Türk Ortodonti Dergisi,
1 (1): 144—151, Ocak 1988.

İskeletsel Kl. III Vakalarda Başarı Şansı (II)

Prof. Dr. Mirzen ARAT*

Doç. Dr. Ayşegül KÖKLÜ**

Dt. Canan MERZECİ***

Dt. Meliha RÜBENDÜZ****

ÖZET

İskeletsel Kl III vakaların tedavilerindeki başarı şansı erken dönemde uygulanan ortopedik tedavi ile yükseltilirken, eğer mandibular gelişimin sonuna kadar önlem alınmazsa bu sonucun stabilitesinden emin olmamak gerekir. Gelişimin daha ileri dönemlerinde müracat eden hastalar ise çeneler arasındaki bazal sapmanın eğer ortodontik diş hareketleri ile gölgelenebilecek ölçüde ise prognozun iyi olduğundan söz edilebilir.

Anahtar Kelimeler: İskeletsel Kl III, Chin-cup, Rezidiv.

SUMMARY

Success in the treatment of the Skeletal Cl III Cases:

Successfull results are obtained by the orthopedic treatment of the skeletal Cl III cases in the early growth period. However, one cannot be sure about the stability of these results unless necessary precautions are taken till the end of the mandibular growth.

In the later periods of growth; if the discrepency between the maxillary and the mandibulary arches can be shadowed only by orthodontic treatment, optimum results can be obtained.

Key Words: Skeletal Cl III, Chin-cup, Residive.

GİRİŞ

İskeletsel Kl III vakaların tedavilerinde başarı şansı erken dönemde uygulanan ortopedik tedavi ile yükseltilirken (1,2,5,7,8) gelişimin daha ileri dönemlerinde müracaat eden hastalarda tedavi hedefi basal sapmayı ortodontik diş hareketleri ile düzeltmeye yöneliktir, maksilla ve mandibula arasındaki sapmanın büyük olduğu vakalarda ise cerrahi ve ortodontik tedavi kombinasyonu gereklidir. (3,9)

Çeşitli nedenlerle ortodonti kliniğine geç baş vuran gelişimini tamamlamış bireylerde bu durum eğer basal sapma hafifse ve ortodontik tedavi ile düzeltebilecek ölçüdeyse rezidiv açısından avantaj olarak kabul edilebilir. Çünkü bu vakalarda eğer hekim yerinde bir tedavi planı yaptıysa mandibular gelişimle tedavinin rezidive uğraması ihtimali ortadan kalkar.

Hastamız N.U damak yarığı nedeni ile iskeletsel Kl III yapı göstermektedir. (Resim 1à-f).

Ön ve yan çapraz kapanışın söz konusu olduğu hastamızda ANB açısı -5° idi. Gelişimini tamamlamış olan hastamız (resim 1c) sabit ortodontik tedavi tekniği ile tedaviye alındı. 18 ay süren tedavi sonucunda lokal çakıştırmalardan da görüldüğü gibi (Şekil 1) üst keserlerde anterior, alt keserlerde posterior hareket olmuştur. Molar ekstrüzyonlarına bağlı olarak mandibulada meydana gelen posterior rotasyonla ANB açısı -5° den

*. *A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Öğretim Üyesi*
**. *A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Öğretim Üyesi*
***. *A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Araştırma Görevlisi*
****. *A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Doktora Öğrencisi*

-3° ye düzelmiş, profilde olumlu değişiklik elde edilmiştir.

Tedavi sonucundan 3 yıl sonra yapılan kontrolde de beklendiği gibi tedavi sonuçlarının stabil kaldığı görülmektedir.

Ancak geç dönem müracaat ettiği halde ortodontik tedavi ile yüz güldürücü sonuçlar veren bu tür vakalar hiç bir zaman rezidiv tehlikesini ortadan kaldırmak için iskeletsel Kl III anomalilerin geç dönemde tedavi edilmeleri anlamına gelmemelidir.

İskeletsel Kl III anomalilere geç dönem ortodontik tedavi ile sadece hafif vakalarda hizmet verilebileceği düşünülmelidir.



