

## Ortodontide Kötü Alışkanlıkların önemi (Tipik bir vak'a münasebetiyle)

Neclâ ENÜNLÜ (\*)

Çocuklarda görülen kötü alışkanlıkların, bazan tedavisi imkânsız ortodontik anomalilere sebep olduğu görülmektedir. Ağızdan solunum, parmak, başparmak veya elin herhangi bir kısmını emme, emzik emme, dil, dudak, yanak emme, yatak örtülerinden veya çamaşırının herhangi bir kısmını emme, dudak ısırma, yanak ısırma, tırnak ısırma, tırnak yeme, dişler arasına dili sokma veya yabancı bir cisim (kalem, silgi, oyuncak parçaları) sokup ısırma, diş gıcırdatma gibi fena alışkanlıklar az çok bir arıza bırakmaktadır (5, 7, 10, 11, 13). Bu kötü alışkanlıklar bazan hemen doğumu takiben bazan da daha sonra başlamaktadır. Meydana getirdikleri ortodontik deformasyon da fena itiyadın şiddeti, tekrarlanma sıklığı, devam süresi ve doku mukavemeti ile orantılı olarak değişmektedir (3, 4, 8, 14).

Bu alışkanlıkların meydana gelmesinin nedenleri çeşitlidir. Bazan çok ufak bir sebep bu alışkanlığın yerleşmesi için yeterli olabilir. Bu, bazan bir arzunun, bazan da bir sıkıntı veya rahatsızlığın tezahürü olabilmektedir. Diğer deyimle, çocuk ya hakiki bir ihtiyacını tatmin etmek üzere bir kompensasyon olarak veya hissettiği bir zevk dolayısıyla bu alışkanlıkları benimsemektedir. Anne, baba veya dadi gibi çocukla meşgul olan muayyen tiplere karşı insiyakî temayüller, açlık, uykusuzluk, yorgunluk veya çocuğun hissettiği veya arzuladığı muayyen bir şeyin yerine getirilmemesi, ihmal edilen veya oyalanmayan

---

(\*) İ. Ü. Dişhekimliği Fak. Çene ortopedisi kürsüsü Doçenti.

çocuğun bir şeyle meşgul olma arzusu bu meyanda ilk akla gelenlerdir. Freud'a göre ise, bu, çocuğun seksüel duygularının bir tezahürüdür. Daha ileriki yaşlarda ise çocuklar bu alışkanlıkları dikkati çekmek, büyükleri kopya etmek veya taklit etmek suretiyle kazanırlar (5, 6, 7, 12).

Bebeklik çağında çocuk bu alışkanlığı tamamen kendisi icat ettiği gibi, buna ebeveynler de sebep olabilirler. Meselâ, emzik denen bir nesnenin dünyadaki mevcudiyetinden haberdar olmayan çocuğa, bu cismi ebeveynler tanıtır ve alıştıırırlar. Emzik emmenin fayda ve zararları uzun uzun tartışılabilir. Bazı müellifler, anne sütü alamayan ve dolayısıyla kâfi derecede emme fonksiyonunu yapmayan ve emme zevkini tatmin edemeyen çocukların emzik emmelerine müsaade edilmesinin gerekli hatta zarurî olduğunu bildirmektedirler (2, 9, 10). Diğer taraftan uzun süre emzik emen çocuklarda bu fena alışkanlığın bıraktığı arızalar veya sebep olduğu maloklüzyonlar da bilinmektedir. Ayrıca, uzun süre emzik emmeye devam eden çocuğa bu alışkanlığını terk ettirmek de bir mesele olacaktır. Bazan emzik emmekten vaz geçirilen çocuğun derhal parmağını emmeğe başladığı görülmektedir. Bu durumda alışkanlığa sebep olan cismi ortadan kaldırma şansı da yoktur, zira bu, çocuğun kendi vücudundan bir parçadır ve her an, her yerde yanında taşımaktadır.

