

BİRİNCİ DAİMİ MOLAR DIŞLERİN YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE KLİNİK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of Clinical Status of First Permanent Molar Teeth According to Age and Gender

Burak İncebeyaz*

Elif Polat*

Hatice Ahsen Deniz*

Mehmet Eray Kolsuz*

ÖZET

Amaç: Eksik veya restore edilmiş daimi birinci azı dişleri oklüzal durumu ve diş sağlığını etkiler. Bu çalışmanın amacı eksik, restorasyonlu (dolgu, kanal tedavisi, protetik restorasyon) veya implant gibi durumların birinci molar dişler üzerindeki yaygınlığını belirlemektir.

Yöntemler: 1117 erkek 1487 kadın hastanın panoramik radyograflarının değerlendirildiği çalışmamızda, hastalar 7-15, 16-24, 25-40, 41-55, 56-70 ve 71 yaş ve üzeri olarak yaş gruplarına ayrıldı. Maksiller ve mandibuler birinci molarların durumları var-yok, var ise sağlıklı, dolgulu, kanal tedavili, protetik restorasyonlu, kanal tedavili + protetik restorasyonlu, yok ise kök artığı, ya da ilgili bölgede implant var olarak değerlendirildi.

Sonuç: Sürekli birinci molarların sürme yaşının erken olması, süt dişlenme döneminde ağız içerisinde bulunması, bu dişlerin bakımının göz ardı edilmesine ve sıklıkla kaybedilmesine yol açmaktadır. Erken yaşta olan diş kayıplarının çocuklarda çene gelişimi üzerindeki etkileri hem dental sağlık hem genel sağlık yönünden olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. İlerleyen yaşlarda bu kayıpların restore edilmesi için harcanan maddi olanaklar devlet bütçesinde oldukça yüksek rakamlar oluşturmaktadır. Bu sebeplerden dolayı karışık dişlenme döneminde aileler diş bakımı açısından uygun şekilde bilgilendirilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Birinci sürekli molar, Panoramik radyografi

ABSTRACT

Objective: Incomplete or restored permanent first molars affect the occlusal condition and dental health. The aim of this study is to determine the prevalence of missing, restored (filling, canal treatment, prosthetic restoration) or implants on first molars.

Methods: In our study, 1117 male and 1487 female patients were evaluated and panoramic patients were divided into 6 different age groups (age range between 7-15 years, 16-24 years, 25-40 years, 41-55 years, 56-70 years and 71 and older ages). Maxillary and mandibular first molars were evaluated as present or absent, healthy, filled, root canal treatment, prosthetic restoration, root canal treatment + prosthetic restoration, and if there was no root residue, or implant in the related region.

* Ankara Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

Results: The early age of permanent first molars and their presence in the mouth during the deciduous dentition lead to disregard and frequent loss of care of these teeth. The effects of early tooth loss on the jaw development of children lead to negative results in terms of both dental health and general health. Financial resources spent in the restoration of these losses in later years constitute quite high figures in the state budget. For these reasons, families should be properly informed about dental care during mixed dentition.

Keywords: First permanent molar, Panoramic radiography

GİRİŞ

Diş çürüğü, diyet, mikroorganizmalar, diş morfolojisi ve tükürük gibi çeşitli özelliklerden etkilenen çok faktörlü bir hastalıktır. Diş çürükleri aynı zamanda sosyal, çevresel ve kültürel faktörlerden de etkilenir. Son üç yılda tüm yaş gruplarında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, diş çürüğü sıklığının azaldığını göstermiştir; ancak, bu düşüş tüm ülkelerde aynı olmamıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, diş bakım alışkanlıkları ve profesyonel bakıma erişim, farklı sosyal gruplarda çürük ve periodontal hastalık insidansında farklılıklara yol açabilir. (1-2) Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar diş kayıp nedenleri arasında ana faktörler arasında yer almaktadırlar. (3-5)

