

Bir Vak'a Dolayısı ile Melanodonsi ve Tedavisi

Altan GÜLHAN (*)
Sanay GÜRSOY (**)

I. BÖLÜM MELANODONSI A. GİRİŞ

İlk defa Géc BELTRAMI (1923), Marsilya'da ana okulu öğrencileri üzerinde yaptığı muayeneler esnasında, o güne kadar yaygın çürük olarak bilinen bir lezyonla karşılaştı. Uzun incelemelerden sonra, bu bulgularını «Mélanodontie Infantile» adı ile yayınladı (1932).

Daha sonra gene aynı müellif Marc ROMIEU ile birlikte bu lezyonun histolojik ve patolojik anatomisi üzerinde araştırmalar yaptı (1939). Bu tarihten itibaren hastalık, çok genç çocuklarda görülen, süt dişlerini ilgilendiren atipik ve özel bir harabiyet şekli olarak kabul edildi.

NOYER (1939), klinik olarak bu lezyonu iki kısımda incelemiştir:

- üst kesicilerinde sınırlı, ağır gelişimli şekil,
- diğer dişlere yayılan, çabuk gelişimli şekil,

(*) İ.Ü. Dişhekimliği Fak. Diş Hastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi II. Kürsü Doçenti (Dr. med. dent.)

(**) İ.Ü. Dişhekimliği Fak. Çene Ortopedisi Kürsüsü Uz. Asistanı.

BELTRAMI, GREYER, PELOUZET (1949) melanodonsi'nin daimi diş dizisi üzerindeki gelişimini araştırdılar. Ayrıca BELTRAMI, diş çürüğü ile melanodonsi infantil arasında bir karşılaştırma yaptı.

CARLIER, melanodonsiyi «aktif distrofi»ler arasında incelemektedir. CAZALDA, 1953 te «Beltrami melanodonsi'si ve odontoclasia» adlı bir makale neşretti.

DECHAUME bu hastalığa süt diş distrofileri arasında yer vermektedir (1959).

GODOY, Melanodonsi ve odontoclasia'nın aynı hastalık olduğuna dair bir makale yazdı (1960).

FRANK ve CHAMPY, bu hastalığın patolojik karakterini ve diş kuronlarının abanoz siyahı renkleşmelerini incelemişlerdir. Klâsik şekillerinin yanında atipik olarak :

- süt azıları bölgesinden,
- kesicilerin ara yüzlerinden başlayanlarından,
- daimi dişlerde görülen şekillerinden bahsetmişlerdir.

Pek çok müellif lezyonun distrofik olduğunu ileri sürmüş, bu arada NADAL — VALDURA (1959) meladontik dişlerin minelerini elektron mikroskopunda incelemiştir.

1969 da Ivan BELTRAMI, ANGELINI ve MOREL, melanodonsi, odontoclasia ve sirküler çürüğün aynı mı, yoksa üç ayrı lezyon mu olduğu sorusunu yeniden ortaya attılar.

ARNOLD (1969) çocukta diş displâzileri başlığı altında melanodonsiyi ele almış ve bunun, dişlerin yalnız kuronlarında görülen, diş organının gelişim bozukluğuna bağlı morfolojik bir anomali olduğu ileri sürmüştür.

Alman ve Anglo-sakson müellifleri bu lezyonu daha çok çürüğün değişik bir şekli olarak kabul etmektedirler. THOMA'nın patolojik kitabında «Genel bozuklukların sebep olduğu diş alterasyonları «bölümünün» «Diş renkleşmesi» kısmında doğumdan sonraki ilk haftalarda ikter'e uğramış bir çocuk resmi bulunmaktadır. Aynı resim, CARLIER tarafından Mediko-şirurjikal ansiklopedi de melanodonsi olarak gösterilmektedir.

B. ETYOLOJİ

Kız ve erkek çocuklarda eşit olarak, 1-3 yaşları arasında süt diş

lerinde % 2-3 oranında görülürler. Bazı müellifler (MUGNIER) kuzey ülkelerinde bu oranın % 0,4 e düştüğünü, Akdeniz bölgesine doğru frekansın yükseldiğini ileri sürerler.

Etyolojisi kesin olarak aydınlatılmamış olan bu hastalığın sebepleri arasında, başlangıçta, sifilis, C avitaminozu, beslenme dengesizliği gibi genel bir faktör aranmıştır. Normal veya hipotrofik, sütle veya suni gıda ile beslenen çocuklarda fark gözetmeksizin rastlanabilir. Bununla beraber birinci dünya savaşında yapılan istatistiklere nisbetle, son yıllarda dikkati çeken bir azalma gösterdiği ileri sürülmektedir (HESS, BOUCHER). Bu bakımdan, frekansın beslenme ve hayat şartlarına bağlı olduğu söylenebilir.

Melanodonsi'nin etyolojisinde ırk faktörü üzerinde de durulmaktadır. Fakat esas rolü acaba gerçekten ırk mı, yoksa geri kalmış ülkelerin beslenme karansı problemi mi oynamaktadır sorunu akla gelebilir.

Melanodonsi'nin medeniyet ve zenginlikle ters orantılı olduğu, frekansının gittikçe azalmasından anlaşılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, çürükle tam olarak zıt görülmektedirler.

Tükrüğün rolü de olduğu ileri sürülmektedir. Böylece çürükle melanodonsi arasında bir evvelki iddianın aksine bir paralellik yaratılmaktadır (HESS).

BESOMBES, melanodonsiye sarışınlardan çok esmerlerde rastlandığını ileri sürmektedir.

