

Polidiastema Vakasının Multidisipliner Yaklaşımla Direkt Olarak Rehabilitasyonu

A Case Report: Direct Rehabilitation of Polidiastema with Multidisciplinary Approaches

ÖZ

Kalıtısal, kazanılmış veya işlevsel etiyojilerden dolayı oluşabilen diastema ve gummy smile olguları hastalar için önemli bir estetik kaygı oluşturur. Direkt kompozit restorasyonlar diastema tedavisi için kalıcı ve ekonomik bir tedavi seçeneğidir. Bu olgu sunumunun amacı ortodontik tedavi sonunda bolton uyumsuzluğuna bağlı polidiastema ile birlikte gummy smile bulunan bir vakanın multidisipliner olarak direkt kompozit restorasyonlarla kapatılmasıdır.

Dişler arasındaki boşluklar şikayetiyle Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Bölümü Anabilim Dalı'na başvuran hastaya sabit ortodontik tedavi protokolü uygulandı. Ortodontik tedavi bitiminde bolton uyumsuzluğuna bağlı ön bölge diastemalarından dolayı hasta Atatürk Üniversitesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı'na yönlendirildi. Hastaya alternatif tedaviler hakkında da bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş onam formu imzalatılıp diastemaların kompozit resin ile kapatılmasına karar verildi. Radyografik ve klinik muayene sonrası hastada gummy smile olduğu belirlenmiştir. Daha sonra Atatürk Üniversitesi Periodontoloji Bölümü'ne yönlendirilen hastaya gingivektomi ve gingivoplasti işlemleri uygulandı. Dişetleri sağlıklı formuna kavuştuktan sonra diastemalar Atatürk Üniversitesi Restoratif Diş Tedavisi Bölümünde freehands tekniğiyle kapatıldı.

Polidiastema şikayetiyle kliniğe başvuran hastaya multidisipliner bir yaklaşımla estetik görünüm kazandırıldı.

Anahtar sözcükler: polidiastema, gummy smile, estetik

ABSTRACT

Diastema and gummy smile cases, which may be caused by hereditary, acquired or functional etiologies, constitute a significant aesthetic concern for patients. Direct composite restorations are a permanent and economical treatment option for diastema treatment. The aim of this case report is the closure of a case with gummy smile problem with multidisciplinary direct composite restorations with the presence of gaps in the teeth due to bolton incompatibility at the end of orthodontic treatment.

The patient was admitted to Ataturk University Dentistry Faculty Department of Orthodontics with the complaint of gaps between the teeth. The patient underwent a fixed orthodontic treatment protocol. At the end of the orthodontic treatment, the patient was referred to the Department of Restorative Dentistry of the Atatürk University due to anterior region cavities due to Bolton incompatibility. After informing the patient about alternative treatments, informed consent form was signed and the diastemas were decided to closed with composite resin. After detailed radiographic and clinical examination of the patient, it was determined that the patient had a gummy smile. The patient was referred to Ataturk University Periodontology Department.

Mevlüt Emre SÖNMEZATEŞ¹

ORCID: 0000-0003-1077-4475

Seçkin Onur AKARKEN²

ORCID: 0000-0002-5745-6813

Aydın DENİZ³

ORCID: 0000-0002-2821-4700

Nurcan ÖZAKAR İLDAY¹

ORCID:0000-0003-4023-6723

1 Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

2 Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

3 Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye



Geliş tarihi / Received: 25.01.2019

Kabul tarihi / Accepted: 20.06.2019

DOI:

İletişim Adresi/Corresponding Adress:

Mevlüt Emre SÖNMEZATEŞ
Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Restoratif Diş Tedavisi Bölümü,
Erzurum, Türkiye

E-posta/e-mail: emresonmezates@hotmail.com

Gingivectomy and gingivoplasty procedures were performed. The patient was called to the Restorative Dentistry Clinic of Atatürk University to begin restoration of the teeth after the gums became healthy. The patient's diastemas were closed with direct composite resin using the technique of freehands method.

