

*DIKEY BOYUT KAYBINDA PROTETİK REHABİLİTASYON

PROSTHETIC REHABILITATION IN VERTICAL DIMENSION LOSS

**S. Zelal BAŞKAN ÜLKÜ

Yrd. Doç. Dr. Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Diyarbakır.

Özet

Diş aşınmalarının en temel nedenleri konjenital anomaliler, bruksizm ve diğer parafonksiyonel alışkanlıklar, ağıza alınan çeşitli maddeler dolayısıyla abrazyon, atrizyon, abfraksiyon veya erozyon ve arka bölge dişlerinin kaybıdır. Ancak aşırı oklüzal aşınmaların nedeni tam olarak anlaşılamamaktadır. Bu sebeplerden biri olan bruksizmde dişlerde oluşan aşınma eğer yoğun bir şekilde meydana gelirse çeşitli reaksiyonlar meydana gelecektir. Tme'de fonksiyonel bozukluklar, bozukluklara bağlı ağrı hikayesi, dişlerdeki aşınmaya bağlı olarak pulpal reaksiyonlar gibi. Kliniğimize eklem ağrıları ve estetik kaygılarla gelen 53 yaşındaki bayan hastadan alınan detaylı anamnezde strese bağlı uzun süreli bruksizm hikayesi saptandı. Oklüzal yüzeyler aşırı derecede aşınmıştı. Kaybettiği dikey boyutu kazandırmak ve proteze yer kazandırmak amacıyla yapılan dikey boyutu yükselten oklüzal plağı 6 ay boyunca kullanan hastada ağrı şikayetleri olmadığından daimi alt ve üst protetik restorasyonları yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Atrizyon, bruksizm, oklüzyon, dikey boyut.

Abstract

The most base reasons of the teeth wearing are the kongenital anomalies, bruxism, other parafunctional habits, abrasion, atrision, abfraxion, or erosion due to on mouth various substances, and loss of posterior area teeth. But excess occlusal wearing's reason was not known exactly. One of the wearing of teeth reason, in bruxism occurs various reactions if it emerges severely such as functional disorders in TMJ, pain history, pulpal reactions associated with teeth wearing. A 53 year- old woman experiencing pain in the TMJ and esthetic problems was reported with a long term bruxism based on stress in detailed history. Occlusal surfaces had wearred severely. Occlusal plaq which increases the vertical dimension was constructed to obtain loss vertical dimension. A prosthesis was replaced for a patient using plaq during 6 months who have no pain complaints.

Key Words: Atrision, bruxism, occlusion, vertical dimension.

Giriş

Tüm dentisyonlarda fizyolojik ve patolojik multifaktöriyel nedenlere bağlı olarak yaygın diş aşınmaları görülebilmektedir (1, 2). Genç erişkinlerde görülen diş aşınmalarının fizyolojik olduğu ve yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir. Ancak aşınmalar hastanın yaşı ile kıyaslandığında estetik ve işlevsel açıdan dişlerin korunması gerekiyorsa, dişlerdeki aşınmaların aşırı ve patolojik olduğu düşünülmektedir (3).

Diş aşınmaları; atrizyon, abrazyon, erozyon ve abfraksiyon sebebiyle oluşabilir. Abfraksiyon, biyomekanik kuvvetler nedeniyle

diş sert dokusunun özellikle bukkal-labial servikal bölgede derin V şeklindeki defektlerdir (4).

Bu tür aşınmaların şu şekilde geliştiği varsayılmıştır:

Parafonksiyon ön dişlerde aşınmalara neden olur.

Anterior rehberlik azalır veya kaybolur

Posterior çatışmalar artar

Çiğneme kasları aktive olur

Aşınma daha şiddetli hale gelir (5).

Tedavi; aşınma şiddeti, yeri ve yaygınlığı, genel dentisyon durumuna bağlı olarak değişir⁵. Protetik tedavide amaç; uyumlu ve stabil bir oklüzyon ile hastanın gereksinimlerini karşılayacak düzeyde estetik ve fonksiyonun sağlanmasıdır. Estetik ve teknik nedenlerle vertikal boyut yükseltilmesi gerektiğinde bu boyut artışı minimal düzeyde olmalıdır. Hastayı yeni vertikal boyutuna alıştırmak için geçiş protezi kullanılması şarttır. Hastanın oklüzyonu, oklüzal uyumlama ve kısmi restoratif dişhekimliği ile giderilemeyecek düzeyde maloklüzyona sahipse, tüm ağız içeren sabit protezler denenmelidir (1, 4, 6-8).