GYSEL'e göre hastalık herediterdir, fakat resesif bir heredite bahis konusu olduğundan ortaya çıkarılması güçtür. Çocuğun süt dişlerini muayene ederken aynı anda anne ve babanın da süt dişlerini kontrol imkânsız olduğundan, araştırmayı gerekir. Yani bir melanodonsi vak'ası ile karşılaşıldığında, ailenin bütün çocuklarının kontrolü gerekir. Beslenme ve ortam şartları idantik olmasına rağmen, genellikle ailede bir tek çocuk hastalığa maruzdur. Çok nadir olarak bir ailenin birçok çocuğu aynı zamanda melanodontik olur.

FRANK da ailevi bir tipten bahsetmiştir.

Homozigot ikizler üzerinde idantik melanodontik lezyonlara rastlamak mümkündür. Burada irsiyetin rolü olsa gerek (GYSEL).

BUREAU, mavi sklera ile aynı zamanda ortaya çıkan bir vak'aya rastlamıştır.

C. PATOLOJİK ANATOMİ

Lezyon önce simetrik olarak, üst süt orta kesicilerinin kuronlarının 1/3 orta bölgelerinde ve vestibüler yüzlerinde başlar. Daha sonra üst lateral, üst I. ve II. süt azıları, alt I. ve II. süt azıları, nadiren üst ve alt kaninlere, istisnai olarak da alt kesicilere yayılırlar.

Kesicilerin başlangıç lezyonu, vestibüler yüzde gri-beyaz bir leke halindedir. Sonra siyahımtırak bir renk alır. Mine harap olmuş, esmer-siyah renkte dentin açığa çıkmıştır. Duyarlık ve ağrı yoktur. Bu devrede çocuk daha çok estetik mahzur dolayısı ile dişhekimine getirilir. Lezyonun yüzeyi sert ve cilâlı gibidir, etrafı çabuk kırılan tebeşirimsi bir mine ile çevrilidir. Zamanla ara yüze doğru yayılıp kuronu çepeçevre sarar. «Halka şeklinde çürük» terimi buradan ileri gelmektedir.

Olayın bu şekilde ilerlemesi şöyle izah edilmektedir: Melanodonsi'nin meydana gelmesi için iki şart gereklidir, 1 — Kole bölge-
sindeki minenin zayıf teşekkülü, 2 — Bakımsızlık dolayısı ile burada diş paslarının birikmesi. Bilindiği gibi süt dişlerinin kole bölgeleri doğumdan sonra, yani post-natal olarak kireçlenir. Eğer bu devrede çocuğun kireç metabolizmasını etkileyen beslenme bozukluğu, avitaminoz gibi genel bir faktör işe karışırsa, o devrede kireçlenen diş dokularının kalitesi iyi olmaz. Lezyonun halka şeklinde oluşu, minenin halka şeklinde kireçlenmesi ile izah edilir.

Kesici kenarlar başlangıçta sağlam kalmakla beraber, çiğneme baskısının etkisi altında günün birinde kırılarak ortadan kalkar, ağızda sadece kök kalır.

Olay çok yavaş ilerlediği için, pulpa müdafaa fırsatını bulabilir ve sekonder dentin imali ile bazan tamamen ortadan kalkabilir. Kuron kırılrsa bile kökler, ağızları siyah, sert ve cilâlı sekonder dentinle tıkalı olarak yerlerinde uzun süre kalabilirler. Bu köklerde, pulpanın bulunduğu yer frezle delinecek olursa kök pulpasının canlı olduğu görülür. Bununla beraber, çoğu defa ağız hijyeninin iyi olmaması ve bakımsızlık yüzünden enfeksiyon işe karışır.

Başlangıçta sağlam olan dişeti, ileri safhalarda konjestiyonludur. Marginal bölgeden periodontal aralık enfekte olarak periodontitis ve bunun sonucu olarak vestibülde minyatür bir abse meydana gelir. Retrograt yolla pulpa da enfekte olabilir. Bazan, kanal yolu ile iltihap drene edilmek istendiğinde, canlı ve duyarlı bir kök pulpası ile karşılaşılabilir.

Süt azılarında melanodonsi, önce oklüzal yüzden başlayıp hâdise

kuronun tamamen harap olmasına kadar ilerler. Sekonder olarak çürük de meydana gelebilir.

Kaninler üzerindeki lezyon, yuvarlak bir leke halinde vestibüler yüzden başlayıp zamanla ilerleyerek, zımba ile delinmiş bir delik halini alıp palatinal yüzü de ilgilendirir. Çok ileri hallerde bütün kuruğu harap eder.

D. HİSTO—PATOLOJİ

Aşınma preparatlarında dentin kanalcıkları ve interkanaliküler bölgede pigmentasyon görülür. Pulpa odası sekonder dentinle dolmuştur. Görünüş ekspansif bir çürüğü andırır, pigmentasyon sebebi ile ondan farklıdır. Başlangıçta pigment birikmesi sadece kanalcıklarda sınırlı olup, sonradan yan kanalcıklar yardımı ile esas maddeye yayılıp, koyu renkli adacıklar meydana getirir.

Dekalsifiye kesitlerde, en dışta bakterilerin ve yemek kalıntılarının meydana getirdiği bir tabaka vardır. Alttaki dentin kanalcıkları pigment ve bakterilerle dolu olup, kanalcıklar çürükte olduğu gibi kavernler gösterir. Pulpa bölgesinde sekonder dentin reaksiyonu ile pulpa odası küçülmüş, bazan ortadan kalmıştır. Bazı vak'alarda odontoblast harabiyeti ile birlikte bir pulpa nekrozu, bağ dokusunda hyalinli ve fibröz de jeneresans, ayrıca pulpa dokusu içerisinde dağılmış pigment adacıkları görülür.

