

# Yetersiz İnteroklüzal Mesafenin Kemik Kaldırılmaksızın Düzeltilmesi

## Correction of Insufficient Interocclusal Space without Bone Removing

Mithat Terzi<sup>1</sup>, Fatih Karaaslan<sup>2</sup>

1. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
2. Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

### Öz

Hareketli veya sabit herhangi bir protez yapılabilmesi için interoklüzal mesafenin yeterli olması gerekmektedir. Posterior dişlerin çekildiği ve dişsiz sahanın uzun süre tedavi edilmediği durumlarda karşıt arktaki dişlerin uzaması ile dişsiz sahada oluşan sert veya yumuşak dokudaki değişiklik daha sonra yapılacak olan protetik tedavileri kısıtlamaktadır.

Uzamış ve eğimli dişler basit aşındırmalarla modifiye edilmekte, daha ciddi vakalarda ise protetik, ortodontik tedavi, diş çekimleri veya cerrahi müdahaleler endike olabilmektedir. Bazı durumlarda artmış bağ dokusunun da interoklüzal mesafedeki yetersizliğe neden olabileceği göz önüne alınmalıdır. Bu olgu sunumunda yumuşak doku kaldırılarak yeterli interoklüzal mesafenin sağlanması ile gereksiz olarak kemik kaldırılmasının ve kemiğe ait oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu, hareketli protez, interoklüzal mesafe

### Abstract

It is essential to have a sufficient interocclusal space in order to make removable or fixed prosthesis.

In cases of posterior teeth extractions, in which the toothless area left untreated for a long time, the elongation of the opposing teeth causes some changes both in the hard or soft tissues and this restricts the prosthetic treatment for the patient.

Elongated and curved teeth are mostly modified with simple etching, but prosthetic, orthodontic treatment, tooth extraction or surgical interventions may be needed in severe cases. It should be considered that increased connective tissue may be the reason for the insufficient interocclusal distance in some of the cases. In this case report we represented a case, in which the removal of the soft tissue alone resulted with a sufficient interocclusal space and prevented the unnecessary bone removal and its potential complications.

Keywords: Connective tissue, interocclusal space, removable denture

Geliş Tarihi: 02.06.2017 Revizyon Tarihi : 05.06.2017 Kabul Tarihi: 10.06.2017

Sorumlu Yazar: Mithat Terzi

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

e-mail: drmtht@hotmail.com

## GİRİŞ

Diş çekimi sonrası dişsiz saha uzun süre protetik olarak tedavi edilmediğinde karşıt arktaki dişlerde uzama ve rotasyon, dişsiz alanda ise alveol kemiğinin ekstrüzyonu ile yumuşak dokunun büyümesi gibi nedenlerden dolayı mukoza karşıt ark ile temasa gelmektedir.<sup>1-3</sup> Arklar arası mesafenin yeterli olmaması dinlenme aralığının aşılmasına ya da protezin retansiyon ve stabilitesinin optimal düzeyin altında kalmasına neden olmaktadır.<sup>4</sup> Dinlenme aralığının aşılması veya yok edilmesi ise periodontal dokularda aşırı stres ve ağrıya neden olmaktadır.<sup>5</sup>

Yeterli interark mesafenin sağlanması için sert ve yumuşak dokuyu kapsayan cerrahi işlemler yapılmakta veya ortodontik olarak karşıt arktaki uzamış dişler intrüze edilmektedir. Bu olgu sunumunun amacı yetersiz interark mesafenin yumuşak doku kaldırılarak düzeltilmesi ve protetik rehabilitasyona hazırlanmasıdır.

## OLGU

14 yaşındaki erkek hasta estetik ve fonksiyonel problemlere neden olan alt çene diş eksikliklerinin tedavisi için kliniğimize başvurdu. Hastanın medikal anamnezinde herhangi bir sistemik rahatsızlığının olmadığı, dental anamnezinde ise ağız ve diş bakımını ihmal ettiği ve dişlerini yaygın çürükler nedeniyle kaybettiği öğrenildi. Yapılan klinik ve radyografik muayenede dişlerin erken kaybı ile restore edilmemesine bağlı dikey boyut kaybı olduğu gözlemlendi ve bu kaybın

alveol kemik büyümesiyle kompanse edildiği düşünüldü (Resim1-2). Hastaya yumuşak dokuda yapılacak operasyonları takiben geçici hareketli parsiyel protez yapılmasına karar verildi.