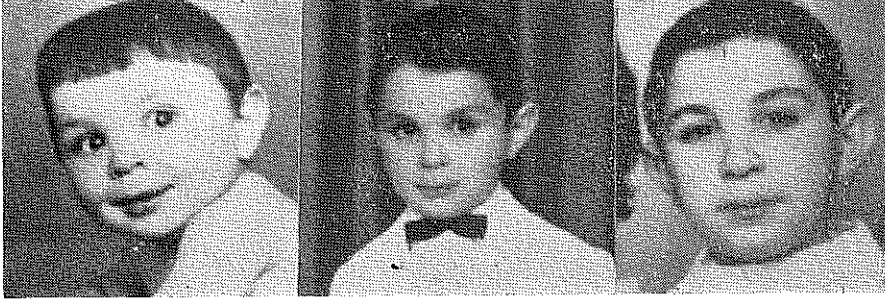
Böyle bir itiyada alışmanın sebepleri de tartışma konusu olabilir. Bu alışkanlıkların her çocukta görülmemesinin veya bir çocukta 13-14 hatta 18 yaşına kadar görülürken bir diğer çocukta hiç görülmemesinin nedenleri çoktur. Aynı ebeveynler tarafından büyütülen çocuklarda hatta ikiz çocuklarda dahi bu alışkanlıklara düşkünlüğün farklı olduğu görülmüştür (5). Ayrıca kızlara nazaran erkek çocuklarda parmak emme alışkanlığının daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (11). Bu tıpkı büyük insanlarda görülen temayüllere benzemektedir. Bir kimse ancak puro içerek tatmin olduğu halde bir diğeri sigaradan daha nefret edebilir.

Çocuklarda görülen kötü alışkanlıklar arasında en sık rastlanılanın baş parmak emme olduğu bildirilmektedir (5, 7). Daha sonra parmak emme ve diğer alışkanlıklar gelmekte, yanak ısırma, dudak ısırma ve dudak emme daha az nisbette görülmektedir. Dudak emme alışkanlıklarında, ekseriya alt dudağın emildiği görülmektedir. Alt dudağa nazaran daha zor olan üst dudağın emilmesi nisbeten az görülen vak'alardandır.

#### **Vak'a takdimi :**

Vak'amız üst dudağının sol tarafını emen O. S. adında, 12 yaşında bir erkek çocuğuna aittir.

Hastamız 16 ay anne sütü almış. 1. haftadan itibaren ilâve mamarlar verilmiş. Hastaya emzik verilmemiş, tülbent arasına kocan badem ezmesini emiyormuş. İlâve mamarlar kaşıkla verilmiş. 16. ayda memeden kesilince dudaklarını emmeye başlamış. Küçüklük resinlerinden de anlaşılacağı gibi başlangıçta herhangi bir renk değişikliği ve şişlik yokmuş. (Şekil: 1, 2, 3)

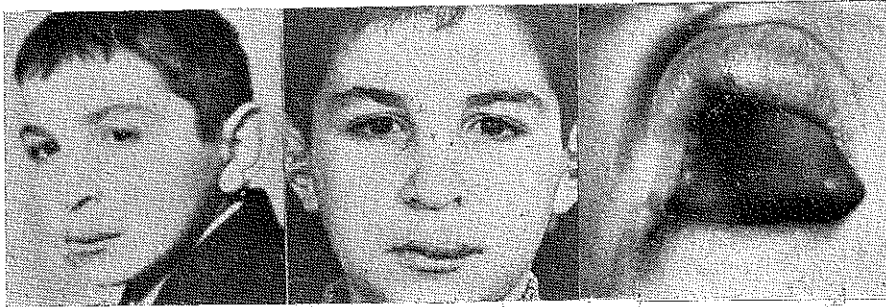


Şekil : 1

Şekil : 2

Şekil : 3

6-7 yaşından itibaren kırmızılık ve şişlik başlamış ve gittikçe artmış (Şekil: 4, 5, 6). Bebeklik çağında her zaman tekrarlanan bu fena alışkanlık daha sonraları yapılan telkinlerle gündüzleri terk ettirilmiş, fakat çocuk uyurken dudaklarını emmeğe devam ediyormuş.