Vaka 1: N.U Resim 1a. Tedavi başı



Resim 1b. Tedavi sonu

Öte yandan, bu tür vakalarda hastanın gelişim çağı içinde bulunması, bir yandan sapmanın ağır olduğu vakalarda mandibulanın gelişim yönünü saptırabilmek avantajını vermekte, diğer taraftan gelişim kontrol altında tutulmadığı taktirde rezidiv tehlikesi oluşturmaktadır. Ancak bu tehlike yüzünden doğrudan doğruya cerrahi tedavisine yönelme şeklindeki bir görüşün de haklı olduğu söylenemez.

Cerrahi tedaviye kadar anomalinin mandibuler gelişimle daha da belirgenleşmesi ve basal sapmanın ağır olduğu vakalarda yumuşak dokunun cerrahi tedavi ile kısa sürede değiştirilen iskelet dokuya uyum sağlayamayıp cerrahi nükse (4,6) yol açması nedeni ile Ana Bilim Dalımızda iskeletsel Kl III vakalarda tedavi prensibimiz; sadece chin-cup ile tedaviye başlayıp anomali kontrol altına alınıncaya kadar chin-cup'i tam gün taktırmaktır.

Daha sonra sadece geceleri chin-cup takan hastalarımızda eğer ortodontik düzeltmelere gerek varsa sabit ortodonti teknikleri ile tedavi mümkün olduğunca geç dönemde yapılmaktadır.

Bu tedavi prensibi bazal sapmanın ağır olduğu vakalarda da başarı şansını vermektedir. Örnek verecek olursak;



Resim 1c. Tedavi başı



Resim 1d. Tedavi başı

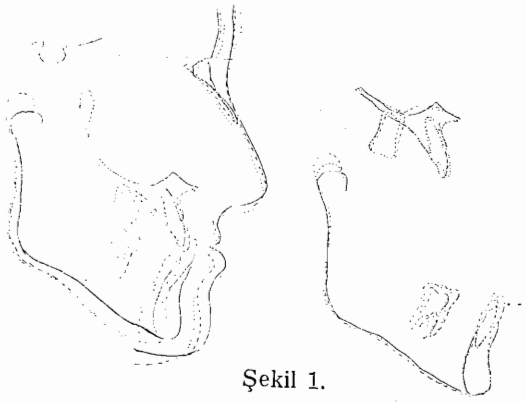


Resim 1f. Kontrol

C.D erken dönemde tedaviye alıp uzun süre takip ettiğimiz bir hastamızdır. 13 yaşında kliniğimize baş vurduğunda ön çapraz kapanış göstermekteydi. Hasta travma nedeni ile üst keser dişlerini kaybetmişti. (Resim 2a-e) Hastaya, pubertal gelişim atılımına başlamak üzere olduğu dikkate alınarak chin-cup uygulandı. Ve alt 1. premolarlar çekilerek kanin dişler hijyenin iyi olmaması nedeniyle parsiyel arklarla distalize edildi. Yaklaşık 1 yıllık chin-cup uygulamasından sonra çakıştırmalardan da görüldüğü gibi (Şekil 2) profil düzelmiş ve mandibula büyük ölçüde posterior rotasyona uğramıştır. Bu durumdan sonra chin-cup'i sadece geceleri taşıyan hastamızda ANB açısı -4° den $-1,5^{\circ}$ ye yükselmiştir. Hastaya ön blokajı sağlamak amacıyla pulpa odaları müsait olduğunda protetik tedavisi yaptırılmıştır. 7 yıl sonra hastamız 21 yaşında iken yaptığımız kontrolde maksilla ve mandibulanın dengeli şekilde geliştiği görülmektedir.



Resim 1e. Tedavi sonu



Şekil 1.