Birinci sürekli molar, oklüzyonda temel rol oynayan en önemli oral çiğneme ünitesi olarak kabul edilir. Geniş oklüzal yüzeyi nedeniyle, gıdaları çiğneme diğer dişlerden daha etkilidir. Diğer sürekli dişlerin uygun pozisyonda sürebilmesi, oklüzyonun düzenlenmesi, her iki çenenin yatay, ön-arka ve enine büyümesini, yüz büyümesini ve yüz yüksekliğini koordine eder.(6-8) Birinci sürekli molar diş ağızda görülen ilk daimi dişdir. 6-7 yaş döneminde süren birinci sürekli molar diş genellikle ebeveynler tarafından çocuğun süt dişlenme döneminde olduğu düşünüldüğünden çok fazla önemsenmez. Karışık dişlenme döneminde yeterli bakımın sağlanmaması, diş hekimi korkusu, zaman ve tedavi masraflarının fazla olması erken diş kaybı yanı sıra ilerleyen dönemlerde ortodontik bozukluklara yol açmaktadır.(9) Waterman ve Knutson birinci sürekli molar dişin özellikle de mandibuler molar dişin çürümeye yatkınlığının daha fazla olduğunu yaptıkları çalışmada göstermişlerdir. Birinci molar diş eksikliğinin panoramik radyografi üzerinden değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur.(10) Panoramik görüntüleme, hem maksiller hem de mandibuler dental arkları

ve bunları destekleyen yapılarını içeren fasiyal yapıların tek bir görüntüsünün oluşturulmasını sağlayan bir tekniktir. Panoramik radyografiler çenelerin geniş alanlarının görüntülenmesini gerektiren tanısal problemlerde klinik olarak en faydalı tekniktir. Çene kırığı içeren travmalar, üçüncü molarların yerleşimi, geniş çaplı diş veya kemik hastalıkları, diş gelişimi ve sürmesi, temporomandibuler eklem ağrısı ve gelişimsel anomalilerin takibi yapılabilir. Bunların yanı sıra dişlerin genel olarak değerlendirilmesi sağlar. (11) Çalışmamızda seçilen popülasyonda birinci molar dişin durumunun radyografik olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

MATERYAL METOD

Çalışmamızda Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran 2604 hastanın panoramik radyografileri değerlendirildi. Panoramik görüntüler Planmeca Promax dijital panoramik röntgen cihazı (Finlandiya) ile rutin olarak kliniğe başvuran hastalardan alındı. Panoramik radyografilerin incelenmesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalında görevli 3 uzmanlık öğrencisi tarafından 21.3-inch flat-panel coloractive-matrix thin-film-transistor medikal ekran (MultiSync MD215MG; NEC, Munich, Germany) üzerinde 2048 / 2560 piksel, çözünürlükte yapıldı. 1117 erkek 1487 kadın hastanın panoramik filmlerinin değerlendirildiği çalışmamızda, hastalar 7-15, 16-24, 25-40, 41-55, 56-70 ve 71 yaş ve üzeri olarak yaş gruplarına ayrıldı. Maksiller ve mandibuler 1. Molarların durumları var-yok, var ise sağlıklı, dolgulu, kanal tedavili, protetik restorasyonlu, kanal tedavili + protetik restorasyonlu, yok ise kök artığı, ya da ilgili bölgede implant var olarak değerlendirildi.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 programından faydalanılmıştır. Tanımlayıcı olarak nicel değişkenler için orta-

lama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise hasta sayısı (yüzde) kullanılmıştır. İki nitel değişken arasındaki ilişkiye bakmak için ise Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

SONUÇLAR

Yaşları 7 ile 75 yaş arasında değişen 1117 erkek 1487 kadın hastanın yer aldığı toplamda 2604 panoramik radyografi değerlendirilmesi yapıldı. Çalışmaya katılan hastaların yaş ve cinsiyete göre dağılımları tablo 1 de gösterilmiştir. Birinci sürekli molar eksikliği görülmeyen erkek hastaların oranı %45 olarak görülmüştür. Yine aynı şekilde birinci sürekli molar diş eksikliği görülmeyen kadın hastaların oranı %45,6 olarak saptanmıştır. (tablo-1) 4 diş eksikliğinin birden görüldüğü hasta sayısı oranı 31-45 yaş aralığında % 5,7 iken bu

oranın 60 yaş üzerinde %21,8'e kadar arttığı görülmüştür. (tablo-1)

Yaşın artmasıyla beraber diş eksikliğinin artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(p<0.001) Her iki cins arasında diş eksikliği değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

