

Şiddetli Diş Aşınması Olan Bir Hastada Multidisipliner Yaklaşım: Olgu Bildirimi

Multidisciplinary Approach in a Patient with Severe Tooth Wear: A Case Report

Hasan Hüseyin KOCAĞAOĞLU*, Akın Erdem YAĞAN**, Melike ÖNEL KOLAY***, Taha Yaşar MANAV†

Özet

Diş aşınması, dişin sert dokusunun abrazyon, atrizyon ve erozyon gibi nedenlerle yıkımı sonucunda oluşur. Fonksiyonel ya da estetik kayıplara yol açan ve bu nedenle tedavi gerektiren aşınmalar, patolojik aşınma olarak değerlendirilir. Patolojik diş aşınması okluzyon dikey boyutu kaybına neden olabilir. Tedavi seçenekleri açısından diş aşınmalarının nedenlerini bulmak önemlidir. Ancak ayırıcı tanı her zaman mümkün olmamaktadır. Bu vaka raporunda 55 yaşında, aşırı diş aşınması olan erkek hastanın periodontal cerrahi operasyonu ile birlikte protetik tedavisi anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diş aşınması; kron boyu uzatma; cerrahi flepler

Abstract

Tooth wear occurs as a result of destruction of tooth hard tissue caused by abrasion, attrition and erosion. This situation is considered as pathologic when treatments are necessary for esthetic or functional purposes. Pathological tooth wear can cause loss of vertical dimension of occlusion. Determining the factors of tooth wear is important for treatment solutions. However, differential diagnosis may not be possible for each case. In this case report, periodontal and prosthetic treatment of a 55-year-old male patient with severe tooth wear is described.

Key Words: Tooth wear; crown lengthening; surgical flaps

* Yrd. Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD, Denizli, Türkiye

** Dr. Dt, Periodontoloji Uzm., Adapazarı, Türkiye

*** Dr. Dt., Periodontoloji Uzm., Kayseri, Türkiye

† Uzm. Dt., Protetik Diş Tedavisi Uzm., Mersin, Türkiye

Diş dokusu kaybı mekanik ya da kimyasal nedenlerle oluşabilir.^{1,2} Bu kayıplar önlem alınmaz ise diş hassasiyetleri, pulpal sorunlar ve diş renklenmesi gibi birçok komplikasyona yol açabilir. Ayrıca bu komplikasyonlar estetik ve fonksiyon kayıplarını da beraberinde getirebilir.³ Okluzyon dikey boyutu kaybı dentoalveolar büyüme ile karşılanır ya da vertikal yüz boyutunda azalmaya neden olabilir.⁴ Azalan okluzyon dikey boyutu ve vertikal yüz boyutu ise nöromusküler sistemde bozulmaya, çiğneme fonksiyonu kaybına, gülme şeklinin değişmesine ve kapanış bozukluklarına neden olabilir.³ Okluzyon dikey boyutundaki azalma hastaların sadece diş ve çevre dokularının sağlığını bozmakla kalmaz aynı zamanda yaşam kalitesini de ciddi şekilde etkiler.⁵ Patolojik aşınma meydana gelen dişlerin restorasyonu, klinik kron boylarının kısa olması nedeniyle oldukça zordur.⁶ Klinik kron boyu kıaldığında rehabilitasyon için çeşitli tedavi seçenekleri denenebilir. Bu seçeneklerden ilki, dişlere kanal tedavisi uygulayıp post-core ile restore ederek kron boyunu uzatmaktır.⁷ İkincisi, ortodontik olarak kron boylarını uzatmaktır. Son olarak da, eğer kök destekleri yeterli ise periodontal cerrahi ile dişlerin kron boylarını uzatmaktır.⁸ Ancak, bu üç tedavi seçeneğinden hangisinin daha etkin olduğu konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bir tedavinin etkin olabilmesi için basit ve kolay uygulanması, geri dönüşümlü olması, hasta açısından tatminkâr sonuçları olması ve kalan diş dokularını koruması gerekir.⁹

Bu vaka raporunda, ileri derecede diş aşınması bulunan ancak dentoalveolar büyüme nedeni ile dikey boyut kaybı oluşmamış bir hastanın periodontal cerrahi operasyonu sonrasında sabit protetik restorasyon ile tedavisi anlatılmaktadır.

