

# Anterior diastemaların direkt kompozit rezin restorasyonlarla estetik rehabilitasyonu: 5 Olgusu

Handan Yıldırım(0000-0001-8850-3523)<sup>α</sup>, Esra Özyurt(0000-0003-4118-0450)<sup>α</sup>

*Selcuk Dent J, 2020; 7: 338-346 (Doi: 10.15311/selcukdentj.501124)*

Başvuru Tarihi: 23 Aralık 2018  
Yayına Kabul Tarihi: 27 Ağustos 2019

### ÖZ

#### Anterior diastemaların direkt kompozit rezin restorasyonlarla estetik rehabilitasyonu: 5 Olgusu

Diş hekimliğinde estetik problemlerin büyük bir kısmını ön bölgede görülen renk, şekil, yapı ve konum bozuklukları oluşturmaktadır. Özellikle diastemalar, hastaların ortak estetik şikayetlerinden biridir.

Yaygın görülebilen bu tür estetik problemleri ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan ve ortodontik, protetik, restoratif işlemleri içeren farklı tedavi prosedürleri mevcuttur. Direkt kompozit restorasyonlar, estetik olmayan dişler arası boşlukların kapatılması için konservatif, pratik ve düşük maliyetli bir tedavi seçeneğidir.

Bu 5 olgu sunumunda dişlerindeki diastema ve/veya polidiastemaya bağlı estetik şikayete kliniğimize başvuran hastalara, direkt kompozit rezin ile uygulanan restoratif tedavi işlemlerinin anlatılması amaçlandı. Restorasyonların tamamlanmasının ardından, hastaların 3-6 ve 12 aylık periyodik takip randevuları gerçekleştirildi. Takipler sonucunda yapılan restorasyonların estetik başarısının klinik olarak kabul edilebilir ölçüde olduğu görüldü.

Direkt kompozit rezinlerin sunulan vakalarda olduğu gibi hastaları tatmin edebilecek estetiğe, uygun maliyete ve dayanıklılığa sahip olduğu söylenebilir.

### ANAHTAR KELİMELE

**Dental restorasyon, diastema, estetik, kompozit rezin**

### ABSTRACT

#### Esthetic rehabilitation of anterior diastema with composite restoration: 5 Case report

Anterior teeth which have colour, shape, pattern and position disorders constitute significant part of esthetic problems in dentistry. Especially, anterior diastema is a common esthetic complaint of patients.

In order to elimination of such aesthetic problems encountered very common, there are different treatment procedures including orthodontic, prosthodontic, restorative procedures. Direct composite restoration is a treatment method that provides minimally invasive, conservative, easy and cost effective way for the closure of anesthetic interdental spaces.

In these 5 case reports were aimed to describe the restorative treatment process implemented with direct composite resin method to patients that admitted to our clinic with aesthetic complaints related to diastema and/or polidiastema. It was planned periodically 3-6 and 12 months follow-up appointments of patients. It was observed that the restorations had clinically acceptable aesthetics.

Direct composite resins seemed to be aesthetic and durable restorations that can satisfy patients as under the conditions of case presented.

### KEYWORDS

**Dental restoration, diastema, esthetic, composite resin**

Diastema, komşu iki diş arasında görülen 0.5 mm'den daha büyük boşluklardır. Polidiastema ise ikiden fazla diş arasında görülen boşluklar olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup>

Broadbent, büyüyen çocuklarda maksiller orta hat diastemasını estetik olarak hoşnutsuz olarak tanımlamakta ve dental gelişimin "çirkin ördek yavrusu" evresi olarak nitelendirmektedir. Bu aşamayı, maksiller orta hat diasteması için bir geçiş fazı olarak değerlendirmiş ve bu diastemanın lateral kesici ve kaninlerin erüpsiyonunun tamamlanmasıyla kapanacağını bildirmiştir.<sup>2</sup>

