

GAZİ ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZ HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF REMOVABLE PARTIAL DENTURE PATIENTS WHO APPLIED TO UNIVERSITY OF GAZİ, FACULTY OF DENTISTRY, DEPARTMENT OF PROSTHETIC DENTISTRY

*Gülfem ERGÜN**

Işıl ÇEKİÇ†

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Ocak- Nisan 2004 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalına hareketli bölümlü protez uygulanması ihtiyacı ile başvuran hastaların mevcut ağız tablolarını, destek dişlerin mevcut durumlarını ve ihtiyaç duyulan tedavi gereksinimlerini (sağlıklı, dolgulu, kronla restore edilen, post-tutuculu-kron, koping gibi) ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, yaş ortalaması 52.82 ± 10.5 olan 57 kadın ve 48 erkek, toplam 105 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmada yer alan hastaların alt ve üst çenelerinin Kennedy sınıflamasına göre dağılımı, tam dişli ve tam dişsiz konumları, modifikasyonları, alt çene ana bağlayıcı dağılımı, destek dişlerin sınıflamalara göre dağılımı, destek dişlerin (sağlıklı, dolgulu, kronla restore edilen, post-tutuculu-kron, koping gibi) durumları, Kennedy sınıflamalarının üst ve alt çene çapraz dağılımları bir anketle değerlendirildi.

Elde edilen verilerin istatistiksel önem ve farklarının saptanması amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Duncan's testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmamızda, çalışmada yer alan hastaların modifikasyon sahalarına bağlı olarak, Kennedy sınıflamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık gözlemlendi ($p < 0.05$). Kennedy Sınıf 4 vak'asına rastlanmadı. Mevcut destek dişlerde, post-tutuculu kron ve koping restorasyonlar gözlemlenmedi.

Sonuç: Aşırı kron harabiyeti olan dişlerin, gerektiği gibi restore edilerek hareketli bölümlü protezlerde destek olarak kullanılmadığı sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Hareketli bölümlü protez, Kennedy sınıflaması, destek dişler

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to evaluate patients who applied to University of Gazi, Faculty of Dentistry, Department of Prosthetic Dentistry for requirement of removable partial denture during January to April 2004 and was to exhibit exist mouth configuration and required treatment modality for abutment teeth such as sound, filling, crown, post-retained crown and coping.

Material and Method: This study was performed on 57 women and 48 men, total 105 patients with 52.82 ± 10.5 average age. Distribution of Kennedy classification of maxilla and mandibula of the patients', edentulous arch or dentulous arch localization, modification, distribution of mandibular major connector, abutment teeth according to the classifications, condition of abutment teeth, cross distribution of Kennedy classifications in maxilla and mandibula were evaluated by a questionnaire.

In order to determine statistical significance and variations of the obtained data, one -way variance analysis (ANOVA) and Duncan's tests were used.

Results: In this study, modification areas according to Kennedy classifications of the patients, significant statistical difference were found and Kennedy Class IV case haven't been encountered. The present abutment teeth with post-core and coping restorations haven't been observed.

Conclusion: These results indicated that the teeth with excessive crown destruction hadn't been used as abutment in removable partial dentures by restoring them as required.

Key words: Removable partial denture, Kennedy classification, abutment teeth.

Makale Gönderiliş Tarihi : 11.04.2005

Yayına Kabul Tarihi: 09.05.2005

* Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

† Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Dt.

GİRİŞ

Günümüzdeki koruyucu dişhekimliği materyal ve tekniklerindeki hızlı ilerlemelere karşın, dişhekimine başvuran orta yaş ve üzerindeki hastalarda stomatognatik sistemin sağlığına katkıda bulunmak için hareketli bölümlü protez uygulamaları büyük önem taşımaktadır.

Hareketli bölümlü protezler, fazla diş kaybı halinde, kaybedilen dişlerin ve komşu yapıların çiğneme, konuşma ve görünüm gibi ağız içi fonksiyonlarını iade ederek, bunun devamını sağlayan ağıza takıp çıkarılabilen aygıtlardır^{1,2}. Bu protezler, serbest sonlanan vak'alarda, uzun aralıklı dişsiz boşluklar veya uygun olmayan destek dişlerin varlığında, dişsiz boşlukların dental arkın kavisli kısımlarında yer alması durumunda, erişkin olmayan hastalarda uygulanacak restorasyonlarda, karşıt ark desteğinin gerekliliğinde, yarık damak gibi defektlerde, yüz konturunun restorasyonunda, geçiş protezi olarak, aşırı rezorbe kretlerde, diabetli hastalarda ve dikey boyut değişikliklerini oluşturmak gerektiğinde kullanım alanı bulmaktadır^{3,4}.

