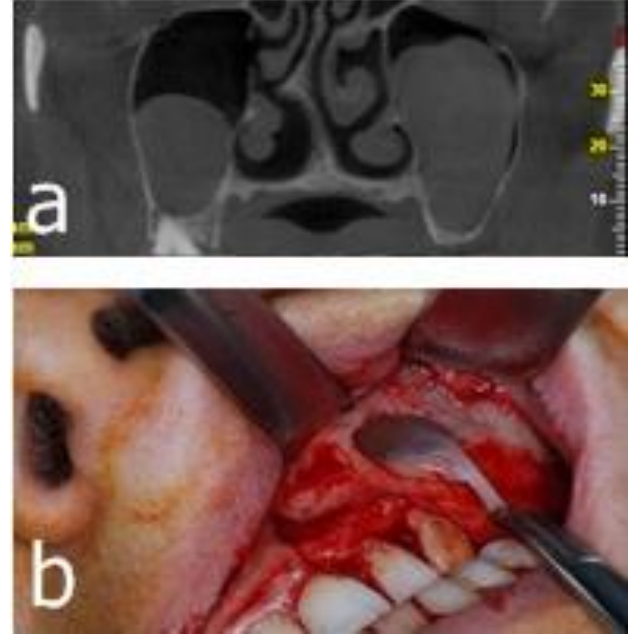
43 yaşındaki posterior bölgede interoklüzal mesafesi yetersiz olan parsiyel dişsiz bayan hasta protetik tedavisi için İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvurdu. Klinik muayenede sol posteriormaksiller ve mandibuler bölgede dentoalveoler ekstrüzyon tesbit edildi (Resim 1a,b). Hastanın sol posterior maksiller bölgesini interoklüzal aralıktaki azalma nedeniyle sabit ya da hareketli protez ile restore etme imkanı yoktu. Radyografik muayenede azalmış kemik yüksekliği ve vertikal boyut tespit edildi (Resim 1c).



Resim 1. a) Tedavi öncesi sol posterior bölgede yetersiz interoklüzal mesafe **b)** Tedavi öncesi sağ posterior bölgedeki protezler **c)** Tedavi öncesi radyograf

Üç boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntülerinde sol maksiller sinüste sinüs yükseltme işlemine izin vermeyecek boyutta retansiyon kisti gözlemlendi (Resim 2a). Sol posterior bölgede sinüs yükseltme operasyonu sonrası 3 üyeli implant destekli sabit protez ve sağ posterior bölgede ise diş destekli sabit protez planlaması yapıldı. Daha öncesinde herhangi bir semptomu bulunmayan ve radyografide tesadüfen fark edilen kistik yapı

sinüs yükseltme işlemi yapılabilmesi için Caldwell-luc yaklaşımıyla alındı (Resim 2b).



Resim 2. a) Mukus retansiyon kistin BT görüntüsü **b)** Mukus retansiyon kisti ameliyat görüntüsü

Problemsiz geçen 3 ay sonunda alloplastikgreft materyali kullanılarak sinüs yükseltme operasyonu gerçekleştirildi. 6 aylık iyileşme periyodundan sonra sol maksillerposterior bölgede kreterler arası mesafeyi artırmak için alveolar kemik bir miktar kaldırıldı ve 1. küçük azı ve 1. büyük azı diş bölgelerine 2 adet kemik içi implant yerleştirildi. Sol mandibular premolar dişlere endodontik tedavi uygulandı. İmplantlar için üç aylık iyileşme döneminden sonra 13,16, 23,34,35,37,44,48 nolu dişlerin preparasyonları yapıldı. İlave silikon ölçü materyali ile (SwissTec-C silikon, Coltene/Whaledent, OH, ABD) ölçüler alındı. Yüz arkı (Axioquick, SAM, PrazisionstechnikGmbH- Münih) kayıtları alınıp, kayıtlar yarı ayarlanabilir artikülatöre (SAM 2PX Articulator, SAM, PrazisionstechnikGmbH, Almanya) aktarıldı. Bütün posterior dişlerin metal destekli seramik kronlarla restore edilmesi planlandı. Metal alt yapı (Wiron 99, Bego, Bremen, Almanya) ve dentin (VitaOmega 900, VitaZahnfabrik, BadSackingen, Almanya) provalarından sonra, restorasyonlar geçici simanla (CavexTemporaryCement, CavexHolland BV, Hollanda) simante edildi. Bir aylık kontrol sonrasında restorasyonlar daimi

olarak simante edildi (Ionofil U, Voco Almanya). (Resim 3 a,b,c).



