

MOLAR KESİCİ HİPOMİNERALİZASYONU (MIH): OLGU SUNUMU

MOLAR INCISOR HYPOMINERALIZATION (MIH): CASE REPORT

¹*Cihan ÖZ, ²Buket EROL AYNA

¹Dt. Dicle Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Dişhekimliği Anabilim Dalı, DİYARBAKIR.

²Doç Dr. Dicle Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Dişhekimliği Anabilim Dalı, DİYARBAKIR.

Özet

Bu olgu sunumunda Molar İnsizal Hypomineralizasyon (MIH) teşhisi konulan hastanın estetik ve fonksiyonel gereksinimini karşılamak için uygulanan tedavi yöntemi anlatılmaktadır. Anterior dişlerinde ve Daimi Birinci Büyük Azılarında (DBBA) zamanla artan kırılma, hassasiyet, renklenme ve çürük şikayeti bulunan 14 yaşındaki bayan hasta Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Kliniğine başvurmuştur. Hastanın beklentileri değerlendirildikten sonra ekonomik koşullar da göz önünde bulundurularak, rezin kompozit (RK) restorasyonu yapımına karar verildi. Dişler, bir dentin bonding sistem (Clearfil SE Bond, Kuraray) ve bir rezin kompozit (Clearfil AP-X/ Clearfil Majesty Posterior, Kuraray) kullanılarak restore edildi. Estetiği ve fonksiyonu yeniden sağlanan hastaya düzenli olarak 6 ayda bir kontrollere gelmesi tavsiye edildi.

Anahtar Kelimeler: MIH, hipomizeralizasyon, rezin kompozit.

Abstract

In this report, Molar Hypomineralisation of Incisal (MIH) of patients diagnosed with treatment to meet the aesthetic and functional requirements of the method are described.

In anterior teeth and permanent first molars increasing over time break in, tenderness, discoloration and decay 14-year-old female patient with complaints, Dicle University Faculty of Dentistry Department of Pediatric Dentistry, was admitted to. After evaluating the patient's expectations, considering the economic conditions, it was decided that the construction of resin composite restorations. Teeth, a dentin bonding system (Clearfil SE Bond, Kuraray) and a resin composite (Clearfil AP-X / Clearfil Majesty Posterior, Kuraray) were restored using.

Aesthetics and function is restored patients to come regularly controls every 6 months was recommended.

Key words: MIH, hypomineralization, resin composite.

Giriş

Çocuk hastalarda rastlanılan ağız içi bulgulardan birisi de minenin gelişimsel doku bozukluklarıdır. Bu bozukluklardan Molar İnsizal Hipomineralizasyonu (MIH) sıklıkla kesicilerle birlikte daimi birinci büyük azılarda (DBBA) görülen hipomineralizasyon defekti olarak tanımlanmaktadır (1-3). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber peri ve postnatal dönemde sistemik bozukluğu içine alan risk faktörleri veya erken çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar göz önünde bulundurulmaktadır. Bu durum özellikle kalsiyum-fosfat dengesindeki değişimler veya ameloblastlara yetersiz oksijen sağlanması ile

ilişkilidir (3,4). Sıklığı ve sınıflaması ile ilgili farklı veriler mevcut olsa da, şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmaktadır. Hafif tipinde, kronun üst kısmında ve çiğneyici yüzeyde beyaz-kremden sarı-kahverengiye değişen renklenmeler mevcuttur. Orta derecede olanında ise renklenmeye çok az madde kaybı eşlik etmektedir, ancak hassasiyet yoktur. Şiddetli tipinde, renklenmeye hassasiyet, sürme sonrası yıkım ve çürükte eşlik eder (5,6). Etkilenen DBBA dişlerin sayısı arttıkça daimi üst keserler dişlerin etkilenme riski de artmaktadır (7). Bu tür hastalarda; anestezinin güçlükle sağlanması, gerçekleştirilen restorasyonlarda tekrarlayan kenar kırıkları ve defektli mine dokusunun ne kadarının kaldırılacağına net olarak bilinmemesi, üzerinde dikkatle durulması gereken noktalar. Bu nedenle, günümüzde MIH tanısı, yaygınlığı, varsayılan etiyolojik faktörler ve hipomineralize minenin özelliklerinin netleştirilerek, izlenebilecek önlem ve tedavi yöntemlerinin ortaya konulması önem taşımaktadır (8,9).