1 ve 2 diş eksikliğini kayıp var olarak kabul edip, diş eksikliği olmayan bireyler ile karşılaştırdığımızda; üst dişte kayıp sayısı (yüzde) değeri 1005 (% 38.6) iken bu sayı alt dişte 1143 (%43.9) olarak bulunmuştur. Yine yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında yaşın artmasıyla birlikte diş eksikliği oranının arttığı görülmektedir. Cinsiyete göre diş kayıpları değerlendirildiğinde bulunan değerlerin birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Alt molarlar için her ikisinin de ağız içerisinde bulunmama oranı her iki cinste de %23,9 olarak bulunmuştur. Tablo-3

Tablo-1

Değişkenler	1 Diş Eksikliği	2 Diş Eksikliği	3 Diş Eksikliği	4 Diş Eksikliği	Diş Eksiği Olmayan	Toplam	p değeri
Cinsiyet							
Erkek	189 (16.9%)	169 (15.2%)	106 (9.5%)	150 (13.4%)	502 (45.0%)	1116 (100.0%)	0.435 ^a
Kadın	286 (19.2%)	208 (14.0%)	140 (9.4%)	176 (11.8%)	677 (45.6%)	1487 (100.0%)	
Yaş							
7-15	9 (4.7%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)	178 (92.8%)	192 (100.0%)	<0.001 ^a
16-30	139 (17.8%)	48 (6.1%)	14 (1.8%)	5 (0.6%)	576 (73.7%)	782 (100.0%)	
31-45	167 (24.5%)	128 (18.7%)	75 (11.0%)	39 (5.7%)	274 (40.1%)	683 (100.0%)	
46-60	125 (19.7%)	149 (23.5%)	104 (16.4%)	138 (21.8%)	118 (18.6%)	634 (100.0%)	
>60	35 (11.2%)	50 (16.0%)	51 (16.3%)	143 (45.9%)	33 (10.6%)	312 (100.0%)	

Table 2. Üst ve alt dişe göre diş kayıplarının cinsiyet ve yaşa göre dağılımı

Değişkenler	1 Diş Eksikliği	2 Diş Eksikliği	Diş Eksiği Olmayan	Toplam	
16-26 Dişler için					
Cinsiyet					
Erkek	201 (18.0%)	243 (21.8%)	672 (60.2%)	1116 (100.0%)	0.012 ^a
Kadın	303 (20.4%)	258 (17.4%)	926 (62.2%)	1487 (100.0%)	
Yaş					
7-15	5 (2.6%)	2 (1.0%)	185 (96.4%)	192 (100.0%)	<0.001 ^a
16-30	84 (10.7%)	15 (1.9%)	683 (87.4%)	782 (100.0%)	
31-45	166 (24.3%)	98 (14.3%)	419 (61.4%)	683 (100.0%)	
46-60	184 (29.0%)	207 (32.7%)	243 (38.3%)	634 (100.0%)	
>60	65 (20.8%)	179 (57.4%)	68 (21.8%)	312 (100.0%)	
36-46 Dişler için					
Cinsiyet					
Erkek	224 (20.1%)	267 (23.9%)	625 (56.0%)	1116 (100.0%)	0,996 ^a
Kadın	297 (20.0%)	355 (23.9%)	835 (56.1%)	1487 (100.0%)	
Yaş					
7-15	6 (3.1%)	4 (2.1%)	182 (94.8%)	192 (100.0%)	<0.001 ^a
16-30	117 (15.0%)	33 (4.2%)	632 (80.8%)	782 (100.0%)	
31-45	174 (25.5%)	134 (19.6%)	375 (54.9%)	683 (100.0%)	
46-60	169 (26.7%)	260 (41.0%)	205 (32.3%)	634 (100.0%)	
>60	55 (17.6%)	191 (61.2%)	66 (21.2%)	312 (100.0%)	

a:Chi-square test

Tablo 3.

