

**ANTERİOR DİŞ EKSİKLİĞİNDE MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIMLAR:****5 OLGU SUNUMU****MINIMALLY INVASIVE APPROACHES TO ANTERIOR TOOTH LOSS:****5 CASE REPORT****<sup>1</sup>Elif Pınar BAKIR, <sup>1</sup>Şeyhmus BAKIR, <sup>2</sup>Zehra SÜSGÜN YILDIRIM**<sup>1</sup> Dr Öğretim Üyesi Dicle Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi, Anabilim Dalı, Diyarbakır<sup>2</sup> Dr Öğretim Üyesi Çukurova Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Adana**Özet**

Diş eksikliklerinin temeli genetik ve çevresel bazı faktörlere dayanmaktadır. Özellikle daimi anterior dişleri ilgilendiren gelişimsel anomaliler veya travmaya bağlı diş eksiklikleri, gülüş estetiğini bozan nedenlerin başında gelir. Bu tür olguların ortodontik tedavisinde boşluğu açma veya kapama, cerrahi ve protetik tedavisinde ise implant veya sabit protez uygulamaları yer alır. Ancak, günümüzde ekonomik olması ve daha kısa sürede sonuç alınması gibi nedenlerle minimal invaziv yaklaşım olarak kabul edilen direkt kompozit rezin restorasyonlar tercih edilmektedir. Diş eksikliğine bağlı estetik kaygıları nedeniyle, Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Kliniği'ne 5 erkek hasta başvurmuştur. Bu çalışma, hastalarda kabul edilebilir bir estetiğin sağlanması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tedavisi tamamlanan tüm hastalara; 3, 6 ay ve 1 yıl sonra kontrole gelmeleri tavsiye edilmiştir. Direkt kompozit rezin tekniği; birtakım dezavantajlarına rağmen, ortodontik ve protetik tedaviyi kabul etmeyen hastalar için alternatif bir tedavi yaklaşımı olarak gittikçe artan bir öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Anterior diş eksikliği, minimal invaziv yaklaşım, estetik restorasyonlar.**Abstract**

The basis of missing teeth is based on certain genetic and environmental factors. Especially, developmental abnormalities concerning with the permanent anterior teeth; or tooth loss due to trauma, comes at first of reasons of disrupted the aesthetic smile. The open-close of the gap in orthodontic treatment of this type patients; implants or fixed prosthesis application, in the treatment of surgical and prosthetic is located. However, in today as minimally invasive approaches acceptable direct composite resin restorations with economical and less time such reasons are preferred. 5 male patients, with complaints from non-aesthetic images, was admitted to Dicle University Dentistry Faculty Restorative Dentistry Clinic. This study was performed in order to provide an acceptable aesthetic in patients. All patients who completed treatment; had been advised to control after 3, 6 months and 1 year. Direct composite resin technology; despite some disadvantages, for patients who do not accept to the prosthetic and orthodontic treatment, has become increasingly important as an alternative treatment approach.

**Keywords:** Anterior tooth loss, minimally invasive approach, aesthetic restorations.**İletişim Adresi**

Dr. Elif Pınar BAKIR

Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

e-mail: elifpinarbakir@gmail.com

**Giriş**

İnsan yaşamında sağlıklı bir diş görünümü, hem sosyal hem de ekonomik açıdan oldukça önemlidir. İdeal bir görünüme sahip olmak için; fiziksel ve psikolojik faktörler ile

hayat felsefesi arasında sağlıklı bir denge kurmak gerekmektedir. Bununla birlikte güzellik kavramı; etnik, ırksal, çevresel pek çok faktör ve iletişim kaynaklarından etkilenmektedir. Bireyin çekici bir yüze sahip olup olmadığının algılanmasında dişlerin ve gülüşün önemli rolü vardır. Estetik manadaki gülüş; bireyin yüz yapısı, cinsiyeti, stili ve karakteri ile ilgili kişisel bir olgudur. Ancak, özellikle daimi anterior dişleri ilgilendiren diş eksiklikleri gülüş estetiğini bozan nedenlerin başında gelir (1).

İnsanlarda süt veya daimi dentisyonda en sık karşılaşılan gelişimsel diş anomalileri; şekil, sayı, yapısal boyut ve sürme ile ilgilidir. Bir ya da daha fazla diş eksikliği, en sık karşılaşılan gelişimsel anomali olarak bilinir.

