PERİODONTOLOJİK SORUNLARI OLAN ERIŞKİN HASTALARDA TERAPOTİK SINIF II GİRİŞİMLERİNİN ÖNEMİ: VAKA RAPORU

Dr. Eroy ERDOĞAN*

ÖZET: Malolüküzyona bağlı peridontal problemleri olan erişkin hastalarda, ilgili dişlerin konununun kısa süreli bir ortodontik girişimle, öalı olduğu ölçüde çabuk düzeltimeli geri alındıktır. Bazı vakalarda diş çekimi ile geri alındıktan sonra diş ve terapler, göreceli olarak ortodonti mekanizminin uygulanması sürecine kısalkılmaktadır. Özellikle, iskeletsel sorunun olmaması, ya da çok az düzeyde olan, dişsel Angle sınıf II malolüküzyona sahip bireylerde, üst 1. premolar çekimiyle geri alındıktan peridontik terapiler sonucu düzgün bir insizivo-karanlık kürülerek, hasta peridontal değişikliklerinin stabil olduğu bir fonksiyonel oluk oluşturan kazandırlıb. Bu çalışmada, oklizal travma nedeniyle lokal peridontal problemleri olan, orta şiddetdeki dental sınıf II erişkin bir vakada, uygulanan terapotik sınıf II girişim açıklanmakta ve ortodonti mekanizminde dikkat edilmeli gereken noktalar ile edilen klinik sonuçlar tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin ortodontisi, oklizal travma, peridontal kemik kaybı, terapotik sınıf II, optimal ortodontik kuvvet, fonksiyonel olukluyon.

SUMMARY: THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC CLASS II APPROACH IN ADULT CASES WITH PERIODONTAL PROBLEMS: CASE REPORT. In adult cases with peridontal problems caused by malocclusions, the rapid correction of the teeth's position with a short lasted orthodontic approach is necessary. Some orthodontic treatments or therapies realized with tooth extractions can relatively shorten the duration of active orthodontic mechanics. Especially in class II adult cases having mild skeletal problem or not, the therapies done by upper first bicuspid extractions can rapidly construct a functional occlusion resulted with the stabilization of peridontal conditions. In this study, a moderate dental class II adult case with local peridontal problems treated by class II extraction therapy is presented and so on this orthodontic mechanic and the clinical results are discussed.

Key Words: Adult orthodontics, occlusal trauma, peridontal bone loss, therapeutic class II, optimal orthodontic force, functional occlusion.

GİRİŞ

Terapotik sınıf II olarak adlandırılan ortodontik girişimlerde, genellikle üst 1. premolarlar çekimiyle kazanılan yerden yaralanılıp, üst anterior capraşitik ve/veya overjet elime edilecek, ideal sınırlarda bir "insizivo-karın" ilişkisinin sağlanması amaçlanmaktadır. Ortodontik girişim sınıf II molar ilişkisinde bitirildiğinden, üst dental ar-kin genel organizasyonunda ve posteriör diş interdijitalis-yonunda kalıcı değişime neden olunan bu tip terapiler bazı hastalarda, ortodonti mekanizinin zorlaştırarak dikkat- te değer düzeyde problemlere yol açmaktadır.

Bu girişim, çocukluğunda ortodontik tedavi şansı olma-mış, iskeletsel sorunu olmayan ya da çok az olan, dişsel Angle Sınıf II malolüküzyona sahip, erişkin olgularda, ortodontist tarafından tercih edilen bir terapotik yaklaşım ola- bilir.

Bu çalışmada, yukarıdaki endikasyonu uyapan ve Cenevre Üniversitesi Ortodonti Bölümü'ne estetik amaçlarla baş- vuran bir bayan hasta takdim edilerek, uygulanan orto- donti mekanizni açıklanacaktır.

