

## AŞINMIŞ DENTİSYONA BAĞLI OKLÜZAL DİKEY BOYUT KAYIPLARININ SABİT VE HAREKETLİ PROTEZLERLE TEDAVİSİ: İKİ OLGU SUNUMU

### TREATMENT OF OCCLUSAL VERTICAL DIMENSION LOSS DUE TO THE WORN DENTITION WITH FIXED AND REMOVABLE PARTIAL DENTURES: TWO CASE REPORTS

<sup>1</sup>\*Özgür ÖZTÜRK, <sup>1</sup>Simel AYYILDIZ, <sup>1</sup>Osman Cumhuri SİPAHİ, <sup>2</sup>Yeşim ERKAN

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi Protetik Diş Tedavisi AD., ANKARA.

<sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD., ANKARA.

#### Özet

Aşınmış dentisyona bağlı oklüzal dikey boyut kaybı klinikte sıklıkla görülen vakalardır. Bu vakaların tedavisi zordur ve klinik deneyim gerektirir. Tedavi planının amacı, aşınmış dentisyon nedeni ile oluşan oklüzal dikey boyutun artırılması, estetik ve fonksiyonun geri kazanılmasıdır. Bu vaka raporunun amacı oklüzal dikey boyut kaybı ile şiddetli diş aşınması olan iki vakanın sabit ve hareketli bölümlü protezlerle tedavisinin sunulmasıdır. 58 yaşındaki erkek hasta eksik dişler, estetik ve fonksiyon kaybı şikayeti ile kliniğe başvurmuştur. Klinik muayenede aşırı diş aşınmasına bağlı olarak oklüzal dikey boyutun azaldığı görülmüştür. Oklüzal dikey boyutu arttırmak için maksiller metal seramik sabit bölümlü protez, diş eksikliğini gidermek amacıyla implant destekli sabit bölümlü protez yapıldı. İkinci vakada 46 yaşında bayan hasta ilk hasta ile aynı şikayetlerle başvurmuştur. Eksik dişleri yerine koymak ve oklüzal dikey boyutu arttırmak amacıyla overlay hareketli bölümlü protez yapıldı. Yapılan periyodik kontrollerde her iki hastada da fonksiyonel ve estetik kayıplar giderilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Oklüzal dikey boyut, aşınmış dentisyon, overlay hareketli bölümlü protez, sabit bölümlü protez.

#### Abstract

Occlusal vertical dimension loss due to the worn dentition cases are frequently seen in clinic. These cases are difficult to treat and needs experience. The aim of the treatment plan for these patients is to increase the occlusal vertical dimension and also, to gain esthetic and function. The aim of this two case report is to present the prosthodontics treatments with fixed and removable partial dentures of severely worn dentition with the loss of occlusal vertical dimension. 58-year-old male patient referred to the clinic with the complaints of his missing teeth and also esthetic needs. Fixed partial dentures over natural teeth and implants were fabricated to treat the vertical height and missing teeth. At the second case 46-year-old female patient rehabilitated with an overlay removable partial denture for the same considerations. The periodical controls revealed that the functional and esthetic deficiencies were fully responded for both of the patients.

**Key words:** Occlusal vertical dimension, worn dentition, overlay removable partial denture, fixed partial denture.

#### Giriş

Aşırı aşınmış dentisyon, diş hekimliğinde tedavisi zor olan ve sık karşılaşılan klinik bir durumdur (1). Diş aşınması; sekonder dentin depozisyonu, alveolar gelişim, kas adaptasyonu ve atrizyon ile beraber kompanzasyon mekanizmasının bir parçası olarak yaşlanma sürecinde normal olarak gelişen bir durumdur (2, 3). Normal fizyolojik diş aşınması çoğu zaman restorasyon gerektirmezken, aşırı diş aşınması olan vakalarda oklüzal dikey boyut (ODB) kaybına

bağlı olarak estetik görünümde bozulma, kas tonusunda azalma ve çiğneme etkinliğinde azalma nedeni ile restoratif tedavi gerekmektedir (2).

