

## Ektodermal Displazi'li Bir Çocuğun Protetik Tedâvisi (\*\*\*\*)

Koçak, G. (\*), Gülhan, A. (\*\*), Sandallı, N. (\*\*\*)

### G İ R İ Ő

Ektodermal displazi, ektoderm kökenli dokuların az ya da çok etkilen-  
dikleri irsî bir hastalıktır. Yağ ve ter bezlerinin etkilenmelerine göre, «an-  
hydrotic» ve «hydrotic» olmak üzere iki grupta toplanırlar.

Anhydrotic ektodermal displazi, cinse bağılı olup resessif genle geçer,  
daha ciddi karakterdedir. Başlıca üç özellik gösterir (6) :

1 — *Hypotrichosis* : Saçların rengi çok açık sarı, ince ve seyrektiler.  
Genellikle kaş ve kirpikleri yoktur.

2 — *Anhydrosis* : Yağ ve ter bezlerinde azalma ve ikincil olarak sı-  
cağa dayanıksızlık ile karakterizedir. En hafif enfeksiyonda bile aşırı dere-  
cede ateş yükselmesi nedeniyle, çocukluk döneminde konvülsiyona sık rastla-

(\*) İ. Ü. Dişhekimliği Fak. Protetik Diş Tedâvisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(\*\*) « « « Diş Hastalıkları ve Tedâvisi Anabilim Dalı Öğr. Üyesi.

(\*\*\*) « « « « « « Öğr. Üyesi.

(\*\*\*\*) İstanbul 3. Uluslararası Dişhekimliği Haftası'nda tebliğ edildi (1976).

nr. Burun mukozasında mukus bezleri bulunmadığından, bu membran devamlı enfektedir; kuru ve kabuklu ozena, atrofik rinit, larenjit ve kronik farenjit görülür.

3 — *Anadonti ya da hypodonti (oligodonti)* : Dişlerin hiç bulunmaması ya da eksik olmasıdır. Ağızdaki diş sayısı kişiye göre değişir. Yapılan bir araştırmada (3), 82 anhydrotic ektodermal displazi vak'asının %63.5'inde üst çenede, alt çeneye oranla, %5.4'ünde ise alt çenede üst çeneye oranla daha çok diş bulunduğu saptanmıştır. Her iki çenede aynı sayıda diş bulunan vak'a oranı % 8.1 idi. Çenelerin yalnızca arka bölümünde diş bulunan vak'a oranı % 2.7 ve yalnızca ön bölümünde diş bulunan vak'a oranı % 31.5, ön ve arka dişlerin karışık olarak bulunduğu vak'a oranı ise % 42.5 idi.

Ektodermal displazi'de ön dişler biçim olarak konik ve sivri, boyutları ise normalden daha küçüktür. Arka dişler ise, normal kuronlar ve konik köklere sahiptirler. Hem süt hem de sürekli dişler etkilenenlerdir.

Ayrıca, çıkıntılı alın, çökük kemikli burun, diş eksikliği ve alveol kretinin aplazisine bağlı olarak yüzün dikey boyutunun azalması ve dudakların dışa doğru dönmesi, alt çenenin öne kayması çocuğa yaşlı bir insan görünümü verir.

Doğumdan 2 yaşına kadar hastalık, klinik karakteristiklerini göstermeyebilir. Kökeni belli olmayan ateş ve solunum yolu enfeksiyonu, kafa grafilerinde anadonti ya da oligodonti'nin saptanması ve deri biopsileri tanı için yardımcı olabilirler.

Hydrotic ektodermal displazi, otosomal dominant geni izler. Genellikle Fransız, Fransız - Kanada kökenli ailelerde görülürler. Ter bezleri mevcut olup fonksiyonları normaldir. Anhydrotic ektodermal displazinin öbür klinik belirtilerinin tümünü gösterebilir. Distrofik tırnaklar ve yavaş büyüme bu tipin özellikleridir. Çok aşırı vak'alarda tırnak, el ve ayaklar oluşmayabilir.

Bu iki tipten hangisi olursa olsun, ektodermal displazi'li bir hastada, dişleri açısından uygulanacak tedavi yöntemi, erken yaşlarda vak'aya göre tam ya da bölümlü protez; erişkin yaşlarda ise estetik açıdan gerek varsa jaket ya da porselen kuronlarla ön dişlere normal biçim ve boyutları kazandırmaktır.