Bu nedenle orta hatta görülen diastemalar genellikle karışık dişlenme sırasında normal diş gelişiminin bir parçası olarak kabul edilir. Literatürde diastema

oluşmasına sebep olan çok sayıda etiyolojik faktör bildirilmiş ve tartışılmıştır. Bununla birlikte, birçok faktör müdahale gerektirebilecek diastemalara neden olabilir.<sup>3</sup> Bu etiyolojik faktörlerin başında genetik nedenlerin gelmesiyle birlikte; sistemik hastalıklar, kas dengesizlikleri, fiziksel engeller, labial frenilumun anormal pozisyonu, makroglossi, dişlerin geç erüpsiyonu, normalden küçük gelişen dişler (en sık üst lateraller), supernumere dişler, yanlış solunum, parmak ve dil emme, anormal yutkunma, anormal maksillar ve mandibular ark yapısı, oral bölgedeki patolojik oluşumlar, periodontal problemler, herhangi bir nedenle oluşan diş kayıpları sayılabilir.<sup>3-6</sup>

<sup>α</sup> Trakya Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi AD, Edirne

Bolton uyumsuzluğu (diş büyüklüğü uyumsuzluğu) da sıklıkla literatürde bildirilen interdental diastemaların bir başka nedenidir. Epidemiyolojik çalışmalara göre diastema vakaları maksillada, mandibuladan daha çok görülür. Maksillada görülen diastemalar ise daha çok anteriorda görülmektedir.<sup>4, 7</sup>

İnterdental diastemaların hastada estetik açıdan memnuniyetsizlik yarattığı ve konuşmayı zorlaştırabildiği bildirilmiştir.<sup>8</sup>

Günümüzde estetik kaygıların artmasıyla birlikte, hastaların büyük çoğunluğu fonksiyonel ve fonasyonel şikayetlerin yanı sıra daha çok estetik şikayetlerle diş hekimine başvurmaktadır. Özellikle anterior diastemalar toplumda yaygın estetik problemlere neden olur.<sup>4, 5</sup>

Diastemaların tedavileri arasında CAD/CAM restorasyonlar, direkt kompozit rezin, indirekt kompozit rezin uygulamaları, porselen laminate veneer restorasyonlar, metal seramik restorasyonlar ile tam seramik kronlar sayılabilir.<sup>9, 10</sup>

Son yıllarda koruyucu diş hekimliği prensibinin ön plana çıkmasıyla birlikte, en az doku kaybı ile en iyi klinik başarıyı sağlayacak restoratif yöntemlere sıklıkla başvurulmaktadır.<sup>11</sup> Bununla birlikte, sadece biyolojik olarak değil, aynı zamanda estetik, psikolojik, işlevsel ve ekonomik olarak da en uygun tedaviyi seçmek önemlidir.<sup>12</sup>

Günümüzde kompozit rezinler, diş dokusundan herhangi bir doku kaybı oluşturmadan veya çok az bir kayıp ile modern adeziv teknikler kullanılarak direkt olarak diş dokusu üzerine uygulanabilmektedir.<sup>13</sup> Ayrıca kompozit rezin restorasyonlar ile diastemaların kapatılması pratik, ekonomik ve konservatif bir yaklaşım olarak kabul edilir.<sup>14</sup>

Bu olgu sunumunun amacı fakültemize diastema ve polidiastema şikayeti ile başvuran hastalarda uygulanmış ön bölge direkt kompozit rezin restorasyonların başarısını 3, 6 ve 12 aylık klinik takiplerle incelemektir.

## OLGU SUNUMU

### OLGU 1

38 yaşında erkek hasta maksiller anterior dişleri arasındaki diastema sebebiyle fakültemize başvurdu (Resim 1a). Hastadan alınan tıbbi anamnezde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmadığı öğrenildi. İntraoral muayenede ise maksiller santral keser dişler arasında orta hat diasteması (~3 mm) tespit edilmiş olup, dişler vital ve dişetleri sağlıklı idi. Hastaya tedavi seçenekleri anlatıldıktan sonra onayı alındı ve direkt rezin kompozit restorasyon ile diastemaların kapatılmasına karar verildi.