Tüm dişlerin gelişimsel olarak eksik olması anodonti, kısmi diş eksikliği ise parsiyel anodonti veya hipodonti olarak isimlendirilmektedir. Üçüncü büyük azı dişleri haricinde, en sık karşılaşılan konjenital diş eksikliği vakaları sırasıyla; alt II. küçük azılar, üst II. küçük azılar ve üst yan keserlerdir. Bununla birlikte, altı ya da daha fazla dişin eksikliği oligodonti ya da şiddetli hipodonti olarak adlandırılmaktadır. Ender rastlanan oligodonti vakalarında eksikliği görülen dişler; üst ön keserler, üst ve alt kaninler ile birinci küçük azılardır. Oligodonti vakalarının tedavi planlamasında; hastanın yaşı, mevcut süt dişlerinin durumu, eksik diş sayısı ve oklüzyon durumu dikkate alınmalıdır (2-6).

Gelişimsel diş eksikliğinin etyolojisi ve patogenezi hakkında tam bir fikir birliğine varılamamasına rağmen, genetik ve çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülmektedir. Diş gelişiminde rol alan ve otozomal-dominant geçiş sergileyen bazı genlerde (MSX1, PAX9, FGF3, FGFR1, IRF6 genleri ve AXIN2 inhibisyon proteini gibi) meydana gelen hatalar ve mutasyonların bir jenerasyondan diğerine taşınarak diş eksikliğine neden olduğu belirtilmiştir. Konuyla ilgili en çok kabul gören teori; gelişim sırasında birbirleriyle ilişkide olan diş germelerinden daha büyük olanın, diğerinin oluşumunu engellediğidir. Bir başka varsayıma göre, embriyonal dönemde kafa-yüz gelişimi esnasında birleşme bölgelerine denk gelen dişlerde gelişim etkilenmekte ve oluşan anomaliler kemiğin yeniden şekillenmesiyle maskelenmektedir. Diğer bir görüş ise, embriyonal mezenkimin zarara uğraması sonucunda diş eksikliği görüldüğü yönündedir (7-11).

Travmaya bağlı erken diş kayıplarında, kötü ağız hijyeni, diyabet, stres, hormonal değişiklikler veya genetik faktörlerin sebep olduğu periodontal hastalıklar (gingivitis ve periodontitis) diş eksikliğinin en çok görülen lokal sebepleri arasındadır. Her iki dentisyonda da görülebilen travmaya bağlı diş kayıplarının genellikle; spor yaralanmaları, ev kazaları, düşme ve çarpmalarla oluştuğu bildirilmiştir. Bu tür travmalar; estetik, fonksiyon ve konuşma bozukluklarına neden olmaktadır. Özellikle genç hastalarda; anterior bölgedeki daimi bir dişin kaybedilmesi, dikkat çeken

asimetrilere neden olmaktadır. Beslenme ve sindirim bozukluklarına da yol açan diş kayıpları, komşu dişlerin oluşan boşluğa doğru kaymasına, çenede kemik kaybı yaşanmasına, gülümsemeden kaçınmaya ve dolayısıyla ciddi psikolojik problemlere neden olabilmektedir (12,13).

Bir veya daha fazla dişin eksikliği ise; diş dizilerinde hatalı sıralanışa, arklar arasında dengesizliklere ve kapanış bozukluğuna neden olmaktadır. Hangi sebeple olursa olsun, ortaya çıkan bu sorunlar klinik ve radyografik açıdan çok iyi değerlendirilmelidir. Uygun materyal ve tekniğin seçilmesinde; hastanın genel sağlığı ve yüz profili, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumu, restorasyondan beklentisi, çeneler arası ilişki, maloklüzyon tipi, boşluğun genişliği, diş-ark boyu uyumu, komşu dişlerin şekli ve rengi dikkate alınması gereken unsurlardır. Anterior diş kayıplarına bağlı boşlukların restorasyonunda, estetik ve fonksiyonun uzun süre devam ettirilmesi için, en ideal tedavi yaklaşımı belirlenmelidir (14,15).

