

# İzole oligodonti: Olgu sunumu ve iki yıllık takip

Yasin Yıldırım<sup>1</sup>, Murat Selim Botsalı<sup>2</sup>, Yağmur Şener<sup>3</sup>, Emre Korkut<sup>3</sup>

*Selçuk Dental Journal, 2014; 1: 27-30*

Başvuru Tarihi: 23 Ağustos 2013  
Yayına Kabul Tarihi: 13 Kasım 2013

### Isolated oligodontia: Case report and two years follow up

Oligodontia is defined as the congenitally missing of six or more teeth, excluding the third molars. Oligodontia can occur isolated or as a part of a syndrome. Treatment of those patients is usually composed of oral surgery, and orthodonty and a prosthodonty. In this case report clinical findings and rehabilitation of a patient suffered from isolated oligodontia was presented.

#### KEY WORDS

**Absence of teeth, oligodontia, tooth abnormalities**

Dental anomaliler; dişlerin morfolojileri, sürme şekilleri, boyutları ve sayılarındaki birçok varyasyonu içermektedir. Dişlerdeki sayısal varyasyonların gözlemlendiği durumlar farklı şekillerde isimlendirilmektedir (Ekren ve ark. 2010, White ve Pharoah 2004, Neville ve ark. 1995, Şişman ve ark. 2007). Bir ya da birkaç dişin konjenital eksikliği hipodonti, üçüncü molar dişler hariç altı ya da daha fazla dişin konjenital eksikliği oligodonti, tüm dişlerin eksikliği ise anodonti olarak tanımlanmaktadır (Stimson ve ark. 1997, Schalk ve ark. 1994, Dhanrajani 2002). Oligodonti olguları dişlerin sayısal olarak eksikliklerinin yanısıra küçük ve anormal şekilli dişlerle ve sürme gecikmeleri ile karakterize bir anomalidir (Neville ve ark. 1995, Önçağ ve Alpöz 1998).

Diş eksikliklerinin görülme sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda hipodontinin daimi dişlenmede prevalansının %2 - %10 arasında değiştiği, oligodontinin ise %0,3 oranlarında görülen nadir bir durum olduğu bildirilmiştir (Ekren ve ark. 2010, Dhanrajani 2002, Gelgör ve ark. 2005, Hobkirk ve Brook 1980). Bu araştırmalar diş eksikliklerinin görülme sıklığının son yıllarda arttığını vurgulamaktadır. Bu durumun dişhekimliği alanında görüntüleme teknik ve teknolojilerindeki gelişmelerden ve

ve hastaların bilinç düzeylerinin artmasının yanında çevresel faktörlerden de kaynaklanıyor olabileceği ifade edilmektedir (Şişman ve ark. 2007, Brook 1984, Polder ve ark. 2004).

Konjenital diş eksiklikleri diğer organları da etkileyen bir sendromun belirtilerinden biri veya tüm bunların dışında izole olarak da görülebilmektedir. Konjenital diş eksikliği ile birlikte sıkça görülen rahatsızlıkların başında ektodermal displazi, down sendromu, Rieger sendromu ve ectrodactyly-ectodermal dysplasia-clefting (EEC) sendromu gelmektedir (Ekren ve ark. 2010, Dhanrajani 2002, Önçağ ve Alpöz 1998, Gedik 2002).

Bu çalışmada yapılan klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda herhangi bir sendromla ilişkisi olmadığı saptanan izole oligodonti olgusu ve uygulanan tedavi yaklaşımları sunuldu.

### OLGU

Diş eksikliği ve buna bağlı yetersiz beslenme ve estetik problemler nedeniyle Selçuk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalına başvuran hastanın (8, ♀) ailesinden alınan anamnezde ebeveynlerin birinci derecede akraba olduğu, ailenin diğer fertlerinde diş eksikliği bulunmadığı ve hastanın daha önce diş çekimi yaptırmadığı öğrenildi. Yapılan ekstraoral muayenede herhangi bir anomaliye rastlanmazken, hastanın ağız içi muayenesinde alt çenede süt orta keserler dışındaki tüm dişlerin konjenital olarak eksik olduğu, üst çenede ise süt yan keserler ve kanin dişlerinde aynı şekilde eksik olduğu belirlendi (Resim 1). Yapılan radyolojik muayenede daimi birinci molar dişlerin dışında herhangi bir daimi diş germinin bulunmadığı

<sup>1</sup> Turkuaz Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği, Nilüfer, BURSA

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, KONYA

<sup>3</sup> Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, KONYA

gözlendi (Resim 2). Durumun herhangi bir sendrom veya sistemik hastalıkla ilişkili olabileceği düşünülerek istenen ileri tıbbi tetkikler sonucunda oligodonti olgusunun izole tip olduğu tanısına varıldı. Hastanın üst süt orta keser dişlerine kök kanal tedavisini takiben polikarbonat kuron uygulaması, alt süt orta keser dişlerine de kök kanal tedavisi yapıldıktan sonra (Resim 3-4) hareketli çocuk protezi uygulandı (Resim 5). Hastanın 2 yıl boyunca 6 aylık periyotlarda kontrol muayeneleri yapılmıştır. İlk yılın sonunda hareketli protezler yenilerek büyüme gelişim üzerindeki olumsuz etkilerin önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Hastanın klinik takibi devam etmektedir.