**Resim 1.**

Olgu 1'in preoperatif intraoral görünümü (1a), Olgu 1'in rubber dam ile izolasyonu (1b)

Dişlerin profilaktik tedavilerinin ardından renk seçimi yapıldı, sonrasında dişlerin rubber dam ile izolasyonu sağlandı (Resim 1b). Restorasyon uygulanacak dişlerin yüzeylerine 30 saniye % 37 fosforik asit jel (Condac37, FGM, Brezilya) uygulandı. Asit yıkandıktan ve yüzey kurutulduktan sonra diş yüzeylerine adeziv rezin (OptiBond All-In-One, Kerr, ABD) uygulandı ve 20 saniye ışıkla polimerize edildi (VALO Cordless LED, Ultradent, ABD). Şeffaf bant yerleştirildikten sonra ilk olarak restorasyonun palatinal kısmına A2 mine kompoziti (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray Noritake Dental Inc, Japonya) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi. Daha sonra sırasıyla A2 dentin kompoziti ve A2 mine kompoziti yerleştirildi. Polimerizasyon tamamlandıktan sonra şeffaf bant uzaklaştırıldı. Polisaj diskleri (OptiDisc, Kerr, ABD) ve lastikleri kullanılarak bitirme ve polisaj işlemleri gerçekleştirildi (Resim 2).



**Resim 2.**

Olgu 1'in postoperatif görünümü

3, 6 ve 12 ay sonra kontrole gelen hastada yapılan klinik değerlendirmede, restorasyonlarda herhangi bir kırık veya renk değişikliğine rastlanmadı (Resim 3).

**Resim 3.**

Olgu 1'in 3, 6 ve 12 aylık takibi

**OLGU 2**

22 yaşında kadın hasta maksiller keser dişleri arasındaki polidiastema sebebiyle fakültemize başvurdu (Resim 4a). Hastadan alınan tıbbi anamnezde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmadığı öğrenildi. İntraoral muayenede ise santral keser dişleri arasında ki diastemanın

sebebinin anormal pozisyonlu labial frenulum olduğu, dişetlerinin ise sağlıklı olduğu tespit edildi. Hastaya frenektomi endikasyonu konuldu ve tedavi seçenekleri anlatıldıktan sonra onayı alındı (Resim 4b). Polidiastemaların, frenektomi operasyonundan sonra 2 haftalık iyileşme dönemini takiben direkt rezin kompozit restorasyonla kapatılmasına karar verildi.

**Resim 4.**

Olgu 2'nin preoperatif intraoral görünümü (4a), Olgu 2'nin frenektomi sonrası görünümü (4b), Olgu 2'nin 2 haftalık iyileşme sonrası rubber dam ile izolasyonu (4c)

Dişlerin profilaktik tedavilerinin ardından renk seçimi yapıldı, sonrasında dişlerin rubber dam ile izolasyonu sağlandı (Resim 4c). Restorasyon uygulanacak dişlerin yüzeylerine 30 saniye % 37 fosforik asit jel (Condac37, FGM, Brezilya) uygulandı. Asit yıkandıktan ve yüzey kurutulduktan sonra diş yüzeylerine adeziv rezin (OptiBond All-In-One, Kerr, ABD) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi (VALO Cordless LED, Ultradent, ABD). Şeffaf bant yerleştirildikten sonra ilk olarak restorasyonun palatinal kısmına A1 mine kompoziti (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray Noritake Dental Inc, Japonya) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi. Daha sonra sırasıyla A2 dentin kompoziti ve A1 mine kompoziti yerleştirildi. Polimerizasyon tamamlandıktan sonra şeffaf bant uzaklaştırıldı. Polisaj diskleri (OptiDisc, Kerr, ABD) ve lastikleri kullanılarak bitirme ve polisaj işlemleri gerçekleştirildi (Resim 5).

**Resim 5.**

Olgu 2'nin postoperatif görünümü

3, 6 ve 12 ay sonra kontrole gelen hastada yapılan klinik değerlendirmede, restorasyonlarda herhangi bir kırık veya renk değişikliğine rastlanmadı (Resim 6).



**Resim 6.**

Olgu 2'nin 3, 6 ve 12 aylık takibi

### OLGU 3

26 yaşında erkek hasta maksiller keser dişleri arasındaki polidiastema sebebiyle fakültemize başvurdu (Resim 7a). İntraoral muayene ile dişlerin koleye yakın kısımlarında gelişimsel opak lezyonlar tespit edilmiş olup, hastanın ağız hijyeni de yeterli seviyede değildi. Bu nedenle hastaya öncelikle ağız hijyeni eğitimi verildi. Hasta 2 hafta sonra tekrar çağırılarak tedavi seçenekleri anlatılıp, onayı alındıktan sonra tedaviye başlandı.