Atrizyon, abrazyon, erozyon ve abfraksiyon olmak üzere 4 farklı tip diş aşınması bulunmaktadır (4, 5). Atrizyon, çiğneme veya parafonksiyon sırasında meydana gelen diş temaslarının neden olduğu diş aşınmasıdır (4, 5). Abrazyon diş-diş teması dışında yabancı cisimlerin etkisi ile oluşan diş aşınmalarıdır (4,5). Bakteriyel etki içermeyen, asidik maddelerin neden olduğu, diş sert doku çözünmesine bağlı olarak oluşan diş aşınması erozyon olarak tanımlanırken; abfraksiyon ise oklüzal stresler nedeni ile koledde oluşan kama şeklindeki çürüksüz lezyonlardır (6, 7). Ayrıca, posterior dişlerin olmadığı ağızlarda mandibüler stabilitenin kaybolmasıyla kalan anterior dişlerde aşırı oklüzal yüklenmeye bağlı olarak da aşınmalar görülebilir (8).

#### \*İletişim Adresi

Dr. Özgür ÖZTÜRK  
GATA Diş Hek. Bil. Mrk. Protetik Diş Ted. AD.  
06018 Etilik-ANKARA

Tel: 0 505 477 52 35  
e-mail: [dtozgur@gmail.com](mailto:dtozgur@gmail.com)

Dişlerin restorasyonu ve devamlılığının sağlanabilmesi için öncelikle diş aşınmasının nedeni belirlenmelidir (1). Teşhis ve tedavi protokolünün belirlenmesinde hastanın diyet alışkanlıkları, gastrik hastalıkları, parafonksiyonel hareketler ve oklüzyonun durumu değerlendirilmelidir (9).

Diş aşınmasının etiolojisinde birçok faktörün etkili olduğu düşünülse de genellikle etken tam olarak belirlenemez (4, 9). Davranışsal faktörlerin etkili olduğu parafonksiyonel alışkanlıkların ve/veya nokturnal brüksizmin etkisi, posterior oklüzal prematür temaslar ve yetersiz posterior oklüzyon desteği şiddetli diş aşınması ve ODB kaybına sebep olabilir (1, 6).

Aşınmış dentisyonun tedavisinde önemli olan diş aşınması sonucu kaybedilen estetik ve fonksiyonun geri kazandırılmasının yanı sıra ODB kaybı olan vakalarda ODB ve interoklüzal istirahat aralığının yeniden oluşturulmasıdır (4). Aşınmış dentisyonun protetik rehabilitasyonu, koruyucu (kalan diş dokularının aşınmasının önlenmesi) ve restoratif (kaybedilen diş dokularının yerine konulması ve fonksiyonun sağlanması) özellikleri bir arada bulundurulmalıdır (2). Aşınmış dentisyon ve beraberinde görülen ODB kaybının kalıcı tedavisinde sabit protetik uygulamalar, implant destekli restorasyonlar ve hareketli overlay protezler gibi çeşitli tedavi seçenekleri mevcuttur. Bu vakalarda kalan diş dokusu miktarının azlığı nedeniyle protetik tedavi öncesi genellikle ortodontik tedaviler, peridontal cerrahi, dişler ve alveol kemiğin cerrahi olarak repozisyonu, endodontik tedavi ve kanal içi döküm post-kor gibi farklı yaklaşımların seçimi vakaya göre gerekebilir (10, 11). Ayrıca, fizyolojik tolerans sınırları içerisinde ODB ve interoklüzal istirahat aralığının belirlenmesi için oklüzal splint veya geçiş protezi yapımı önemlidir (6). Eksik diş sayısı ve ekonomik sebepler de tedavi planında belirleyici olabilmektedir.