Melanodonsi problemini incelerken bazı hususlar üzerinde durmak yerinde olur:

1. P i g m a n t a s y o n :

Melanodonsi'nin karakteristiklerinden birisi renginin abanoz siyahı olmasıdır. Pigmentasyon, yukarıda da söylendiği gibi, tedricen ve yumuşamaya uğramadan harap olan dentin dokusunda meydana gelir. GYSEL bu noktaya işaret edip, «siyah olan mine değil açığa çıkmış olan dentindir, bunları çürük sonucu ağızda kalmış kök kalıntıları ile karıştırmamalıdır» der.

BELTRAMI ve ROMIEU'ya göre siyah pigmentasyonun melanin pigmentinden ileri gelmesi muhtemeldir. Bu konuda BENNEJEANT, açığa çıkan dentinin oxybiöse halinde melanin imal ettiğini ileri sürmektedir. Halbuki, anoxybiotik olan çürükte renkleşme indolik asitten mütevellittir.

FRANK ve CHAMPY, bu siyah renkleşmenin menşeinin tesbiti için melanodontik süt azılarından bileme preparatları yapmışlar ve bu kesitlerde, dağılmış ve harap olmuş bir yüzeyel tabakanın altında çok koyu pigmentasyonlu siyah adacıklar gösteren dentin artıkları müşahade etmişlerdir. Bu tip lezyonlar çürükte görülmezler. Bu hastalığın anatomopatolojik araştırılmasında, melanodonsi'yi çürükten ayıran özellik bu çok koyu pigmentasyon bölgeleridir.

Aynı müellifler, yaptıkları araştırmalara dayanarak, renkleşmenin melanin pigmentinden değil, melaninogenicus adlı bir bakterinin hasil ettiği hematin pigmentinden ileri geldiği sonucuna varmışlar ve bunu karakterize eden demir elemanlarının mevcudiyetini göstermişlerdir.

2. Minenin normal yapıda olmaması:

Melanodontik lezyonun diğer bir karakteristiği, minenin de jeneransıdır. Genezi hakkında pek kesin birşey bilinmemekle beraber, mine dokusunda yansıyan ve adamantin organında fonksiyonel bir sapma sonucu meydana gelmiş olması muhtemeldir.

Geo BELTRAMI, adamantin organında sessizce gelişen bir kronik harabiyet bahis konusu olduğunu ileri sürerek bu hastalığa «adamtose» adını verir. Bu müellif lezyonun post-natal olup intra-uterin hayatta gelişen minenin sağlamlığına dikkati çeker. Yani melanodonsi neo-natal çizginin üzerinde meydana gelir.

Bu konuda NADAL-VALDURA'nın elektron mikroskobu ile yaptığı araştırmaları önemlidir, bir önceki hipotezi çürütmektedir. Buna göre hâdis, neo-natal çizginin kâh altında kâh üstünde meydana gelmektedir. Yani dişin gelişim ve mineralizasyonundaki bozukluklar mineyi bütün olarak etkiler. Melanodonsi enfantil bir mine displazisi olarak kabul edilmelidir.

Bu konuda HESS'in düşünceleri şöyledir: «Bilindiği gibi melanodonsi ilk olarak üst süt kesicileri üzerinde ortaya çıkar. Bu dişlerin kuronları doğumda 4/5 oranında kireçlenmiş durumdadırlar. Melanodontik lezyon vestibüler yüzün orta bölgesinde başladığına göre, doğumdan önce teşekkül etmiş mine kısmında meydana geliyor demektir».

BAUME ve MAYER, melanodontik dişlerin dekalsifiye kesitleri üzerinde pre-natal dentinin, çürük veya odontoklazik dişler üzerinde görülmeyecek şekilde areoler bir görüde olduklarını ileri sürerler. Ak-

sine, doğumu takibeden ilk aylar sonunda ortaya çıkan hastalıklar post-natal melanodontik dentin bölgesinde bir iz bırakmamaktadırlar. MEYER'e göre ayrıca adamantin organı mine sekresyonundan önce yaralanmıştır, yani bir «adamantoz veya adamantoblastoz» bahis konusudur.

GYSEL, «adamantoblastoz» terimini kullanır.

MUGNIER, özel bir «diş» zemini olmaksızın, yani minenin iç stürüktüründe muhtemel bir anomali olmaksızın, klinik olarak melanodontik bir reaksiyonun ortaya çıkamayacağı kanısındadır. Müellife göre «displazi»den çok, lezyon evolutif olduğu için burada bir «distrofi» bahis konusudur denilebilir. Zira displazi terimi, fiks bir lezyonu, dokularda meydana gelmiş sikatrisiyel lezyonları ifade etmek için kullanılır. Bu son fikre itirazlar fazladır.

Melanodonsi'nin, dişin organogenez veya morfogenez'inden çok önce tahakkuk etmiş bir konstitüsyon bozukluğu olduğu da ileri sürülmektedir. Hastalığın irsî olduğunu iddia eden müellifler bu fikri savunurlar.

Melanodonsi'nin süt dişlerine özgü olması problemi:

Bu konuda melanodonsi'nin klinik ve histolojik olarak iki ayrı açıdan ele alınması gerekir. Klinik olarak daimi dişler üzerinde de melanik lezyonlara, yani siyah renkli, cilâlı, pulpanın tedricen ufalmış olduğu, ağır gelişimli, mine harabiyetli lezyonlara rastlanır. Fakat bunlar melanodonsi ile aynı sistematizasyonu göstermezler. Bu bakımdan burada aynı lezyon mu, yoksa daimi dişler üzerinde özel bir çürük lezyonu mu bahis konusu olduğu şüphelidir.