Dişlerin profilaktik tedavilerinin ardından renk seçimi yapıldı, ardından dişlerin rubber dam ile izolasyonu sağlandı (Resim 7b). Hastanın talebi üzerine kavitasyon henüz oluşmamış opak lezyonlar restorasyona dahil edilmedi. Restorasyon uygulanacak dişlerin yüzeylerine 30 saniye % 37 fosforik asit jel (Condac37, FGM, Brezilya) uygulandı. Asit yıkandıktan ve yüzey kurutulduktan sonra diş yüzeylerine adeziv rezin (OptiBond All-In-One, Kerr, ABD) uygulandı ve 20 saniye ışıkla polimerize edildi (VALO Cordless LED, Ultradent, ABD). Şeffaf bant yerleştirildikten sonra ilk olarak restorasyonun palatinal kısmına A2 mine kompoziti (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray Noritake Dental Inc, Japonya) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi. Daha sonra sırasıyla A2 dentin kompoziti ve A2 mine kompoziti yerleştirildi. Polimerizasyon tamamlandıktan sonra şeffaf bant uzaklaştırıldı. Polisaj diskleri (OptiDisc, Kerr, ABD) ve lastikleri kullanılarak bitirme ve polisaj işlemleri gerçekleştirildi (Resim 8).

3 ay sonra kontrole gelen hastada yapılan klinik değerlendirmede, restorasyonların bütünlüklerini koruduğu ancak marjinlerde kabul edilecek düzeyde de olsa renk değişikliği ile restorasyonun translusentliğinde azalma tespit edildi (Resim 9).

**Resim 7.**

Olgu 3'ün preoperatif intraoral görünümü (7a), Olgu 3'ün rubber dam ile izolasyonu (7b)

**Resim 8.**

Olgu 3'ün postoperatif görünümü

**Resim 9.**

Olgu 3'ün 3 aylık takibi

**OLGU 4**

Ortodonti kliniğinde tedavisi biten 19 yaşında kadın hasta polidiastema nedeniyle bölümümüze yönlendirildi (Resim 10). Hastadan alınan tıbbi anamnezde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmadığı öğrenildi. İntraoral muayenede maksiller santral keserler arasında ve maksiller lateral keserlerin distalinde olmak üzere polidiastemalar tespit edildi. Klinik ve radyografik herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Hastaya yapılabilecek tedavi seçenekleri ile bu tedavilerin avantaj ve dezavantajları anlatıldıktan sonra, diastemanın direkt rezin kompozit restorasyonla kapatılmasına karar verildi.

Dişlerin profilaktik tedavilerinin ardından renk seçimi yapıldı, dişlerin retraksiyon iorduldu ve pamuk rulolar ile izolasyonu sağlandı. Restorasyon uygulanacak santral ve lateral dişlerin yüzeylerine 30 saniye % 37 fosforik asit jel (Condac37, FGM, Brezilya) uygulandı. Asit yıkandıktan ve yüzey kurutulduktan sonra diş yüzeylerine adeziv rezin (OptiBond All-In-One, Kerr, ABD) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi (VALO Cordless LED, Ultradent, ABD). Şeffaf bant yerleştirildikten sonra ilk olarak restorasyonun palatinal kısmına A1 mine kompoziti (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray Noritake Dental Inc, Japonya) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi. Daha sonra sırasıyla A1 dentin kompoziti ve A1 mine kompoziti yerleştirildi. Polimerizasyon tamamlandıktan sonra şeffaf bant uzaklaştırıldı. Polisaj diskleri (OptiDisc, Kerr, ABD) ve lastikleri kullanılarak bitirme ve polisaj işlemleri gerçekleştirildi (Resim 11).

3, 6 ve 12 ay sonra kontrole gelen hastada yapılan klinik değerlendirmede, restorasyonlarda herhangi bir kırık veya renk değişikliğine rastlanmadı (Resim 12).