	Sağlıklı	Dolgulu	Kanal tedavili (KT)	İmplant	Kök artığı	Porselen Restorasyon (PR)	KT+PR	Kayıp	Toplam	p Değeri
Diş 16 Durum										
Cinsiyet										
Erkek	461 (41.3%)	172 (15.4%)	64 (5.7%)	15 (1.3%)	7 (0.6%)	33 (3.0%)	12 (1.1%)	352 (31.5%)	1116 (100.0%)	0.011 ^a
Kadın	581 (39.1%)	295 (19.8%)	82 (5.5%)	31 (2.1%)	11 (0.7%)	59 (4.0%)	26 (1.7%)	402 (27.0%)	1487 (100.0%)	
Yaş										
7-15	161 (83.9%)	25 (13.0%)	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (2.1%)	192 (100.0%)	
16-30	457 (58.4%)	187 (23.9%)	65 (8.3%)	2 (0.3%)	5 (0.6%)	6 (0.8%)	7 (0.9%)	53 (6.8%)	782 (100.0%)	
31-45	244 (35.7%)	144 (21.1%)	55 (8.1%)	12 (1.8%)	7 (1.0%)	24 (3.5%)	14 (2.0%)	183 (26.8%)	683 (100.0%)	
46-60	149 (23.5%)	93 (14.7%)	20 (3.2%)	18 (2.8%)	5 (0.8%)	42 (6.6%)	11 (1.7%)	296 (46.7%)	634 (100.0%)	
>60	31 (9.9%)	18 (5.8%)	4 (1.3%)	14 (4.5%)	1 (0.3%)	20 (6.4%)	6 (1.9%)	218 (69.9%)	312 (100.0%)	<0.001 ^a
Diş 26 Durum										
Cinsiyet										
Erkek	444 (39.8%)	155 (13.9%)	88 (7.9%)	26 (2.3%)	12 (1.1%)	39 (3.5%)	19 (1.7%)	333 (29.8%)	1116 (100.0%)	0.190 ^a
Kadın	586 (39.4%)	259 (17.4%)	89 (6.0%)	37 (2.5%)	21 (1.4%)	52 (3.5%)	28 (1.9%)	415 (27.9%)	1487 (100.0%)	
Yaş										
7-15	156 (81.3%)	25 (13.0%)	6 (3.1%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (2.1%)	192 (100.0%)	<0.001 ^a
16-30	456 (58.3%)	167 (21.4%)	78 (10.0%)	1 (0.1%)	5 (0.6%)	6 (0.8%)	6 (0.8%)	63 (8.0%)	782 (100.0%)	
31-45	243 (35.6%)	120 (17.6%)	61 (8.9%)	13 (1.9%)	16 (2.3%)	25 (3.7%)	24 (3.5%)	181 (26.5%)	683 (100.0%)	
46-60	134 (21.1%)	84 (13.2%)	27 (4.3%)	31 (4.9%)	8 (1.3%)	38 (6.0%)	14 (2.2%)	298 (47.0%)	634 (100.0%)	
>60	41 (13.1%)	18 (5.8%)	5 (1.6%)	18 (5.8%)	3 (1.0%)	22 (7.1%)	3 (1.0%)	202 (64.6%)	312 (100.0%)	

	Sağlıklı	Dolgulu	Kanal tedavili (KT)	İmplant	Kök artığı	Porselen Restorasyon (PR)	KT+PR	Kayıp	Toplam	p Değeri
Diş 36 Durum										
Cinsiyet										
Erkek	419 (37.6%)	160 (14.3%)	76 (6.8%)	26 (2.3%)	11 (1.0%)	10 (0.9%)	21 (1.9%)	393 (35.2%)	1116 (100.0%)	<0.001 ^a
Kadın	457 (30.7%)	306 (20.6%)	104 (7.0%)	36 (2.4%)	13 (0.9%)	41 (2.8%)	24 (1.6%)	506 (34.0%)	1487 (100.0%)	
Yaş										
7-15	148 (77.2%)	30 (15.6%)	7 (3.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (3.6%)	192 (100.0%)	
16-30	361 (46.3%)	219 (28.0%)	83 (10.6%)	3 (0.4%)	5 (0.6%)	5 (0.6%)	8 (1.0%)	98 (12.5%)	782 (100.0%)	
31-45	207 (30.3%)	128 (18.7%)	58 (8.5%)	18 (2.6%)	13 (1.9%)	10 (1.5%)	19 (2.8%)	230 (33.7%)	683 (100.0%)	
46-60	129 (20.4%)	77 (12.1%)	25 (3.9%)	22 (3.5%)	5 (0.8%)	20 (3.2%)	11 (1.7%)	345 (54.4%)	634 (100.0%)	
>60	31 (9.9%)	12 (3.8%)	7 (2.2%)	19 (6.1%)	1 (0.3%)	16 (5.1%)	7 (2.2%)	219 (70.4%)	312 (100.0%)	<0.001 ^a
Diş 46 Durum										
Cinsiyet										
Erkek	411 (36.7%)	183 (16.4%)	79 (7.1%)	31 (2.8%)	13 (1.2%)	19 (1.7%)	13 (1.2%)	367 (32.9%)	1116 (100.0%)	0.004 ^a
Kadın	455 (30.5%)	306 (20.6%)	93 (6.3%)	49 (3.3%)	14 (0.9%)	35 (2.4%)	35 (2.4%)	500 (33.6%)	1487 (100.0%)	
Yaş										
7-15	143 (74.5%)	36 (18.8%)	5 (2.6%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (3.6%)	192 (100.0%)	<0.001 ^a
16-30	370 (47.3%)	209 (26.7%)	91 (11.6%)	7 (0.9%)	9 (1.2%)	4 (0.5%)	7 (0.9%)	85 (10.9%)	782 (100.0%)	
31-45	197 (28.9%)	153 (22.4%)	56 (8.2%)	22 (3.2%)	12 (1.8%)	9 (1.3%)	22 (3.2%)	212 (31.0%)	683 (100.0%)	
46-60	123 (19.4%)	74 (11.7%)	18 (2.8%)	32 (5.0%)	3 (0.5%)	27 (4.3%)	11 (1.7%)	346 (54.6%)	634 (100.0%)	
>60	33 (10.6%)	17 (5.4%)	2 (0.6%)	19 (6.1%)	2 (0.6%)	14 (4.5%)	8 (2.6%)	217 (69.6%)	312 (100.0%)	