Overlay hareketli bölümlü protezler (OHBP); overdenture protezlerin bir alt kümesi olan, destek dişlerin oklüzal yüzeylerini kaplayan hareketli bölümlü protezlerdir. Konvansiyonel overdenture protezlerden farklı olarak OHBP'lerde destek dişlerde sadece birkaç milimetre koronal diş yapısı bulunmaktadır (12).

OHBP'lerin 3 ana endikasyonu vardır; aşırı aşınmış dentisyonun rehabilitasyonunda  
Cilt / Volume 15 · Sayı / Number 2 · 2014

protetik tedavi öncesi geçiş (interim) protezi olarak (12, 13), bazı olgularda sabit protetik tedavi yerine daimi protetik restorasyon olarak (12, 14, 15) ve Class II damak yarığı, iskeletsel sınıf III maloklüzyon veya open-bite ve açık oklüzal ilişkinin neden olduğu şiddetli dental ve iskeletsel maloklüzyonlarda interoklüzal ilişkiyi sağlamak amacıyla kullanılmasıdır (12, 16).

Bu makalede posterior destek dişlerin kaybı ve diğer etiolojik faktörler sonucu oluşan aşınmış dentisyon ve ODB kaybı olan 2 hastanın farklı protetik yaklaşımlar ile rehabilitasyonu anlatılmaktadır.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

Protetik tedavi isteği ile kliniğimize başvuran 58 yaşındaki erkek hastanın başlıca şikayetinin diş eksikliği ve diş aşınmasına bağlı olarak fonksiyon ve estetik kaybı olduğu öğrenildi. Hastanın medikal hikayesinde dental tedaviye engel bir durum olmadığı tespit edildi. Klinik ve radyolojik değerlendirmede periodontal ve gingival durumun iyi, özellikle de maksiller anterior dişlerde belirgin bir aşınma ve 16, 17, 24, 25, 36, 37, 45, 46 ve 47 nolu dişlerin eksik olduğu ve 11, 12, 13, 21, 22 ve 23 nolu dişlere kanal tedavisi yapılmış olduğu görüldü (Resim 1:a-b-c.). Temporomandibular eklem muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

Muayene bulguları, tedavi seçenekleri hakkında hasta bilgilendirildi. Klinik ve radyolojik muayene sonrasında irreversibel hidrokolloid ölçü maddesi (Alginmax, major Prodotti Dentari S.p.A, Italy) ile alınan ölçülere Tip III alçı (Lab Stone Heraeus Kulzer, South Bend; IN) dökülerek tanı modelleri elde edildi. Yüz arkı (Artex Facebow, Amann Girschbacher GmbH, Koblach, Austria) yardımıyla üst çenenin konumu yarı ayarlanabilir artikülatöre (Artex ct, Amann Girschbacher GmbH, Koblach, Austria) transfer edilmiş ve alınan sentrik ilişki kaydıyla alt çenede artikülatöre bağlanarak mevcut ODB ve ağız içi durumu değerlendirildi.

Muayene ve tanı modellerinin incelenmesi sonrasında maksiller sabit bölümlü protez ve eksik dişler bölgesine implant destekli sabit protez yapımına karar verildi.

Yumuşak doku üzerinde çene ucu ve burun ucunda belirlenen iki nokta arasındaki dikey boyutun ölçümüne dayanan Niswonger