Uygulanacak tedavi yöntemleri, sağlam temeller üzerine oturtulmalıdır. Diş hekimi; hasta ile iyi bir ilişki kurmalı, tedavi öncesi ve sonrasında hastasının gözlemleri ve fikirlerini belirtmesine olanak sağlamalıdır. Hastalara müdahale öncesinde gerekli açıklamaları yapmalı ve gerekirse deneme amaçlı olarak hazırlanacak model üzerinde estetik uygulamaları hastayla paylaşmalıdır. Bu yöntem, tedavi bittikten sonra hoş olmayan bir durumla karşılaşan hastanın olumsuz düşüncelerini dile getirmesinden daha yararlıdır. Kapsamlı bir muayenenin ardından; cerrahi uygulamalar (tek diş implant), ortodontik düzeltmeler (boşluğu açma veya kapama), protetik işlemler (geleneksel veya fiber destekli adeziv köprüler) veya restoratif tedaviler (beyazlatma, kozmetik konturlama ve direkt kompozit veneer uygulamalar) ile estetik gereksinimler ve oklüzyon ihtiyacı karşılanmalıdır (14).

Estetiğin yanı sıra, hastaların memnuniyeti bakımından en başarılı sonuçlar porselen veneer uygulamaları ile elde edilebilmektedir. Diş renklenmelerini veya estetik olmayan diş formlarını ortadan kaldırmak için tercih edilen porselen laminate veneerler; estetik bakımdan yüksek kaliteye, plak birikimini önleyen pürüzsüz yüzeye, uzun kullanım ömrü ve üstün biyolojik uyuma

sahiptir. Bununla birlikte, porselen laminate veneerlerin yapımı kompozit veneerlere göre daha zor olup, hassas tekniklerle çalışmayı gerektirir ve maliyeti daha fazladır (16,17)

Son yıllarda, diş dokusundan en az düzeyde madde kaybı oluşturma kavramının giderek önem kazanması nedeniyle, tek diş eksikliği vakalarında minimal invaziv yaklaşımlar tercih edilmektedir. Direkt kompozit veneer uygulamaları; anında estetik sonuç alınması, hızlı uygulama süresi ve maliyetinin nispeten düşük olması nedeniyle de tercih edilmektedir. Ancak bu tip restorasyonlar; renklenme, aşınma ve marjinal fraktürlere karşı daha az dirençlidirler (18,19).

### Olgu Sunumu

Bu çalışma; 2014-2015 yılları arasında Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Kliniği'ne maksiller anterior tek diş eksikliğine bağlı estetik bozukluk şikâyetiyle başvuran ve yaşları 16-26 arasında değişen 5 erkek hastada gerçekleştirilmiştir. Hastalardan alınan dental ve medikal anamnezlerle, konjenital diş eksikliği tanısı konan bir hastanın aile bireylerinden birisinde de diş eksikliği hikâyesi olduğu öğrenildi. Yapılan klinik muayene ve radyografik değerlendirmeler sonucunda; dişlerdeki konum bozukluklarının minimal invaziv restorasyonlarla tedavisinin mümkün olduğuna karar verildi. Hastalara yapılacak tedavilerin kapsamı hakkında detaylı bilgi verilmesinin ardından, yapılacak girişimsel işlemler için bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak teslim alındı. Yapılacak restorasyonların sadece estetik amaçla kullanılabileceği ve üzerlerine kuvvet uygulamaları tavsiye edilerek, restorasyonların düşebileceği ihtimali hatırlatıldı.

Periodontal tedavisi tamamlanan hastalarda, üretici firmanın renk skalasından faydalanılarak, gün ışığında kompozit rezinlerin renk seçimleri yapıldı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, oral hijyen durumu ve tedaviden beklentileri dikkate alınarak gerekli planlamalar yapıldı. Hastalar dişlerinde herhangi preparasyon istemediklerinden, vakaların tamamına direkt kompozit rezin restorasyonlar uygulanmasına karar verildi. İzolasyonu sağlamak için, lastik örtü yerine ideal gingival konturları verebilmek adına, pamuk rulolar tercih edildi. Siyah üçgen alanlar oluşturulmamasına özen gösterilerek, mezial ve

distal yüzeylerden dişeti oluşunu da içerecek şekilde şeffaf bant yerleştirildi. İdeal kontur oluşturmak için, şeffaf bantın yeterli dışbükeylikte olması sağlandı. Direkt kompozit rezin tekniğiyle restorasyonları tamamlanan tüm dişlere, sof-lex diskler ile şekillendirme ve polisaj lastikleri yardımıyla parlatma işlemi yapıldı. Hastalara doğru fırçalama tekniği ve diş ipi kullanımı öğretilerek 3, 6 ay ve 1 yıl sonra kontrole gelmeleri önerildi.