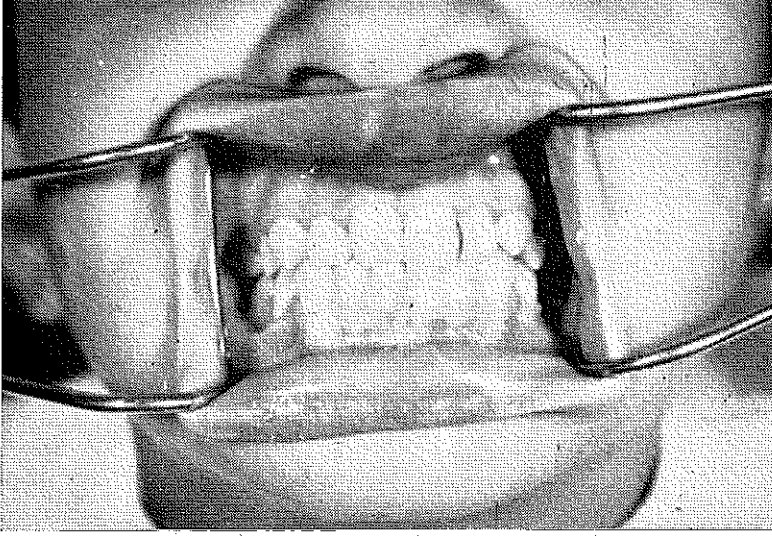
Şekil : 4

Şekil : 5

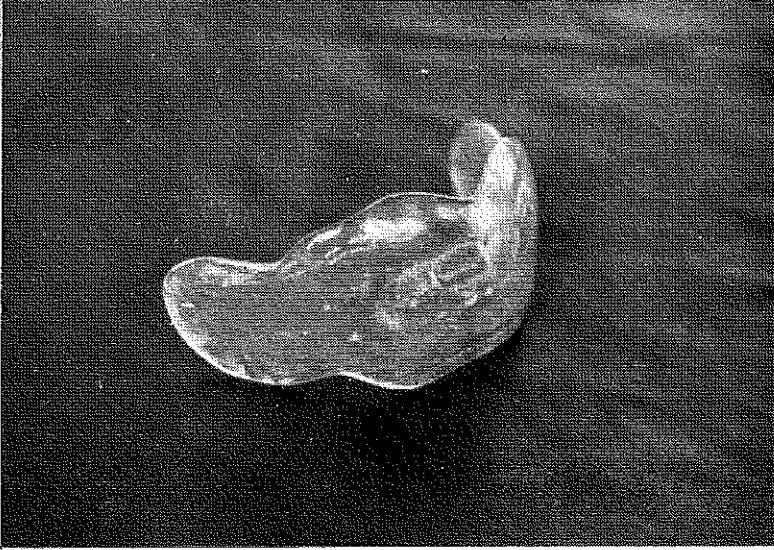
Şekil : 6

Hasta bize Ocak 1969 da 11 yaşında müracaat etti. Üst dudaklarının sol tarafı diğer tarafa nazaran daha şişkin, daha sert ve daha koyu bir renk arzietmekteydi. Muayeneler sonucunda dudaktaki bu şişliğin kavernoöz dipi multi-lokuler hemangiom olduğu anlaşılmıştır. Diş ka-

vislerinde bu fena alışkanlıkla ilgili önemli bir değişiklik görülmedi. Yalnız dudağın emildiği sol tarafda, üst yan kesicinin distal kenarı vestibuloversion yapmıştı (Şekil: 7).



Şekil : 7



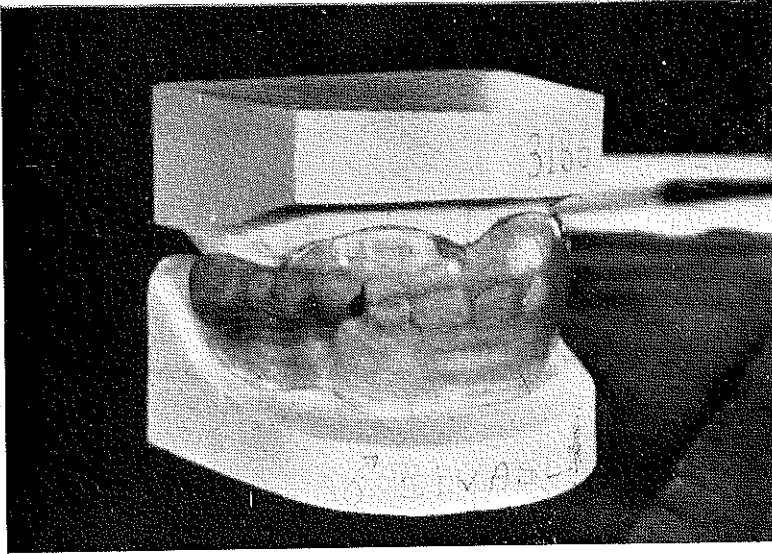
Şekil : 8

### **Uygulanan tedavi :**

Hasta bu emme alışkanlığını uyurken yani şüursuz olarak yaptığı için hastaya sadece uyurken kullanacağı bir «Oral Screen-Baillon-Apareyi yapıldı (Şekil: 8).