Vaka 1. N.U.	ANB	GoGnSN	!—NA	1—NB
*15.4.1968				
7.6.1982----	−5	27	4 mm 24°	3.5 mm 22°
12.3.1984....	−3	31.5	8.5 mm 34°	2 mm 16°
4.6.1987----	−3	30	8 mm 31°	1.5 mm 14°



Vaka 2:C.D Resim 2a. Tedavi başı



Resim 2b. Tedavi sonu



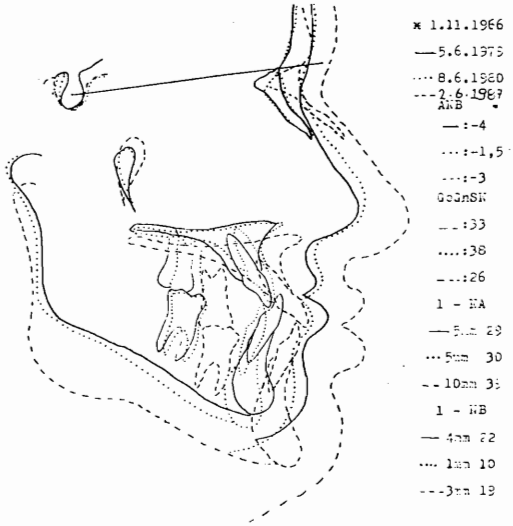
Resim 2c. Tedavi başı



Resim 2d. Tedavi sonu



Resim 2e. Kontrol



Şekil 2.

Bir diğer vakamız F.S ise kliniğimize baş vurduğunda ağır ön ve yan çapraz kapanış ile sefalometrik filmden de görüldüğü gibi belirgin prognatik profile sahipti. (Resim 3a-f) Gelişim potansiyeli kullanılarak hastaya chin-cup ve monoblok uygulandı. 6 ay sonra monoblok terk ettirilerek 1.5 yıl sadece chin-cup takıldı. Daimi dentisyon tamamlandıktan sonra Begg sabit ortodonti tedavi tekniği uygulandı. Ortodontik tedaviden sonra chin-cup sadece geceleri taşıtılmaya başlandı. Çakıştırmalardan da görüldüğü gibi (Şekil 3) ANB açısı -8° den -2° ye indi. Mandibula büyük ölçüde posterior rotasyona uğradı. Yumuşak dokuda da başlangıçtaki prognatik profil olumlu yönde değişti. Tedavinin başlangıcından 8 sene sonra elde edilen bulgular çeneler arasında elde edilen dengenin korunduğunu göstermektedir.



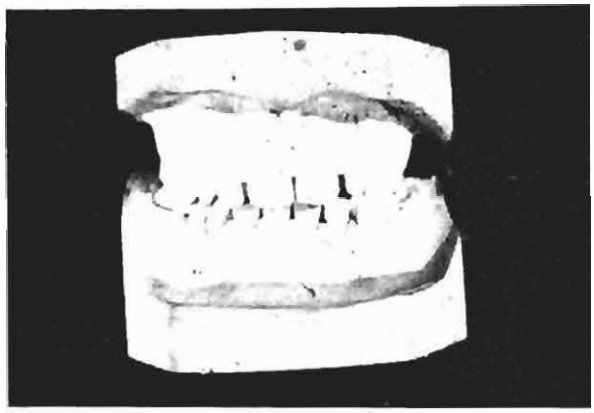
Vaka 3: F.S Resim 3a. Tedavi başı



Resim 3c. Tedavi başı



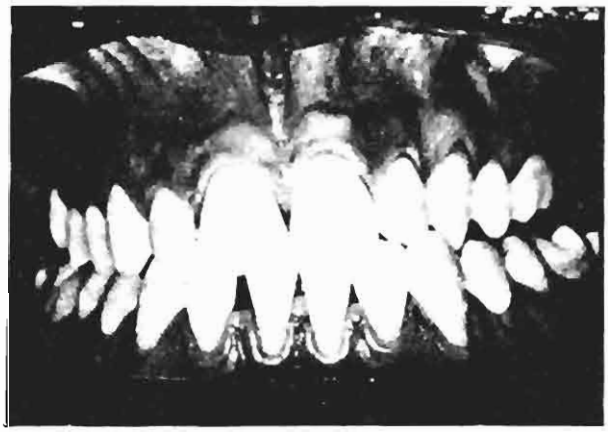
Resim 3e. Ortopedik ve ortodontik tedavi sonu