**Resim 10.**

Olgu 4'ün preoperatif görünümü

**Resim 11.**

Olgu 4'ün postoperatif görünümü

**Resim 12.**

Olgu 4'ün 3, 6 ve 12 aylık takibi



## OLGU 5

30 yaşında kadın hasta maksiller anterior dişleri arasındaki diastema sebebiyle fakültemize başvurdu (Resim 13). Hastadan alınan tıbbi anamnezde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmadığı öğrenildi. İntraoral muayenede ise maksiller santral keser dişler arasında orta hat diasteması tespit edilmiş olup, dişler vital ve dişetleri sağlıklı idi. Tedavi seçenekleri anlatıldıktan sonra hastanın onayı alındı ve direkt rezin kompozit restorasyon ile diastemaların kapatılmasına karar verildi.



**Resim 13.**

Olgu 5'in preoperatif görünümü

Dişlerin profilaktik tedavilerinin ardından renk seçimi yapıldı, dişlerin retraksiyon kordu ve pamuk rulolar ile izolasyonu sağlandı. Restorasyon uygulanacak santral ve lateral dişlerin yüzeylerine 30 saniye % 37 fosforik asit jel (Condac37, FGM, Brezilya) uygulandı. Asit yıkandıktan ve yüzey kurutulduktan sonra diş yüzeylerine adeziv rezin (OptiBond All-In-One, Kerr, ABD) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi (VALO Cordless LED, Ultradent, ABD). Şeffaf bant yerleştirildikten

sonra ilk olarak restorasyonun palatinal kısmına A1 mine kompoziti (Clearfil Majesty ES-2, Kuraray Noritake Dental Inc, Japonya) uygulandı ve 20 saniye polimerize edildi. Daha sonra sırasıyla A1 dentin kompoziti ve A1 mine kompoziti yerleştirildi. Polimerizasyon tamamlandıktan sonra şeffaf bant uzaklaştırıldı. Polisaj diskleri (OptiDisc, Kerr, ABD) ve lastikleri kullanılarak bitirme ve polisaj işlemleri gerçekleştirildi (Resim 14).



**Resim 14.**

Olgu 5'in postoperatif görünümü

3, 6 ve 12 ay sonra kontrole gelen hastada yapılan klinik değerlendirmede, restorasyonlarda herhangi bir kırık veya renk değişikliğine rastlanmadı (Resim 15).



**Resim 15.**

Olgu 5'in 3, 6 ve 12 aylık takibi

## TARTIŞMA

Anterior dişlerde diastema varlığı, çürükler, çapraşıklıklar, edinsel veya konjenital anomaliler özellikle genç hastaları estetik olarak rahatsız eden problemlerin başında gelmektedir.<sup>15,16</sup>

Bu estetik sorunları gidermede uygulanacak tedavi konusunda günümüzde konservatif uygulamalar tercih edilmektedir.<sup>17</sup>

Bu açıdan bakıldığında kompozit rezin restorasyonlar, gelişen adeziv sistemlerle birlikte, büyük kron harabiyeti olan dişlerde dahi seramiklere alternatif olarak tercih edilmeye başlanmıştır.<sup>17</sup>

Işıkla polimerize olan kompozit restorasyonlar seramik restorasyonlara göre daha az estetik olmakla birlikte porselene göre yapıları daha kolaydır ve maliyetleri çok daha düşüktür. Kompozit restorasyonlar dişin elastik modülüne yakın olduğu

için kırılmaya karşı dirençlidir ve marjinal adaptasyonun sağlanması daha kolaydır. Ayrıca bu restorasyonlar herhangi bir problem oluştuğunda ağız içinde tamir yapılabilme olanağı da sunmaktadır.<sup>15</sup> Günümüz adeziv tekniklerinin bir başka avantajı ise indirekt yöntemle yapılan restorasyonlara göre tek seansta başarıyla bitirilebilmesidir.<sup>18,19</sup>

Direkt kompozit restorasyonlarda indirekt restorasyonlarda olduğu gibi bir rezin simana ihtiyaç duyulmadığı için diş dokusuyla birleşim bölgelerinde marjinal sızıntı daha az oluşabilmektedir. Fakat abrazyona dirençlerinin seramiklerden daha az olması ve uzun dönemde renk stabiliteilerinin iyi olmaması gibi dezavantajları da mevcuttur.<sup>15,18,20</sup>