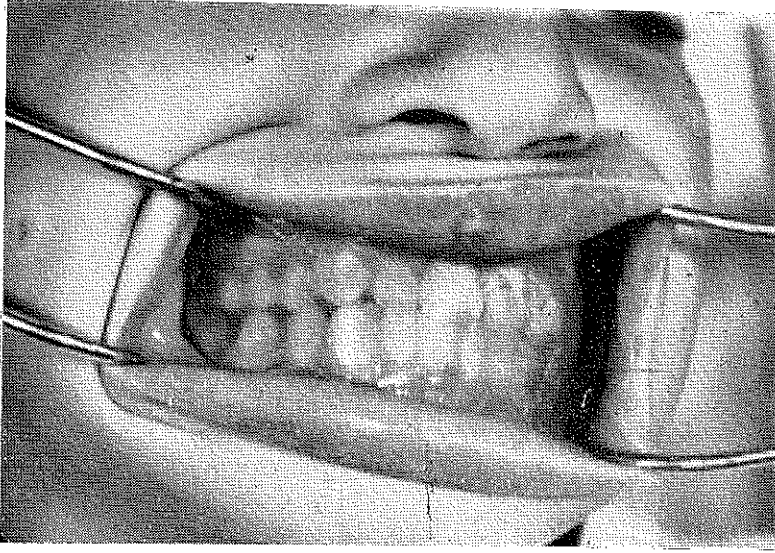
### **Apareyin hazırlanması :**

Hastadan üst-alt bir ölçü alınmış ve hazırlanan model kapanış haline getirildikten sonra kalemle vestibül derinlikleri çizilmiştir. Aparey retromolar bölgeye kadar üst alt bütün vestibülü kaplayacak şekilde önce pembe mumdan, sonra akrilik olarak hazırlanmıştır. Aşağıdaki resimlerde de görüleceği şekilde, aparey kolaylıkla takılıp çıkarılabiliyor fakat kendiliğinden ağızdan düşmüyordu. Yapılan aparey hastayı hiç bir şekilde rahatsız etmiyor hem diş kavislerine, hem de vestibül kenarlarına gayet iyi intibak ediyordu. Bu aparey ağızda iken hasta ne kadar gayret sarfederse etsin dudağını emmesi kabil olmuyordu (Şekil: 9, 10).



Şekil : 9

Kontrole gelişlerinde, şişli ve kırmızılığın artması veya azalmasına göre, apareyin devamlı takılıp takılmadığı derhal anlaşılıyordu. Hastanın apareyini unutup bir gece dahi takmamasının, ertesi gün derhal fark edildiği, annesi tarafından ifade edilmiştir.



Şekil : 10

#### **Tartışma :**

Bu hemangiomun teşekkülüne yüzde yüz dudak emme alışkanlığı mı sebep olmuştur? Patoloğların iddialarına göre bu zayıf bir ihtimaldir, mutlaka doğuştan bir hemangiom nüvesi mevcuttur. Hemangiom nüvesi ya dudak derinliğinde gizli olarak vardı veya dudakın iç veya dış yüzünde herhangi bir yerde gözden kaçacak derecede ufaktı. Şayet çocukta böyle bir emme alışkanlığı olmasaydı bu hemangiom belki de asla tezahür etmiyecek ve bu derece genişlemiyeycekti. Patoloğlara göre, eksitasyonların proliferatif bir rolü olmuştur. Yani emme ile kapillerlerde meydana gelen menfi basınç, kan tazyikinin artmasına ve dolayısıyla kapillerlerin genişlemesine sebep olmuştur. Thoma'ya göre emmenin hemangiom kapillerleri üzerindeki negatif basıncı dolayısıyla kapillerlerdeki kan miktarının ve hidrostatik basıncın artması muhtemelen kapillerleri meydana getiren endotel hücrelerinin üremesi için mekanik bir stimülüs yerine geçmiş olabilir. Rcus ve arkadaşlarının araştırmalarından çıkan sonuca göre Karsinogenezin safhaları meyanında neoplastik karakter kazanmış bir hücrenin daha sonra tümör meydana getirebilmesi için kazanması gereken proliferatif potens, neospesifik faktörler tarafından hücreye verilmektedir. Bu olayı vakamıza tatbik etmek gerekirse, hemangiomun genezinde emmenin tevlit ettiği vakum tesirinin proliferatif potens veren ikinci faktör olarak kabul edilmesi gerekir (1).

Bizim uyguladığımız tipte bir aparey ile kavernoöz tipi multilokuler bir hemangiom'un tedavi edilemeyeceği gayet aşikârdır. Bu aparey ancak eksitasyonlara mani olarak lezyonun daha vahim bir hal almasını önleyecektir.