Sonuç olarak, melanodonsinin süt dişlerine özgü bir lezyon olduğu söylenebilir. Yalnız GYSEL, 20 yaşında genç bir kızın daimi diş dizisinde melanodonsi'ye rastladığını kaydetmektedir.

4. Melanodonsi ve çürük karşılaştırılması:

ÇÜRÜK

MELANODONSİ

Fark gözetmeksizin süt ve daimi diş dizisinde görülür. Özellikle süt diş dizisinde görülür.

Lokalizasyon: Fissür, arayüz, koleLokalizasyon: Vestibüler yüz, aravestibüler yüz. yüz.

Frekans : % 75 (5 yaşında)	Frekans : % 2-4
Mine başlangıçta dayanıklıdır, an-Mine harabiyete direkt olarak uğ-cak desteksizlik yüzünden sekon-rar. Bu bir adamantoz veya ada-der olarak harap olmuştur.	mantoblastozdur.
Dentin değişmiş ve harap olmuştur.	Dertinde müdafaa reaksiyonu ola-rak sekonder tabaka meydana ge-lir.
Derinliğine doğru ilerleyip polarize olur, koni şeklindedir.	Lezyon minenin ortadan kalkma-sından sonra eksantrik olarak ya-yılır, dentin çıplak kalır.
Renk: kirli gri, koyu gri.	Renk : siyahımsıtrak esmer, cilâlı.
Koku: genellikle var.	Koku : yok.
Ağrı : var ,mekanik, fizik, kimyasal etkilere karşı.	Ağrı : yok
Tedavi edilmediği takdirde pulpiti-se doğru gelişir.	Tedavi edilmediği takdirde ekseri-ya hiçbir reaksiyon.
Mine duvarları kırılır, dentin harap olur, pulpa açılır.	Abrazyonla aşınma, pulpa odasının sekonder dentinle tedrici dolması.
İnfeksiyöz komplikasyon: paruli sellülit.	Sona doğru periodontal aralık yolu ile paruli, had komplikasyon yok.
Bütün dişlerde sistematik olmak sızın görülebilir.	Sistematik olarak gelişir, daima üst kesicilerin vestibüler yüzünde başlar lateral, azılar ve kaninlere doğru yayılır. Alt arkada daha geç ortaya çıkar. Önce süt azılarında başlar.
	Alt orta kesiciler hemen daima sağlam kalır.

5. Alt süt kesicilerinin melanodonsi'ye gerçek bir bağışıklıkları var mıdır? Niçin en fazla afete uğrayanlar üst süt kesicileridir?

MUGNIER nin iddiasına göre bunu araştırmak için çok gerilere gitmek gerekir. Üst çene ön bölgesi embriyoner ve fõtal hayatta vaskularizasyon bakımından en zengin bölgedir. Aksine mandibula ve birinci embriyoner arkin ekstremitiesinde bulunan alt kesiciler bölgesi damarca fakirdir. Hastalığın üst kesiciler bölgesinde başlaması ve alt kesicilerin bağışıklığını ve vaskularizasyon farkına bağlamak düşünü-

lebilir. Bazı müellifler ise bu bağışıklığın, çürükte olduğu gibi, alt dişlerin tükürükle devamlı olarak yıkanmasından ileri geldiğini iddia etmektedirler.

Son düşünce olarak, alt kesicilerinin melanodonsi'ye bağışıklıklarının zehiri olup, üst süt kesicilerine nisbetle daha az orantıda da olsa gene de melanodontik lezyonlar gösterebilecekleri kabul edilmektedir.

E. T E D A V İ

Vak'anın durumuna göre değişik tedavi şekilleri uygulanabilir.

Sadece üst kesici-kanin blokunu ilgilendiren en basit şekillerde, kuronlar tamamen harap olmamış durumda iseler, renkli dentin tabakası kaldırılıp, kavite hazırlanarak dolgu yapılır.

Daha yaygın ve ileri şekillerinde, dişlerin sistematik olarak depulpe edilmeleri tavsiye edilebilir.

Pulpanın muhafaza edildiği vak'alarda residiv ve ayrıca hastalığın süt azılarına doğru yayıldığı görülmüştür. Aksine, sistematik kanal dolgusu ve amputasyon yapılan vak'alarda melanodonsi'nin kesinlikle durduğu ve ilerlemediği görülmüştür. Bu durum karşısında pulpanın melanodonsi'nin gelişiminde bir rolü olup olmadığı düşünülebilir (DRUO).

Bu hal, çürükte olduğu gibi, melanodonsi'nin patolojisinde de dokuların fizyolojisini dikkate almak gerektiğini isbat etmektedir (HESS).

Genellikle, bilhassa melanodonsi alt ve üst süt azıların da içersine alacak şekilde ilerlemişse, kronların harabiyeti sonucu alt yüz boyutu kısalır. Bu bakımdan prefabrike kuronlara başvurmak böylece öklüzyona normal yüksekliğini kazandırmak yerinde olur.

Enfeksiyon işe karıştığı takdirde, gerekli dişlerin çekimi ve yerine göre ortodontik veya protetik tedavi yapılır.

Az sayıda diş kaybı bahis konusu ise, sabit veya müteharrik yer tutuculara başvurmak gerekir.

Süt dişlerinin büyük bir kısmını veya tamamını küçük yaşta kaybeden çocuklarda tedavi, protetik veya ortodontik olmak üzere iki büyük guruba ayrılabilir. Birinci tedavi şeklini, birinci sürekli azılar ve kesicilerin sürmelerine kadar geçen sürede kullanılan total veya par-

siyel protezlerin yapılması teşkil eder. Bu protezler, kesicilerin ve azıların sürmeleri esnasında bir yer tutucu olarak hizmet etmek üzere uygun bir şekilde modifiye edilirler. Ortodontik tedavi başladığı zaman bu apareyler terkedilirler.