Key words: polydiastema, gummy smile, aesthetics

GİRİŞ

Dento-fasial estetik kişinin psiko-sosyal mutluluğu açısından önemlidir. Etkileyici bir gülüş estetik açıdan daima en çok dikkat edilen nokta olduğu için diş hekimi hastanın sadece estetik durumunu düzeltmez, bununla birlikte hastanın psikolojik ve sosyal hayatına da dokunmuş olur (1).

Diastema dişler arasındaki kontak eksikliğiyle karakterize bir diş anomalisidir (2). Polidiastema çenede yaygın olarak bulunan birden fazla diastemayı tanımlamaktadır. Özellikle anterior bölgede her diş arasında bulunan diastema olguları polidiastema olarak adlandırılabilir (3). Bu durum çoğu birey için önemli estetik kaygıları beraberinde getirmektedir. Hiç kuşkusuz ki özellikle ön bölgede karşımıza çıkan diastemalar uygun estetik yaklaşımlarla tedavi edilebilmektedir. Geçmişte ön bölge şekil bozukluklarının ve diastemaların giderilmesinde, dokularda geri dönüşümsüz kron restorasyonları gibi protetik yaklaşımlar uygulanırken, günümüzde ön bölge dişlerde karşılaşılan estetik sorunların giderilmesinde ortodontik tedavi, porselen laminalar ve direkt adeziv restorasyonlar gibi çok farklı tedavi alternatifleri uygulanmaktadır. Ortodontik tedavi dişlerin sadece pozisyonunu değiştirir. Eğer arktaki diş genişliğini doldurmak için yetersizse restoratif tedavi ortodontik tedaviye ek olarak yapılabilir (4).

Dişeti çizgisi, üst dişlerin dişetinin en yüksek seviyesi ile (Zenith noktaları) ilişkilidir. Dişeti çizgisinin üst dudak çizgisini takip etmesi estetik açıdan ideal olanıdır (5,6). Doğal gülüş sırasında dudakların pozisyonu ile hastanın gülme hattı belirlenir. Üst dudak, maksiller kesici dişlerin dişeti kenarına doğru hareket eder. Dişetinin 1-2 mm görünmesi en ideal olanıdır. Gingival dokuların 2 mm'den daha fazla görüldüğü durumlarda estetik problemler ortaya çıkmaktadır. Gülme sırasında maksiller dişlerin aşırı görünmesi "gummy smile" olarak adlandırılır (5).

Diş boyutu çene arası uyumsuzlukların olduğu ortodontik tedavilerin sonucunda oluşan diastema olgularına gummy smile da eklenince estetik açıdan olumsuz görüntüler oluşmaktadır. Oluşan bu estetik bozuklukların tedavisinde diğer invaziv tedavilerin aksine restoratif tedavi hem konservatif hem de ekonomik olarak iyi bir seçenektir. Bu olgunun amacı

çoklu dişler arası boşlukların ortodontik, periodontal ve restoratif olarak tedavisinin gerçekleştirilmesidir.

OLGU SUNUMU

Dişlerinin arasındaki boşluklardan dolayı Ocak 2016 tarihinde Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Kliniği'ne başvuran 1998 doğumlu kadın hastanın yapılan tetkik ve muayenesinden sonra (Şekil 1) sabit ortodontik tedavi protokolü uygulanmasına karar verildi. Hastanın posterior ve kanin sınıf 1 ilişkisi sağlanmasına rağmen diş çene boyut uyumsuzluğu nedeniyle anterior bölgedeki diastemalar ortodontik olarak yeterli derecede kapatılamadı. Ortodontik tedavi bu şekilde sonlandırıldı (Şekil 2).



Şekil 1: Ortodontik Tedavi Öncesi



Şekil 2: Ortodontik Tedavi Sonrası

Hasta Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Bölümü'ne yönlendirildi. Kliniğimizde hastadan alınan anamnezde hastanın dişlerinin küçük olmasından rahatsız olduğu ve ön bölgedeki boşluklarından şikayetçi olduğu öğrenildi. Hastanın medikal anamnezinde herhangi bir sistemik rahatsızlık bulunmadı. Hastanın yapılan muayenesinde hastaya, gülme çizgisi ve istirahat dudak pozisyonlarının tespiti için sırasıyla "i" ve "m" seslerini çıkarılması söylendi (Şekil 3 ve 4). Hastaya yapılan bu tetkikler sonucu hastada "gummy smile" varlığı tespit edildi. Hasta, Atatürk Üniversitesi Periodontoloji Bölümü'ne yönlendirildi.