## VAK'A BİLDİRİSİ

Bu bildiriye, İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Kürsüsüne başvuran ektodermal displazi'li bir çocuğa uygulanan protetik tedâvi ele alınacaktır.

### 1 — Muayene :

9.6.1976 tarihinde ilk muayenesi yapılan ve 5 yaşında bir erkek çocuğu olan hastanın müracaat nedeni, dişlerinin eksik oluşu idi. Yapılan soruşturmada, anne-baba ve öbür kardeşlerin diş ve ağız bakımından benzer bir şikâyetleri olmadığı saptandı. Doğumu normal ve komplikasyonsuz olmuş, enfeksiyonlu çocuk hastalıklarından bazılarını geçirmiş. Şimdiki durumu :

#### a) Genel Bulgular :

Dişlerinin eksik olmasına rağmen, beslenme, büyüme ve gelişim normale yakın. Derisi hafif kuru ve kabuklu, terleme çok az. Saçlar açık renkte, ince ve seyrek, yer yer baş derisi görülüyor. Kaş ve kirpikleri yok denecek kadar az. Kulak ve gözler normal. Zihinsel gelişim normalden üstün olarak saptandı (Resim : 1).



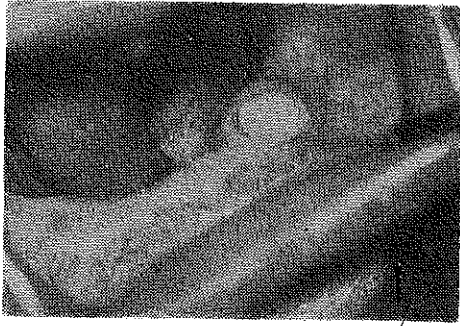
Resim : 1  
Hastanın yüz görünümü.

#### b) Diş ve Ağız Muayenesi :

Diş eksikliği nedeniyle dikey yüz boyutu azalmış, dudaklar dışarı doğru kıvrık, profilden yaşlı bir insan görünümü vermekte. Dişeti ve ağız mukozası, frenulumlar normal. Alveol kretleri çok silik.

Ağızda, alt çenede süt kaninleri, üst çenede süt yan kesicileri olması muhtemel 4 diş vardı. Dişler sivri ve konik, boyutları ise normalden çok küçüktü. Dördü de çürüksüz ve herhangi bir doku bozukluğu göstermiyorlar, renkleri açık beyazdı (Resim : 2-3).

Resim : 2  
Üst çenenin ağız içi görünümü.

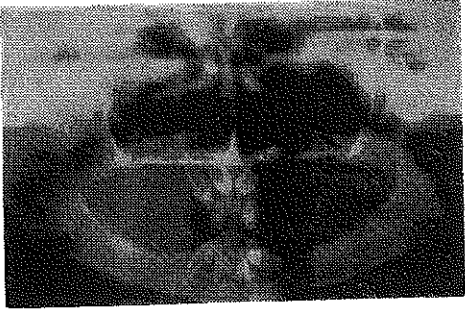


Resim : 3  
Alt çenenin ağız içi görünümü.

Ortopantomograf ve retroalveoler radyografilerde, üst süt kaninlerin birinde fizyolojik kök rezorpsiyonunun başladığı görüldü. Çene içersinde, ikisi altta ikisi üstte olmak üzere gelişmekte olan 4 diş saptandı; üsttekilerin biçimi konik olup, sürekli orta kesiciler bölgesinde bulunmaktaydılar. Alt-takiler de konik olup, çok küçük boyutlarda ve kaninlere oranla daha mesialde yer almışlardı, sürekli yan kesici germeleri olmaları muhtemel. Bütün dişlerin mineleri ince, pulpa odaları ve kök kanalları geniş. Öbür diş germeleri oluşmamıştır (Resim : 4).

## 2 — Teşhis :

Ektodermal displazi'ye bağlı hipodonti.



Resim : 4  
Hastanın panoramik radyografisi.