Son yıllarda, yaygınlaşan implant uygulamaları, sağladığı fonksiyon, fonasyon ve estetik nedeniyle hareketli bölümlü protezlere tercih edilmektedir. Özellikle sosyo-ekonomik nedenler ve implant uygulamasındaki kısıtlayıcı bazı faktörlerden dolayı hareketli bölümlü protezler halen güncelliğini koruyan tedavi şekillerindedir.

Bölümlü dişsiz arklar için, pek çok sınıflandırma mevcuttur. En yaygın olarak kullanılan sınıflandırmalardan birisi Kennedy sınıflandırmasıdır. Buna göre;

Sınıf 1: Doğal dişlerin arka tarafında yer alan iki taraflı dişsiz saha.

Sınıf 2: Doğal dişlerin arka tarafında yer alan tek taraflı dişsiz saha.

Sınıf 3: Boşluk sahasının önünde ve arkasında doğal dişlerin bulunduğu tek taraflı dişsiz saha.

Sınıf 4: Doğal dişlerin önünde tek, fakat orta çizgiye göre iki taraflı dişsiz sahanın bulunduğu vakalardır^{1,5}.

Hareketli bölümlü protezler desteğini, dişler, destek dokular veya hem dişler hem de dokulardan alırlar. Hareketli bölümlü protezi destekleyecek olan dişler değerlendirilirken, streslere direnç gösterebilecek özellikte olmaları ve kuvvetlerin kontrolü önem taşır. Aksi halde; destek dişlerde, artmış gingivitis, periodontitis ve destek dişlerin mobilitesi görülebilmektedir^{6,7}. Bu zararlı değişimler yetersiz oral hijyen, artan plak ve dışta birikimi ve aşırı zararlı kuvvetlerin periodontal yapılara iletilmesinden kaynaklanmaktadır. Doğru bir planlama ve iyi bir oral hijyen ile hareketli bölümlü protezlerin uzun süre kullanımları sağlanabilmektedir¹.

Çalışmamızın amacı, kliniğimize hareketli bölümlü protez uygulanması ihtiyacı ile başvuran hastaların mevcut ağız tablolarının, destek dişlerin mevcut durumlarının ve ihtiyaç duyulan tedavi gereksinimlerinin (sağlıklı, dolgu, kron, post-tutuculu-kron, koping gibi) araştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, kliniğimize hareketli bölümlü protez ihtiyacı ile başvuran rasgele seçilmiş yaş ortalaması 52.82±10.5 olan 57 kadın ve 48 erkek olmak üzere 105 birey üzerinde gerçekleştirildi (Tablo 1).

Tablo I. Hasta sayısının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma
Kadın	57	51,91	10,88
Erkek	48	53,90	10,85
Genel	105	52,82	10,86

Çalışmada, bireylerin üst ve alt çenelerinin Kennedy sınıflamasına göre dağılımı yapıldı. Kennedy sınıflamalarına karşı tamamen dişli ve dişsiz arka sahip hastaların oranları değerlendirildi.

Hastaların, hem üst hem alt çenelerinin modifikasyonlara dağılımı, üst ve alt çene Kennedy sınıflamalarının çapraz dağılımları incelendi. Kennedy sınıflamaları esas olarak 4 sınıfta değerlendirilmektedir. Çalışmamızda bu sınıflara ek olarak; sınıf 5 tam dişsiz arkları, sınıf 6 tam dişli arkları ifade etmek üzere kullanıldı.

Alt çenede ana bağlayıcıların dağılımı (bar, plak) incelendi.

Alt ve üst çene destek dişlerin sınıflara göre dağılımları ve alt-üst çene destek dişlerin mevcut durumları (sağlıklı, dolgulu, kronla restore, post-core,koping) araştırıldı.