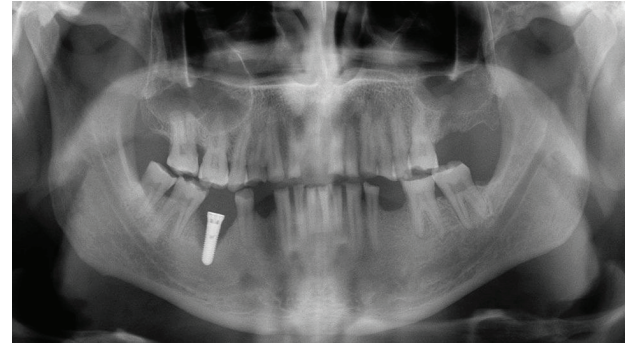
Olgu Sunumu

Fakültemize başvuran 55 yaşındaki erkek hasta estetik kaybı ve yemek yiyememe şikâyeti ile Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Kliniği'ne yönlendirilmişti. İntraoral muayenede; posterior bölgede Angle Sınıf III malokluzyon, anteriorda ise başa-baş kapanışın mevcut olduğu görüldü. Ağızda kalan dişlerin hemen hemen tamamında ileri derecede abrazyon vardı; 18, 27, 28, 34, 38, 44 ve 46 numaralı dişler ise eksikti. Ağız hijyeni iyi olan hastanın sigara alışkanlığı olduğu öğrenildi. Ayrıca 46 numaralı diş bölgesine bir adet implant yerleştirildiği ancak protetik üst yapının tamamlanmamış olduğu görüldü (Şekil 1).



Şekil 1. Hastanın ağız içi fotoğrafında aşınmış dişler izlenmektedir.

Radyografik muayenede dişlerin ve periapikal dokuların sağlıklı olduğu ancak implantın etrafında şiddetli kemik yıkımının olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Hasta, implantın yaklaşık 2 yıl önce yerleştirildiğini, ancak özel nedenlerle protetik restorasyonunu yapamadığını belirtti.



Şekil 2. Panoramik radyografda, diş eksikliği olan bölgeler, kalan dişlerdeki aşınmalar ve sağ alt bölgede, çevresinde kemik kaybı oluşmuş implant görülmektedir.

Hastanın anamnezinden, uzun süredir gece diş sıkma alışkanlığı olduğu öğrenildi. Ancak, yapılan muayene sonunda, hastanın dikey boyutunda bir değişim olmadığı, dentoalveolar büyümenin olası dikey boyut kaybını karşıladığı gözlemlendi. Okluzyon dikey boyutu ile istirahat dikey boyutu arasında 6 milimetrelilik fark olduğu saptandı.

Öncelikle, irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Tulip Alginate, Cavex, Haarlem, Hollanda) ve tip II dental alçı (Kerr Snow White Plaster, Kerr Corp., Orange, Kaliforniya) kullanarak tanı modelleri elde edildi ve bu modeller yüz arkı (Axioquick, SAM, Amerika Birleşik Devletleri) kullanılarak yarı ayarlanabilir bir artikülatöre (Axioquick) transfer edildi. Kayıtlar incelendi ve hastada grup fonksiyonlu okluzyon olduğu saptandı. Tüm değerlendirmelerden sonra, periodontal

cerrahi işlemle kron boylarının uzatılmasına ve ardından tüm ağız sabit protetik restorasyon yapılmasına karar verildi. Bu amaçla hasta Periodontoloji Anabilim Dalı'nda yeniden muayene edildi. Yapılan klinik ölçümlerde, alt ve üst çenedeki dişlerde ortalama 1,5-2 mm boyunda diş eti oluğu tespit edildi. Biyolojik genişlik göz önüne alındığında, gingivektominin yeterli olmayacağı düşünülerek periodontal cerrahi işlemle alveoler kemik rezeksiyonu yapılmasına karar verildi. Hastaya yapılacak olan tedavi ayrıntısıyla anlatıldı ve yazılı onam alındı.

Periodontal cerrahi işlem olarak, 15-25 ve 34-44 numaralı dişler arasındaki dişlere kron boyu uzatma ameliyatları ile birlikte yaklaşık 2,5 mm uzunluğunda alveoler kemik rezeksiyonu yapıldı. Aynı seansta, diş merkezde 46 numaralı dişin yerine yerleştirilmiş ve başarısız olmuş olan implant çıkarıldı (Şekil 3). Ardından bölge 4-0 ipek sütür ile kapatıldı. Ameliyat sonrası hastaya ibuprofen türevi bir antienflamatuar ve %0,2'lik klorheksidin glukonat gargara reçete edildi. Süturlar ameliyattan 1 hafta sonra alındı. Kısa dönem takipleri yapılan hasta, periodontal cerrahiden 60 gün sonra protetik tedaviye hazır hale getirildi.



Şekil 3. Periodontal cerrahi işlem sonrasında diş etlerindeki iyileşme ve kron boylarındaki uzama izlenmektedir.

