

Ön Derin Çapraz Kapanışla Birlikte Görülen Sınıf III Maloklüzyonun Protetik Tedavisi: Olgu Raporu

Prosthetic Treatment of A Class III Malocclusion Combined with Anterior Deepbite: A Case Report

*Dr. Mustafa ZORTUK, *Yrd.Doç.Dr. Jülide ÖZEN, *Yrd.Doç.Dr. Cumhuriyet SİPAHİ

*GATA Dişhekimliği Bilimleri Merkezi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

ÖZET

Bu klinik çalışmada, Sınıf III maloklüzyon ve azalmış oklüzal dikey boyuta sahip bir hastaya uygulanan protetik tedavi yaklaşımı tarif edilmiştir. İlk aşamada, overlay protez kullanılarak, yeni oklüzal dikey boyut oluşturulmuştur. Bu prosedür, hastanın belirlenen yeni dikey boyuta kontrollü şekilde adapte olmasını sağlamış ve daimi restorasyon öncesi, hastanın estetik, fonetik ve çiğneme gereksinimlerinin daha kolay tespit edilebilmesini sağlamıştır. 6 aylık adaptasyon sürecinin sonunda alt ve üst çeneye ait sabit protetik restorasyonlar bitirilerek dişlere uygulanmıştır.

ABSTRACT

This clinical report describes the prosthetic treatment of a Class III malocclusion combined with decreased occlusal vertical dimension. At the first step, the determined appropriate occlusal vertical dimension was reestablished with an overlay removable partial denture. This procedure provided a controlled adaptation to the newly established occlusal vertical dimension. In this manner, esthetic, phonetic and masticatory problems and requirements of the dentition could be easily evaluated before the final restoration. At the end of a 6 months adaptation period, final maxillary and mandibular full mouth fixed partial dentures were fabricated and inserted. Following periodic clinical controls, not any complaint nor complication was determined.

ANAHTAR KELİMELELER

Angle Sınıf III, Oklüzal dikey boyut, Overlay protezler

KEYWORDS

Angle Class III, Occlusal vertical dimension, Overlay prostheses

GİRİŞ

Sınıf III maloklüzyonun etyolojisinde üst çenenin iskeletsel bozukluğu ya da alt çene prognatizmi rol oynar^{1,2}. Bu maloklüzyona sahip kişilerde estetik, fonasyon ve çiğneme fonksiyonları ile ilgili problemlerin birlikte görülmesi, kompleks bir tedaviyi gerektirir. Özellikle ön çapraz kapanışa sahip erişkin bireylerde, cerrahi, ortodontik ve protetik tedaviler birlikte düşünülmelidir. Ön çapraz kapanış kapsamlı bir ortodontik tedavi ve geniş çaplı protetik planlamalarla etkin biçimde tedavi edilebilmektedir. Ortodontik tedavi yardımıyla ön dişler arasında kabul edilebilir bir overbite-overjet ilişkisi sağlanabilir. Bununla beraber, tedavinin uzun sürmesi, rahatsız edici olması ve estetik olmayan bir görüntü oluşturmaması, bu tedavinin bazı hastalarca reddedilmesine neden olur. Bu tip vakalarda olguya özgü protetik yaklaşımlar hemen hemen tek tedavi seçeneğidir².

Sınıf III maloklüzyonu olan bireylerde alt ve üst çene arasındaki açısal ilişkilerde ve oklüzal dikey boyutta (ODB) önemli azalmalar olduğu gözlemlenmiştir^{3,4}. Genel olarak, düşük ODB'a sahip Sınıf III maloklüzyonun protetik tedavisinde, daimi restorasyonlara başlamadan önceki geçiş sürecinde, iskeletsel sistemin değişiklikleri tolere edebilmesi için overlay protezler veya akrilik splintler gibi geçici restorasyonların kullanılması gereklidir⁴⁻⁹.

Bu çalışmada; ön derin kapanışla birlikte Sınıf III maloklüzyona sahip bir hastaya, bir overlay protez yardımıyla daha yüksek bir dikey boyut kazandırılması ve 6 aylık adaptasyon süreci sonunda kazandırılan yeni dikey boyuta uygun olarak daimi sabit protezlerin uygulaması anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU

GATA Dişhekimliği Bilimleri Merkezi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı kliniğine protez yaptırmak üzere başvuran 46 yaşındaki bir erkek hastadan alınan anamnez ve yapılan klinik muayene sonucunda çiğneme yetersizliği ve estetik sorunlar olduğu gözlemlendi. Ağız içi muayenesinde,

düşük ODB, kapanış bozukluğu, diş eksikliği ve orta düzeyde dişeti problemine rastlandı (Şekil 1). Hastada herhangi bir temporomandibüler eklem (TME) bozuklukluğuna ise rastlanmadı.