Hastanın estetik görüşünü düzeltmek için hemangiomun cerrahî müdahale ile çıkarılması şarttır. Ancak hemangiomun lokalize olması için, önce dudağın hemangiom bölgesine Rodon tipi altın izotop yerleştirilecek, bilahare lokalize olduktan sonra cerrahî müdahaleye başvurulacaktır.

Cerrahî müdahale ile de tedavi sonuç bulmuyacaktır. Zira ameliyattan sonra da hasta dudağını emmeğe devam ederse, derhal nüks görülecektir. O halde hastanın yine bizim apareyimizi takması ve kontrolümüzde bulunması şarttır. Ancak, hasta bu apareyi ne kadar zaman kullanacak? Gelişme çağının sonuna kadar mı, evleninceye kadar mı, ölünceye kadar mı? Bu sorunun cevabını vermek bu gün için kolay olmayacaktır.

## S U M M A R Y

### The Role of bad habits in Orthodontics

#### (Report of a Rare Case)

In the present article, a typical lip-sucking habit case is reported. An eleven-year-old male child has contracted the habit of sucking the left internal part of his upper lip during sleeping. Since 16 month of age as a result of this habit that part of the lip, as compared with the opposite side, presented a more swollen, harder and deeper coloration as if giving the impression of a hemangioma.

As the patient persisted, while sleeping, unconsciously in his habit, it was impossible to have recourse to a psychic suggestion.

Due to the fact that no other orthodontic therapeutic means were available, an «oral screen» was applied.

The appliance (oral-screen) was prepared in such a manner that it would not fall off the mouth without any effort.

With the aid of this appliance whatever the effort of the patient, the sucking of the lip was impossible. In the course of the following up the patient, it became, at once, obvious whether the appliance was used or not.

According to the subjective history of his mother, the lack of the application, even for one night, was perceptible.

In the course of a six-month-treatment, a rather satisfactory result was obtained, despite the occasional negligence of the use of the appliance.

How long is the patient to wear this appliance? Up to eighteen years of age?  
Till getting married? Till the end of his lifespan?  
Those are the questions!

#### L I T E R A T Ü R

- 1 — **Bali T.** : Rogers S., Rous P. - Journal of Experimental Medicine - Vol. 93 No: 5 S. 459 - 1951.
- 2 — **Baril C. and Moyers R. E.** : «An Electromyographic analysis of the temporalis muscles and Certain Facial Muscles in Thumb and Finger-Sucking Patients» Journal of Dental Research vol 39. S. 536 - 1960.
- 3 — **Graber T. M.** : «Extrinsic Factors» American Journal of Orthodontics Vol: 44 S. 26 - 1958.
- 4 — **Graber T. M.** : «Thumb and Finger-Sucking» American Journal of Orthodontics Vol: 45 S: 258-1959.
- 5 — **Graber T. M.** : -Orthodontics - Principles and Practice.Chapt: 6, 13. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London. 1961.
- 6 — **Haryett T. D., Hansen F. C., Davidson P. O., Sandillans M. L.** : «Chronic Thumb-Sucking: The Psychologic effects and the relative effectiveness of the various Methods of Treatment» American Journal of Orthodontics.Vol: 53 S: 569.1967.
- 7 — **Izard G.** : Orthodontie (Orthopédie Dento-Facial) S: 494.Masson et Cie, Editeurs.Paris-1950.
- 8 — **Klein E. T.** : «Pressure Habits, Etiological Factors in Malocclusion» American Journal of Orthodontics Vol: 38 S: 569-1952.
- 9 — **Mack E. S.** : «The Thumb-Sucking Paradox» American Journal of Orthodontics. Vol: 38 S: 130-1952.
- 10 — **Ruttle A. T., Quigley W., Crouch J. T., Ewan G. E.** : «A Serial Study of the Effects of Finger-Sucking» Journal of Dental Research Vol: 32 S: 739-1953.
- 11 — **Salzmann J. A.** : -Practice of Orthodontics - Vol One Chapt. 12 J. B. Lippincott Co. Philadelphia and Montreal - 1966.
- 12 — **Strang R. H. W., Thompson W. M.** : - A Text - Book of Orthodontia - Chapt. 10 - Lea Febiger -Philadelphia - 1958.
- 13 — **Straub W. J.** : «Malfunction of the Tongue» American Journal of Orthodontics Vol: 47 S: 596 - 1961.
- 14 — **Walther D. P. (Hovell J. H.)** : Current Orthodontics - Bristol John Write Sons. Ltd. Chapt. VII. 1966.

95.