yöntemi kullanılarak ODB, istirahat oklüzal dikey boyut ve interoklüzal istirahat aralığı ölçümleri yapıldı. Ölçümler sonucunda dişlerdeki aşınmaya bağlı olarak interoklüzal istirahat aralığının artmış olduğu ve ODB kaybı olduğu belirlendi. Temporomandibular eklem muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu ve hastanın şikayetinin olmaması hastanın bu dikey boyuta adapte olduğunu düşündürmüştür. Ancak mevcut ODB restorasyon yapımı için yeterli olmadığından ODB'nin artırılmasına karar verildi. Bu amaçla nöromusküler sistemin yeni ODB'ye alışmasını sağlamak için akrilik oklüzal splint yapımına karar verildi. Irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Alginmax, major Prodotti Dentari S.p.A, Italy) ile alınan ölçülerden Tip III dental alçı ile (Lab Stone Heraeus Kulzer, South Bend; IN) modeller elde edildi. Alçı modeller yüz arkı (Artex Facebow, Amann Girrbach GmbH, Koblach, Austria) transferi ile yarı-ayarlanabilir artikülatöre (Artex ct, Aman Girrbach GmbH, Koblach, Austria) alındı. Üst çeneye şeffaf otopolimerizan akrilik rezinden (Akribel, Atlas-Enta A.Ş., İzmir, Türkiye) bir oklüzal splint yapıldı. Yeni ODB'ye hastanın alışmasını sağlamak amacıyla oklüzal splint 8 hafta süre ile kullanıldı. Hasta 2 hafta aralıklarla kontrole çağırıldı. Bu süreçte hastanın TME bölgesinde herhangi bir rahatsızlık gözlenmedi.



**Resim 1.a-b-c.** Vaka-1'in restorasyon öncesi ağız içi görünümü

Hastanın 16, 36, 37, 46 ve 47 nolu dişler bölgesinde bulunan diş eksiklerini gidermek amacıyla splint kullanım süresi içerisinde implant cerrahisi yapıldı. Toplam 5 adet implant (ADIN Dental Implants Sys, Israel) diş eksikliklerinin olduğu bölgeye iki aşamalı cerrahi yöntemi ile yerleştirildi (Resim 2).



**Resim 2.** Panoramik radyografide 16,36,37,45 ve 46 no'lu dişler bölgesine yerleştirilen dental implantların görünümü

Yeni ODB'ye alışma sürecini takiben maksiller anterior dişlere döküm post-korlar uygulandı. Döküm post-korların simantasyonundan sonra maksiller dişler prepare edilerek (Resim 3:a) metal destekli porselen restorasyon yapımı için elastomerik ölçü materyali (Optosil Comfort Putty, Heraeus Kulzer GmbH, Germany, Xantopren L blue, Heraeus Kulzer GmbH, Germany) ile ölçü alındı. Sabit geçici restorasyonlar önceden belirlenen ODB'de yapıldı. Preparasyonun ve restorasyonun yeni ODB'ye uygunluğunu değerlendirmek için alt çeneye uygulanan akrilik oklüzal splint yapıldı. Bu splint orta hat boyunca 2 parçaya ayrılarak maksiller restorasyonun yeni ODB'ye uygunluğu değerlendirildi (Resim 3:b).



**Resim 3.a-b.** Döküm post-core uygulamasından sonra dişlerin preparasyonu ve alt oklüzal splint ile preparasyon miktarının kontrolü

Osseointegrasyon sürecinin sonrasında iyileşme başlıkları takıldı. Ölçü aşamasında ölçü postları ağza yerleştirilerek kapalı kaşık tekniği ile implant destekli sabit bölümlü protez



yapımı için elastomerik ölçü maddesi (Optosil Comfort Putty, Heraeus Kulzer GmbH, Germany, Xantopren L blue, Heraeus Kulzer GmbH, Germany) ile alt ve üst çene ölçüleri alındı ve metal destekli porselen restorasyon yapıldı (Resim 4).



**Resim 4.** Vaka 1'in bitmiş restorasyonun ağız içi görünümü

Diş sıkıma bağlı olarak oluşan kuvvetlerden restorasyonu ve kalan dişleri korumak için maksiller oklüzal splint yapıldı. Hasta oral hijyen konusunda bilgilendirildi. İlk kontrol ve ağız içi değerlendirilmesi 15 gün sonra yapıldı. 1 ve 6 ay sonra yapılan kontrollerde hastanın herhangi bir şikayetinin olmadığı öğrenildi, yapılan klinik ve radyolojik değerlendirmede herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Temporomandibular eklem muayenesinde patolojik değişim izlenmedi. İmplantlar etrafında fizyolojik sınırlarda marjinal kemik rezorbsiyonu izlendi.