16 no'lu diş içinde implant olanların sayı (yüzde) değerleri 46 (1.8) iken bu değerler 26 no'lu diş için 63 (2.4), 36 no'lu diş için 62 (2.4) ve 46 no'lu diş için 80 (3.1) olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 16 numaralı diş için yapılan değerlendirmede 31-45 yaş aralığında bulunan hastaların %35 inde dişler sağlıklı olarak ağızda yer alırken %65 hastada ise dişlerin ya kayıp ya da restorasyonlu olarak ağızda konumlandığı saptanmıştır. Bu oranlar 26 numaralı dişte de yakın değerler göstermekte olup 36 ve 46 nolu dişler sağlıklı diş oranının düştüğü görülmektedir (36 için %30 - 46 için %28,9). Ancak bu değişiklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bütün 1. molar dişlere bakıldığında %34-36 lık bir oranın dolgulu olarak ağızda konumlandığı saptanmıştır.

1116 erkek hastada 16 numaralı dişin kanal tedavili olarak görülme sıklığı %5,7 (64 tane diş) olarak saptanırken bu oranın

36 ve 46 nolu dişlerde artış gösterdiği görülmüştür;36 nolu diş için %6,8, 46 nolu diş için %7,1 dir.

16 ve 26 nolu dişlerin erkek hastalarda kayıp oranı sırasıyla %31,5 - %29,8 olarak bulunurken bu oranın alt molar dişler de (36 nolu diş %35,2, 46 nolu diş 32,9) istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yükseldiği görülmüştür.

60 yaş üzeri hastalarda 16 nolu diş kayıp oranı %69,9, 26 nolu diş kayıp oranı %64,6, 36 nolu diş kayıp oranı %70,4 ve 46 nolu diş kayıp oranı %69,6 olarak bulunmuştur.

60 yaş üzeri hastalarda 16 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %9,9, 26 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %13,1, 36 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %9,9 ve 46 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %10,6 olarak bulunmuştur.

7-15 yaş aralığındaki hastalarda 16 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %83,9, 26 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %81,3, 36 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %77,2 ve 46 nolu dişin sağlıklı olarak görülme oranı %74,5 olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi verilerini kullanarak yaptığımız bu retrospektif çalışmada, incelenen popülasyonda en az bir tane birinci molar diş eksikliği olan hasta oranı hem kadınlarda, hem de erkeklerde %55 olarak bulunmuştur. 7-15 yaş grubu hastalarda en az 1 diş eksikliği görülme oranı %4,7 olarak bulunmuştur. Bu oran Rezaie M. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %40 olarak bulunmuştur.(2) Artmış diş çürüğü ve periodontal hastalık prevalansı, diş kayıplarında önemli rol teşkil etmektedir.(12-13)