Böyle bir tedavinin endikasyonlarını ve hastaya sağlayacağı faydaları şu şekilde sıralayabiliriz :

1. Eğer erken diş kaybı ile birlikte, çenelerin basal kısmını ilgilendiren bir anomali de mevcutsa yapılan protez sadece önleyici bir tedbir değil, fakat, lüzumlu bir tedavi apareyi olarak da iş görür. Çapraşıklık, gerçek veya yalancı III sınıf maloklüzyonların ve süt azıları bölgesindeki erken diş kayıpları ile ilgili derin aşırı kapanış vak'alarının başarılı tedavisi için önceden gerekli bir tedbirdir.

2. Genellikle fazla sayıda diş kaybından sonra çocuk, alt çenesini ileri doğru (III. sınıf bir münasebete) getirme eğilimindedir. Bu durum yaşlı hastalarda görülenin benzeri olup, kavisler arasında ve temporo mandibular eklemde doğru olmayan pozisyonlara yol açabilir. Daimi dişler sürdükleri zaman bir maloklüzyon görülebilir. Protezlerin yapımı, çene, eklem ve dilde arzu edilmeyen durumların ortaya çıkmasını önler.

3. Protezlerin tatbikinden sonra, çocuklarda estetik ve fizyolojik bir düzelme görülür. Protezde bir değişiklik yapılmak istendiğinde çocukların büyük bir kısmı, kısa bir süre için bile apareylerinden uzaklaşmak istemezler.

4. Fazla sayıda diş kaybına (özellikle ön bölgede) uğramış olan bir çocuğun konuşması da protezlerin takılmasından sonra düzelir.

5. Protezler, çiğneme fonksiyonunu iade ettikleri için dengeli bir diet de sağlarlar.

6. Protezler muntazam olarak tatbik edildikleri takdirde, daimi dişlerin indifalarında bir gecikme veya sapma görülmez.

7. Böyle bir tedavide önemli faktör, hastanın seçilmesidir. Protetik tedavinin çeşitli safhalarına uygun bir şekilde cevap vermeğe veya protezleri taşımaya her çocuk müsait değildir. Mutad olarak, ebeveynin, çocukların protezleri takip takımıyacakları hakkında çok şüpheli oldukları görülür. Eğer anne-baba herhangi bir şekilde karşı koyuyorlarsa, protezler şüphesiz ki başarılı olamayacaklardır. Bu bakımdan ebeveynin tam işbirliği, tedavinin başarısı için en gerekli şartlardan birisidir.

II, B Ö L Ü M V A K A A T A K D İ M İ

Adı ve soyadı : Nilüfer Akgün
Yaşı : 5, Cinsiyeti : Kız

Müracaat tarihi : 12.4.1971

Adres : Zeytinburnu-Yeşiltepe-26 Blok-No: 15

A. A N A M N E Z

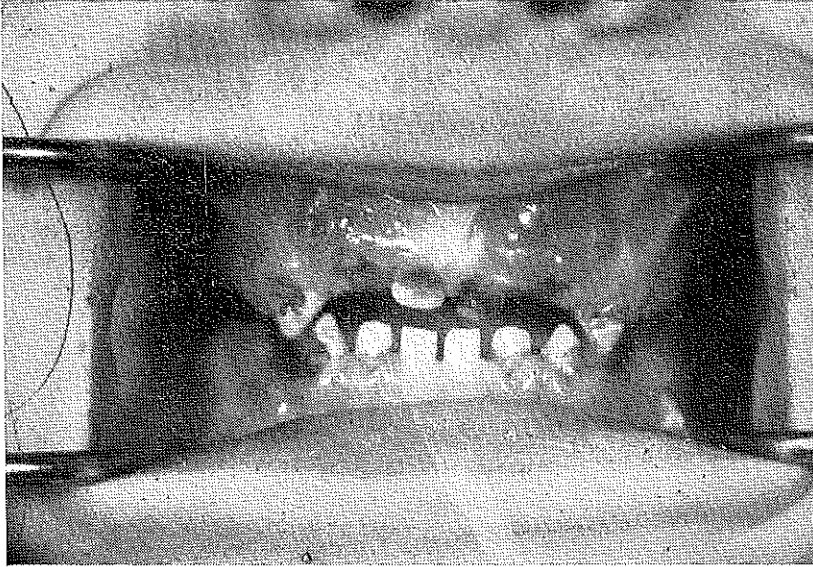
Doğum normal zamanda ve komplikasyonsuz. Anne, hamileliğin son aylarına doğru ağır bir gripal enfeksiyon geçirmiş. Beslenme ane sütü ile ve normal. Geçirdiği hastalıklar: kabakulak, boğmaca.

Baş ve yüz bölgesinde çarpma veya düşmeden mütevelli bir yaralanma yok. Herhangi bir ameliyat geçirmemiş. Sık sık nezle olmakta. Psikik dengesi normal.