Günümüzde lokal anestezi ve diş dokusunda aşındırma gerektirmeyen, modern adeziv tekniklerle direkt olarak uygulanabilen kompozit restoratif materyaller ile diastema kapatılması pratik, ekonomik ve koruyucu bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.<sup>21</sup>

Kliniğimizde direkt kompozit restorasyon ile diastema kapatma tedavisi yapılan hastalar estetik ve ekonomik açıdan son derece tatmin olduklarını belirtmişlerdir. Sadece bir hastada kabul edilebilir derecede renk değişimine rastlanmıştır. Literatürler incelendiğinde, diastema tedavisinin direkt kompozit restorasyonlar ile gerçekleştirildiği olgu sunumlarının klinik takiplerinde, çalışmamızla benzer başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Peumans ve ark.<sup>13</sup> 23 genç hastada (12-19 yaş), 87 maksiller anterior dişe Herculite XR (Kerr, ABD) hibrid kompozit ile direkt rezin restorasyon yapmışlar ve beş yıllık takip ile restorasyonların estetik performans, renk uyumu, translusens / opaklık, yüzey pürüzlülüğü ve anatomik formun idamesini klinik olarak değerlendirmişler. Restorasyonların % 89'u 5 yıllık takip sonucu hala estetik açıdan tatmin edici, bu oran içinden % 11'i çok başarılı bulunmuştur. % 11'i ise klinik olarak kabul edilemez bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen dişler içinde ise renk uyumu açısından santral keserler ve küçük unilateral restorasyonların (sırasıyla % 68, % 74) daha başarılı bulunduğu bildirilmiştir. Geriye kalan restorasyonların, esas olarak ciddi anatomik form kaybı nedeniyle, daha az derecede ise ciddi renk uyuşmazlığı nedeniyle yenilenmeye ihtiyaç duyduğunu belirtmişlerdir. Renk uyuşmazlığı nedeniyle sadece iki restorasyonun değiştirilmesi gerektiğini ve restorasyonların yarısının ise 5 yılda mükemmel bir renk uyumu gösterdiğini bildirmişlerdir. Direkt kompozit restorasyonların, ön dişlerin estetik ve konservatif tedavisi için değerli ve etkili bir prosedür olduğu rapor edilmiştir.

Korkut ve ark.<sup>11</sup> Herculite XRV (Kerr, ABD) mikrohibrid kompozit kullanarak direkt kompozit uygulama ile restore ettikleri üç olgunun 18 aylık takibi sonucunda klinik olarak herhangi bir problem ile karşılaşmadıklarını

belirtmişlerdir. Demir ve ark.<sup>22</sup> Filtek Z 250 (3M Espe, ABD) kullandıkları direkt rezin restorasyon ile tedavi edilen iki diastema vakasının 12 aylık takibi sonucu restorasyonlarda herhangi bir problemle karşılaşmadığını belirtmişlerdir. Bilgiç ve ark.<sup>4</sup> Filtek Ultimate (3M Espe, ABD) kullandıkları, direkt kompozit ile tedavi edilen ve 6 ay sonra kontrole gelen hastaların yapılan klinik değerlendirmelerinde, restorasyonlarda herhangi bir kırığa ve renk değişikliğine rastlanmadığını bildirmişlerdir.

Meijering ve ark.<sup>23</sup> veneer restorasyonlarının farklı tipleriyle hastaların renk uyumu ve renk stabilitesi açısından memnuniyetlerini incelemişler, indirekt kompozit veneer restorasyonlar ile direkt kompozit veneer restorasyonlar arasında 2 yıl sonunda memnuniyet açısından anlamlı bir farklılık bulamamışlardır. Ancak porselen veneer restorasyonlu hastaların memnuniyeti, kompozit veneer restorasyonlu hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Ameye ve ark.<sup>24</sup> farklı mikrodolduruculu kompozitler kullanarak yaptıkları klinik çalışmada 18. ay sonuna kadar iyi bir renk stabilitesi görülmesine rağmen, 12-18 ay arasında, kenar uyumunda % 50 oranında bozulma saptamışlardır.