Hastaya protetik tedavi seçenekleri ayrıntısıyla anlatıldı ve metal destekli seramik restorasyon yapılmasına karar verildi. Otuz yedi numaralı diş ve kalan 48 numaralı diş dışında bütün dişleri 'mini-chamfer' basamak tipi tercih edilerek prepare edildi. Ardından, irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (TulipAlginat, Cavex) ve tip II dental alçı (KerrSnow White Plaster) kullanarak çalışma modelleri elde edildi ve geçici restorasyonlar tamamlanarak öjenol içermeyen geçici siman (TemporaryCement, Cavex) ile simantasyon yapıldı. Diş eti oluğu ve çevresindeki epitelizeasyonun gerçekleşmesi için bir haftalık bekleme süresinin ardından geçici restorasyonlar çıkarılıp dişler temizlendi. Mekanik diş eti retraksiyonundan sonra (#0 kalınlık, Ultrapark, Ultradent, Utah, Amerika Birleşik Devletleri) polivinilsiloksan ölçü maddesi (Variotime, HeraeusKulzer GmbH, Hanau, Almanya) kullanarak

daimi ölçüler alındı ve çalışma modelleri tip IV dental alçı (GC FUJIROCK EP, Leuven, Belçika) ile elde edildi. Intermaksiller ilişki belirlendi ve artikülatöre aktarıldı. Mum modellerin okluzyon şeması, kanin koruyuculu okluzyon temel alınarak oluşturuldu ve metal alt yapı döküm tekniğiyle elde edildi. Seramik üst yapı tabakalama tekniği kullanılarak, okluzyon dikey boyutu ile istirahat dikey boyutu arasında 4 mm açıklık olacak şekilde bitirildi. Hazır hale gelen restorasyonlar, provalar sonrasında polikarboksilat siman (Adhesor-Carbofine, SpofaDental, Jiçin, Çek Cumhuriyeti) ile simante edildi (Şekil 4 ve 5). Nokturnal brüksizmin olası komplikasyonlarını önlemek amacıyla hastaya gece koruyucu plak (4 mm kalınlığında) yapıldı ve 3 ay süreyle kullanıldı. Hastaya yeni protezlerini tıpkı kendi dişlerini fırçalar gibi günde iki kez fırçalaması ve diş olmayan bölgeleri de ara yüz ve gövde altı temizleyicileri ile temizlemesi önerildi. Hastanın kısa dönem takibi boyunca, intraoral ve perioral dokularda komplikasyon gözlenmedi.



Şekil 4. Prepare edilen dişler



Şekil 5. Bitmiş restorasyonun görünümü

Tartışma

Bu olgu raporunda ileri derecede diş aşınması olan bir hastanın multidisipliner tedavisi anlatılmıştır.

Patolojik diş aşınması olan hastalarda, başarılı bir restorasyonun elde edilebilmesi amacıyla, diş aşınmasının nedenlerinin saptanması ve ortadan kaldırılması ile hastanın da beklentilerini karşılayan en uygun tedavi yaklaşımının belirlenmesi ve uygulanması büyük önem taşımaktadır.^{7,10}

Diş aşınmaları, atrizyon, abrazyon, erozyon ve abfraksiyon olarak sınıflandırılmaktadır.¹¹ Diş aşınmalarında etiyoloji multifaktöriyeldir ve klinik olarak kontrollü restoratif ve protetik çalışmalar, kalite ve kantite yönünden sınırlıdır. Bunun yanında uzun dönem sonuçlar yönünden tedavi yöntemlerinde kesinlik bulunmamaktadır. Bu belirsizliklerden dolayı konservatif ve geri dönüşümlü yaklaşımlar daha popüler hale gelmektedir.¹²

Literatürde, değişik derecelerde diş aşınması gelişmiş hastaların protetik tedavilerini özetleyen çok sayıda olgu raporu bulunmaktadır.^{11,13-15} Bu olguların büyük çoğunluğunda sabit protetik tedaviler tercih edilmiştir.⁷ Ayrıca bu hastalarda okluzyon dikey boyutu kaybı ile birlikte vertikal yüz yüksekliği de görece azaldığından, genellikle okluzyon dikey boyutunun tedavi sonunda artırıldığı gözlenmektedir.¹⁴

Atala ve ark.⁷ aşınmış dişlerle birlikte dikey boyut kaybı oluşmuş bir hastada dişlere kanal tedavisi uygulamasının ardından post-core uygulaması ile birlikte sabit protetik restorasyon uygulaması yapmışlardır. Sunulan olguda, tedavi seçenekleri olarak aşınmış olan dişlere kanal tedavisi ve post-core uygulamasını takiben sabit protetik restorasyon uygulaması da