### Olgu 1

Maksiller sol santral dişini travmaya bağlı olarak çektirmek zorunda kaldığını ifade ederek kliniğimize müracaat eden 16 yaşındaki erkek hasta, okluzyonun düzeltilmesi amacıyla ilk olarak ortodonti kliniğine yönlendirildi (Resim 1a). Ancak hasta ve ebeveyninin ortodontik müdahaleyi kabul etmeyerek, minimal girişimsel tedavi arzuladıklarını belirtmesi üzerine direkt kompozit rezinle tedavi yöntemi planlandı. Bununla birlikte, yine hastanın talebi doğrultusunda, sadece lateral kesici dişin santraldiş formunda şekillendirilmesi ve kanin dişin müdahale edilmemesi kararlaştırıldı. Lateral dişin, komşu sağ santral dişin göre daha palatinalde yer almasından yararlanarak, labial yüzde herhangi bir preparasyona gerek duyulmadı. Dişin rezin uygulanacak tüm yüzeylerine%40'lık asit (K-Etchant Gel, Kuraray) ile pürüzlendirme yapılarak, adeziv ajan (Clearfil S3 Bond, Kuraray) uygulandı. Nanofil kompozit rezin (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray) ile restorasyonu tamamlanan diş, çiğneme kuvvetlerine maruz kalmayacak şekilde uyumlandırıldı (Resim 1b).



**Resim 1a:** Olgu 1'in tedavi öncesi ağız içi görünümü**Resim 1b:** Olgu 1'in tedavi sonrası ağız içi görünümü**Olgu 2**

Rahat gülümseyemediğinden şikayetle kliniğimize başvuran 24 yaşındaki erkek hastada, yapılan intraoral muayene ve alınan radyografi sonucunda maksiller sağ santral diş eksikliği belirlendi. Diş kaybının nedenini açıklamak istemeyen hastanın, maksiller anterior dişlerinde küçük çaplı diastemalar ve insizal kırıklar tespit edildi (Resim 2a). İnsizal kırıklar ve düzensizlikler bizote edildikten sonra, maksiller kaninler arasındaki dişlerin proksimallerine ve sağ lateral dişin tüm labial yüzeyine asit etch (K-Etchant Gel, Kuraray) uygulandı. Yıkanan ve kurulanan yüzeylerde gerçekleştirilen adeziv (Clearfil S3 Bond, Kuraray) prosedürlerinden sonra, sol santral dişin formu göz önünde tutularak nanofil kompozit rezin (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray) ile restorasyonlar tamamlandı (Resim 2b). Okluzyon kontrolünün ardından, restorasyonların uzun ömürlü olması amacıyla, aşırı çiğneme kuvvetlerine maruz bırakılmaları konusunda hastaya tavsiyelerde bulunuldu.

**Resim 2a:** Olgu 2'nin tedavi öncesi ağız içi görünümü**Resim 2b:** Olgu 2'nin tedavi sonrası ağız içi görünümü**Olgu 3**

Maksiller santral dişin erken yaşta avülsiyonu nedeniyle, dişlerinde konum bozukluğu şikayetiyle kliniğimize müracaat eden 20 yaşında erkek hastanın yapılan klinik muayenesinde; komşu dişlerin çekim boşluğuna kısmen devrilmiş olduğu belirlendi (Resim 3a). Hastaya öncelikle ortodonti ile boşluk kapama veya boşluğu genişleterek protetik restorasyon uygulamaları önerildi. Ancak hasta, ekonomik durum ve ulaşım problemlerini gerekçe göstererek tedavinin tek seansta tamamlanmasını talep etti. Restorasyonun tamamlanmasının ardından, interdental alanda siyah üçgen görünümü nedeniyle estetik beklentisinin tam olarak karşılanamayabileceği hastaya ifade edildi. Ancak, hastanın tedaviye onay vermesiyle birlikte, ilk olarak sağ santral dişin mezial eğimi insizal üçlü hizasından bizote edilerek alan genişletildi. Adeziv prosedürlerinden sonra dişin uzun aksını diğer dişlere uyumlu hale getirmek için, özellikle servikal üçlü bölümüne nanofil kompozit rezin (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray) ilave edildi. Daha sonra aynı yöntemle sol lateral dişe santral formu verildi. Sol kanin dişin insizali hafif möllenerek lateral diş görünümü kazandırılmaya çalışıldı (Resim 3b). Talepleri karşılanan hasta, kliniğimizden memnun bir şekilde ayrıldı.