VAKA RAPORU:

Klinik Tablo ve Problem Listesi (Resim 1)

ilk klinik konsültasyonda, 33 yıl 6 ay yaşında olan bayan hasta, ortognatik yüz tipine sahipti. Yumuşak doku profilini düz, üst dudak uzunluğu artmış, nazolabilal açı 90°'ye yak- kin ve labialmental suksis belirlendi. Overjet 4 mm, overbite 6 mm (%80) ve üst orta hat 2 mm sola, alt orta hat ise 1 mm sağa kaykıtı. Molar ve kanın ilişkisi, sağ seg- mente bağa; sol segmente sınıf I'di. Koluşı forma olan alt ve üst dental arklarda, anterior çapraşitik dikkat çekmektediydi (Yer kaybı--- Sup.: -7 mm, Inf.: -4 mm). Alt kesici diş ekstrüzyonuna bağlı olarak, spek eğrili gen- leşmişti.

Peridontolojik açıdan, alt sağ lateral ve kanın dişler arası-nda, diş fırçası klinik diş eti cebinde kalmasına bağlı, bir enfiamatur reaksiyon gözlenmektediydi. Ayrıca üst sol kanın distobükal dişeti oklizal travma nedeniyle çekikli-şıntı ve orta derecede (4 mm) distal kemik kaybı ve 5 mm'lik dişeti cebi derinliği söz konusuydu. Üst sağ sant- ral kesiminin, labial yüzeyinde gingival üçlüdeki mine in- vajnasyonu ise, temizlenmesi güç sürekli plak birkimine yol açığın, bu bölgedeki dişetin cebi derinliği de yakla- şık 4 mm'diydi.

Peridontolojik böülümlü yapılar konsültasyon, ortodon- tik diş hareketli sonucu ortaya çıkabilecek bir komplikas- yon olmadığını; aksine bir an önce ilgili dişler üzerindeki oklizal travmanın kaldırılması gerektiği vurgulamaktay- di.

* Fribourg Kanton'u Okul Dişhekimliği Servisleri Ortodonti Bölümü, Fribourg, İSVİÇRE.
Resim 1: Vakanın ortodontik tedavi öncesi, ekstraoral (A) ve intraoral (B) fotoğrafları.
Radyografik ve Sefalomtrik Durum

Ortopantomografik radyografi (Resim 2A), üst sağ, alt sağ ve sol 20 yaş dışlarının mevcudiyeti dışında; haflı düzeyde, global interproximal kemik kaybını ve özellikle üst sol kanının distalindeki vertical kemik rezorbsiyonunu işaret ediyordu.

Lateral sefalomtrik radyografi (Resim 3A ve analiz (Şekil 1), mandibüler retropozisyonu bağlı: haflı şiddettiği sınıf II iskeletsel ilişki ile alt ve üst kesici dışlerdeki labioversiyonu göstermektediydi.

*Resim 2: Vakanın tedavi başlangıcında (A) ve bitiminde (B), ortopantomografileri; A: ⇒ Üst sol kanının distalindeki alveolar kemik kaybı, B: ⇒ Ortodontik dış hareketi sonrasında düzgün alveolar kemik yüksekliğinin görünümü.*

Tedxvi Planı:

- Bilateral üst 1. premolar çekimi,
- Üst ve alt, straight wire apareyi ile sınıf II terapötik girişim,
- Pekşımtme Tedavi: Süp.: Hareketli aparey; İn.: 3-3 sabit retansiyon teli, olarak belirlendi.

Bu tedavi planındaki amaç, olası olduğu ölçüde kısa süreli bir ortodontik girişimle, hastaya fizyolojik oküzyonun kazandırılmasıydı.

Tedxvi Objektifleri ve Ortodonti Mekaniğinde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar:

I. Fonksiyonel oküzyon açısından:

1. Düzgün insizivo-kanın ilişkisinin sağlanması,
2. Posterior interferanstara neden olunmadan, sınıf II molar ilişkisinin kurulması,
3. Spee eğrisinin düzleştirilmesi,
4. Üst dental ark bütünüğünün olası ölçüde korunması.
İll. Periodontaljik aşıdan:

1. Üst sol kanin bölgesinde, hafif şiddette ortodontik kuvvetler uygulanması,
2. Derin örtülü kapanış düzeltildikten, üst sağ santral inflamasyonla oluşan yerlevmesi ve tedavi sonrasıla diğer üst anteriör dişlerle oluşacak vertical boyut farkının, iliğin dişin insizalında yapılabacak selectif bölünme ile giderilmesi.