Bu çalışma özellikle birinci sürekli molarlar üzerine yoğunlaşmıştır çünkü bunlar bireyin dental ve genel sağlığı açısından önemli rol oynar. Birinci sürekli molar ağızda süren ilk sürekli diştir ve daha sonrasında sürececek olan hem önündeki hem de arkasındaki dişler üzerinde kontrol ortaya koyar. Çünkü bu dişler daha önceden sürmüş birinci molar dişe göre pozisyon almaya zorlanır ve oklüzyona gelirler. Birinci molar diş aynı zamanda ağız boşluğunda olan en büyük diştir ve en fazla oklüzal yükü karşılar. Maksilla ve mandibula arasında bulunan vertikal mesafeye, oklüzal yükseklige ve estetik oranlara etki eder. Birinci molar dişler en fazla kök yüzeyi genişliğine sahip olduğundan, dişlerin hareketinde ankraj için kullanılacak ideal diştir. Yukarıda sayılanlar göz önüne alındığında bu dişlerin sağlık durumu bir değerlendirilmesi bir popülasyonun ağız sağlığı konusunda bize yeterli bilgiyi sunmaktadır.(14)

Çalışmamızın bir diğer önemli bulgusu da alt birinci sürekli molarların üst birinci sürekli molar dişlere göre kayıp oranının fazla olmasıydı. Bu oran istatistiksel olarak anlamlı olmasa da üst dişte kayıp sayısı (yüzde) değeri 1005 (% 38.6) iken, bu sayı alt dişte 1143 (%43.9) olarak bulunmuştur. Mandibuler birinci molarların oklüzal morfolojilerinde yer alan sulkusların derinliği

gıda retansiyonuna uygun olduğu ve sürme zamanlarının süt dişlenme döneminde olması, çürüğe yatkınlığını artırmaktadır.(15) Mandibula birinci molarların maksiller molarlara göre erken sürmesi de diş kayıplarının daha fazla olmasında etkilidir.

Prognozu kötü olan birinci sürekli molarların çekimi, karma dişlenme döneminde çocuk hastalarda karşılaşılan bir durumdur. Birinci molar dişlerin ortodontik amaçlı olarak çekilmesi de alternatif olarak uygulanmaktadır. (16-17) Rezai ve ark., yaptıkları çalışmalarında %24 olarak bir sürekli molar diş eksikliği, % 31 olarak da iki daimi molar diş eksikliği görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda diş kayıpları ortodontik tedavi ile ilişkilendirilse de, çalışmamızda bu oranlar düşük olarak gözlenmektedir. (7-15 yaş grubu hastalarda bir sürekli molar diş kaybı oranı 4.7% , 2 sürekli molar diş kaybı oranı % 1.0) Bu oranlar da ülkemizde uygulanan ortodontik tedaviler için sürekli birinci molar çekimlerinin çok tercih edilmediğini göstermektedir.

Birinci molar diş kayıplarında 60 yaş üstü hastaların diş eksikliklerinin giderilmesi için %5,7 oranında implant destekli porselen kronları tercih ederlerken, yaklaşık % 9 oranında köprü restorasyonu tercih edildiği görülmüştür. Yine aynı grupta restorasyon yaptırmayan hastaların oranlarının ise %65 gibi yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. 45- 60 yaş grubu hastalarda ise implant restorasyonların % 4,05 oranlarında olduğu halde, kron ve köprü restorasyon oranının % 22 lerde olduğu görülmektedir. Aksoy M. ve arkadaşlarının implant restorasyonları tercihi üzerinde Türk popülasyonu üzerinde yaptığı çalışmalarında tüm ağız içerisinde olan bölgelere bakılmış 60 yaş üzerindeki hastaların oranı %23 olarak bulunmuştur. (18)

Çobankara ve ark., kanal tedavisi insidansını yaş gruplarına göre inceledikleri çalışmalarında sürekli birinci molarlarda %35 oranında kanal tedavili dişin görüldüğü saptanmıştır. Bu oranın %17'sini üst çenede yer alan sürekli dişler oluştururken %18 ini alt çenede bulunan sürekli dişler oluşturmaktadır. (19) Yaptığımız çalışmada ise %25 oranında üst dişlerde kanal tedavisi görülürken, bu oranın alt sürekli birinci molarlarda görülme oranı %28 lere kadar ulaşmaktadır.