Operasyon öncesi hastadan ağızını 60 saniye kadar kloroben gargara (Klorheksidin glukonat %0.12 ve Benzidamin HCl %0.15) ile çalkalaması istendi. İlgili bölgeye 1,5 cc lokal anestezi (Citanest forte®, Dentsply) yapıldıktan sonra uyuşukluk kontrol edilerek ilgili bölgede tam kalınlık flep kaldırıldı. Kretler arası mesafenin azalmasına klinik ve radyografik muayenede düşünülenin aksine aşırı artmış bağ dokusunun neden olduğu görüldü. Kemiğe müdahale edilmeden bağ dokusu çıkarılarak yeterli interoklüzal mesafenin sağlanması amaçlandı (Resim 3-4).

Hastaya cerrahi sonrası ameliyat bölgesini travmatize etmemesi, dudağını çekiştirmemesi tavsiye edilerek reçete verildi-(Naproksen sodyum 550 mg tab 2 x 1, Klorheksidin glukonat %0.12 + Benzidamin HCl %0.15 gargara 2 x 1). Fırçalama ve diş ipi kullanma yöntemi anlatılan hasta, süturların alınması için 10 gün sonrasına çağrıldı.

Operasyon sonrası yapılan kontrollerde iyileşmenin normal olduğu ve interark mesafenin protetik tedavi için yeterli olduğu görüldü.



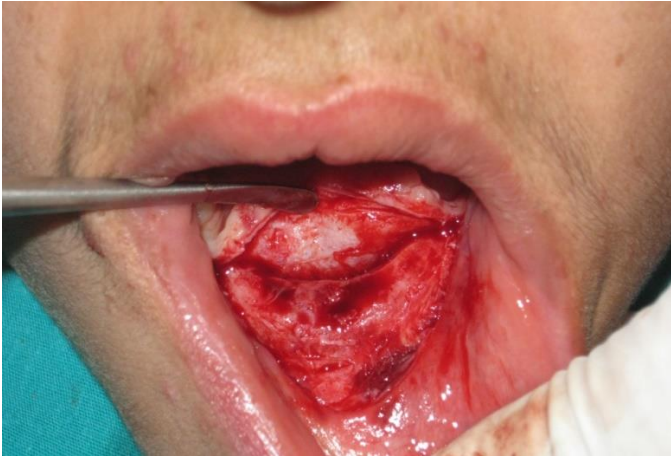
Resim 1: Pre-operatif ağız içi görüntü



Resim 4: Post operatif ağız içi görüntü



Resim 2: Pre-operatif radyolojik görüntü



Resim 3: İntra-operatif aşırı artmış bağ dokusu görüntüsü

## TARTIŞMA

Dişlerin maksimum interküspal pozisyonda olduğu durumda alt ve üst çenede seçilen iki nokta arasındaki uzaklık oklüzal dikey boyut olarak tanımlanmaktadır.<sup>6</sup> Oklüzal dikey boyut; uzun süre dişsiz kalma, bruksizm, parafonksiyonel alışkanlıklar nedeniyle azalabilmekte ve bu nedenle temporomandibular eklem problemlerine, estetik görünüm kaybına ve çiğneme etkinliğinde azalmaya neden olmaktadır.<sup>4,7</sup>

Azalmış oklüzal dikey boyut ise kaide plağı ve suni dişler gibi unsurlar için yeterli mesafenin ortadan kalkmasına neden olarak akrilik rezine tutuculuk sağlayan kafes kısımlarının ve suni dişlerin ince yapılmasına neden olmaktadır. Bu durum ise fonksiyonel kuvvetler karşısında suni dişlerde ve metal kafes bölgesinde çatlamalara ve kırılmalara yol açabilmektedir. Protetik tedavinin başarılı bir şekilde yapılması ve sayılan problemlerle karşılaşılmaması için öncelikle kaybedilen interoklüzal mesafenin kazanılması

gerekmektedir. Bu mesafenin kazanılması için ortodontik, protetik ve cerrahi tedavi seçenekleri ileri sürülmüştür.

Ortodontik tedavide interark mesafenin azalmasına neden olan aşırı uzamış dişlerin intrüze edilmesi düşünülür. Ancak bu yaklaşım supraerüpsiyonun aşırı olduğu ve birden fazla dişi içerdiği durumlarda zor olmasından dolayı tercih edilmemektedir.<sup>8-10</sup>

Protetik tedavide ise interoklüzal mesafenin az olmasından dolayı çok ince ve küçük protez yapımı düşünülür. Ancak bu şekilde yapılan protezlerde kırılma ve çatlamlar görülmekte ve hasta tarafından konforlu şekilde kullanılamamaktadır. Azalan interark mesafe dişlerin erüpsiyonu ve alveol kemik büyümesiyle kompanse edilebilmektedir.<sup>11,12</sup>

Cerrahi olarak yeterli interark mesafenin sağlanması için bu kemik büyümesini içeren operasyonlar yapılmaktadır. Bunlar alveol kemiğinin bir miktarının cerrahi olarak alınmasıyla yapılan alveolektomi ve alveol kretinin düzeltilmesiyle yapılan alveoloplasti işlemleridir.<sup>13</sup> Bu iki cerrahi tedavi seçeneği kemikte yapılan işlemleri içerdiğinden hasta açısından hem operasyon sırasında hem de post operatif olarak birçok cerrahi zorluğu beraberinde getirmektedir.