Tedavi Aşamaları:

Aşamalı olarak, bilateral üst 1. premolar çekimiyle başlanan terapide, 0.022"lik sağ daq, anterior bölgede seramik, posterior bölgede metalik braketlerden oluşan straight wire apazesı 5-6 arasına yerleştirildi. Atil molarlar, aynı sistemde dahi molar tüpleri olan bıçak citası santral simirlerine, üst molarlara, "toe-in" olarak standart edge wise tüplerine sahip bıçaklar uygulandı. Bu seçimin amacı, premature kontakt olusturmayan düzgün şifir 1 molar ilişkisinin, üst molarların hafif mezopatijal rotasyonda konumlarıyla elde edilebilir olmasına yardımcı oluyordu.

Üst dental arka yer kaybı yanında olduğu için "moderate ankraj", alt dental arka ise kesici dişler labiobukal olarak "maksimum ankraj" ön görüldü.

Terapinin 5 ay süren seviyeledirme fazında, hafif kuvvetler uygulanması amacıyla, sırasıyla 0.014, 0.016, 0.018"lik nitrol ark tellerinden yararlanıldı. Üst dental arka, çekim boşluklarının kapatılması aşamasında, kaninlerin distalından itibaren kalımlı zıtlık ve alt arka telline göre daha geniş, 0.019x0.025" paslanmaz çelik tel ligaturu edildi. Arka üzerinde kaydırma (riding mechanics) tarzında planlanan retraksiyon mekanizması, üst 1. molar krogesi ile ark teli üzerine kaninlerin mezalinde vidasılınmış "KM lock (Rocky Mountain, Colorado, ABD)" kroqesi arasında yerleştirilmiş, 150 gr sabit kuvvet uyguladığı savunan "Sentaloy (GAC, ABD)" kapalı zembereklerden yararlanıldı (Resim 4). Bu arada, alt dental arka keşer inklasyonu, anteriordaki negatif (radikulö-labialı) torku olarak 0.019x0.025" paslanmaz çelik ark teeli ve sinflı intermaksiller elastikler yardımıyla kontrol edildi. Spee eğrisinin düzeltmesi amacıyla, alt arka telede "anti-spee" bükümü yapıldı.

Yaklaşık 6 ay süren bu terapi aşamasını, 5 aylık bir birimle faza izledi. Bu aşamada, özellikle üst molarların çok inklasyonları, arktein posteriorcunda negatif tork arttırlarak, kontrol edildi. Böylece, molarların mezopalatinal kasıının yaratabileceği, premature kontaktların oluşumu engellendi. Alınan okluzal kayıtlar, herhangi bir selectif bölünme tanırsa, bir okluzal uyardıma gerek olmadığını göstermektediydi (Resim 6). Ancak, vertical konumunun değiştirmemesi dişkit edilen üst santraller, diğer dişlerle nazar biraz daha uzun kaldıklarından, bu dişlerin insizal konturunun maksimum 1-1.5 mm olarak şekilde yeniden şekillendirildi.
Ortaya çıkan tek komplikasyon ise üst sol 2. molar ile üst santrallerin, haffif düzeydeki kök rezorbsiyonlardır (Resim 2B&3B). Bu durum hastanın erişkin olması nedeniyi, belli bölgelerde kemik elastikiyetinin azalmış olması, ya da hızlı gelişen ortodonti mekanizması bağış olabileceği gibi, tedavi öncesinde mevcut olan periodontolojik problemin bir sonucu da olabilir.