Elde edilen verilerin, istatistiksel önem ve farklarının saptanması amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Duncan's testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmada yer alan hastaların Kennedy Sınıflamasına göre dağılımı Sınıf 1, (üst çene n=28 %26.7, alt çene n=41 %39.0); Sınıf 2, (üst çene n=40 %38.1, alt çene n=34 %32.4); Sınıf 3, (üst çene n=21 %20.0, alt çene n=14 %13.3)dür. Kennedy Sınıflamalarına karşı, tamamen dişsiz ve tamamen dişli arklara sahip hastaların oranları ise, tamamen dişsiz (üst çene n=7 %6.7, alt çene n=6 %5.7) tamamen dişli (üst çene n=9 %8.6, alt çene n=10 %9.5) olarak belirlendi. Hem üst hem de alt çenelerde tedavi gören hastaların sınıflara göre dağılımında istatistiksel olarak önemli düzeyde farklılık gözlemlendi (p<0.05) (Grafik 1).

Çalışmada yer alan hastaların üst ve alt çenelerinin modifikasyon dağılımları şu şekilde izlendi: Modifikasyon

1 (üst çene n=31 %29,5, alt çene n=37 %35,2); Modifikasyon 2 (üst çene n=23 %21,9, alt çene n=17 %16,2); Modifikasyon 3 (üst çene n=8 %7,6, alt çene n=3 %2,9); Modifikasyon 4 (üst çene n=1 %1, alt çene n=1 %1) dir. Hem üst hem de alt çene de protez uygulanan modifikasyon sahalarına bağlı olarak Kennedy Sınıfları arasında, istatistiksel olarak önemli farklılık gözlemlendi ($p<0,05$) (Grafik 2).

Kennedy Sınıflamalarının, üst ve alt çene çapraz dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık gözlemlendi ($p>0,05$) (Grafik 3). Üst çene Kennedy Sınıf 1'e karşılık alt çene Kennedy Sınıf 3 en az (%3,6), tamamen dişsiz üst çeneye karşı alt çene Kennedy Sınıf 1 en fazla (%71,4) oranda görüldü.

Alt çenede ana bağlayıcıların dağılımı hastalarda (n=47, %44,8 bar; n=27, %25,7 plak; n=31, %29,5 bar ve plak yok) önemli oranda farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Grafik 4). En önemli istatistiksel farklılık, üst çenede destek dişlerin sınıflara dağılımları arasında tespit edildi. ($\chi^2=94,12$; $p<0,001$) (Grafik 5) (Kennedy Sınıf 1'de n=77, %25,6; Kennedy Sınıf 2'de n=141, %46,8; Kennedy Sınıf 3'de n=83, %27,6) dir.

Üst çene destek dişlerin mevcut durumlarının (a= sağlıklı, b= dolgulu, c= kronla restore) sınıflara dağılımları arasında önemli düzeyde istatistiksel fark bulundu ($\chi^2 = 371,13$; $p < 0,001$) (Grafik 6). Kennedy Sınıf 1'de a= 53, %26,5; b= 10, %30,3; c= 14, %20,6 dir. Kennedy Sınıf 2'de a=77, %38,5, b=15, %45,5; c= 49, %72,1 dir. Kennedy Sınıf 3'de a= 70, %35,0, b= 8, %24,2, c= 5, %7,4 dir. Tam dişsiz n=20, %42,6, tam dişli n=26, %55,3 oranında gözlemlendi.

Üst çene destek dişlerin mevcut durumlarının (a, b, c) dağılımları arasında önemli düzeyde istatistiksel farklılık bulundu ($\chi^2= 69,95$; $p < 0,001$) (Grafik 7).

Alt çene destek dişlerin Kennedy sınıflamalarına göre dağılımları arasında istatistiksel farklılıklar önemli tespit edildi ($\chi^2=113,12$; $p < 0,001$) (Grafik 8).

Alt çene destek dişlerin total değerlendirilmelerinde Kennedy Sınıf 1 n=123, %40,3 dir. Kennedy Sınıf 2'de n=125, %41 dir. Kennedy Sınıf 3'de n=57, %18,7 dir.

Alt çenede destek dişlerin mevcut durumlarının (a, b, c) sınıflara dağılımına ilişkin değerlendirmede, istatistiksel olarak farklılık gözlemlendi ($\chi^2 = 351,25$; $p < 0,001$) (Grafik 9).

Alt çenede yer alan dişlerin durumları Kennedy Sınıf 1'de a=83, %40,1, b=14, %38,9, c=26, %41,9 dir. Kennedy Sınıf 2'de a=85, %41,1, b=18, %50, c=22, %35,5 dir. Kennedy Sınıf 3'de a=39, %18,8, b=4, %11,1; c=14, %22,6 dir. Tam dişsizlikte n=12, %27,9; tam dişli-

de n=31, %72,1 oranlarında gözlemlenmiştir.