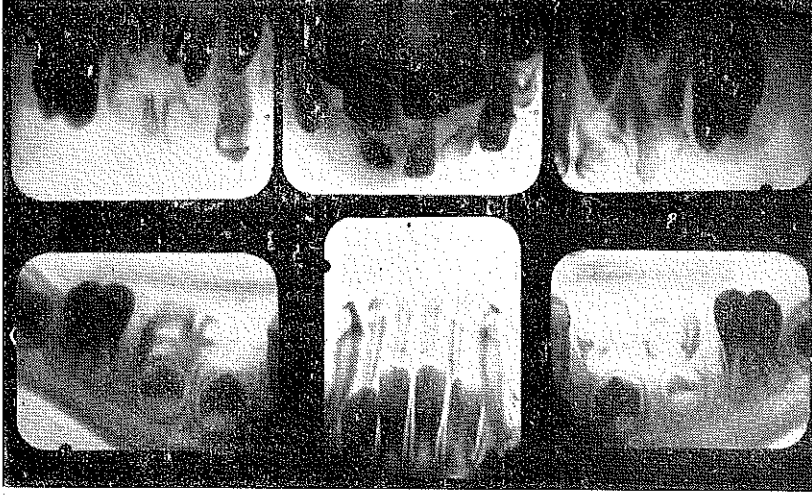
Süt dişlerinin sürme kronolojisi normalden erken. Üç ayda bir dişhekimi kontrolünden geçmiş. Diş fırçalama: günde iki defa. Herhangi bir kötü alışkanlığı yok. Burundan solunum yapıyor.

B. K L İ N İ K M U A Y E N E

A ğ ı z D i Ő i : Renk değişikliği ve asimetri yok. Yalnız alt çene ileri pozisyonunda.



Resim : 1



Resim : 2

Ağız içi muayene : Ağız hijyeni orta. a) Yumuşak dokular: Dişetleri, çürük dişler bölgesinde hiperemik. Dişlerin çoğunun apeksleri hizasında vestibül mukozasına açılan fistüller görülüyor. Tonsillalar hipertrofik, dil normal. b) Dişler, hasta süt dişi dizisine sahip. Birinci büyük azılar bölgesinde mukoza kabarıklık fakat dişler görülüyor.

Üst çenede süt kaninleri hariç, süt orta keserleri kısmen, süt yan keserleri ve azıların kronları tamamen harap durumda. (Resim: 1). Süt kaninlerinin vestibüler yüzlerinde ara yüzlere doğru yayılan kahverengi, sert tabanlı lezyonlar var.

Alt çenede süt azılarının kronları tamamen harap. Süt kaninleri ve yan kesicilerinin vestibüler yüzlerinde melanodontik lezyonlar görülüyor. Süt orta kesicileri «Melanodonsi enfantil»in karakteristiği olarak sağlam kalmıştır.

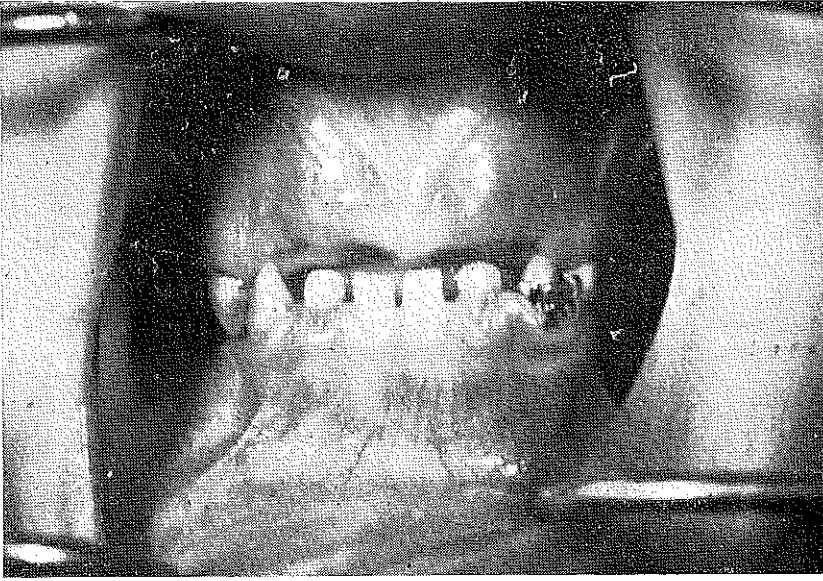
Radyografik Kontrol : (Resim: 2) Üst süt kaninleri ve alt frontal dişler hariç, diğer süt dişlerinde patolojik kök rezorbsiyonları müşahade ediliyor. Birinci büyük azıların sürmeleri yakın. İkinci büyük azı ve diğer daimi diş jermelerinin gelişmekte olduğu görülüyor. Yalnız, sol alt ikinci küçük azının gelişimi simetriğine göre çok geri kalmış.

C. TEŞHİS

Etyolojisi kesin olarak aydınlatılmayan, çabuk gelişimli, yaygın «melanodonsi infantil».

D. TEDAVİ

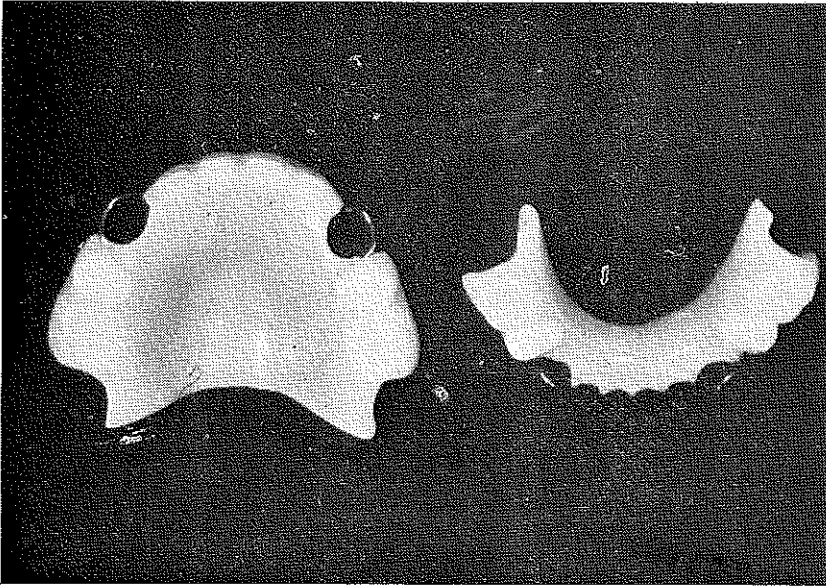
Üst süt kaninleri ve alt kaninden kanine frontal süt dişleri hariç, diğer bütün dişleri çekildi. Kaninlerin vestibüler ve aproksimal yüzlerini ilgilendiren lezyonun yumuşak kısımları kaldırılarak amalgam dolgu yapılır (Resim: 3) te çekimden sonra fistül yerlerinin iyileştiği, mukozanın normal görünümünü kazandığı ve sağ alt ve üst kaninlerin amalgam dolgudan sonraki durumları görülüyor.