**Resim 3a:** Olgu 3'ün tedavi öncesi ağız içi görünümü



**Resim 4a:** Olgu 4'ün tedavi öncesi ağız içi görünümü



**Resim 3b:** Olgu 3'ün tedavi sonrası ağız içi görünümü



**Resim 4b:** Olgu 4'ün tedavi sonrası ağız içi görünümü

#### Olgu 4

Maksiller santral dişler arasındaki diastema nedeniyle kliniğimize başvuran 26 yaşındaki erkek hastada yapılan klinik ve radyografik değerlendirmeler sonucunda; diastemanın maksiller lateral dişlerin konjenital eksikliğine bağlı olduğu tespit edildi (Resim 4a). Dişlerinde sadece minimal preparasyona izin veren hastamız, daha ekonomik olduğu gerekçesiyle direkt kompozit rezin uygulamasını tercih etti. %37'lik fosforik asit (Scotchbond, 3M ESPE) ile pürüzlendirilen mine yüzeylerine bonding ajan (Scotchbond Universal Adhesive, 3M ESPE) uygulandı. Diastemaların olduğu proksimal alanlara ve kanin dişlerin insizaline tabakalama tekniği kullanılarak direkt kompozit rezin (Filtek Ultimate Body, 3M) uygulandı (Resim 4b). Sol birinci premolar dişin rotasyonu nedeniyle, arzulanan estetik başarı kısmen gerçekleştirilebildi.

#### Olgu 5

Maksiller sol kanin diş eksikliğine bağlı tek taraflı diastema şikayetiyle kliniğimize başvuran 23 yaşındaki erkek hastadan alınan anamnezle; gömülü olan ve ortodontik tedaviyle sürmeye elverişli olmayan kanin dişin cerrahi bir operasyonla çıkarıldığı öğrenildi. Ayrıca, yapılan klinik ve radyografik değerlendirmeler sonucunda; hastanın neredeyse tüm dişlerinde yaygın florozis bulgularına rastlandı (Resim 5a). Ancak, geçirdiği operasyonun ardından ortodontik veya protetik tedavilere sıcak bakmadığını ifade eden hastanın, sadece diastemaların kapatılması talebi karşısında restoratif tedavi prosedürlerine başlandı. Dişlerin proksimal alanlarına asit etch (Scotchbond, 3M ESPE) ve bunu takiben bonding ajan (Clearfil S3 Bond, Kuraray) uygulandı. Sol lateral diş distopalatinal yönde genişletilerek, kanin dişin yokluğu belli edilmemeye çalışıldı. Labial yüze verilen eğim sayesinde, lateral dişin labial genişliğimaskelendi. Santraller arasındaki diastemada aynı yöntemle kapatıldıktan sonra,

sol birinci premolar dişe küçük çaplı müllemelerle kanin görüntüsü verilerek, hastayı tatmin edici bir estetik görünüm elde edildi (Resim 5b).



**Resim 5a:** Olgu 5'in tedavi öncesi ağız içi görünümü



**Resim 5b:** Olgu 5'in tedavi sonrası ağız içi görünümü

### Tartışma

Estetik değerlerin sadece ulustan ulusa değil, aynı zamanda bireyden bireye de değiştiği akıldan çıkarılmamalıdır. İdeal bir restorasyonda, doğal diş morfolojisine bağlı kalınarak estetik uyum yakalanmalı ve eksikliğin giderilmiş olduğu dışarıdan bakan bir gözlemci tarafından fark edilememelidir. Hasta ve gözlemci, restoratif işlemlerin sonucunu tamamen doğal olarak algılamalıdır (1).

Profesyonel bir bakış açısı ve toplumun değer yargılarını dikkate alan orantılı bir güzellik anlayışıyla, tedavi yaklaşımı sergilemek dişhekiminingörevleri arasındadır. Başarılı bir tedavi sonucu elde edebilmek için, teknik beceri ve yaratıcılığa sahip olmak gerekir. Diş rengi ve boyutlarında yapılacak küçük manipülasyonlarla

kusurlu bir görüntüyü düzeltebilmek mümkündür. Restoratif bir değişim yaratmak amacıyla yapay materyaller kullanılarak, hasta ve çevresi tarafından güzel olarak algılanabilecek illüzyonlardan faydalanılabilir. Adeziv teknolojisindeki gelişmeler sayesinde, farklı renk seçenekleri içeren kompozit rezinler kullanılarak estetik bir illüzyon yaratmak mümkündür (20).