Alt çene destek dişlerin durumlarına (a,b,c) ilişkin yapılan değerlendirme sonuçlarında istatistiksel olarak önemli farklılık gözlemlendi ($\chi^2 = 61,12$; $p < 0,001$) (Grafik 10).

Alt çene destek dişlerin tümünün mevcut durumlarına göre yapılan incelenmesinde a= 207, %67,9, b=36, %11,8, c= 62, %20,3 oranları bulundu.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Hareketli Bölümlü Protezler, bölümlü dişsiz arkların tedavisinde halen güncelliğini korumakta olan bir tedavi şeklidir. Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalına hareketli bölümlü protez uygulanması ihtiyacı ile başvuran yaş ortalaması $52,82 \pm 10,5$ olan 57 kadın ve 48 erkek, toplam 105 hasta üzerinde gerçekleştirildi.

Çalışmamızda yer alan hastaların, Kennedy Sınıflamasına göre dağılımında, üst çenede Kennedy Sınıf 2 (n=40, %38,1), alt çenede Kennedy Sınıf 1 vak'aları en fazla sayıda gözlemlendi (n=41, %39,0) (Grafik 1).

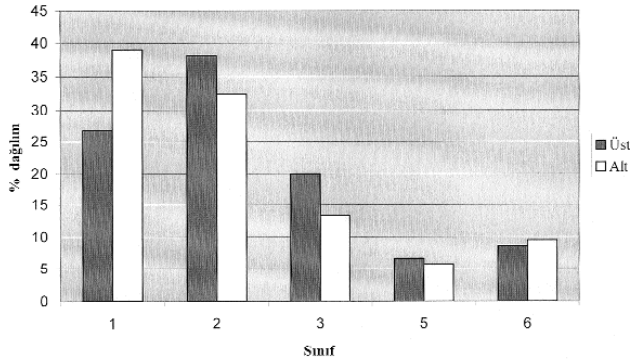
Curtis ve arkadaşları⁸ hareketli bölümlü protezlerde Kennedy sınıflamalarının dağılımını incelemişler ve Kennedy Sınıf 2 hareketli bölümlü protez hastalarının sayısının arttığını, Kennedy Sınıf 1, 3, 4 hastaların sayısının ise belirgin şekilde değişmediğini ifade etmişlerdir.

Sadig ve Idowu⁹, hareketli bölümlü protezlerin tasarımının, popülasyondaki dağılımı ile ilgili yaptıkları çalışmada, 45-64 yaş arasında Kennedy Sınıf 1 ve Kennedy Sınıf 2 nin en çok görüldüğünü, bunun nedeninin de artan yaşla birlikte artan diş kayıplarına bağlanabileceğini belirtmişlerdir.

Kennedy Sınıf 1, 2 ve 3 arasında protezin desteklenme şekli açısından farklılıklar vardır. Kennedy Sınıf 1 ve 2 desteğini, kaidenin altındaki dokulardan ve sınırlı miktarda da destek dişlerden alır⁵. Kennedy Sınıf 1 ve 2 de, istenmeyen stres birikimine bağlı olarak dayanak dişler üzerinde uzanti etkisi görülebilir. Bu durum kuvvetlerin, dişler ve dokular arasında uygun şekilde dağıtılmasıyla engellenebilir. Kennedy Sınıf 3 te ise, protez desteği, dişsiz alanın sonundaki destek dişler ile sağlanır⁵. Çalışmamızda, Kennedy Sınıf 3 'ün az sayıda görülmesi, yaş ortalamasının yüksek olması ile açıklanabilir (n=21, %20,0).

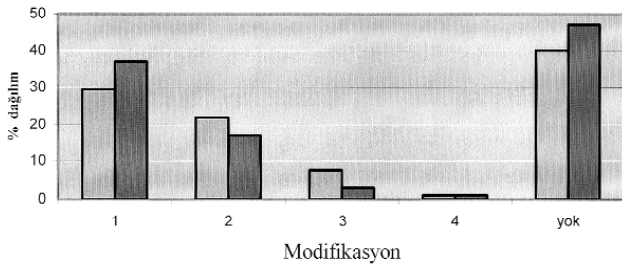
Çalışmamızda Kennedy Sınıf 4 vak'asına rastlanmamasının nedeni ise, bu vak'aların sabit bölümlü protez çalışmaları ile restorasyonunun daha çok tercih edildiğini düşündürmektedir (Grafik 1).