SONUÇ

Sürekli birinci molarların sürme yaşının erken olması, süt dişlenme döneminde ağız içerisinde bulunması, bu dişlerin bakımının göz ardı edilmesine ve sıklıkla kaybedilmesine yol açmaktadır. Erken yaşta olan diş kayıplarının çocuklarda çene gelişimi üzerindeki etkileri hem dental sağlık, hem genel sağlık yönünden olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. İlerleyen yaşlarda bu kayıpların restore edilmesi için yapılan harcamalar devlet bütçesinde oldukça yüksek rakamlar oluşturmaktadır. Bu sebeplerden dolayı karışık dişlenme döneminde aileler diş bakımı açısından uygun şekilde bilgilendirilmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Shyam R, Manjunath BC, Kumar A, Narang R, Goyal A, Piplani A. Assessment of dental caries spectrum among 11 to 14-year-old school going children in India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2017. vol. 11, no. 6, pp. ZC78-ZC81. Rezaie M, Ghapanchi J, Haghnegahdar A, Khojastehpour L, Khorshidi H, Heidari H. A Radiographic Evaluation of Missing of Permanent First Molars in a Group of Iranian Children and Adults: A Retrospective Study. *Int J Dent* 2018. Apr 1;2018:5253965.
2. Hamasha AA, Sasa I, Al-Qudah M. Risk indicators associated with tooth loss in Jordanian adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2000. vol. 28, no. 1, pp. 67-72. Hiremath A, Murugaboopathy V, Ankola AV, Hebbal M, Mohandoss S, Pastay P. Prevalence of dental caries among primary school children of India: a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2016. vol. 10, no. 10, pp. ZC47-ZC50. Moaddeli MR, Khorshidi H, Golkari A, Heidari H, Raoofi S. The prevalence of pathologic tooth migration with respect to the severity of periodontitis. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry* 2016. vol. 6, no. 8, pp. 122-125. van der Linden FPGM. *Problems and Procedures in Dentofacial Orthopedics*, 2nd ed. Chicago: Quintessence; 1990:309-326.
3. Major MA. *Wheeler's Dental Anatomy, Physiology and Occlusion*, 7th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1993:79-117, 325-430.
4. Graber TM, Vanarsdall RL. *Current Orthodontic Concept and Techniques*, 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2000:39.
5. Angle EH. *Treatment of Malocclusion of the Teeth*, 7th ed. Philadelphia: S. S. White Manufacturing Co; 1907:252.
6. Bazrafshan E, Kamani H, Mostafapour FK, Mahvi AH. Determination of the decayed, missing, filled teeth index in Iranian students: a case study of Zahedan city. *Health Scope* 2012. vol. 1, no. 2, pp. 84-88.
7. White SC, Pharoah MJ. *Oral Radiology Principles and Interpretation* 7th ed. New York, 2014.
8. da Fonseca MA, Avenetti D. "Social determinants of pediatric oral health," *Dental Clinics of North America* 2017. vol. 61, no. 3, pp. 519-532
9. McLaren L, Singhal S. "Does cessation of community water fluoridation lead to an increase in tooth decay? A systematic review of published studies," *Journal of Epidemiology and Community Health* 2016. vol. 70, no. 9, pp. 934-940.
10. Arrow P. Dental enamel defects, caries experience and oral health-related quality of life: a cohort study. *Australian Dental Journal* 2017. vol. 62, no. 2, pp. 165-172.
11. Opydo-Szymaczek J, Gerreth K. Developmental enamel defects of the permanent first molars and incisors and their association with dental caries in the region of Wielkopolska, Western Poland. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2015. vol. 13, no. 5, pp. 461-469.
12. Patel S, Ashley P, Noar J. Radiographic prognostic factors determining spontaneous space closure after loss of the permanent first molar. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2017. vol. 151, no. 4, pp. 718-726.
13. Mathu-Muju KR, Kennedy DB. Loss of permanent first molars in the mixed dentition: circumstances resulting in extraction and requiring orthodontic management. *Pediatric Dentistry* 2016 vol. 38, no. 5, pp. 46-53.
14. Aksoy MC, Kocer G, Kucukesmen HC, Eroglu E, Senturk MF. Distribution and pattern of implant therapy in a part of the Turkish population. *J Pak Med Assoc.* 2016 Oct;66(10):1277-1280.
15. Kont Cobankara F, Orucoglu H. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2004. Cilt:7 Sayı:2.

Yazışma Adresi:

Arş. Gör. Dt. Elif POLAT
Mail: dtelifpolat@gmail.com
Tel: 0539 479 98 24
Ankara Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene
Radyolojisi Anabilim Dalı