## Olgu 2

Diş eksikliğine bağlı fonksiyon kaybı nedeniyle kliniğimize başvuran 46 yaşında bayan hastanın medikal hikayesinde dental tedaviye engel bir durumu olmadığı öğrenildi. Klinik ve radyolojik muayene sonucunda diş yüzeylerinde özellikle de maksiller anterior dişlerde belirgin aşınma olmasına rağmen dişlerin vital olduğu belirlendi. Klinik muayenede 26 ve 27 nolu dişlerin eksik olduğu görüldü (Resim 5:a-b). Temporomandibular eklem muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

Klinik ve radyolojik muayene sonrasında irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Alginmax, major Prodotti Dentari S.p.A, Italy) ile alınan ölçülere Tip III alçı (Lab Stone Heraeus Kulzer, South Bend; IN) dökülerek tanı modelleri elde

edildi. Tanı modelleri yüz arkı (Artex Facebow, Amann Girschbach GmbH, Koblach, Austria) transferi ile yarı ayarlanabilir artikülatöre (Artex ct, Aman Girschbach GmbH, Koblach, Austria) alınarak mevcut ODB, ağız içi durum ve tedavi seçenekleri değerlendirildi.



**Resim 5.a-b.** Vaka-2'nin restorasyon öncesi ağız içi görünümü

İlk vakada anlatılan yöntemlerle ODB kaybı olduğu belirlendi. Tedavi seçenekleri hastaya anlatılarak; eksik diş sayısının az olması, ekonomik nedenler ve hastanın dişlerinin prepare edilmesini istememesi nedeniyle sabit bölümlü protez yerine maksiller OHBP yapımına karar verildi.

Mevcut ODB'nin restorasyon yapımına izin vermemesi ve estetik görünümü tekrar kazandırmak amacıyla ODB'nin artırılmasına karar verildi. Bu amaçla nöromusküler sistemin yeni ODB'ye alışmasını sağlamak için akrilik oklüzal splint ilk vakada anlatılan yöntemlerle yapılarak 8 hafta süre ile kullanıldı. 8 haftalık süreç içerisinde hasta 2 hafta aralıklarla kontrole çağırıldı. Bu süreçte hastada herhangi bir rahatsızlık gözlenmemesi üzerine protetik tedaviye başlandı.

8 hafta sonunda OHBP yapımı için irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Alginmax, major Prodotti Dentari S.p.A, Italy) ile alınan ölçülere Tip III dental alçı (Lab Stone Heraeus Kulzer, South Bend; IN) dökülerek ana modeller elde edildi. Alçı modeller face-bow (Artex Facebow, Amann Girschbach GmbH, Koblach, Austria) transferi ile yarı-ayarlanabilir artikülatöre (Artex ct, Aman Girschbach GmbH, Koblach, Austria) alındı. OHBP metal alt yapı tasarımında otopolimerizan akrilik rezin ile diş boyutlarının uzatılması planlanan posterior bölgelerde akrilik rezin için retansiyon ağırları, 26 ve 27 nolu dişler bölgesinde akrilik diş gelecek şekilde ve 25 nolu dişte Y kroşe, 16 ve 17 nolu dişlere akers kroşe planlandı (Resim 6:a). Metal alt yapının ağızda denenmesini takiben alçı model üzerinde akrilik dişler (Ardış, Dentaş Dental, Türkiye) dizildi (Resim 6:b-c) ve ağızda denenmesini takiben protezin bitirme işlemleri

ısıyla sertleşen akrilik rezin (QC-20, Dentsply, U.K.) kullanılarak gerçekleştirildi.