Hem üst hem alt çenelerin modifikasyon dağılımları



*Sınıf 5: Tam dişsiz
*Sınıf 6: Tam dişli

Grafik 1. Çalışmada yer alan bireylerin üst ve alt çenelerinin Kennedy sınıflamalarına dağılımı incelendiğinde, modifikasyon 1' in ve modifikasyonu olmayan arkların en fazla, modifikasyon 4'ün ise en az oranda yer aldığı tespit edildi. 105 hastanın üst çenede 63'ünün, alt çenede ise 58'inin, bir veya daha fazla modifikasyon alanı mevcuttur (Grafik 2).

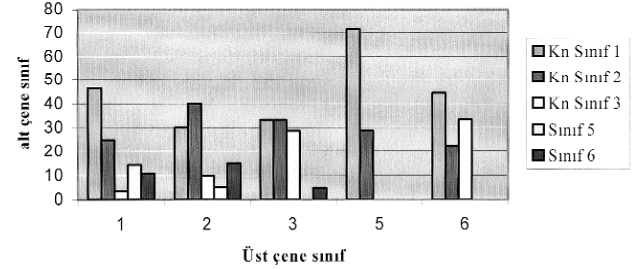


Grafik 2. Çalışmada yer alan bireylerin üst ve alt çenelerinin modifikasyonlara dağılımı

Çalışmamızda; Kennedy sınıflamalarının alt- üst çene dağılımında, üst çene Kennedy Sınıf 1'e karşılık, alt çene Kennedy Sınıf 3 en az oranda (%36), tamamen dişsiz üst çeneye karşı alt çene Kennedy Sınıf 1 en fazla oranda görüldü (%71.4) (Grafik 3). Ön grup 6 dişi taşıyan Kennedy Sınıf 2 mandibula ve karşısında tamamen dişsiz maksilla bulunan olgularda, alt ön dişlerde yükselme, yayılma riski ve bunun yanında periodontal değişiklikler oluşabilmektedir. Üst çenede ön bölgede rezorpsiyon, okluzal düzlemden sapmalar, protez uyumsuzluğu, temporomandibuler eklem disfonksiyonu ile karakterize Kombinasyon sendromu ortaya çıkabilmektedir¹⁰. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, kliniğimizdeki vak'aların çoğunun tedavi edilmesi zor vak'alardan oluştuğu görülmektedir.

Alt çene ana bağlayıcılar; lingual bar, lingual plak, çift lingual bar, labial bar ve kesintili çift lingual bar olmak üzere 5 grupta incelenir. Sadig ve Idowu'ya göre, lin-

gual barlar, en çok kullanılan ana bağlayıcılardandır⁹. Bu da lingual barların kesitsel şekil ve kalınlıkları, rijiditesinin değerlendirilmesi açısından önemlidir¹¹.



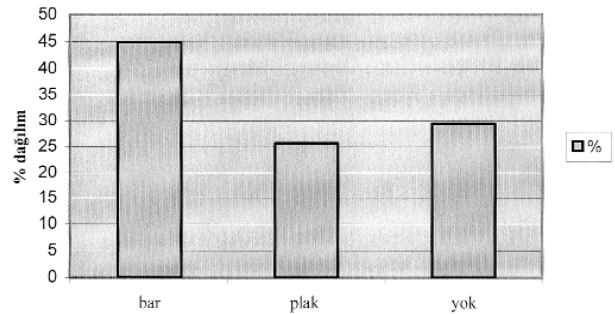
Grafik 3. Üst ve alt çene Kennedy sınıflamalarının çapraz dağılımları

Yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre alt çene ana bağlayıcılar arasında lingual bar, plağa oranla daha sıklıkla kullanılmıştır (n=47, %44,8) (Grafik 4). Lingual sulkus veya marjin arasında 6 mm den az mesafe olması, yüksek lingual frenilum ataçmanının olması, lingual dokuların aşırı eğimli olduğu vak'alar ve ön dişlerin restorasyonunu gerektiren vak'alar lingual bar seçimini gerekli kılmıştır⁶.

Sadig ve Idowu'nun⁹ yaptığı çalışma, araştırmamızın sonuçlarına paralellik göstermektedir. 378 hastanın 291 inde lingual bar tercih edilmiş, bunun esas nedeni olarak; lingual sulkus derinliğinin azlığını, lingual torus varlığını, yüksek lingual frenilum varlığını, başka bir neden olarak da; eski protezleri göstermişlerdir.