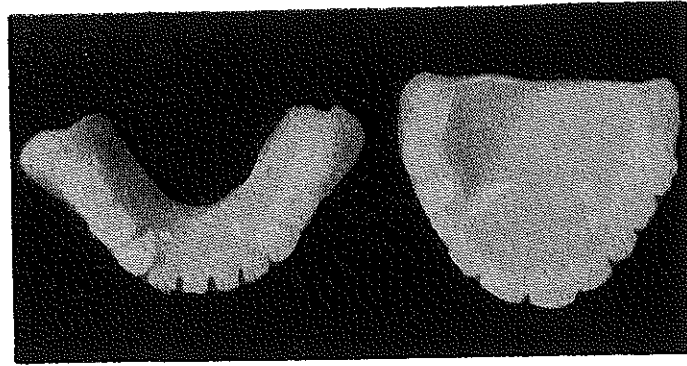
### 3 — Tedâvi :

— Aljinat ölçü maddesi ile ve özel plâstik ölçü kaşıkları yardımı ile alt ve üst çenelerden birinci ölçü alındı.

— Birinci ölçülerden elde edilen alçı modeller üzerine özel ölçü kaşıkları hazırlandı.

— Özel ölçü kaşıkları ağızları uygulanıp, kenarları düzeltildikten sonra ZNO - Öjenol ile fonksiyonel ölçü metoduna göre son ölçüler alındı.

— Bu ölçüler üzerinde protezler hazırlanırken, ağızdaki dişler kroşe tutuculuğuna elverişli olmadıkları için, protezin bu bölgelere rastlayan yapay dişlerin içi oyularak ağızdaki dişlerin üzerine geçirildi ve böylece proteze tutuculuk verilmiş oldu (Resim : 5).



Resim : 5  
Hastaya uygulanacak protez.

— Protezlerin ağıza uygulanmaları sırasında doğal dişlerin sivri uçları, yüksek devirli turla biraz yuvarlaklaştırılır.

— Sentrik oklüzyonda herhangi bir yanlışlık ve dişlerde erken değim olmadığı için, protezde bir düzeltme yapılmadan, bir gün süre ile çocuğun kullanılması önerildi.

— İkinci randevuda sentrik oklüzyon, yan ve ileri hareketlerde aşındırma yapıldı.

— Bir hafta sonraki gelişinde, çocuğun protezinden çok memnun olduğu ve rahatlıkla çiğneme ve konuşma fonksiyonlarını yerine getirdiği kendisi ve annesi tarafından belirtildi (Resim : 6).



Resim : 6  
Hastanın protezli görünümü.

## T A R T I Ő M A

Çocuklarda, süt ve sürekli dişlerin doğal olarak az sayıda olmaları ya da hiç bulunmamaları veya çürük, travma gibi nedenlerle erken kayıplarının ortaya çeşitli sorunlar çıkardığı bilinmektedir. Bu nedenle de, hiç olmazsa ağızdaki dişlerin korunması ve eksikliklerin giderilmesi yoluna gidilmelidir. Oysa, geçmiş literatürde, bu gibi durumlardan biri olan ektodermal displazi'de ağızdaki mevcut dişlerin çekimini izleyerek, tam protez yapılır ve çene gelişimine göre bu protezler periodik olarak yenilenirdi (6).

Çocukta protez endikasyonları şöyle sıralanabilir :

### 1 — Psikolojik bakımdan :

Çocuğun sosyal yaşamına uyabilmesi için, fizik bütünlüğünün tam olması gerekir, kendi yaşlılarından farklı görünümde olmak istemez. Bu nedenle, dişsizliği de, iyi uygulanmış bir protezle telâfi edilmelidir (1).

## 2 — Estetik ve fonasyon bakımından :

Diş kaybına bağlı olarak çocuğun yüzünün alt bölümünün yüksekliği azalır, dudakları dışarı doğru kıvrılır, gülümsediğinde yüzü yaşlı bir görünüm alır. Ayrıca, özellikle ön dişlerin yokluğunda, sesli harfler dışında, tüm sesizlerin söylenişi kusurlu olur. Bunun sonucu, çocuklar çok az ya da alçak sesle konuşmayı tercih ederler. Protez uygulandıktan sonra çocuğun hem estetiği, hem de konuşması düzelir.

## 3 — Beslenme bakımından :

Eksik dişlerin sayısına göre, çocuğun çiğneme fonksiyonu bozulmuş olur. Protezler bu fonksiyonun düzgün olarak yapılmasını sağlayacaklarından, çocuğa dengeli bir diyet uygulanabilir.