Şekil 3: 'İ' Sesi Çıkartıldıktan Sonraki Görünüm



Şekil 4: 'M' Sesinden Sonraki İstirahat Pozisyonu

Periodontoloji bölümünde yapılan muayenede herhangi periodontolojik bir patoloji bulunmadı. Hastanın ağız içi ve ağız dışı bölgesine %2'lik betadin solüsyonu dezenfeksiyon amaçlı sürüldü. Hastanın alt ve üst çenesine 2. Premolarlar arası infiltratif anestezi yapıldı (Ultracain DS PharmaVision San. ve Tic. A.Ş., 34010 Topkapı - İstanbul.) Dişlerin Zenith noktaları belirlenerek cep tabanı hizasında kanama noktaları oluşturularak yapılacak insizyonların geçeceği sınırlar belirlendi. 15c kodlu bistüri kullanılarak gingivektomi esaslarına uygun açılardırma ile insizyonlar gerçekleştirildi. Kirkland ve Orban bıçakları kullanılarak dişetinin aproksimal ve fasiyal yüzeyleri, homojen yara

kenarı oluşacak şekilde düzenlendi. Hasta tedavi sonrası motive edildi ve hastaya dikkat etmesi gereken konularda uyarıda bulunuldu. Hastaya günlük kullanım için %0.12 CHX içerikli gargara solüsyonu reçete edildi. 2 hafta sonrası rutin kontrol amaçlı randevu verildi ve hastaya restorasyonlarının yapılması için kontrol randevusu verildi (Şekil 5).



Şekil 5: Gingivektomi ve Gingivoplasti Sonrası Görünüm

Dişeti dokuları tamamen sağlıklı hale geldikten sonra hastanın fotoğrafları alındı. Daha sonra dişlerin rengini belirlemek amacıyla dişlerin yüzeyi polisaj fırçasıyla nazikçe temizlendi. Dişlerin rengini belirlemek için buton tekniği kullanıldı. Renk belirlendikten sonra izolasyon sağlandı. Restorasyon yapılacak yüzeylere 30 sn fosforik asit uygulandı (Voco Vococid %35 Fosforsik asit, Voco 1063). 30 sn su ile yıkandıktan sonra mine yüzeyinde opasite görülene kadar iyice kurutuldu. Diş oluşuna girecek şekilde şeffaf matriks bandı yerleştirilip universal adeziv (3M Single Bond Universal, Minn, Amerika) 20 sn boyunca ovalayarak (scrubbing) restorasyonun geleceği yere sürüldü. 3 sn hafif havayla inceltiren adezive 20 sn boyunca görünür LED ışığı, LED ışık cihazıyla (Woodpecker LED-B Işık cihazı, Guilin Woodpecker Medikal Endüstri, Ltd, Guangxi, Çin) uygulandı ve polimerize edildi. Bu vakada restorasyon free hands metoduyla yapıldı. Palatinal kısma arka alanın yansıması olmaması için dentin kompoziti yerleştirildi (Gc Essentia Light-Cured Radiopaque Universal Composite Medium Dentin, Japan). 20'şer sn önce palatinal daha sonra vestibulden olmak üzere ışıklandırılarak polimerize edildi. Daha sonra 2. tabakaya yüzey özelliklerinden faydalanmak amacıyla mine kompoziti eklendi (Gc Essentia Light-Cured Radiopaque Universal Composite Dark Enamel, Japonya). Yine aynı şekilde polimerize edildi. Fazla olan kompozitler ince grenli alev uçlu bir frez yardımıyla kompozitten dişe olmak üzere aşındırıldı. Ara yüzlerin konturları verildi. Daha sonra aşındırıcı diskler ve polisaj lastikleri (Sof-Lex; 3M ESPE) kullanılarak cila ve

parlatma işlemleri yapıldı. Son olarak elmas partiküller içeren bir cilalama patıyla (Ultradent Diamond Polish Mint 0.5µm, South Jordan, UT) sert polisaj fırçası yardımıyla cilalama işlemi bitirildi (Şekil 6-7).