Resim 3. a) Tedavi sonrası sağ posterior bölge **b)** Tedavi sonrası sol posterior bölge **c)** Tedavi sonrası ortopantomografik görüntü

Tartışma

Yetersiz interark mesafesi, dişlerini farklı zamanlarda kaybetmiş ve uzun süre herhangi bir tedavi uygulanmamış hastalarda sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (2, 9). Böyle bir durumda özellikle oklüzal vertikal boyut artırılmadığı zaman klinisyenler çaresiz kalabilmektedir. Hastanın freeway-space değerlendirmesi ve ekstra oral muayenesi ile oklüzal vertikal boyutun yükseltip, yükseltilmeyeceğine karar verilir (10, 11). Bazı yazarlar oklüzal vertikal boyuttaki 3-4 mm'lik değişikliklerin temporomandibular eklem ve mastikatör sistem tarafından tolere edilebileceğini belirtse de, tedaviyi ideal vertikal boyut üzerinde sonuçlandırmak ilk düşünülmesi gereken seçenektir (12, 13).

Posterior bölgede interoklüzal mesafenin yetersiz olduğu, protetik tedavinin zorlaştığı durumlarda posterior subapical osteotomi ile ideal vertikal boyutu yakalamak mümkündür. Diğer bir tedavi seçeneği ortodontik implantlardan ankraj alınarak doğal dişlerin ekstrüze veya intrüze edilmesidir (14, 15). Uzamış dişlerin ortodontik intrüzyonu en konservatif metod olmasına rağmen aynı zamanda en zor ve uzun tedavi seçeneği olarak görülmektedir (5, 6). Bu işlemlerin hasta tarafından zor tolere edilmesi, daha uzun

zaman alması ve ekonomik etkenler endikasyonlarını sınırlamaktadır. Hasta açısından daha rahat tolere edilebilecek, postoperatif dönemi daha rahat takip edilebilecek uygulamaların yapılması ile başarılı sonuca gidebilmek ideal tedavi seçeneğidir (2, 3, 4, 8). Bu olguda kremler arası mesafeyi uygun hale getirmek için alveoloplasti ile maksiller kemik bir miktar azaltılmış ve karşılığındaki mandibular dişlere endodontik tedavi sonrası kron boyu kısaltması yapılmıştır.

Sonuç olarak, bu vakada olduğu gibi dişlere endodontik tedavi uygulanması, kron boyu kısaltılması, alveoloplasti uygulamaları diş hekimliği pratiğinde rutin yapılan işlemlerdir. Multidisipliner yaklaşımla komplike protez vakalarında tatmin edici estetik ve fonksiyonel sonuçlar alınabilmektedir.

Kaynaklar

1. Rosen PS, Forman D. The role of orthognathicsurgery in the treatment of severe dentoalveolar extrusion. J Am Dent Assoc 1999;130:1619-22.
2. Lee HE, Lee KT, Tseng YC, Huangc IY, Che CM. Interdisciplinary management of unfavorable posterior intermaxillary space. Br J Oral Maxillofac Surg 2008;46: 413-5.
3. Kato S, Kato M. Intrusion of molars with implants as anchorage: a report of two cases. Clin Implant Dent Relat Res 2006;8:100-6.
4. Chen CM, Tseng YC, Huang IY, Yang CF, Shen YS, Lee HE et al. Interdisciplinary management of dental implant patient: a case report. Kao Hsiung J Med Sci 2004;20:415-8
5. Wang HS, Lee KH. Intrusion of over erupted molars by corticotomy and magnets. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2001; 120:209-16.
6. Bonetti GA, Giunta D. Molar intrusion with a removable appliance. J Clin Orthod 1996;30:434-7.
7. Chun YS, Row J, Yang SJ, et al: Management of extruded maxillary molars to accommodate a mandibular restoration: a clinical report. J Prosthet Dent 2000;83:604-606.
8. Polat NT, Atala MH, Ahmetoğlu F, Polat S. Oral rehabilitation of a severe trauma patient: case report. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 1: 51-54.
9. Mopsik ER, Buck RP, Connors JO, et al: Surgical intervention to reestablish adequate intermaxillary space before fixed or removable prosthodontics. J Am Dent Assoc 1977;95:957-60.
10. Turrell AJ. Clinical assessment of vertical dimension. J Prosthet Dent 2006;96:79-83.
11. Spear FM. Approaches to vertical dimension. Adv Esthet Interdiscip Dent 2006;2:2-12.
12. Carlsson GE, Ingervall B, Kocak G. The effect of increasing vertical dimension on the masticatory system in subjects with natura lteeth. J Prosthet Dent 1979;41:284-9.
13. Dawson PE. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. (ed 2). St. Louis, MO, Mosby, 1989.
14. Shellhart WC, Moawad M, Lake P. Case report: implants as anchorage for molar uprighting and intrusion. Angle Orthod 1996;66:169-72.
15. Huang LH, Shotwell JL, Wang HL. Dental implants for orthodontic anchorage. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005;127:713-22.