**Resim 1.**

Hastanın tedavi öncesi ağız içi görünümü



**Resim 2.**

Hastanın tedavi öncesi radyografik görünümü



**Resim 3-4.**

Hastanın üst ve alt süt santral dişlerinin tedavi sonrası radyografik görünümü



**Resim 5.**

Hastanın tedavi sonrası ağız içi görünümü

## TARTIŞMA

Konjenital diş eksikliklerinin etiyolojisinde pek çok faktörün rol oynadığı ileri sürülmüştür. Çevresel faktörlerin yanında genetik mutasyon, hamilelikte kızamık geçirilmesi veya bazı ilaçların kullanılması gibi faktörlerinde diş eksikliği üzerinde etkili olabileceği ifade edilmektedir. Fakat genellikle oligodontinin etiyolojisinde genetik geçişin etkili olduğu düşünülmektedir (Grahnen 1956, Brook ve Ekanayake 1980, McDonald ve Avery 2000).

Oligodonti, bazı sendromlarla ilişkili olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu tip olgularda hastanın aile bireylerinde aynı durumun varlığı ve oligodontinin herhangi bir sendrom ile bağlantılı

olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Bu hastalarda yapılacak olan ayrıntılı bir ekstraoral muayene sonrası hastaların genetik bölümü ile konsülte edilmeleri oligodontinin izole ya da sendromla ilişkili olan tip olup olmadığının ayırt edilebilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu hasta grubunda sendromların ilk teşhisinin diş hekimleri tarafından yapılması olasıdır. Olgumuzda da rutin muayene prosedürünün ardından tıbbi genetik bölümünde gerekli tetkikler gerçekleştirilmiş ve hastanın izole tip oligodonti vakası olduğu anlaşılmıştır.

Oligodonti hastalarının tedavisi genellikle eksik olan diş sayısına ve hastanın yaşına göre farklılık gösterebilmektedir. Bu vakaların tedavisi interdisipliner bir çalışmayı gerektirmektedir. Çoğunlukla ortodontik tedavi, hareketli bölümlü protezler, diş destekli sabit protezler, implant destekli protezler veya bu alternatiflerden birkaçının birarada kullanıldığı bir tedavi planlaması ile hastaların rehabilitasyonu sağlanmaktadır (Dhanrajani 2002, Hobkirk ve Brook 1980, Akkaya ve ark. 2008). Hastamızın tedavisinde de polikarbonat kronlar ve hareketli protezleri içeren protetik uygulamalardan faydalanılmıştır.

Oligodonti hastalarının eksik dişleri olması şikayetiyle diş hekimine ilk başvurdukları dönem genellikle karışık dişlenme dönemi olduğundan bu hastaların ilk teşhisleri ile tedavi ve takipleri genellikle pedodonti kliniklerinde yapılmaktadır. Tedavi yaklaşımı planlanırken öncelikli olarak hastanın restoratif tedavilerinin yapılması, sonrasında da ortodontik açıdan değerlendirilmesi uygun olacaktır. İlerleyen aşamalarda ise eksik dişlerin protetik olarak rehabilitasyonu planlanmalıdır (Schalk ve ark. 1994, Guckes ve ark. 1991, Akkaya ve ark. 2008). Özellikle erken yaşta uygulanan sabit protezler çene gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Tek kuronlar ise çene gelişimini etkilemeseler bile geniş pulpa ve kısa kron boyları ile sorun yaratabilirler. Ayrıca dental implantlar da kalıcı çözümler olmasına rağmen gelişimi devam eden çocuk hastalarda oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle tavsiye edilmemektedirler (Ekren ve ark. 2010, Guckes ve ark. 1991, Cronin ve Ooesterle 1998). Bu hastalarda büyüme gelişim süreci boyunca genellikle restoratif tedavilerle birlikte hareketli bölümlü protezlerin kullanımı önerilmektedir. Yapılan protezlerin çene gelişimini olumsuz etkilemesinin önüne geçilmesi içinde bu protezlerin belli aralıklarla kontrolü ve yenilenmesi gerekecektir (Akkaya ve ark. 2008, Becelli ve ark. 2007). Hastamızın klinik takip muayeneleri 2 yıldır, 6 aylık periyotlarla yapılmaya devam edilmektedir. İlk yılın sonunda ise hareketli protezler yenilenmiştir.