Şekil 6:



Şekil 7:

TARTIŞMA

Güzel görünmek insanlar için her zaman önem arz etmiştir. Diastema varlığında en önemli şikayet estetikdir. Yapılacak tedavilerde diastemanın altında yatan ana etken bulunmalı ve ortadan kaldırılmalıdır. Hastanın yaşı, sosyoekonomik durumu, diastemanın yeri, kapsamı, mevcut okluzyon ve hasta beklentisi göz önünde bulundurulmalıdır (7).

Dentoalveolar uyumsuzluk dişlerin genişliği ile çenenin boyutu arasındaki uyum bozukluğundan kaynaklanır. Dişler ve çene arasındaki bu uyumsuzluk ortodontik tedaviden sonra da tatmin edici olmayan sonuçlar doğurabilir. Ortodontik tedavi sırasında mümkün olduğunca mevcut diastemalar kapatılmaya çalışılır. Fakat bolton uyumsuzluğu ve polidiastemaların gözlemlendiği gibi özel vakalarda dişler arasındaki boşluklar ortodontik tedaviyle tam olarak

kapatılamayabilir. Bu gibi durumlarda restoratif ve protez uzmanları ortodontistlerle multidisipliner olarak çalışmalıdır.

Gülüş esnasında üst dudak yukarı doğru kayarak dişlerin apikale doğru görünmesini sağlar. Bu durumda dişin apikale doğru 1-2 mm dişetin gözükmesi normaldir. Ancak 1-2 mm'den daha fazla gözükmesi gummy smile görünümüne neden olur (8). Gummy smile görünümünün düzeltilmesi için yapılacak operasyonun karar verilmesinde önemli olan faktör mine sement birleşiminin alveolar kemiğe olan uzaklığının miktarıdır (9). Yetişkinlerde bu mesafe genellikle 2 mm'dir. 2 mm ölçülen miktarlarda eksizyonel cerrahilerin yapılması uygundur. 0.5 mm gibi az ölçülen durumlarda apikale pozisyone flep operasyonu ile kemik ve diş etinin konturlanması doğru cerrahi yaklaşımdır (10-13). Ön bölgede gingival marjinin apikale alınmasıyla gülüş esnasında anterior dişlerin hem görünmesi artmış olur hem de dişlerinin gözükmesi azalmış olur .

Geleneksel tedavi yöntemleri cerrahi, periodontal, ortodontik ve protetik işlemleri kapsamaktadır. Bahsedilen bu yöntemlerin uzun sürede sonuçlanması ve ekonomik olarak da porselen veneerlere göre daha pahalı olmasından dolayı kompozit rezinle yapılan diastema kapatma işlemi sıklıkla tercih edilmektedir (14). Kolay tamir edilebilmesi, lokal anesteziye ihtiyaç duyulmaması, mine üzerine yapılan adezyon için ek bir preprasyona ihtiyaç duyulmaması kompozit rezin restorasyonların diğer avantajlarından (15).

Direkt yöntemlerin polimerizasyon büzülmesi en büyük dezavantajları olarak gösterilmektedir. Renk stabilitesi açısından seramik restorasyonların ağız sıvılarından daha az etkilenmesi ile direkt adeziv restorasyonlardan daha başarılı olduğu savunulmaktadır (16). Bununla birlikte direkt yöntemlerde kullanılan rezin kompozitlerin fiziksel özelliklerinin (kırılganlık, yüzey pürüzlülüğü, mikrosızıntı, ve aşınma dirençleri) kötü olması gibi dezavantajları da vardır (17).

Direkt yöntemde "freehands tekniği" yetenek ve biraz tecrübe gerektirdiği için bazı operatörler için dezavantaj olarak kabul edilmektedir (18). Bununla birlikte direkt kompozit restorasyonla dişleri kapamanın diğer bir dezavantajı da siyah üçgenleri oluşturmadan aradaki boşluğu kapatmanın zorluğudur (19). Siyah üçgenler yaratmamak için dişlerin kurvatür ve kontak noktalarına dikkat etmek gerekir. İnterdental papilla oluşması için önemli olan faktör kontak noktasiyla kemik arasında 5 mm'den fazla mesafe olmamalıdır (20,21). İşleme başlanmadan önce bu durum mutlaka hesaplanmalıdır.