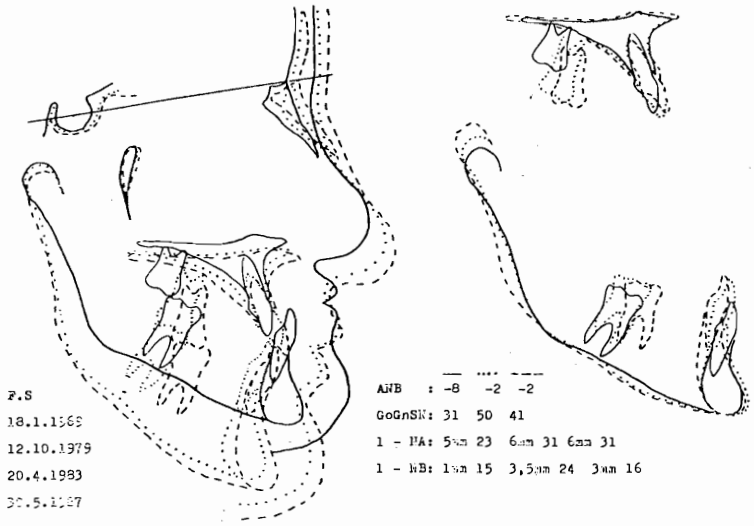
Resim 3b. Ortopedik ve ortodontik tedavi sonu



Resim 3d. Ortopedik ve ortodontik tedavi sonu



Resim 3f. Kontrol



Şekil 3.

Hastamız B.S (Resim 4a-f) 1978 yılında kliniğimize başvurduğunda 7 yaşında idi. Karışık dişlenme dönemindeki hastamızın keser dişler bölgesinde çapraz kapanışı vardı. Alınan anamnezde babasında da ağır bir iskeletsel Kl III anomali olduğu öğrenildi. (Resim 4e) Başlangıçta ANB açısı 0.5° olan hastaya chin-cup uygulandı. Chin-cup tedavisinden sonra ön çapraz kapanış giderildi. ANB açısı 0.5° den artı 2.5° ye çıktı.

8 yıl sonra hastamız 16 yaşında iken yapılan kontrolde de çakıştırmalardan da görüldüğü gibi (Şekil 4) mandibulanın yoğun gelişimine rağmen maksillanın da sagittal yönde mandibula ile birlikte uyumlu gelişim gösterdiği görülmektedir. 8 yıl sonra alınan el bilek filminde radius ve ulnada epifiz kaynaşması tamamlandığı ve mandibular gelişimle meydana gelebilecek bir nüksün söz konusu olmadığı görülmektedir.