Konjenital diş eksikliklerinin tedavisi; estetiği düzeltmek, normal çiğneme ve beslenmeyi sağlamak, konuşmayı düzeltmek ve tüm bunlara bağlı olarak da çocuğun emosyonel gelişimine katkıda bulunmak açısından çok önemlidir. Hastaların hoşnut olmadığı ve çoğu zaman psikolojik problemler yaratan bu bozuklukların hasta isteği ve mevcut dişlerin prognozu gözönünde bulundurularak tedavi edilmesi hastanın psikolojisi ve emosyonel gelişimi açısından pozitif etki yaratacaktır (Schalk ve ark. 1994, Dhanrajani 2002, McDonald ve Avery 2000).

#### ***İzole oligodonti: Olgu sunumu ve iki yıllık takip***

Oligodonti, üçüncü molarlar hariç altı ya da daha fazla dişin konjenital eksikliği olarak ifade edilmektedir. Oligodonti bazı sendromlarla birlikte görülebileceği gibi izole olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu hastaların rehabilitasyonunda ortodontik, cerrahi ve protetik açıdan interdisipliner tedavi yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu olgu raporunda izole oligodonti izlenen hastanın klinik bulguları ile uygulanan tedavi yaklaşımlarının sunulması amaçlanmıştır.

#### **ANAHTAR KELİMELER**

**Diş eksikliği, dişsel anomaliler, oligodonti**

**KAYNAKLAR**

Akkaya N, Kiremitçi A, Kansu O, 2008. Treatment of a patient with oligodontia: a case report. *J Contemp Dent Pract*, 9(3), 121-7

Becelli R, Morello R, Renzi G, Dominici C, 2007. Treatment of oligodontia with endo-osseous fixtures: experience in eight consecutive patients at the end of dental growth. *J Craniofac Surg*, 18(6), 1327-30.

Brook AH, Ekanayake NO, 1980. The etiology of oligodontia: a family history. *ASDC J Dent Child*, 47, 32-5.

Brook AH, 1984. A unifying aetiological explanation for anomalies of human tooth number and size. *Arch Oral Biol*, 29, 373-8.

Cronin RJ, Ooesterle LJ, 1998. Implant use in growing patients. *Dent Clin North Am*, 42, 1-35.

Dhanrajani PJ, 2002. Hypodontia: Etiology, clinical features and management. *Quintessence Int*, 33, 294-302.

Ekren O, Benlidayı E, Karan S, 2010. Sendromsuz bir oligodonti olgusunun interdisipliner yaklaşım ile rehabilitasyonu: olgu sunumu. *AÜ Diş Hek Fak Derg*, 20(2), 114-8

Gedik R, 2002. Hypodontia and Oligodontia. *Balk J Stom*, 6, 150-1.

Gelgör İE, Şişman Y, Malkoç S, 2005. Daimi dentisyonda Konjenital Hipodontinin görülme sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci*, 11, 43-8.

Grahnen H, 1956. Hypodontia in the permanent dentition, clinical and genetical investigation. *Odont Rev*, 3, 100-1.

Guckes AD, Brahim JS, McCarthy GR, Ruby SF, Cooper LF, 1991. Using endosseous dental implants for patients with ectodermal dysplasia. *J Am Dent Assoc*, 122, 59-61.

Hobkirk JA, Brook AH, 1980. The management of patients with severe hypodontia. *J Oral Rehabil*, 7, 289-298.

McDonald RE, Avery DR, 2000. Dentistry for the children and adolescent, 7th ed, Mosby Inc;. p. 156-178

Neville WB, Damm DD, Allen MC, Bouquot EJ, 1995. Oral and Maxillofacial Pathology. WB Saunders Co, Philadelphia. p. 61-4.

Önçağ Ö, Alpöz AR, 1998. Dissel anomalilerle birlikte görülen sendromlar ve tanıyı kolaylaştıracak güncel kaynaklar. *AÜ Dis Hek Fak Derg*, 25, 313-6.

Polder BJ, Van't Hof MA, Van Der Linden FPGM, Kuijpers- Jagtman AM, 2004. A meta analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32, 217-26.

Schalk van der Weide Y, Beemer FA, Faber JAJ, Bomsan F, 1994. Symptomatology of patients with oligodontia. *J Oral Rehabil*, 21, 247-61.

Stimson JM, Sivers JE, Hlava GL, 1997. Features of oligodontia in three generations. *J Clin Ped Dent*, 21, 269-76.

Şişman Y, Ertaş ET, Dündar M, 2007. Genetik anomalisi olmayan iki oligodonti olgusu. *J Health Sci*, 16(3), 180-15

Şişman Y, Uysal T, Gelgor I, 2007. Hypodontia. Does the prevalence and distribution pattern differ in orthodontic patients? *Eur J Dent*, 1, 167-173.

White SC, Pharoah MJ, 2004. Dental anomalies. In: Oral Radiology, Principles and Interpretation. 5th ed. Mosby, Missouri. p. 330-365.

**Yazışma Adresi:**

Yrd.Doç.Dr.Emre Korkut  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti AD Konya  
E-mail: emrekorkut86@hotmail.com