**Resim 6.a-b-c.** OHBP metal alt yapı tasarımı ve metal alt yapının ağızda denenmesi

Oklüzal yüzey materyali olarak seçilen diş renginde akrilik rezin (Stellon-C, Shade2, Amalgamated Dental Trade Distributors Ltd., London, İngiltere) ile iskeletin oklüzal yüzeye denk gelen bölgelerine ilaveler yapılarak dişler istenilen miktarda uzatıldı (Resim 7) ve ağız içi provası yapıldı (Resim 8:a-b).



**Resim 7.** Akrilik rezin ilavesi yapılmış ve eksik diş bölgesine yapay diş konularak bitirilmiş protezin model üzerindeki görünümü.

Maksiller anterior dişler bölgesinde istenilen renk uyumunun akrilik rezin ile

sağlanamayacağı düşünülerek bu dişler kompozit rezin (Clearfil Majesty Esthetic, Kuraray) ile, direkt yöntem kullanılarak restore edildi (Resim 9).



**Resim 8.a-b.** Maksiller kesici dişler bölgesine direkt kompozit rezin ilavesi yapılmadan önce OHBP'nin bitmiş halinin hasta ağızındaki görünümü.



**Resim 9.** Maksiller kesici dişlere direkt kompozit rezin restorasyonu yapıldıktan sonra OHBP'nin ağız içi görünümü

OHBP ağızda olmadan irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Alginmax, major Prodotti Dentari S.p.A, Italy) ile ölçü alınarak üst çeneye oklüzal splint yapıldı. Hastaya uyku sırasında protezini çıkarması ve üst anterior dişlerde yer alan kompozit rezin restorasyonların kırılmasını önlemek amacıyla oklüzal splinti kullanması önerildi. Oral hijyen ve protezin hijyeni konusunda bilgilendirildi. Hastaya 15 gün, 1 ay ve 6 ay sonra kontrol randevusuna gelmesi önerildi. Yapılan kontrollerde hastanın herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi, ağız içi ve temporomandibular eklem muayenesinde bir patolojiye rastlanmadı. Her iki hastaya da tedavi öncesi bilgilendirilmiş olur formu imzalatıldı.

## Tartışma

Aşınmış dentisyon, özellikle yaşlı popülasyonda sıklıkla görülen ve rehabilitasyonu zor olan klinik bir durumdur (12). Aşınmış dentisyona bağlı ODB kayıplarının rehabilitasyonunda protetik tedavi öncesi belirlenen yeni ODB'ye nöromusküler sistemin adaptasyonu için geçici apareylerin 6-8 hafta kullanımı önerilmektedir (11, 12). Bu olgu sunumunda bahsedilen her iki vakada da protetik tedavi öncesi belirlenen yeni ODB'de akrilik oklüzal splint yapılarak hastalara 8 hafta süre ile kullanılmış sonrasında daimi protez yapımına geçilmiştir.

Aşınmış dentisyon vakalarında estetik ve fonksiyonun geri kazandırılabilmesi için uygun restorasyonun seçiminde diş dokusu kaybı miktarı önemlidir. Diş dokusu kaybı az ise direkt rezin restorasyon, orta derecede diş dokusu kaybı olduğunda direkt ve indirekt rezin restorasyon ve doku kaybının şiddetli olduğu aşınma vakalarında ise kuron veya veneer kuron gibi indirekt restorasyonlar tercih edilmelidir. Restorasyon yapımında rezin veya seramik gibi aşınmaya dirençli materyaller seçilmelidir (17). Bu makalede anlatılan ilk vakada da diş aşınmasına bağlı doku kaybının fazla olması sebebiyle metal seramik kuron yapımı tercih edilmiştir.

İmplant çevresinde periodontal ligamentin olmaması nedeni ile çiğneme kuvvetleri kristal kemik üzerinde yoğunlaşmakta; şok absorpsiyonu, proprioseptif mekanizmanın olmaması, adaptif ve tamir kapasitesinin olmamasına yol açmaktadır (18). Bu nedenle implant uygulanacak ODB kaybı vakalarında rekonstrüksiyonun boyutu ve hastanın adaptasyonu diğer tedavi seçeneklerine göre farklılık göstermekte ve ODB'ye adaptif kapasiteyi azaltmaktadır. Bu nedenle dikey boyutu arttırılan, implant üstü sabit protez olgularında, konvansiyonel sabit protez olgularına göre daha fazla mekanik komplikasyon gözlenmektedir (19).