Periodontal tedavinin bitiminde, alınan ölçülerden elde edilen tanı modelleri artikülatöre bağlanarak, cerrah, prostodontist ve ortodontistten oluşan bir ekip tarafından değerlendirildi. Alınan sefalometrik filmlerin değerlendirilmesi sonucunda ANB açısının (-) 6° olduğu belirlendi (Şekil 2). Bu açı değeri Sınıf III maloklüzyonun iskeletsel orijini olduğunu gösterdi. Ancak, hastanın kısa süreli bir tedavi sürecini tercih etmesi ve ortodontik tedaviyi reddetmesi nedeniyle maloklüzyonun sadece protetik tedaviyle giderilmesine karar verildi. Ön derin çapraz kapanışı düzeltmek, ön dişleri protetik yaklaşımla başa baş konuma getirmek ve üst dudak desteğini sağlamak amacıyla hastanın interoklüzal mesafesinin overlay protezlerle yükseltilmesine karar verildi. Her iki çeneden ölçüler alındı ve ana modeller elde edildi. Yüz arkı yardımıyla üst çenenin konumu yarı ayarlanabilir bir artikülatöre (Hanau Wide-View II, Buffalo, NY) transfer edildi ve sentrik ilişki kaydı alındı (Şekil 3). Artikülatör üzerinde interoklüzal mesafe, alt ve üst ön dişlerin insizal kenarları birbiriyle aynı seviyeye gelene kadar açıldı ve overbite sıfırlandı. Çeneler artikülatörde bu dikey boyutta fiks edildi ve toplam interoklüzal açıklık 7 mm olarak ölçüldü. Bu mesafe farkının fizyolojik olarak kabul edilebilir olup olmadığı, hasta ağzında Niswonger yönteminden yararlanarak belirlendi ve herhangi bir uyumsuzluk gözlemlenmedi^{1,9}. Daha sonra alt ve üst çene ana modelleri üzerinde overlay protezlerin metal kaide dökümleri elde edildi. Metal kaideler ağıza yerleştirildi, dişsiz bölgeler şeffaf soğuk akrilik rezinle (Meliodent; Bayer, UK Ltd, Newberry, Berkshire, UK) modele edildi ve ODB orijinal dikey boyuta göre 2mm yükseltildi (Şekil 4). Overlay protezler belirlenen bu dikey boyutta 2 ay kullanıldı ve ODB, takibeden 4 ayda kademeli olarak 5mm daha yükseltildi. 6 aylık geçiş süreci sonunda toplam 7 mm'lik bir dikey boyut artışı sağlanmış oldu (Şekil 5). Kullanımı sürecinde oluşabilecek



RESİM 1

Tedavi öncesindeki oklüzyon.



RESİM 4

Overlay protezler



RESİM 2

Sefalometrik analiz



RESİM 5

Overlay protezin 6. aydaki ağız içi görünümü



RESİM 3

Yüz arkı uygulaması

şikayetlerin değerlendirilmesi amacıyla, protezler günde 21 saatten az olmamak kaydıyla kullanıldı ve her hafta düzenli klinik kontroller yapıldı. Hastadan, overlay protezler ağızdayken, çeneler kapanış halindeyken ve protezler ağızda değilken eklem grafikleri alındı. Kondil başının glenoid fossa içindeki konum değişikliği ve diskin pozisyonu radyografik olarak değerlendirildi ve oluşan pozisyon değişikliklerinin ihmal edilebilir düzeyde az olduğu görüldü. Bu süreçte yapılan kontrollerde hastada ağrı ve benzeri herhangi bir klinik şikayet görülmemesi üzerine sabit protetik tedaviye başlanması uygun görüldü.

Alt ve üst çenedeki tüm dişler prepare edildi (Şekil 6) ve dişeti retraksiyonunu takiben silikon esaslı ölçü maddesi ile (Zetaplus, Zhermack, Rovigo, Italy) ölçü alındı. Overlay protezler ağıza yerleştirildi. Ana modeller daha önce belirlenen dikey boyutta artikülatöre bağlandı. Kuronlar ünilateral grup fonksiyonlu okluzyon sağlanacak şekilde modele edildi. Döküm sonrasında metal alt yapılar ağızda denendi ve ardından dentin provaları yapıldı. Bitirilen restorasyonlar dişler üzerine polikarboksilat siman ile (Adhesor Carbofine, Spofa Dental, Frankfurt, Germany) yapıştırıldı (Şekil 7). Hasta sabit protetik restorasyonlarının hijyen tedbirleri konusunda bilgilendirildi.

Protezlerin takılmasını takiben ilk üç ayda yapılan klinik kontrollerde periodontal yönden dişeti uyumları, ağrının olup olmayışı, TME şikayeti, çiğneme fonksiyonu ve hastanın ağız hijyenini kontrol edildi. İkinci yılın başındaki kontrolde hastada TME şikayeti de dahil olmak üzere hiçbir klinik probleme rastlanmadı.