Dişleri arasındaki boşluklar nedeniyle kliniğe başvuran hasta ortodonti, periodontoloji ve restoratif diş tedavi anabilim dallarının multidisipliner tedavi yaklaşımları sonucu tedavi edilerek estetik ve fonksiyonel olarak

başarılı bir sonuç alınmıştır. Hasta sonuçtan memnun kalmıştır. Diastema problemlerinde daha ekonomik ve hızlı bir çözüm olan direkt kompozit restorasyon yöntemi hasta memnuniyeti açısından da kabul edilebilir ve başarılı bir alternatif olarak görülür

KAYNAKLAR

1. Mack MR. Perspective of facial esthetics in dental treatment planning. *J Prosthet Dent* 1996 ; 75: 169 -176
2. Jarabak JR. Management of an Orthodontic Practice. St. Louis, MO: Mosby, 1956
3. Moyers R. Handbook of Orthodontics. 4th ed. Chicago, USA: Year Book Medical Publishers, 1998.
4. Sinha PK, Nanda RS. Esthetic orthodontic appliances and bonding concerns for adults. *Dent Clin North Am.* 1997 ;41 (1),89-109.
5. Baiju C.S, Khashu H, Garg A. Smile design – periodontal outlook of basics. *Journal of Oral Health & Community Dentistry*, 2014,4,1-3.
6. Ritter D.E, Jr L.G.G, Pinto A.S, Locks A. Analysis of the smile photograph. *World Journal of Orthodontics*, 2006,7(6) ,1-7.
7. Gribble AR. Multiple diastema management: an interdisciplinary approach. *J Esthet Dent* 1994,6,97-102.
8. Vig R, Brundo G. The kinetics of anterior tooth display. *J Prosthet Dent* 1978;39:502-504.
9. Garguilo A, Wenz F, Orban B. Dimensions and relation at the dentogingival junction in humans. *J Periodontol* 1961;32:261-267.
10. Orban B. Indications, technique and postoperative management of gingivectomy in the treatment of periodontal disease. *J Periodontol* 1941;12:88-91.
11. Goldman H. The development of physiologic gingival contour by gingivoplasty. *Oral Surg* 1950;3:879.
12. Ramfjord S. Gingivectomy--its place in periodontol therapy. *J Periodontol* 1952;23:30-35.
13. Prichard J. Gingivectomy, gingivoplasty, and osseous surgery. *J Periodontol* 1961 ;32:257-262.
14. De Araujo EM Jr, Baratieri LN, Monteiro S Jr, Vieira LC, de Andrada MA. Direct adhesive restoration of anterior teeth: Part 2. Clinical protocol. *Pract Proced Aesthet Dent* 2003;15(5):351-7.
15. Schmidseder J. Composite resins. *Aesthetic Dentistry*. 1st ed. New York: Thieme; 2000. p.125-31, 206-7
16. Walls AW, Steele JG, Wassell RW. Crowns and other extra-coronal restorations: porcelain laminate veneers. *Br Dent J* 2002;193(2):73-6.
17. Tuğut F, Un M, Kapdan A, Demir H, Doğan OM. Komplike kron kırığı olgusunda cam fiber post destekli kompozit restorasyonu: olgu raporu ve 18 aylık takip. *AÜ Dis Hek Fak Derg* 2009;19(3):207-12
18. Mondelli J, Pereira MA, Mondelli RFL. Etiology and treatment of dental diastema. *Biodonto.* 2003;1:11-46.
19. Guess MB, Solzer WV. Computer-generated diagnostic correction of anterior diastemas. *J Prosthet Dent.* 1988;59(5):629-32.
20. Gribble AR. Multiple diastema management: an interdisciplinary approach. *J Esthet Dent.* 1994;6(3):97-102.
21. De Araujo EM Jr, Fortkamp S, Baratieri LN. Closure of diastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: a case report. *J Esthet Restor Dent* 2009;21:229-240.