* Bu makaledeki olgu; 6. Ege Bölgesi Dişhekimleri Odaları Uluslararası Bilimsel Kongre ve Sergisi, 153, 1-3 Aralık, 2006 Antalya'da poster olarak sunulmuştur.

**İletişim Adresi

Dr. S.Zelal BAŞKAN ÜLKÜ
Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı,
DİYARBAKIR.

Tel: 0-412-2488101

e-mail: zelal_baskan@hotmail.com.tr

Olgu raporu:

Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı kliniğine alt ve üst çene dişlerindeki aşırı aşınmalara bağlı olarak çiğneme etkinliğinin azalması, TME'de ve çiğneme kaslarında ağrı gibi yakınmalar ile başvuran 53 yaşındaki bayan hastada yapılan klinik incelemede tüm dişlerde fonksiyonel ve özellikle parafonksiyonel hareketlere bağlı atrisyon ve abrazyon alanları gözlemlendi (Resim 1-3).



Resim 1: Hastadaki derin kapanış izlenmekte



Resim 2: Üst çene oklüzal aşınmalar



Resim 3: Alt çene dişlerinde kesici ve oklüzal yüzeylerdeki yoğun aşınmalar

Klinik ve radyolojik değerlendirmelerin sonucunda, alt-üst çene dişlerindeki aşırı aşınma ve oklüzal dikey boyut kaybının yarattığı estetik ve işlevsel sorunun giderilmesinde; hastanın yoğun estetik kaygıları sebebiyle mevcut dişlerinin hepsinin restorasyona dahil edilerek yapılması planlandı.

Grafler, fotoğraflar, çene arklarının ölçüleri alındı, modeller yarı ayarlanabilir bir artikülatöre (Dentatus, Novo Dental, Sweden) transfer edildi. Dikey boyuttaki azalmanın miktarının belirlenmesi amacıyla hastanın çene ucu ve burun ucuna sabit kalem ile 2 nokta konuldu. İstirahat konumunda ve sentrik okluzyonda noktalar arası mesafe kaydedildi. Yükseltme miktarının belirlenmesi amacıyla akrilik bir kaide hazırlandı (Resim 4).



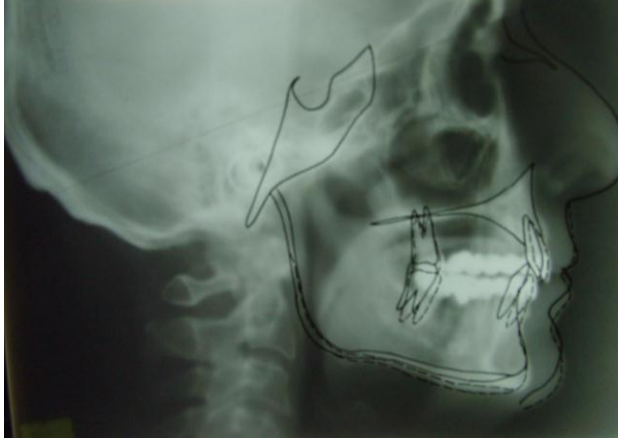
Resim 4: Stabilizasyon splinti

Azalmış oklüzal dikey boyutun çiğneme kasları ve TME üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması amacıyla düz yüzeyli stabilizasyon splinti hazırlandı ve haftalık kontroller ile 6 ay kullanıldı. Splint tedavisi sırasında yapılan kontrollerde çiğneme kasları ve TME'ye ait şikayetlerin olmadığı belirlendi ve kalıcı protetik tedaviye geçildi. Alt ve üst metal destekli porselen protetik restorasyonları yapıldı (Resim 5).



Resim 5: Restorasyonun final hali

Protez öncesi ve sonrası sefalometrik grafi ölçümleri yapılarak karşılaştırıldı (Resim 6). 4 yıldan beri hasta takip edilmektedir, herhangi bir problemle karşılaşmamıştır.



Resim 6: Hastanın ilk ve son halinin ölçümleri

Tartışma.