TARTIŞMA

Sınıf III çapraz kapanışa sahip kişilerde estetik, fonasyon ve fonksiyon gibi önemli problemlerin bir arada görülmesi, kompleks bir tedaviyi gerektirmektedir. Bu tip vakaların tedavisine yönelik olarak yapılan birçok çalışmada; alt ve üst çene arkları için geçici protetik restorasyonlar hazırlandığı saptanmıştır. Geçici overlay protezlerle ODB'nin yükseltilmesi ve 6 ay süren alışma periyodunun geri dönüşümlü olması, protetik tedavinin en önemli avantajıdır^{4,6,7}. Bu süreçte ODB'nin tek aşamada değil, belirli aralıklarla yükseltilerek istenilen yüksekliğin elde edilmesi tavsiye edilmektedir. Bazı çalışmalarda, ODB ve kas tonusu arasındaki ilişki elektromiyografi kullanarak araştırılmış ve kasların ODB üzerinde yapılan değişikliklere zamanla adaptasyon gösterdiği bildirilmiştir^{2,7,8}.

Diğer yandan, bu tedavi yönteminin bazı dezavantajları da vardır. Çürük insidansının ve periodontal sorunların fazla görülmesi ve geçici protezlerin kullanımının rahat olmaması en önemli



RESİM 6

Preparasyon sonrası ağız içi görünümü



RESİM 7

Sabit protezler bitirildikten sonraki ağız içi görünümü

dezavantajlardandır. Ayrıca ODB'nin arttırılması, dişlerde çarpma, kas yorgunluğu, diş, kas, baş ağrısı gibi postoperatif etkiler yaratabilmektedir. Bundan dolayı, ODB'de üzerinde yapılan değişiklikler konservatif olmalı ve geçiş sürecinde bir overlay protez kullanılmalıdır. Bu çalışmada, hastanın ODB'si 6 ayda yaklaşık olarak 7 mm. arttırılmıştır. Bu kayda değer artışa rağmen, hasta yeni ODB'ye zorlanmadan adapte olmuştur.

Uygulanan bu tedavi metodundan farklı olarak alternatif tedavi seçenekleri de söz konusudur. Özellikle ortodontik tedavi yardımıyla alt ve üst çenedeki çapraz kapanış düzeltilebilirdi.

Ancak, bu tedavi şeklinin uzun sürmesi, rahatsız edici olması, estetik olmayan bir görüntü oluşturmaması ve hastanın bu tedavi yaklaşımını tercih etmemesi nedeniyle sabit protetik restorasyon yapımına karar verildi. Ancak, bu çalışmada uygulanan sabit protetik restorasyonların da bazı dezavantajları vardır. Bu dezavantajların başında ağız içi hijyeni sağlamadaki zorluk sayılabilir. İlerleyen dönemlerde porselen yapıların bünyesinde oluşabilecek çatlaklar veya kırılmalar, muhtemel endodontik problemler ve tedavi gereksinimi durumunda sabit protezlerin sökümünün zor oluşu da bu restorasyonların diğer dezavantajlarıdır.

KAYNAKLAR

1. Academy of Prosthodontics. Glossary of Prosthodontics Terms. J Prosthet Dent 1994;71:89.
2. Olcay S, Beyli M, Marsan G: Combined prosthodontic and orthodontic treatment of a patient with a Class III skeletal malocclusion: a clinical report. J Prosthet Dent 2004; 92: 6-8.
3. Jahangiri L, Jang S: Onlay partial denture technique for assessment of adequate occlusal vertical dimension: A clinical report. J Prosthet Dent 2002; 87: 1-4.
4. Fayz F, Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. J Prosthet Dent 1988; 59: 321-3.
5. Dawson P. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems. 2nd ed. St. Louis: CV Mosby; 1989. p. 56-71, 500-10.
6. Hellsing G. Functional adaptation to changes in vertical dimension. J Prosthet Dent 1984; 52: 867-870.
7. Windchy AM, Morris JC. An alternative treatment with the overlay removable partial denture: A clinical report. J Prosthet Dent 1998; 79: 249-253.
8. Hayakawa I, Hirano S. A method to remold worn acrylic resin posterior denture teeth and restore lost vertical dimension of occlusion. J Prosthet Dent 1993;69:234-6.
9. McGivney G, Castleberry D. McCracken's removable partial prosthodontics. 9th ed. St Louis: CV Mosby; 1995: 361-2.

İLETİŞİM ADRESİ

Yrd.Doç.Dr. Cumhuri SİPAHİ

GATA Dişhekimliği Bilimleri Merkezi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Etlik/Ankara

Tel: 0312 304 60 58 Faks: 0312 304 60 20 e-mail: cumhursipahi@yahoo.com