Peumans ve ark.<sup>13</sup> Herculite XR (Kerr, ABD) hibrid kompozit ile yapılan estetik restorasyonların klinik başarısının, insizal kenarı da içerdiği için Sınıf IV rezin kompozit restorasyonların başarısı ile benzer olduğunu belirtmişlerdir. Sınıf IV rezin kompozit restorasyonların klinik ömürlerinin değerlendirildiği çalışmalar, sonuçların ortalama 4-5 yıl olduğunu göstermektedir.<sup>25</sup>

Birkaç klinik çalışmada Sınıf IV rezin kompozit restorasyonların renk uyumu değerlendirilmiş ve tutarlı sonuçlar bildirilmiştir.<sup>26,27</sup> Peumans ve ark.<sup>27</sup> 2 yıl klinik takip sonrasında restorasyonların % 60'ında mükemmel bir renk uyumu olduğunu ve restorasyonların sadece % 5'inin klinik olarak kabul edilemez olduğunu belirtmiştir. Ferrari ve ark.<sup>26</sup> 40 estetik restorasyonun 5 yıllık klinik performansını USPHS kriterleri ile değerlendirdikleri çalışmalarında, marjinal bütünlük açısından 25 restorasyon Alfa, 11 restorasyon Bravo; renk stabilitesi açısından 21 restorasyon Alfa, 13 restorasyon Bravo; anatomik form açısından 27 restorasyon Alfa, 10 restorasyon Bravo olarak skorlanmıştır. Altı restorasyonun değiştirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Sonuç olarak restorasyonların % 15'inin ciddi renk uyumsuzluğu nedeniyle değiştirilmesi gerekmesine rağmen, restorasyonların % 50'sinde mükemmel bir renk uyumu gözlemlendiğini bildirmiştir. *In vitro* bir çalışmada Inokoshi ve ark.<sup>28</sup> pek çok kompozit restorasyon için iyi renk stabilitesi gözlemlediklerini bildirmişlerdir.

Günümüzde diş formunu ve pozisyonunu düzeltmek için direkt kompozit rezinler rutin olarak kullanılmaktadır. Özellikle ön bölgede kullanım alanı olan hibrid ve mikrodolduruculu kompozitler ile başarılı sonuçlar gösteren çalışmalara rağmen bugüne kadar orta ve uzun vadede bu tip restorasyonların estetik performansı ve klinik ömrü hakkında bilgi veren ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak sunulan bu klinik olgularda, dişler arası diastema ve polidiastemaya sahip hastaların ileri restorasyon tekniklerine gerek duyulmadan direkt kompozit restorasyon ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilecekleri anlatılmaktadır. Bu uygulama, gerek olduğunda farklı tedavi işlemlerine izin verebilecek, düşük maliyetli, tek seansta estetiğin kazandırıldığı bir tedavi seçeneğidir.