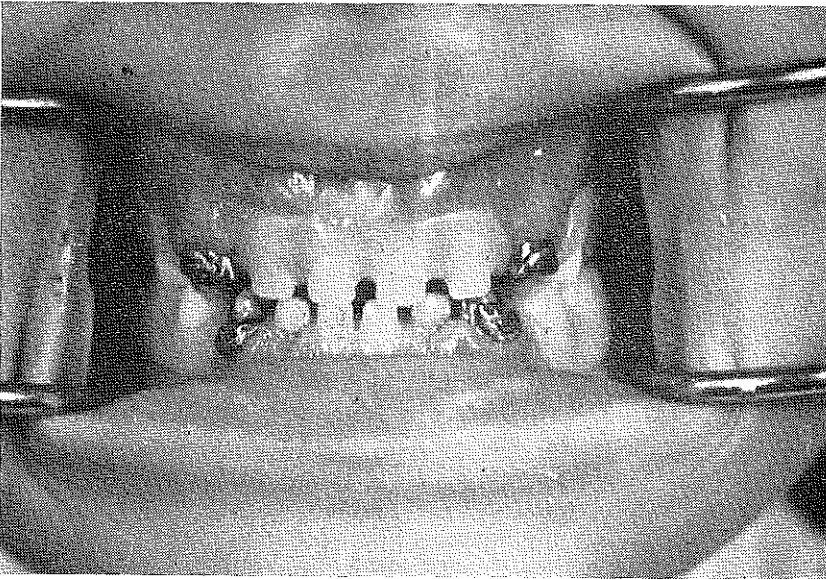
Resim : 3

Daha sonra bu dişler için ortodontik halkalar hazırlandı. Bu halkaların vestibüler yerleri üzerine, apareylerin kroşelerini tutmaya hizmet etmek gayesi ile 0,7 mm. kalınlığında küçük birer tel parçası lehimlendi. Halkalar dişlere simante edildi.

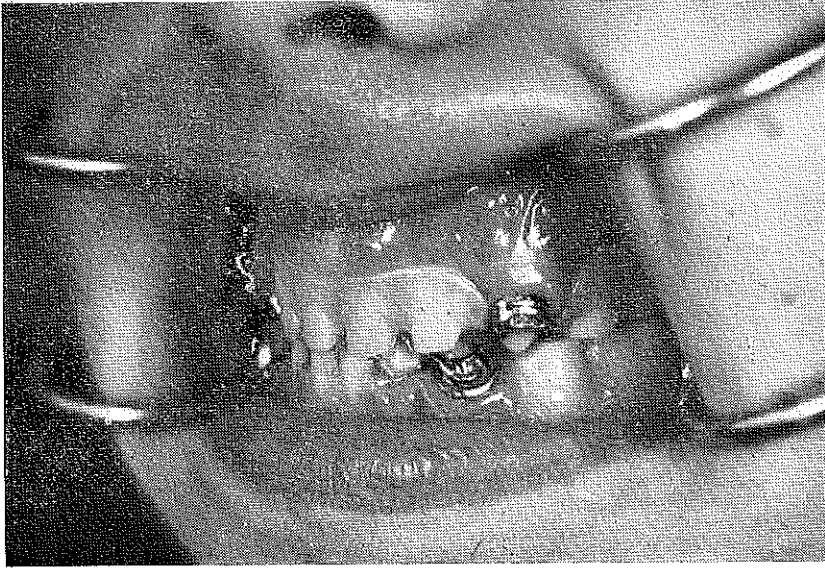
Üçüncü randevuda alginat cinsinden bir ölçü maddesi ile alt üst ölçüler alındı. Bu ölçülerden elde edilen modeller üzerinde kapanış şablonları hazırlandı ve hasta ağızına tatbik edildi. Merkezi kapanışın tesbitinden sonra alt ve üst protez apareyleri laboratuvarında tamam-