*İletişim Adresi

Dr. Buket EROL AYNA,
Dicle Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Çocuk Dişhekimliği AD. Diyarbakır.

Tel: 00904122488101-06

Fax: 00904122488100

e-mail: buketayna@hotmail.com

Bu makalede, MIH teşhisi konulan hastanın, estetik ve restoratif tedavilerini içeren tedavi yaklaşım prosedürü sunulmuş ve literatür bilgileri altında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Anterior dişlerinde ve DBBA'larında zamanla artan kırılma, hassasiyet, renklenme ve çürük şikayeti bulunan 14 yaşındaki genç bayan hasta Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Kliniğine başvurmuştur. Yapılan klinik ve radyografik muayene sonucunda, ön grup dişlerinde sarı-kahverengi hipomineralize alanlar ve yıkım olduğu görüldü (Resim 1).



Resim 1. Ağız içi görüntü

DBBA'larında ise bu tabloya çürüğün ve hassasiyetin de eşlik ettiği tespit edildi (Resim 2-3).



Resim 2. Ağız içi görüntü



Resim 3. Ağız içi görüntü

Şiddetli tip MIH teşhisi konulan hastaya sürme sonrası yıkım ve çürük varlığından dolayı koruyucu önlemler yerine restoratif tedavi yapılmasına karar verildi.

DBBA dişlerdeki çürük dokular elmas frezle temizlendi ve tüm defektli mine kaldırılarak, ışıkla polimerize olan bir rezin kompozitle (Clearfil Majesty Posterior, Kuraray) restore edildi (Resim 4-5).



Resim 4. Restorasyonlar tamamlandıktan sonraki görüntü

Anterior dişler için ise, hastanın beklentileri değerlendirildikten sonra ekonomik koşullar da göz önünde bulundurularak, direkt kompozit veneer restorasyonu yapımına karar verildi. Yine tüm defektli mine kaldırılarak, dişler bir dentin bonding sistem (Clearfil SE Bond, Kuraray) ve bir hibrit rezin (Clearfil AP-X, Kuraray) kullanılarak restore edildi (Resim 6).



Resim 5. Restorasyonlar tamamlandıktan sonraki görüntü



Resim 6. Anterior dişlerin restorasyonları tamamlandıktan sonraki görüntü

Estetiği ve fonksiyonu yeniden sağlanan hastaya düzenli olarak 6 ayda bir kontrollere gelmesi tavsiye edildi.

Tartışma

Doku anomalilerinin estetik görünüm, fonksiyon, oklüzyon, fonasyon ve dişeti sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri geleneksel diş tedavilerinden daha farklı yaklaşımları gündeme getirmektedir.

MIH'tan etkilenmiş çocuklarda tedavi planlaması, hipomineralizasyon derecesi ve genişliğine, hastanın yaşına, sürme sonrası yıkıma, hassasiyete ve hasta kooperasyonuna bağlı olarak değişmektedir (9,10). Restorasyonda cam iyonomer simanlar (CİS), rezinle modifiye cam iyonomer simanlar (RMCİS), poliasitle modifiye kompozit rezinler (PMRK), rezin kompozitler (RK), amalgam, paslanmaz çelik kronlar (PÇK) ve indirekt

adeziv veya döküm onleyler veya kronlar kullanılabilir. Hafif ve orta derecede MIH'ta remineralizasyon ajanlarını içeren koruyucu tedavi yöntemleri önerilse de yıkım meydana gelen vakalarda restoratif materyal kullanımı gerekmektedir. Amalgam restorasyonlarda, kavite preparasyonlarının retansiyonunun az olması ve kalan diş dokularını destekleme özelliğinin olmaması nedeniyle başarısızlıklar görülmektedir (7,9,10). RK'lerde ise kavite sınırlarına karar verirken 2 görüş tarif edilmiştir. Birinci görüş, bütün defektif minenin uzaklaştırılmasını önermektedir. Böylece dişte büyük miktarda doku kaybı olsa da bağlanma daha iyi olacaktır (10,11). İkinci görüş ise, sadece çok pöröz olan minenin uzaklaştırılması, yavaş dönen çelik freze direnç gösteren minenin bırakılması şeklindedir. Bu görüş daha konservatif olmasına rağmen defektif mine yıkıma devam edebilir (10,12).