Dudak hattının düşük olduğu vakalarda gingival asimetriler ihmal edilebileceğinden, dudak uzunluğu da dikkate alınmalıdır. Restorasyona başlanmadan önce, hastayla iyi bir iletişim kurulması çok önemlidir. Hastalara estetik diş tedavisinin karmaşık ve zahmetli bir tedavi olduğu anlatılarak, tedavi sürecine aktif katılmaları sağlanmalıdır. Bireyin ağız hijyeni, periodontal durumu ve kötü alışkanlıkları restorasyonun kullanım ömrünü etkilemektedir. Etkili bir plak kontrolü ve düzgün bir periodontal tedavi uygulandıktan sonra restoratif tedaviye başlanabilir. Restoratif yaklaşımda iyi bir oklüzyon ve ideal estetik sonuçlar elde edebilmek için diş morfolojisine sadık kalınmalıdır. Restorasyonların uzun süre fonksiyon görmesi, oklüzyon ve çiğneme kuvvetlerine karşı yeterli direnci sağlayabilmesi için uygulanacak materyal ve teknikler dikkatle seçilmelidir (1,21)

Diş eksikliği vakalarında, hastalardan iyi bir lokal ve sistemik anamnez alınmalı, ailenin diğer üyelerinde eksik diş olup olmadığı da sorulmalıdır. Bu tür olguların tanısında, panoramik radyografiler yararlı bir teşhis yöntemidir. Panoramik radyografilerle tüm dişlere ait sayısal, boyutsal ve morfolojik anomaliler değerlendirilebilmektedir. Ektodermal displazi, Down sendromu, Riger sendromu ve oto-dental displazi gibi bazı hastalıklarda ileri derecede diş eksikliğine rastlanmaktadır. Oligodonti vakalarında; mevcut süt dişlerinin ankilozu veya eksik dişler bölgesindeki alveolar kemiğin atrofisi gibi estetik ve fonksiyonel problemlere yol açan bazı klinik bulguların varlığı, tedavi planlamasını güçleştirmektedir. Oligodonti hastaları; deri, kulaklar, gözler ve iskeletsel anomaliler yönünden de değerlendirilmelidir (2,4,15).

Bununla birlikte birçok vakada, hastalarda herhangi bir sendrom görülmesizin idiopatik diş eksikliğiyle karşılaşılmaktadır.

Genellikle multidisipliner bir çalışma gerektiren bu tür olguların tedavi planlamasında; hastanın yaşı, eksik dişlerin sayısı, dişlerde çürük olup olmaması, destek dokuların durumu ve interoklüzal mesafe dikkate alınmalıdır. Hastalara öncelikle ortodontik tedavi tavsiye edilmeli, bununla birlikte ortodontik tedavinin yeterli olamadığı durumlarda restoratif veya protetik tedaviye başvurulmalıdır. Restorasyonların başarısındaki en önemli etken, diş hekimi faktörüdür. Her bir vaka için en uygun fizyolojik ve morfolojik seçeneklerin belirlenmesi, diş hekiminin sorumluluğundadır. Diş hekimi; dişlerin şekillendirilmesi veya illüzyon prosedürleri gibi sanatsal prensiplerin yanında bu tekniklerin klinik ortamında uygulanmasına yönelik bilgi ve tecrübeye de sahip olmalıdır (22-24).

Direkt kompozit rezin tekniği; birtakım dezavantajlarına rağmen, ortodontik ve protetik tedaviyi kabul etmeyen hastalar için, alternatif bir tedavi yaklaşımı olarak gün geçtikçe artan bir öneme sahip olmaktadır. Diş hekimi olarak görevimiz, görselliği arzu edilen estetik yanıtı dönüştürmektir. Asıl hedef, biyolojik açıdan uyumlu bir diş dizisi ve hasta açısından kabul edilebilir bir estetik meydana getirmek olmalıdır.