İmplant destekli restorasyonlarda prematür temasların olmaması, oklüzal kuvvetin eşit olarak dağıtılması, oklüzal kuvvetlerin implantın uzun aksına paralel yönde gelmesi ve anterior rehberliğin sağlanması dental implant üzerine gelecek kuvvetleri azaltmaktadır (20). Aşınmış dentisyonun rehabilitasyonunda kullanılmış olduğumuz diş-implant destekli restorasyonda sentrik oklüzal temasta tüm

dişlerde eşit yoğunlukta temas sağlanmıştır. Normal çene hareketleri ile uyumlu bir anterior rehberlik sağlanmış olup eksentrik hareketler sırasında posterior dişlerde temassızlık sağlanmıştır. Bunun sonucu olarak 6 ay sonra yapılan klinik ve radyolojik kontrolde implantlar etrafında fizyolojik sınırlarda bir kemik rezorpsiyonu izlenmiştir.

OHBP'ler aşınmış dentisyon vakalarında genellikle geçiş protezi olarak kullanılsa da ekonomik veya medikal nedenlerle sabit protetik tedavinin uygulanmadığı durumlarda daimi protetik tedavi seçeneği olarak da düşünülebilir (12, 14, 15). Yapımının kolay, tedavi süresinin kısa, non-invaziv, geri dönüşümlü ve maliyetinin düşük olması OHBP'lerin avantajlarıdır (12). Ancak oral hijyenin sağlanmasının zor olması, çürük riskini arttırması ve estetik fasetlerin zamanla renklenmesi, metal kaideden ayrılması veya kırılması gibi dezavantajları da bulunmaktadır. OHBP'ler ikinci vakada olduğu gibi dişlerinin prepare edilmesini istemeyen hastalarda uygun bir tedavi seçeneği olmaktadır.

OHBP'lerde oklüzal yüzey materyali olarak akrilik rezin dışında metal ve kompozit rezin materyalleri de kullanılabilir (12, 21, 22). Bu makalede anlatılan OHBP yapımında; uygulama kolaylığı, maliyetinin düşük olması ve tamirinin kolay olması nedenleri ile oklüzal yüzey materyali olarak ısıyla polimerize olan diş rengi akrilik rezin kullanılmıştır.

Oklüzal yüzey materyalinin aşınması ve buna bağlı olarak ODB kaybı oluşma riski nedeniyle OHBP yapılan hastaların düzenli olarak kontrol edilmesi gerekmektedir (12). Bu nedenle hastamız takip kontrolleri ve oral hijyen ve protezin hijyeni konusunda detaylı olarak bilgilendirildi ve takip edildi.

## Sonuç

ODB kaybı ile beraber görülen aşınmış dentisyon vakalarında sabit bölümlü protez ve OHBP uygulamalarının her ikisi de sadece estetik ve fonksiyonu sağlamakla kalmayıp aynı zamanda stomatognatik sistemin bütünlüğünü sağlayıcı bir tedavi seçeneği olarak ön plana çıkmaktadır. Rehabilitasyonu zor olan bu vakalarda başarılı bir sonuç için detaylı bir diaznoz ve her hastaya özel bir tedavi planlaması yapılması önemlidir.