**KAYNAKLAR**

1. Keene HJ. Distribution of diastemas in the dentition of man. *American Journal of Physical Anthropology*. 1963; 21(4): 437-41.
2. Broadbent BH. Ontogenic development of occlusion. *The Angle Orthodontist*. 1941; 11(4): 223-41.
3. 3. Abrahams R, Kamath G. Midline diastema and its aetiology—a review. *Dental update*. 2014; 41(5): 457-64.
4. Bilgiç R, Akgül N, Topal T, et al. Anterior diastema vakalarının direk kompozit restorasyonla estetik rehabilitasyonu: Olgu sunumu. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2017(2017).
5. Heymann H, Hershey H. Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1985; 53(6): 766-71.
6. Kivanç BH, Arısu HD. Direkt Kompozit Rezin Venerlerle Diastema Kapatılması: Olgu Raporu. *Ado Klinik Bilimler Dergisi*. 2009; 3(1): 285-8.
7. Steigman S, Weissberg Y. Spaced dentition: an epidemiologic study. *The Angle Orthodontist*. 1985; 55(2): 167-76.
8. Angle EH. Treatment of malocclusion of the teeth: Angle's system: White Dental Manufacturing Company 1907.
9. Polat ZS, Tacir İH, Eskimez Ş, et al. Esthetic rehabilitation of anterior teeth. *Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences*. 2008; 14(1): 27-30.
10. Schlichting LH, Resende TH, Reis KR, et al. Simplified treatment of severe dental erosion with ultrathin CAD-CAM composite occlusal veneers and anterior bilaminar veneers. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2016; 116(4): 474-82.
11. Korkut AGBD, Yanıkoğlu F, Tağtekin D. Ön bölgedeki defektlere direkt kompozit rezin restorasyonlarla estetik yaklaşımlar: 3 olgu sunumu. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2012; 22.
12. Agarwal P, Nayak R, Elangovan G. A Predictable Aesthetic Rehabilitation of Deciduous Anterior Teeth in Early Childhood Caries. *Case reports in dentistry*. 2018; 2018.
13. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, et al. The 5-year clinical performance of direct composite additions to correct tooth form and position. *Clinical oral investigations*. 1997; 1(1): 12-8.
14. Hwang S-K, Ha J-H, Jin M-U, et al. Diastema closure using direct bonding restorations combined with orthodontic treatment: a case report. *Restorative dentistry & endodontics*. 2012; 37(3): 165-9.
15. Yüzügüllü B, Tezcan S. Renk değişimine ve mine erozyona uğramış dişlerde laminat veneer restorasyon seçeneklerinin endikasyon bakımından karşılaştırılması CÜ Diş Hek Fak Derg. 2005; 8(2): 133-7.
16. Zorba Y, Ercan E. Direkt uygulanan kompozit laminat veneerlerin klinik değerlendirilmeleri: iki olgu sunumu. *SÜ Diş Hek Fak Derg*. 2008; 17(2): 130-5.
17. Türkün LS. Conservative restoration with resin composites of a case of amelogenesis imperfecta. *International dental journal*. 2005; 55(1): 38-41.
18. Hickel R, Heidemann D, Staehle H, et al. Direct composite restorations. *Clin Oral Invest*. 2004; 8: 43-4.
19. Mannocci F, Bertelli E, Sherriff M, et al. Three-year clinical comparison of survival of endodontically treated teeth restored with either full cast coverage or with direct composite restoration. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2002; 88(3): 297-301.
20. Bağış B, Bağış H. Porselen laminat veneerlerin klinik uygulama aşamaları: Klinik bir olgu sunumu. *Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2006; 33(1): 49-57.
21. İzgi AD, Ayna E. Direct restorative treatment of peg-shaped maxillary lateral incisors with resin composite: A clinical report. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2005; 93(6): 526-9.
22. Demir F, Oktay EA, Aydın N, et al. Direkt Kompozit Rezin Lamina Restorasyonlarla Gelen Estetik Gülüş: İki Olgu Sunumu. *Ankara Medical Journal*. 18(2): 246-53.
23. Meijering A, Roeters F, Mulder J, et al. Patients' satisfaction with different types of veneer restorations. *Journal of Dentistry*. 1997; 25(6): 493-7.
24. Ameye C, Lambrechts P, Vanherle G. Conventional and microfilled composite resins. Part I: Color stability and marginal adaptation. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 1981; 46(6): 623-30.
25. Smales R. Effects of enamel-bonding, type of restoration, patient age and operator on the longevity of an anterior composite resin. *American journal of dentistry*. 1991; 4(3): 130-3.
26. Ferrari M, Bertelli E, Finger W. A 5-year report on an enamel-dentinal bonding agent and microfilled resin system. *Quintessence international*. 1993; 24(10).
27. Peumans M, Willems G, Lambrechts P, et al. Structure of anterior composites related to their clinical behaviour. 1989.
28. Inokoshi S, Burrow M, Kataumi M, et al. Opacity and color changes of tooth-colored restorative materials. *Operative Dentistry*. 1996; 21: 73-80.

**Yazışma Adresi:**

Handan YILDIRIM  
 Trakya Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
 Restoratif Diş Tedavisi AD  
 22030 Balkan Yerleşkesi, Edirne  
 Tel : +90 537 517 15 21  
 Faks : +90 284 223 33 14  
 E-Mail : handanyildirim@trakya.edu.tr