Bu bilgilerin ışığı altında; tedavi planlamasında sağlıklı diş yapısının korunması, tedavi işlemlerinin tek seansta bitmesi ve ekonomik olması gibi bir çok konservatif yaklaşımı içeren RK kullanmayı ve tüm defektli mineyi kaldırmayı uygun gördük. Bununla beraber, fiziksel özellikleri, marjinal bütünlüğü ve estetiği oldukça iyi olan kompozit rezinlerin, paslanmaz çelik kronlar (PÇK) ve indirekt adeziv veya döküm onleyler veya kronlarla karşılaştırıldığında, aşınmaya ve çiğneme baskılarına karşı bu restorasyonlar kadar güçlü olmadığı bildirilmiştir (13,14). Ancak RK'ler daha düşük maliyete sahiptir ve gelecekteki farklı tedavi yaklaşımlarına olanak sağlamaktadırlar. Bir başka olumlu özelliği de, herhangi bir problem ile karşılaşıldığında ağız içinde tamir edilebilmesidir (13,15,16). Bu yüzden, daha radikal bir tedavi planlamasından önce bu tür dişlerin estetik olarak restore edilebilmesinde RK'ler tercih edilebilir.

MIH sıklığı artış gösterme eğiliminde olan ve dişhekimlerini yakından ilgilendiren bir olgudur. Risk altındaki çocukların takibi ve erken koruyucu önlemlerin bu dişler sürer sürmez alınması büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Weerheijm K.L, Duggal M, Mejare I, Papagiannolus L, Koch G, Martens LC, Hallonsten AL. Judgement criteria for molar incisor hypomineralization (MIH) in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens. Eur J Paediatr Dent, 2003;3:110-113.

2. Weerheijm K.L. Molar incisor hypomineralization (MIH). *Eur J Paediatr Dent*, 2003;3:115-120.
3. Weerheijm K.L. Molar incisor hypomineralization (MIH): Clinical presentation, aetiology and management. *Dent Update*, 2004;31(1):9-12.
4. Weerheijm KL, Jalevik B, Alaluusua S. Molar-incisor hypomineralization. *Caries Res*, 2001;35:390-391.
5. Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar incisor hypomineralization. *Compend Contin Educ Dent*, 2006;27:604-10.
6. Fearne J, Anderson P, Davis GR. 3D X-ray microscopic study of the extent of variations in enamel density in first permanent molars with idiopathic enamel hypomineralization. *Br Dent J*, 2004;196:634-638.
7. Kuşçu Ö.Ö, Sandallı N, Çağlar E. Molar Kesicör Hipomineralizasyonu (MIH): Tanı, tedavi ve koruyucu yöntemler. *7 Tepe Klinik*, 2007;2:26-32.
8. Weerheijm KL, Groen HJ, Beentjes VE, Poorterman JH. Prevalence of cheese molars in 11-year-old Dutch children. *J Dent Child*, 2001;68:259-262.
9. Leppaniemi A, Lukinmaa PL, Alaluusua S. Nonfluoride hypomineralizations in the permanent first molars and their impact on the treatment need. *Caries Res* 2001;35:36-40.
10. Abbasoğlu Z, Kargül B. Molar insizal hipomineralizasyonu (MIH): Tanımı ve tedavi yaklaşımları. *Dentalife*, 2010; 28-31.
11. William V ML, Burrow MF. Molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management. *Paediatr Dent*, 2006;28:224-32.
12. Fayle SA. Molar incisor hypomineralization: restorative management. *Eur J Paediatr Dent*, 2003;4:121-6.
13. Jordan RE. *Esthetic composite bonding techniques and materials*. St. Louis, Mosby-Year Book, Inc. 2nd ed. 1993; 84-86, 132-134.
14. Magne P, Belser UC. Porcelain versus composite inlays/onlays: effects of mechanical loads on stress distribution, adhesion and crown flexure. *Int J Periodontics RestorativeDent* 2003;23:543-55.
15. Lee YK, Lim BS, Kim CW. Effect of surface conditions on the color of dental resin composites. *J Biomed Mater Res* 2002;63:657- 63.
16. İzgi AD, Ayna E. Direct restorative treatment of pegshaped maksillary lateral incisor with resin composite: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2005;93:526–29.