Sefalometrik süperpozisyonlar (Şekil 2A&B), arzu edilen objektiflerin yerine getirildiğini, hastada diş çekiminde başlı herhangi bir iskeletsel vertical boyut değişimi olmadığı ve özellikle terapi öncesinde labiale eğimi olan keser pozisyonlarını, iyi bir şekilde kontrol edildiğini göstermektedir. SN düzlemindeki süperpozisyon, posterior dişlerdeki haffif düzeydeki ekstrüzyon sonucu gelişen mandibüler düzlem eğimindeki artışa işaret etmektedir. Ayrıca üst keser retraksiyonuna bağlı olarak üst dudak, tedavi sonrasıda posterioroda konumlansı; mandibüler düzlem eğimindeki artışa ve spee eğrisinin düzeltmişine paralel olarak, labialmental suikus derinliği azaltmış ve yumuşak doku profil daha dengeli hali gelmiştir.

TARTIŞMA

Posterior bölgede sinif II molar iliği nedeniyile, terapotik sinif II (2) olarak adlandırılan ortodontik girişimin en önemli amacı, anterior bölgede düzgün dental iliği elde edilerek, oklüzyonun gnatojik prinsiplerinin (3-5) yerine getirilmesidir. Erişkin hastalardaki tedavi objektiflerin en önemlilerinden biri de, periodontolojik stabilizasyonun sağlanmasıdır. Ideal ağız hijyeninin elde edilemediği anterior çaprazlık vakaları erken dönemde periodontolojik problemlere yol açırmış; premature kontaklar nedeniyle ortaya çıkan olaylar travma, gec démende tempromandibüler ekiyle geriye dönüş olmayan problemlere neden olabilektedir. Bu nedenle, olası olduğu ölçüde hızlı gerçekleştirebilecek bir dental korreksiyon, özellikle erişkin hastalarda, hem hıza koo
Resim 5: Vakanın ortodontik tedavi sonrası, ekstraoral (A), açma hareketi (B) ve lateral çene hareketi sırasında (C) klinik olarak kontrolü.
Resim 6: Tedavi sonrasında, fonksiyonel oklüzyonun, sentrik ilişkide (A), açma hareketi (B) ve lateral çene hareketi sırasında (C) klinik olarak kontrol.

Şekil 2: Vakanın tedavi başlangıcı ve bitimindeki sefalometrik çizimlerinin, A: SN düzlemi, B: Palatinal düzlem ve Mandibüler simfizyal, superpozisyonları.
perasyonu hem de fonksiyonel stabilizasyon açısından çok önemlidir.

Periodontolojik sorunların gözümünde ortodontik girişimin yeri, güncel literatürde (6-10) sıkılaşılan bir konudur. Tedvim edilen vakada da gözlemdiği gibi, düşgünden bir ağız hijyenleri ile desteklenen hassıį şiddetleri ortodontik kuvvetler, hafif ve orta şiddetleri kemik kayıplarının tedavisinde oldukça etkilidir. Optimal kuvvetle altında oluşan dış hareketlerinin, osteojenik aktiviteli appozisyon yönünde arttırdığı (11-14) ve gingival adaptasyona yardım ederek cep derinliğini azalttığı bilinen bir geçerlidir (15).

Terapötik sınıflı girişimler, tüm bu durumlar değerlendirilerek ele alınדגında, bazı hastalarda avantajlı bir girişim metodu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu vakada da gözlemdiği gibi, güncel bilim henüz ortodonti mekaniğinin bazı hastalarda idipatık kök rezorbsiyonlarına neden olunmadan gerçekleşmesine izin vermemektedir. Tüm medikal tedavilerde genel bir prensip olarak, bir tedavi veya terapinin yararlı yönleri ve olası kompleksiyonları değerlendirildiğinde, tedavi sonrasında elde edilecek durum hastanın yaşamını ortaya çıkmış komplikasyonlara rağmen olumu yönde etkileyecektir, bu tedavi- nin gerçekleştirilmesinden herhangi bir sakınca olmadığı savunulabilir.

**YARARLANILAN KAYNAKLAR**

1. Ricketts RM Biactive therapy. Denver Colarado Rocky Mountain Orthodontics 1979
10. Boyd RL Are your patients healthier periodically because of orthodontic treatment. PCSO 56: 54-7 1984

**YAZIŞMA ADRESİ:**
Dr. Eray ERDOĞAN
Service Dentaire Scolaire
Division d'Orthodontie
 Bd. de Pérolles, 23
CH 1700 Fribourg - SUISSE