## 4 — Ortodontik bakımından :

Çok sayıda diş kaybına uğramış olan çocuk alt çenesini ileri doğru, yani 3. sınıf bir kapanış durumuna getirme eğilimindedir. Bu durum, çene kavisleri arasında ve temporo-mandibular eklemde, doğru olmayan pozisyonlara yol açabilir (5).

3 - 4 yaşlarındaki dişsiz çocukların tedâvisini *protetik ve ortodontik* olarak ikiye ayırmak mümkündür : Birinci dönem, 1. büyük azı ve sürekli kesicilerin sürmesine kadar çocuğun kullanacağı bölümlü ya da tam protezdir. Bu protez, çenelerin gelişim ve büyümesine göre modifiye edilir ve 1. büyük azı ile kesicilerin sürmesi tamamlanmaya kadar yer tutucu görevini görür. Bundan sonraki dönemde ise ortodontik tedâviye geçilir (2).

### Protez hazırlanırken dikkat edilmesi gereken noktalar :

— Ölçü, renk değişikliği göstererek donan bir alginatla alınmalıdır. Böylece ölçü kaşığı ağızda az süre tutulmuş olur.

— Ölçü almaya, daha kolay olan alt çeneden başlamalıdır.

— Sentrik oklüzyon sağlamak için, erişkinlerden istenen hareketleri çocuktan beklemek boşunadır, büyük tecrübeye sahip olmak gerekir.

— Çocukta vestibül derinliği az olduğundan, plâk hazırlanışında, sınırların saptanmasında dikkatli olmalıdır.

— Tam protezlerde, özellikle, çeneler arasındaki boyutun artırılması gereken durumlarda plâkla yumuşak dokuların ilişkilerini iyice değerlendirmelidir.

— Parsiyel protezlerde, sürmüş ve sürmekte olan sürekli ve süt dişleri ile, düşmesi yakın süt dişleri dikkate alınmalıdır.

— Kroşe yapımı, süt dişlerinin morfolojik özellikleri bakımından güç olduğundan, ortodontide bu amaçla kullanılan araçlardan yararlanılabilir. Ya da bu vak'ada uygulanan metoda başvurulabilir.

— Diş boyutlarının küçük olması nedeniyle, üst kesicilerin yerine alt kesiciler; süt azıların yerine ise küçük azılar seçilebilir. Ayrıca, akrilik dişler, ağızda ve model üzerinde daha kolay küçültülebileceklerinden, porselen dişlerden daha uygundur.

— Protez kontrolü için ilk randevu hemen ertesi günü verilmelidir (4).

## S O N U Ç

Çocukta, total ya da parsiyel dişsizliğin psiko-somatik gelişim üzerindeki zararlı etkisini önlemek üzere, protetik tedâviye önem verilmelidir. Protezlerin yapımında en önemli faktör ise hasta seçimidir. Her çocuk, protezin çeşitli fazlarına uygun cevap veremez ve protezleri taşımaya elverişli olamaz.

Çok kez ana-baba, çocuklarının protezleri taşıyıp taşıyamayacakları konusunda şüphelidirler, onların karşı koymaları bahis konusu olduğunda, protezlerin çocuk tarafından kullanılmalrı da hiç şüphesiz başarılı olamayacaktır. Bu bakımdan, ana-babanın tam işbirliğini ve çocuğun protezi sürekli olarak taşımayı kabul etmesi, tedâvinin başarısı için en gerekli koşullardır.

## K A Y N A K L A R

- 1 — Bureau, M.P., Cartier, A., Defrez, J.P., Maras, F. (1971) : Prothèses adjacentes chez l'enfant, *Actualités Odontostomat.*, 96 : 537 - 559.
- 2 — Cockburn, A., Gregor, A.R. (1961) : Treatment of the edentulous child, *Dent. Pract. and Dent. Record*, II : 309 - 313.
- 3 — Finn, S.B. (1973) : Clinical Pedodontics, Saunders Comp., London, Philadelphia, 4th Ed.
- 4 — Koçak, G. (1974) : Doçentlik deneme dersi notları.
- 5 — Kraus, A. (1964) : Partial dentures as an aid orthodontic therapy, *E.O.S.*, 258 - 264.
- 6 — Oliver, R.D., Fye, N.W., Hohn, A.J., Steiner, F.J. (1975) : Prosthetic management in anhydrotic ectodermal dysplasia: report of case, *A.S.D.C. Jour. of Dent. for children*, XLII : 5 : 375 - 385.