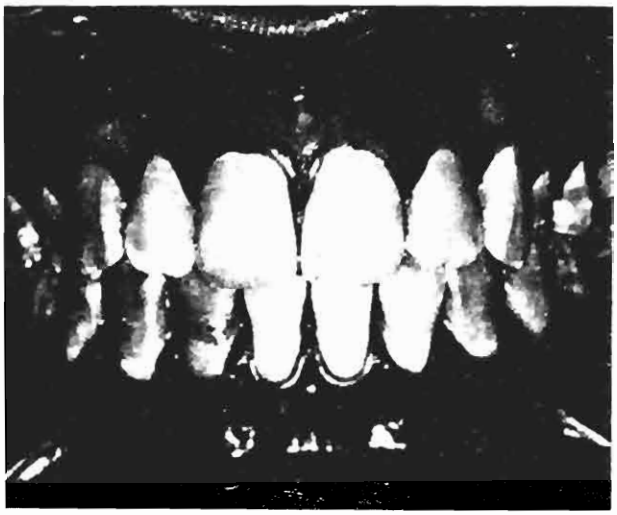
Resim 4b. Kontrol



Vaka 4: B.S Resim 4a. Tedavi başı



Resim 4c. Tedavi başı



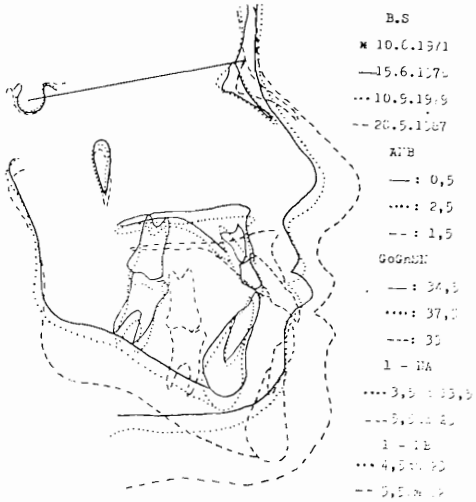
Resim 4d. Kontrol



Resim 4f. Kontrol



Resim 4e. A.S



Şekil 4.

Sonuç olarak;

1. İskeletsel Kl III vakaların erken dönemde ortopedik tedavileri ile vakalarımızdan da görüldüğü gibi çeneler arasındaki bazal sapma kontrol altına alınabilmektedir.

2. Mandibular gelişim nedeniyle nüks olur görüşünden hareketle vakalar cerrahi tedaviye terk edildiklerinde ileride bazal sapmanın daha da şiddetleneceği ve bu durumda kemik segmentlerin aşırı hareketi ile gerçekleştirilecek bir operasyonda Pepersack (6) ve Kobayashı (4)'nin de söz ettiği gibi bu kez cerrahi rezidiv tehlikesi olabilecektir. Çünkü sert ve yumuşak dokuların mücadelesinde kazanan taraf yumuşak doku olacaktır.

3. Mandibular gelişim nedeniyle oluşacak nüks tehlikesi vakalarımızdan da görüldüğü gibi chin-cup'in gelişim takip edilerek kullanılmasıyla engellenebilmektedir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Benauwt, A.: *Beobachtung der Wachtumskurve bei klasse III* Föllen, İnformationen aus Orthodontie und Kieferorthopadie 78: 2, 159—186, 1978.

2. Canut, A.: *Langfristige Stabilität Behandelter Kl III* Fälle, Studie einer Nachuntersuchung, infor-

mation aus Orthodontie und Kieferorthopadie 85: 2, 177—183, 1985.

3. Jacobs, H.G.: *Das Alter als Kriterium für das unterschledliche therapeutische Vorgehen bei echten Progenie,* Fortschr, der Kieferorthop; 40: 4, 285, 1979.

4. Kobayashi, T., Wostanabe, Let all:, S.Oral.: *Maksillofac.* Surg. 44: 693—697, 1976.

5. Pascual, A.: *Funktionelle und Orthopa diesche Aspekte der Klasse III* Behaudlung Informationen aus Orthodontie und Kieferorthopadie 86: 4 401—428. 1986.

6. Pepersack, Wj., Causse J.M.: *Long term follow-up of the sagittal splitting technique for correction of mandibula prognathism.* J. Maxillofac. surg. 6: 117, 1978, alınmıştır, Kobayashi, T., Watanabe, İ, et all. J. oral maxillofac. Surg. 44: 693—697. 1986.

7. Sakamoto, T.: *Effective Timing for the application of orthopedic force in the skeletal class III malocclusion,* Am. J. Orthod. 80: 4, 411—415, 1981.

8. Sakamoto, T.: İwase, İ. ett all. *A roentgenocephalometric Study of skeletal changes during and after chin-cup treatment* A.J. Orthod, 85: 4, 341—350, 1984.

9. Thilander, B.: *İndikationen Und Kieferorthopadische Behaundlung bei Klasse III, Malocclusion,* Fortschr. der Kieferorthop 40: 4. 265—274, 1979.

Yazışma adresi: Prof. Dr. Mirzen ARAT
A. Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Ortodonti Anabilim Dalı
Beşevler/ANKARA