Diş aşınmalarının çok fazla olduğu vakalarda oklüzyon rehabilitasyonu da oldukça zor ve komplikedir (1, 9, 10).

Yatay ve dikey çenelerarası ilişkinin saptanmasında transkraniyal ve sefalometrik radyografilerden, elektromiyografiden, sıklıkla da oklüzal splintler, geçiş protezleri ve geleneksel klinik yöntemlerden yararlanılır (11). Biz de oklüzal splint ve geleneksel klinik yöntemlerden yararlandık.

Dikey boyut düzenlemelerinde oklüzal splintler ve geçici restorasyonlar genellikle ilk tedavi aşaması olarak düşünülür, TME'de ve kaslarda gerilim ve ağrının önlenmesi ve hastanın yeni oluşturulan oklüzal dikey boyuta alışması amaçlanır (3, 12). Bu yaklaşım ideal çeneler arası ilişkiyi kurma, doğru nöromusküler pozisyonu bulma veya mandibulanın kendisini optimum pozisyonuna yöneltmesine izin vermesi olarak tanımlanır (1). Ayrıca geçici restorasyonlar tanı, klinik değerlendirme ve kalıcı protezlerin hazırlanması açısından da yönlendiricidirler (1, 11).

Aşınmanın fizyolojik mi, patolojik mi olduğunun belirlenmesi ve tedavinin zamanı ve planlamasının dikkatlice değerlendirilmesi gereklidir (12). Hastanın gereksinimi olan oklüzal düzenlemeleri vakaların özelliklerine göre düzenleyerek parafonksiyonel alışkanlıklara, kas ve TME disfonksiyonlarına, diş mobilitelerine sebep olan engellemeleri yeni

restorasyon üzerinde oluşturmamaya özen göstermek gerekir (9).

Her hasta için kişisel planlama yapabilmek, geriye dönüşümsüz zararlar vermemek için modeller muhakkak artikülatöre alınmalı, sefalometrik ölçümler, analizler yapılmalıdır. Vakamızda da, ağızdaki sabit protetik restorasyonların yapımında her aşamada artikülatörden yararlanıldı ve analiz, ölçümleri değerlendirildi. 4 yıllık bir süredir de hastanın rahat ve memnun bir şekilde kullandığı gözlemlendi.

Kaynaklar

- 1- Gökçe B, Özpınar B, Özgür L, Dündar M, Çömlekoğlu E, Aladağ A. Azalmış oklüzal dikey boyutun hareketli overlay protez ile rehabilitasyonu: Olgu sunumu. SÜ Dişhek Fak Der, 2008;17:221-224.
- 2- Hemmings KW, Darbar UR, Vaughan S. Tooth wear treated with direct composite restorations at an increased vertical dimension: Results at 30 months. J Prosthet Dent 2000;83:287-93.
- 3- Dawson PE. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. 2nd ed., 1989 Mosby Co. St.Louis, P:500 -13.
- 4- Ayna E, Meşe A. Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) ve brüksizmin protetik rehabilitasyonu. Türk Dişhekimliği Dergisi 2007;68:73-77.
- 5- Williamson EH, Lundquist DO: Anterior guidance: its effect on electromyographic activity of temporal and masseter muscles, J Prosthet Dent 1983 49:816-823.
- 6- Atanasio R. An overview of bruxism and its management. Dental Clinics of North America, 1997, 41(2), 229-91.
- 7- Pierce JC, Gale NE. Comparison of different treatments for nocturnal bruxism. J Dent Res. 1998, 67(3), 597.
- 8- Manfredini D, Landi N. Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers. J Oral Rehabil. 2005, 32(8): 584-8.
- 9- Sınmazışık G. Dişhekimliğinde oklüzyonun önemi ve oklüzyonla ilgili problemlere klinik yaklaşımlar. Dişhekimliği Dergisi 2005; 65:38-41.
- 10- Yustin D, Neff P, Rieger MR, Hurst T. Characterisation of 86 bruxing patients and long-term stability on their management with occlusal devices and other forms of therapy. Journal of Orofacial Pain. 1993;7:54.
- 11- Cura C, Saraçoğlu A, Öztürk B. Prosthetic rehabilitation of extremely worn dentitions: Case reports. Quintessence Int 2002;33:225-30.
- 12- Sato S, Hotta TH, Pedrazzi V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear. J Prosthet Dent 2000;83:392-5.