alternatif tedavi seçeneği olarak düşünülmüş, ancak hastanın dikey boyutunda belirgin bir azalma olmadığı için bu seçenekten vazgeçilmiştir. Kron boyları post-core ile uzatıldığında, sabit protetik restorasyona yeterli retansiyonun sağlanabilmesi, okluzyon dikey boyutunu artırmayı gerektirmektedir. Geçiş protezi kullanımı sırasında ve sonucunda hastanın çiğneme sisteminin nasıl yanıt vereceği önemlidir. Bu nedenle, bu tip bir tedavide, bir geçiş protezi ile final protez için ilave bir bekleme süresi gerekmektedir. Bu süre içinde, tedaviye bağlı bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Ayrıca, hastanın özellikle anterior bölgedeki diş aşınmaları neredeyse servikal bölgeye kadar ulaştığından, post-core uygulamasından sonra, ferrule etkisinin yetersiz olacağı düşünülmüştür. Yapılacak olan restorasyonu destekleyen diş dokusu, dişeti seviyesinin 1,5-2 mm'lik üstünde diş çepçevre saramadığı durumlarda restorasyonlarda başarısızlık oluşabilmektedir. Bu ise tüm tedavinin geleceğini tehdit edebileceğinden bu seçenekten vazgeçilmiş ve periodontal cerrahi ile kron boyu uzatma işlemi uygulanmıştır. Ancak bu tür tedavilerde, tedavi sonucunun öngörülebilmesi, bekleme süresinin kısalığı, plak kontrolünün kolaylığı gibi çok sayıda avantajın yanında, ataşman kaybı gibi son derece ciddi dezavantajların da bulunduğu unutulmamalıdır.¹⁶

Sonuç olarak, ileri derecede diş aşınması olan hastalarda tedavi planlaması ve planlanan tedavinin uygulanması oldukça karmaşık ve zordur. Hassas bir klinik ve radyografik muayene ile birlikte tanı modellerinin incelenmesi ve okluzyon dikey boyutunun değerlendirilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Muts EJ, van Pelt H, Edelhoff D, Krejci I, Cune M. Tooth wear: A systematic review of treatment options. *J Prosthet Dent.* 2014;112:752-9.
2. Kreulen CM, Van't Spijker A, Rodriguez JM, Bronkhorst EM, Creugers NH, Bartlett DW. Systematic review of the prevalence of tooth wear in children and adolescents. *Caries Res.* 2010;44:151-9.
3. Dietschi D, Argente A. A comprehensive and conservative approach for the restoration of abrasion and erosion. Part I: Concepts and clinical rationale for early intervention using adhesive techniques. *Eur J Esthet Dent.* 2011;6:20-33.
4. Davies SJ, Gray RJ, Qualtrough AJ. Management of tooth surface loss. *Br Dent J.* 2002;192:11-6,19-23.
5. Al-Omiri MK, Lamey PJ, Clifford T. Impact of tooth wear on daily living. *Int J Prosthodont.* 2006;19:601-5.
6. Altıncı P, Can G, Özer A. Diş aşınmaları. *ADO Klinik Bilimler Dergisi.* 2009;3:352-60.
7. Atala MH, Ocak MS, Eşer B, Polat NT. Aşınmış dişlerde farklı bir protetik yaklaşım: Olgu sunumu. *Cumhuriyet Dent J.* 2015;18:180-6.
8. Assif D, Pilo R, Marshak B. Restoring teeth following crown lengthening procedures. *J Prosthet Dent.* 1991;65:62-4.
9. Hemmings KW, Darbar UR, Vaughan S. Tooth wear treated with direct composite restorations at an increased vertical dimension: Results at 30 months. *J Prosthet Dent.* 2000;83:287-93.
10. Verrett RG. Analyzing the etiology of an extremely worn dentition. *J Prosthodont.* 2001;10:224-33.
11. Moslehifard E, Nikzad S, Geraminpanah F, Mahboub F. Full-mouth rehabilitation of a patient with severely worn dentition and uneven occlusal plane: A clinical report. *J Prosthodont.* 2012;21:56-64.
12. Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. *J Oral Rehabil.* 2008;35:548-66.
13. Malkoc MA, Sevımay M, Yaprak E. The use of zirconium and feldspathic porcelain in the management of the severely worn dentition: A case report. *Eur J Dent.* 2009;3:75-80.
14. Song MY, Park JM, Park EJ. Full mouth rehabilitation of the patient with severely worn dentition: A case report. *J Adv Prosthodont.* 2010;2:106-10.
15. Mumcu E, Ayyıldız S, Uyar AH, Bilhan H. Aşınmış dişlerde farklı protetik yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci.* 2011;17:215-21.
16. Peter F. Fedi, jr. Ana Hatlarıyla Periodontoloji. (Ünlü F, Buduneli N, Çev.) 3. Baskı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2001. s.161-2.

Yazışma Adresi:

Dr. Hasan Hüseyin KOCAAĞAOĞLU
Pamukkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD, Kınıklı Kampüsü, 20070 Denizli
Tel: 0258 296 42 23
e-posta: hasankocaagaoglu@hotmail.com