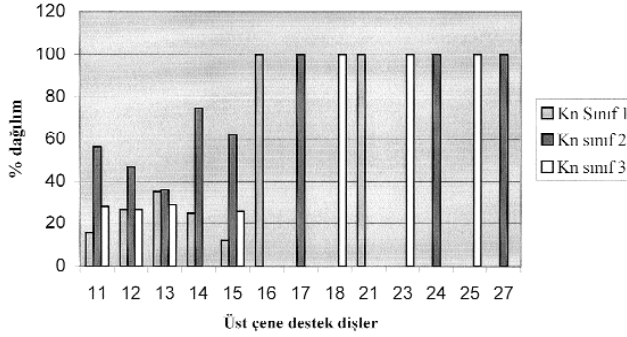
Hareketli bölümlü protezlerin yapısal unsurları aracılığı ile iletilen kuvvetler, destek dişler üzerinde çeşitli etkilere yol açabilir. Ancak kuvvetin büyüklüğü, yönü ve uygulama sıklığı hastalar arasında değişik sonuçlar gösterebilmektedir¹. Hareketli bölümlü protezlerin, kalan dişler ve yumuşak dokular üzerindeki olumsuz etkileri, uygun planlamalar ve kontrol randevuları ile en aza indirilmektedir¹².

Rissin ve arkadaşları⁷, hareketli bölümlü protez kullanan hastaların, sabit bölümlü protezi olan ve protezi olmayanlara göre destek dişlerinin, yüksek oranda plak ve diş-



Grafik 4. Çalışmada yer alan bireylerin alt çene ana bağlayıcılarına göre dağılımı

taşı birikimi, periodontal cep oluşumu ve alveoler kemik kaybı gösterdiğini bildirmişlerdir. Bunun nedeninin kötü ağız hijyeni, artmış plak ve dıştaşı birikimi, hareketli bölümlü protezler tarafından periodontal yapıya uygulanan aşırı kuvvetler olduğunu bildirmişlerdir.



Grafik 5. Üst çenede yer alan destek dişlerin Kennedy sınıflamalarına göre dağılımı

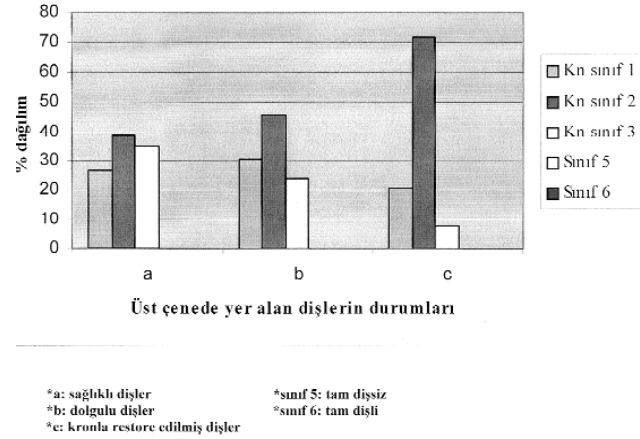
Çalışmamızda, tüm Kennedy sınıflamalarında, üst çenede en fazla 13 nolu dişin bulunduğu gözlemlendi (n=145). 22 ve 26 nolu dişler ise destek diş olarak gözlemlenmedi. Bunun nedeni olarak, hasta sayısının kısıtlı olmasını düşünmekteyiz.

Vanzeveren ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, destek dişlerin % 57.6 oranında kronlandığı bildirilmiştir¹³. Çalışmamızda ise, 348 destek dişin 200'ü sağlıklı olarak bulundu. Destek dişlerin %19.5 oranında kronla restore edildiği gözlemlendi (Grafik 6).

Üst çenedeki destek dişlerden, 13 nolu dişlerin en fazla restorasyon içermeden ağızda bulunan dişler oldukları görüldü (n=103, %71) (Grafik 7). Bu durum, 13 nolu dişin ağızdaki en uzun ve en geniş köke, en uygun kron/kök oranına sahip olması, yoğun kompakt kemikle çevrili olması ve kuvvetleri diğer dişlere oranla daha iyi tolere etmesi ile açıklanabilir.