### Kaynaklar

- Ahmed I. Anterior dental aesthetics: dentofacial perspective. *Br Dent J*. 2005; 199(2): 81-8.
- Balçioğlu HA, Köse TE, Keklikoğlu N, Büyükerem M, Erdem TL, Özcan İ. [Oligodontia: a report of three cases]. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2012; 29(1): 41-4.
- Kılınç G, Sevinç N. [Two oligodontia cases identified at early age]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2012;18(1): 126-30.
- Zengin Z, Çelenk P, Sumer P, Canger M. [Distribution of missing teeth according to sex and localization in oligodontia]. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2009;19(3): 137-44.
- Parkin N, Elcock C, Smith RN, Griffin RC, Brook AH. The aetiology of hypodontia: the prevalence, severity and location of hypodontia within families. *Arch Oral Biol* 2009; 54(1): 52-6.
- Gelgör IE, Şişman Y, Malkoç S. [Prevalence of congenital hypodontia in the permanent dentition]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2005; 11(2): 43-8.
- De Coster PJ, Marks LA, Martens LC, Huysseune A. Dental agenesis: genetic and clinical perspectives. *J Oral Pathol Med* 2009; 38(1): 1-17.
- Vieira AR. Oral clefts and syndromic forms of tooth agenesis as models for genetics of isolated tooth agenesis. *J Dent Res* 2003; 82(3): 162-5.
- Vieira AR, Meira R, Modesto A, Murray JC. MSX1, PAX9 and TGFA contribute to tooth agenesis in humans. *J Dent Res* 2004; 83(9): 723-7.
- Frazier-Bowers SA, Guo DC, Cavender A, Xue L, Evans B, King T, et al. A novel mutation in human

- PAX9 causes molar oligodontia. *J Dent Res* 2002;81(2): 129-33.
- Kim SY, Choi SC, Chung YJ. Management of the fused permanent upper lateral incisor: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 111(5): 649-52.
- Avsar A, Akbaş S, Ataibiş T. Traumatic dental injuries in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Dent Traumatol* 2009; 25(5): 484-9.
- Andreasen JO, Lauridsen E, Andreasen FM. Contradictions in the treatment of traumatic dental injuries and ways to proceed in dental trauma research. *Dent Traumatol* 2010; 26(1): 16-22.
- Turpin DL. Treatment of Missing Lateral Incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004;125(2):129.
- Silva Meza R. Radiographic assessment of congenitally missing teeth in orthodontic patients. *Int J PaediatrDent* 2003; 13(2): 112-6.
- Bagis B, Aydoğan E, Bagis YH. Direct restorative treatment of missing maxillary laterals with composite laminate veneer: a case report. *Open Dent J* 2008; 2: 93-5.
- Pegoraro LF, do Valle AL, Pegoraro TA, Corotti KM, Vidotti HA. Resolution of complex esthetic problems in abnormal anterior teeth: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2014; 112(2): 94-8.
- Kokich VO Jr, Kinzer GA. Managing congenitally missing lateral incisors. Part I: Canine substitution. *J Esthet Restor Dent* 2005; 17(1): 5-10.
- de Araujo EM Jr, Baratieri LN, Monteiro S Jr, Vieira LC, de Andrada MA. Direct adhesive restoration of anterior teeth: Part 2. Clinical protocol. *Pract Proced Aesthet Dent* 2003; 15(5): 351-7.
- Bayrak I, Tiryaki M, Karakoc P. Esthetic rehabilitation of congenitally missing laterals and deciduous canines with direct restorative approach: A case report. *Med Sci Discovery* 2015; 2(2): 185-8.
- Kinzer GA, Kokich VO Jr. Managing congenitally missing lateral incisors. Part II: tooth-supported restorations. *J Esthet Restor Dent* 2005;17(2):76-84.
- Garnett MJ, Wassell RW, Jepson NJ, Nohl FS. Survival of resin-bonded bridgework provided for post-orthodontic hypodontia patients with missing maxillary lateral incisors. *Br Dent J* 2006; 201(8): 527-34.
- Cakan U, Demiralp B, Aksu M, Taner T. Clinical showcase. Replacement of congenitally missing lateral incisor using a metal-free, resin-bonded fixed partial denture: case report. *J Can Dent Assoc* 2009; 75(7): 509-12.
- Kinzer GA, Kokich VO Jr. Managing congenitally missing lateral incisors. Part III: single-tooth implants. *J Esthet Restor Dent* 2005; 17(4): 202-10.