## Kaynaklar

1. Agrawal M, Sankeshwari B, Pattanshetti CV. Use of zirconia to restore severely worn dentition: A case report. *Case Reports in Dentistry Volume 2012*, Article ID 324597, doi:10.1155/2012/324597. (Erişim tarihi 03/07/2013)
2. Malkoc MA, Sevimay M, Yaprak E. The use of zirconium and feldspathic porcelain in the management of the severely worn dentition: A case report. *Eur J Dent* 2009;3(1):75-80.
3. Van't Spijker A, Kreulen CM, Creugers NH. Attrition, occlusion, (dys)function, and intervention: a systematic review. *Clin Oral Implants Res* 2007;18(3):117-126.
4. Hatami M, Sabouhi M, Samanipoor S, Badrian H. Prosthodontic rehabilitation of the patient with severely worn dentition: A case report. *Case Reports in Dentistry Volume 2012*, Article ID 961826, doi:10.1155/2012/961826. (Erişim tarihi 03/07/2013)
5. Mahboub F, Fard EM, Geramipناه F, Hajimiragha H. Prosthodontic rehabilitation of a bruxer patient with severely worn dentition: A clinical case report. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects* 2009; 3(1): 28-31.
6. Moslehifard E, Nikzad S, Geraminpanah F, Mahboub F. Full-mouth rehabilitation of a patient with severely worn dentition and uneven occlusal plane: A clinical report. *Journal of Prosthodontics* 2012;21(1):56-64.
7. Rees JS. A review of the biomechanics of abfraction. *The European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry* 2000;8(4):139-144.
8. Mumcu E, Ayyıldız S, Uyar HA, Bilhan H. [Different prosthetic rehabilitations at worn dentition:Two case reports]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2011;17(2):215-21.
9. Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. *Journal of Oral Rehabilitation* 2008; 35(7): 548-566.
10. Freitas Júnior AC, Silva AM, Lima Verde MAR, Jorge de Aguiar JRP. Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. *Gerodontology* 2012; 29(1): 75-80.
11. Gökçe B, Özpınar B, Özgür L, DüNDAR M, Çömlekoğlu E, Aladağ A. [Rehabilitation of lost occlusal vertical dimension with removable overlay prosthesis: Case report]. *Selçuk Üniv. Diş Hek Fak Derg* 2008;17:221-224.
12. Patel MB, Bencharit S. A Treatment protocol for restoring occlusal vertical dimension using an overlay removable partial denture as an alternative to extensive fixed restorations: A clinical report. *The Open Dentistry Journal* 2009; 3:213-218.
13. Watson RM. The role of removable prostheses and implants in the restoration of the worn dentition. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 1997; 5(4): 181-6., 11.
14. Lee H, Oster CA. A technique to fabricate metal occlusal surfaces for the overlay removable partial denture. *J Prosthet Dent* 2006; 96(6): 456-7.
15. Guttal S, Narendra PP. Cast titanium overlay denture for a geriatric patient with a reduced vertical dimension. *Gerodontology* 2005; 22(4): 242-5.
16. Jahangiri L, Jang S. Onlay partial denture technique for assessment of adequate occlusal vertical dimension: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2002; 87(1): 1-4.
17. Gargari M, Ceruso FM, Prete V, Pujia A. Prosthetic-restorative approach for the restoration of tooth wear. vdo increase, rehabilitation of anatomy and function and aesthetic restoration of anterior teeth case report. *Oral Implantol* 2012; 5(2-3):70-74.
18. Gittelsohn GL. Vertical dimension of occlusion in implant dentistry: significance and approach. *Implant Dentistry* 2002;11(1):33-40.
19. Tekeroğlu F, Çömlekoğlu MD, Çömlekoğlu ME, Artunç C. [Occlusal vertical dimension and dental implants]. *Cumhuriyet Dent J* 2012;15(4):357-363.
20. Vanlioğlu B, Özkan Y, Özkan YK. [Occlusion in implant retained restorations]. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg* 2011;4:57-64.
21. Garcia LT, Bohnenkamp DM. The use of composite resin in removable prosthodontics. *Compend Contin Educ Dent* 2003; 24(9): 688-90, 692-94.
22. Imbery TA, Evans DB, Koeppen RG. A new method of attaching cast gold occlusal surfaces to acrylic resin denture teeth. *Quintessence Int* 1993; 24(1): 29-33.