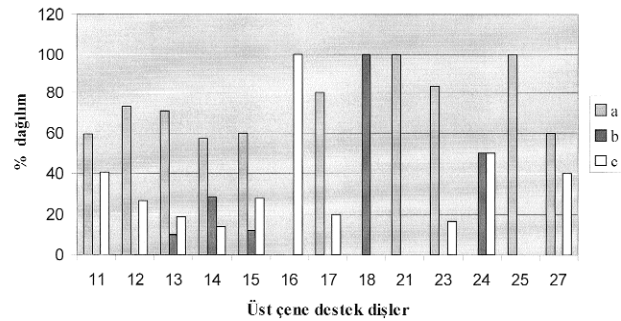
Alt çenede mevcut destek dişlerden en fazla 35 nolu dişin bulunduğu, 41,42,46 nolu dişlerin ise en çok kaybedilen dişler oldukları gözlemlendi (Grafik 8). Kesicilerin erken kaybedilme nedeni olarak; periodontal destek alanının az olmasını, 1. molarların ise en erken süren ve dolayısıyla en erken çürüyen dişler olmasını düşünmekteyiz.

Görgün ve arkadaşları¹⁴, alt kesicilerin en çok periodontal hastalık nedeniyle, molarların ise sıklıkla çürük nedeniyle kaybedildiğini, Bocutoğlu ve arkadaşları¹⁵ da benzer şekilde, en fazla çekilen diş grubunun alt molarlar olduğunu ve en fazla çürük nedeniyle çekildiğini bildirmişlerdir.



Grafik 6. Üst çenede yer alan dişlerin mevcut durumlarının Kennedy sınıflamalarına göre dağılımı

Alt çenede Kennedy sınıflamalarında, sağlıklı destek dişlerin sayısının fazla olduğu görüldü (n=207, %59,5) (Grafik 9). Alt çenedeki tüm destek dişler incelendiğinde, %67.9 oranında destek dişin sağlıklı olduğu ve bunlardan en çok 35 nolu dişin destek olarak kullanıldığı görüldü (n=59, %61.5) (Grafik 10).



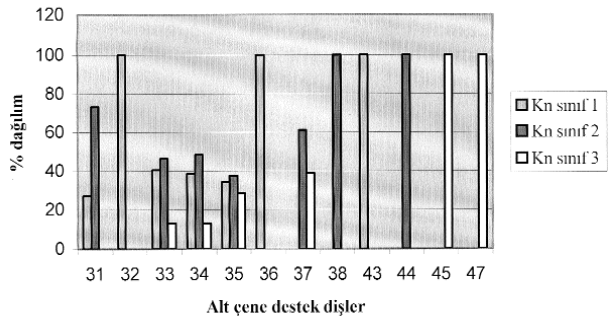
Grafik 7. Üst çenede yer alan destek dişlerin mevcut durumlarına göre dağılımı

Görgün ve arkadaşları¹⁴, kalıcı dişlerde çekim nedenlerini inceledikleri çalışmalarında, 55-64 yaş arasında en az kaybedilen dişin premolarlar olduğunu rapor etmişlerdir.

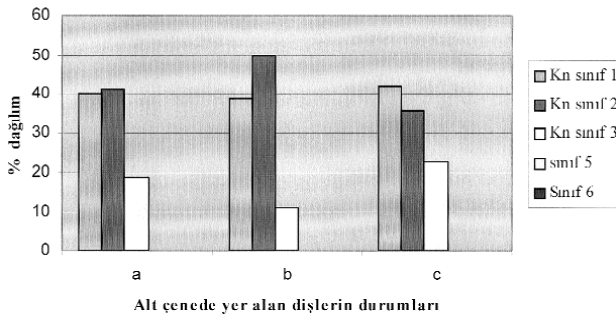
Zlatarić ve arkadaşları¹⁶, hareketli bölümlü protezlerdeki hasta memnuniyetini çoğunlukla, destek dişlerin sayısına, durumuna, dizilimine, periodontal dokularına bağlamış olup, protez desteği, protez kaidesinin materyal ve şeklinin de önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Kennedy Sınıf 1 ve Sınıf 2 vak'alarının oranının yüksek olmasını, yaş ortalamasının 50 yaş üzerinde olmasına, elde edilen verilerimizde Kennedy Sınıf 4 vak'asına rastlanmamasını ise, bu vak'alarda, sabit protez restorasyonların tercih edilmesine bağlamaktayız.