Bu olguda yumuşak doku büyümesinin mukozanın karşıt ark ile temasa gelmesine neden olduğu ve protetik tedaviye

olanak sağlamak için sadece yumuşak dokuyu içeren cerrahi müdahalenin yukarıda bahsedilen tedavi seçeneklerine alternatif olduğu gösterilmeye çalışılmıştır.

Posterior dişlerini bilateral veya unilateral olarak kaybeden ve distalde dayanak dişi bulunmayan bireylerde genellikle ilk tercih edilen tedavi yöntemi implant destekli sabit protetik restorasyonlardır. Fakat implant tedavisi yapılamayan durumlarda konvansiyonel ya da hassas tutuculu hareketli bölümlü protezler ya da diş destekli overdenture hareketli bölümlü protez tedavileri tercih edilebilir.

Bu olguda çene gelişimi devam eden 14 yaşındaki erkek hastaya implant tedavisi yerine çene büyüme ve gelişimini engellemeyecek geçici protetik tedaviler düşünülmüş ve yumuşak dokuya bağlı oluşan yetersiz interark mesafe rehabilite edilmeye çalışılmıştır.

## **Sonuç**

interoklüzal mesafenin yetersiz olduğu vakalarda; sert dokuda yapılan cerrahi işlemlerin zorluğu ve ortodontik tedavinin zamanı ve maliyeti düşünüldüğünde hasta konforu açısından en iyi yaklaşımın eğer yeterli olacaksa yumuşak dokuda sınırlandırılan operasyonlar olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, interoklüzal mesafedeki yetersizliğe yumuşak doku büyümesinin de neden olabileceği göz önüne

alınmalı ve böylelikle gereksiz olarak kemik kaldırılmasının ve kemiğe ait oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi hasta konforu açısından önem taşımaktadır.

## Kaynaklar

1. Thompson JR. Concepts regarding function of the stomatognathic system. J Am Dent Assoc 1954;48:626-637.
2. Manns A, Miralles R, Palazzi C. EMG, bite force, and elongation of the masseter muscle under isometric voluntary contractions and variations of vertical dimension. J Prosthet Dent 1979;42:674-682.
3. Atwood DA. A cephalometric study of the clinical rest of the mandible. Part II. The variability of the rate of the bone loss following the removal of occlusal contacts. J Prosthet Dent 1957;7:544-52
4. Ahuja S, Cagna DR. Defining available restorative space for implant overdentures. J Prosthet Dent 2010;104:133-136.
5. Keskin H, Özdemir T, Tuncer N ve ark. Gnatoloji. İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi 1997;89-92.
6. Meriç G. Düünden bugüne sentrik ilişki tanımı ve kayıt yöntemleri. Atatürk Üniv. Diş. Hek. Fak. Derg. 2010; Suppl 3:54-59.
7. Kois JC, Phillips KM. Occlusal vertical dimension: alteration concerns. Compend Contin Educ Dent 1997;18:1169-74.
8. Grasso JE, Miller EL. Removable partial prosthodontics. Third Ed., Mosby year book Inc., St Louis, 1991.
9. Scheneider, RL. Custom metal occlusal surfaces for acrylic resin denture teeth. J.Prosthet Dent 49(3):279-81,1983.
10. Mc Givney GP, Castleberry DJ. Mc Crackn's Removable Partial prosthodontics, Eight Ed. The CV., Mosby Co., St Louis, 1989.
11. Verrett RG. Analyzing the etiology of an extremely worn dentition. J Prosthodont 2001;10:224-233.
12. Robinson S, Nixon PJ, Gahan MJ, et al. Techniques for restoring worn anterior teeth with direct composite resin. Dent Update 2008;35(8):551-2,555-8.
13. Devaki VN, Balu K, Ramesh SB, et al. Pre-prosthetic surgery: Mandible. J Pharm Bioallied Sci. 2012 Aug; 4(Suppl 2): 414–16.