Resim : 4



Resim : 5



Resim : 6



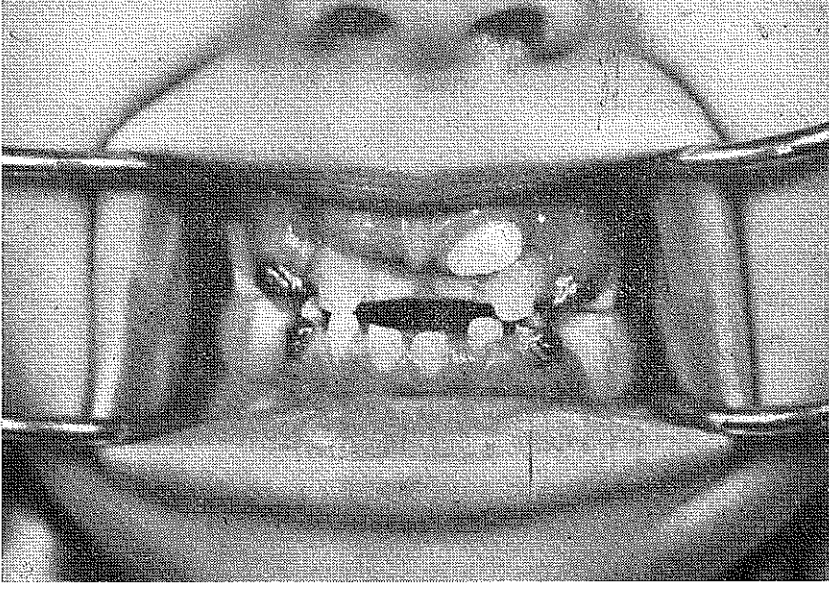
Resim : 7



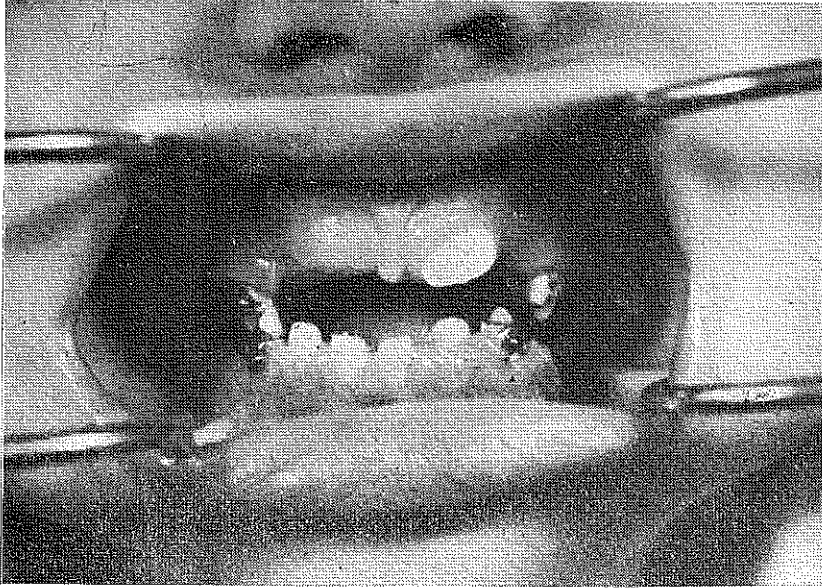
Resim : 8

landı (Resim: 4) te yapılan apareyler, (Resim: 5 ve 6) da protezin ağızda iken cephe ve yandan görünüşü belirtilmektedir.

Hastada mevcut olan III. sınıf kapanışı düzeltmek için ayrıca bir ağız dışı apareyden de faydalanıldı. Bu apareyde ankraj olarak ense



Resim : 9



Resim : 10

seçildi ve krogren kurdeleden bir başlık ve çenelik yapıldı. Yatay ve eğik yönde kullanılan lâstik rondeller yardımı ile alt çene yukarı ve geriye doğru çekilmektedir (Resim: 7 ve 8).

Üst orta kesiciler sürmeye başladıkları zaman, üst apareyin bu dişlere tekabül eden kısımları kesildi (Resim : 9 ve 10).

Bir süre sonra da, kaninler arası boyutta bir artış olduğu için üst apareyin yenilenmesi gerekti. Bu defa, kesiciler bölgesinde diş ihtiva etmeyen yeni bir aparey yapıldı.

RESUME

La mélanodontie infantile a été décrite par G. Beltrami. Cette affection atteint 2.3 p. 100 des enfants et frappe exclusivement la denture des deux sexes. Elle s'observe entre 1 et 3 ans. La lésion initiale intéresse l'émail de la face vestibulaire des incisives supérieures temporaires, elle est caractérisée par la pigmentation noire. Le diagnostic différentiel se pose avec la carie et l'amélogenèse imparfaite.

Traitement: Dans les cas simples, après, l'excision de la dentine colorée, on fait l'obturation. Si le processus est évolutif, il faut préférer la depulpa-tion systématique. Pour conserver la hauteur de l'articulé, on peut profiter des couronnes préfabriquées. Au cas de la perte de quelques ou plusieurs dents, il faut recourir aux maintiens d'espaces ou bien aux appareils de prothèse amovible.

LITERATÜR

- 1 — **Ata (P.)** : Konservatif Diş Tedavisi, Yenilik Basımevi - İstanbul, 1966.
- 2 — **Bechtold (P.)** : Besombes (A), Druo (J), Gysel (C), Hess (J. C.), Kerebel (B), Meyer (J), Mugnier (A), Beltrami (I): Table ronde sur le Thème Mélanodontie et Carie Dentaire., La Pédodontie Française, 1969, vol. III.
- 3 — **Beltrami (G), Grether (A), Pelouzet** : Influence de la Mélanodontie sur l'évolution de la deuxième dentition. Orthod. Franç., 1949. 20, 31.
- 4 — **Beltrami (G) et Romieu (M)** : La Mélanodontie Infantile., Revue Stom. Paris, 1939, 41, 433.
- 5 — **Chaput (A)** : Stomatologie., Ed. Méd. Flammarion, Paris, 1967.
- 6 — **Cockburn (A) and MacGregor (A)** : The Dental Practitioner XI : 309-313, 1961.
- 7 — **Druo (J. J.)** : Traitement Prophylactique de la Mélanodontie Infaltile, J. Dent. Belge, 1953, 44, 12.
- 8 — **Frank (R) et Champy** : A propos de la Mélanodontie, Rev. Stom. 1962, 63, 710.
- 9 — **Kerebel (B)** : Mélanodontie, des Dents Permanentes, R. Fr. Od. Stom. 962, 8, 1134.
- 10 — **Kraus (A)** : Partial Dentures as an aid Orthodontic Therapy., E. O. S. 258-264, 1964.