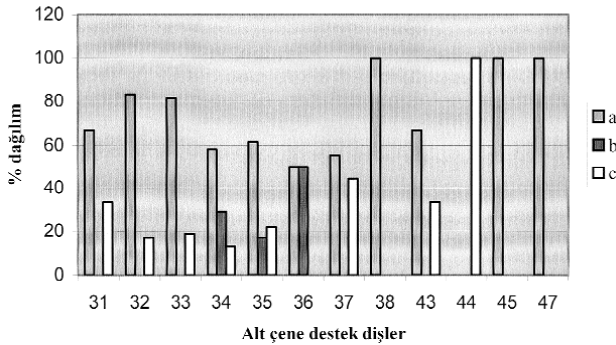
Hastalarda, dişsiz boşluğa komşu destek dişlerde, post-tutuculu kron ve koping restorasyonlara rastlanmaması düşündürücüdür. Bu konuda hekimlerin hassasiyet göstererek aşırı kron harabiyeti olan dişleri restore etmesi gerektiği ve bu dişlerin hareketli protezlerde destek olarak kullanılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.



Grafik 8. Alt çenede yer alan destek dişlerin Kennedy sınıflamalarına göre dağılımı



Grafik 9. Alt çenede yer alan dişlerin mevcut durumlarının Kennedy sınıflamalarına göre dağılımı



Grafik 10. Alt çenede yer alan destek dişlerin mevcut durumlarına göre dağılımı

Sonuç olarak; hasta ve hekimin çeşitli alternatif protetik tedavileri tercih etmesi, bunun yanı sıra çalışmamızda sadece kısmi dişsiz arklara sahip hareketli bölümlü protez hastalarının yer alması çalışmamızı sınırlamıştır. Hasta sayısının artırılarak çalışmanın genişletilmesinin yararlı olacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

- Görgün S, Özden N, Arpak N. Hareketli Bölümlü Protez kullanan bireylerde destek dişlerin periodontal açıdan değerlendirilmesi. A.Ü. Diş Hek. Fak. Derg. 28: 139-143, 2001.
- Ulusoy M, Aydın K. Bölümlü Protezler. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1988, 70.
- Grasso J.E, Miller E.L. Removable Partial Prosthodontics, 3rd ed, Mosby Co, St Louis, 1991, 29-34.
- Ulusoy M, Aydın K. Dişhekimliğinde Hareketli Bölümlü Protezler Cilt II. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2002, 687-689.
- McGivney G.P, Castleberry D.J. Mc Cracken's Removable Partial Prosthodontics, 8th ed, Mosby Co, St Louis, 1989,17-20.
- Can G, Akaltan F. Hareketli Bölümlü Protezler Planlama. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2002,4-6.
- Rissin L, Feldman R.S, Kapur K.K, Chauncey H.H. Six year report of the periodontal health of fixed and removable partial denture abutment teeth. J Prosthet Dent 54: 461-467,1985.
- Curtis D.A, Curtis T.A, Wagnild G.W, Finzen F.C. Incidence of various classes of removable partial dentures. J Prosthet Dent 67:664-667, 1992.
- Sadig W.M, Idowu A.T. Removable Partial Denture Design: A study of a selected population in Saudi Arabia. J Contemp Dent Prac 3:1-11, 2002.
- Ulusoy M, Aydın K. Dişhekimliğinde Hareketli Bölümlü Protezler Cilt I. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2002, 56, 207.
- Ben-Ur Z, Matalons, Aviv I, Cardash HS. Rigidity of major connectors when subjected to bending and forces. J Prosthet Dent 62:557-562, 1989.
- Muraki H, Wakabayashi N, Park I, Ohya T. Finite element analysis of the RPD abutment tooth and periodontal ligament. J Dent 32: 659-665,2004.
- Vanzeveren C, D'Hoore W, Bercy P, Leloup G. Treatment with Removable partial Dentures: a longitudinal study. Part II. J Oral Rehabil 30:459-469,2003.
- Görgün S, Özperk G, Yazıcıoğlu B. Kalıcı dişlerde çekim nedenlerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak. Derg. 2:15-18,1995.
- Bocutoğlu Ö, Dayı E, Çelenk P, Yılmaz B. Diş çekim nedenleri üzerine bir araştırma. Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak. Derg. 4: 59-66,1994.
- Zlatarić K. D, Ćelebić A, Valentić-Peruzović M, Jerolimov V, Pandurić J. A survey of treatment outcomes with removable partial dentures. J Oral Rehabil 30:847-854, 2003.

Yazışma adresi

Yrd. Doç. Dr. Gülfem Ergün
Süslü sok. No: 14/9
Tandoğan Mebusevleri Ankara
Tel: 212 62 20- 374
e-mail: gulfem@gazi.edu.tr