

ORTODONTİ SINIRLARINI AŞAN BİR PROGNATI İNFERİOR OLGUSUNUN AMELİYATSIZ ORTODONTİK TEDAVİSİ

Mustafa ÜLGEN*

Didem DALAMAN**

ÖZET: Bu yazıda negatif 5 mm. overjet gösteren, ANB açısı negatif 6 derece olan ve alt çenesi hiç geri itilemeyen bir gerçek prognati inferior olgusunun ameliyatsız, yalnız alt çeneden çekim yapılarak ortodontik tedavisi anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Prognati inferior, alt çeneden çekim, chin cap.

SUMMARY: "THE NONSURGICAL TREATMENT OF A CASE OF MANDIBULAR PROGNATHISM EXCEEDING THE LIMITS OF ORTHODONTIC THERAPY" In this article, a case of true mandibular prognathism with a negative overjet of 5 mm., a negative ANB angle of 6 degrees and no backward mandibular shift is presented. This case has been treated with the extraction of mandibular first premolars without any surgical intervention.

Key Words: Prognathie inferior, mandibular extraction, chin cap.

GİRİŞ

Bu yazıda bize ilginç gelen ve ortodontinin gücünü aşan bir prognati inferior olgusu sunulacaktır. Başlangıçta bu olgunun ortodonti sınırlarını aştığına ve yalnız başına ortodontik tedavi ile başarılı olunamayacağına karar vermiştik. Ortodontik tedavi seyri esnasında hastanın çok iyi bir kooperasyon göstermesi ve sınırlandırılmış ortodontik tedavi hedefini aşan olumlu reaksiyonları sonucu, hastayı cerrahiye ihtiyaç kalmadan yalnız ortodontik olarak tedavi etmeye karar verdik.

TANI: Hastamız (Resim 1, 2) takvim yaşı 12 yıl 3 ay ve kemik yaşı 13 yıl olan (Resim 3) bir kız çocuğudur. Büyüme ve gelişiminin % 95.8'i tamamlanmıştır (1). Resim 4'te görüldüğü gibi hastamızda prognati inferior'a bağlı (SNB = 85°) iskeletsel ve dişsel Angle III. sınıf anomali (ANB = -6°) söz konusudur ve alt çene hiç geri itilememektedir. Babaannede de prognati inferior olduğundan ve hastada henüz menstrüasyon başlamadığından prognati inferior'un artması beklenebilir. Hastamızda üst oniki yaş dişleri hariç sirküler çapraz kapanış (Resim 6, 7, 8, 9, 10, 11), negatif 5 mm overjet ve 5 mm. overbite var-

dır. Alt çene diş kavsinde yer darlığı miktarı -1.5 mm. dir. Üst çene diş kavsinde ise erken süt dişi kayıplarına bağlı olarak yer darlığı miktarı -12.2 mm. olup, bunun sonucu hiç yeri olmayan üst sağ ikinci premolar tamamen palatopozisyonda damakta sürmüştür (Resim 5, 12) ve üst kaninler vestibülo ve infrapozisyondadırılar.

BAŞLANGIÇTAKİ TEDAVİ PLANI: Gerçekçi olmak gerekirse tek başına ortodontik tedavi ile bu anomaliyi düzeltmemiz mümkün değildir. Bu nedenle tedavi hedefimiz yalnız üst çeneye müdahale edilerek kaninler için olan yer darlığını giderip kaninleri sıralamaktır. Hiç yeri olmayan üst sağ ikinci premoların (Resim 12), sıralanması oldukça zordur. Çünkü üst sağ ikinci premolar ve kaninler için toplam yer eksikliği -12.2 mm olduğundan, üst çenedeki bütün dişlerin düzgünce sıralanabilmesi için üst kesici dişlere 6.1 mm. lik protrüzyon yaptırmak gerekmektedir. Zaten protrüzyon durumunda olan üst kesici dişlere (sefalometrik analiz) 6 mm. lik protrüzyon yaptırılırsa bu dişlerin eksen eğimleri iyice bozulacaktır. Buna rağmen üst sağ ikinci premoların hemen çekimi düşünülmemektedir. önce üst kaninler için mevcut olan hafif yer darlığı, üst kesici dişlerin hafifçe protrüzyonu ile çözümlenerek üst kaninler sıralanacak, daha sonra palatopozisyondaki hiç yeri olmayan premoların sıralanıp sıralanmayacağına karar verilecektir. Bu şekilde hastaya cerrahi öncesi ortodontik tedavi yapılması planlanmıştır.

TEDAVİ SEYRİ: Resim 3'te ulnar sesamoid kemiğin ki-reçlenmeye başladığı görüldüğünden, hastanın buluş ça-ğı gelişim atılımına başladığını (2), fakat menstrüasyon henüz başlamamış olduğundan tepe noktaya ulaşmadığını anlıyoruz. Bu nedenle alt çenenin sagittal yön gelişim vektörünü inhiye etmek amacı ile hastaya hemen bir çenelik yapılarak (Resim 13) mümkün olduğu kadar uzun süre takması söylenmiştir. Alt çeneye herhangi bir müdahale düşünülmemiştir. Üst çenede ise dizi dışında olan üst sağ ikinci premolar dışındaki bütün üst çene dişleri bant ve braketlenerek (Standart Edgewise), kaninlere yer açmak amacı ile öne aktive ark yapılmıştır. Hasta günde 24 saat çeneliğini taşımıştır. Tedavi başlangıcından 3 ay sonra alt ve üst kesici dişlerin başbaşa kapanış durumuna gelmesi bize cesaret vermiş ve bu olguyu cerrahiye gerek kalmadan yalnız ortodontik olarak tedavi edebileceğimiz kanısı oluşmuştur. Bu nedenle başlangıçtaki tedavi planında değişiklik yapılarak yeni bir tedavi planı yapılmıştır.

* İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

** İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.



Resim 1



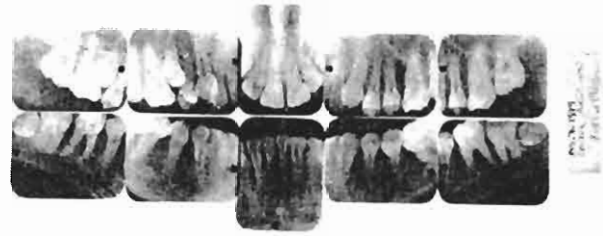
Resim 2



Resim 3



Resim 4



Resim 5

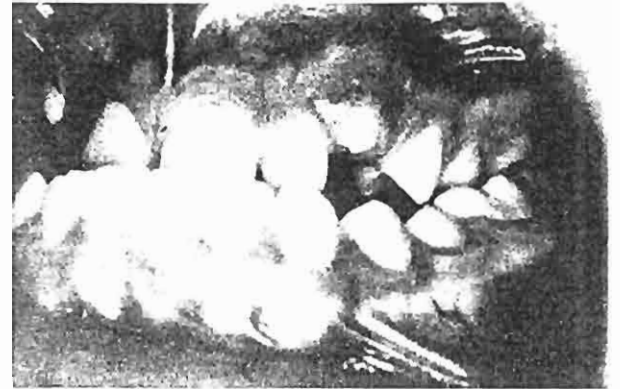
YENİ TEDAVİ PLANI: Üst çenedeki hiç yeri olmayan palatopozisyondaki ikinci premoların çekiminden vazgeçilerek bu dişin sıralanmasına karar verilmiştir. Buna karşın alt çenede yer darlığı çok az olmasına rağmen birinci premolarların çekilmesine ve alt çenede ilk tesviye (levelling) arklarından başlayarak çeneliğe ilaveten 24 saat sınıf III elastik (60 gram) kullanılması planlanmıştır.

TEDAVİ SEYRİ: Üst çenedeki hiç yeri olmayan palatopozisyondaki ikinci premoların sıralanması için, üst sağ

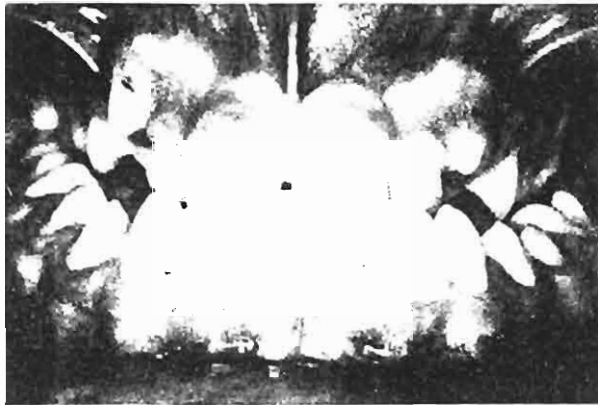
birinci molar ile birinci premolar arasında itici spiral zemberek (coil spring) yerleştirilmiş ve her seansta yenilenmiştir. Alt birinci premolarlar çekildikten sonra alt çene dişlerinin tümü bant ve braketlenerek, 3 ay alt çene dişlerinin tesviyesi yapılmıştır. Sonra 0.016x0.016 inch kare kesitli köşeli telden, alt keserlere aktif lingual kök torque'u verilerek, kanin ve ikinci premolarlar için çatı bükümleri (gable bends) içeren bir retraksiyon arkı (revers closing loop arch) yapılmıştır (3). Alt çekim boşlukları acele



Resim 6



Resim 7



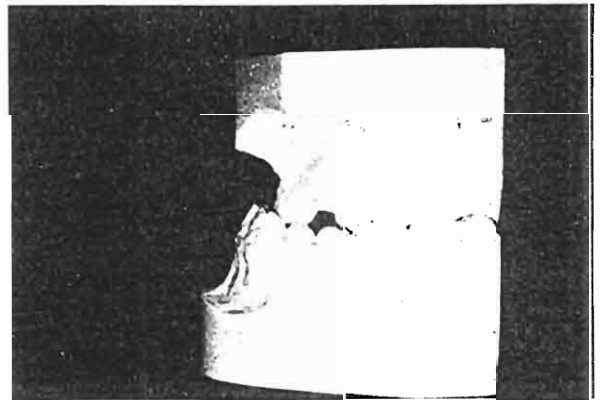
Resim 8



Resim 9



Resim 10



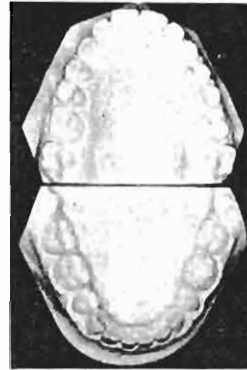
Resim 11



Resim 12



Resim 13



Resim 14



Resim 15



Resim 16



Resim 17



Resim 18



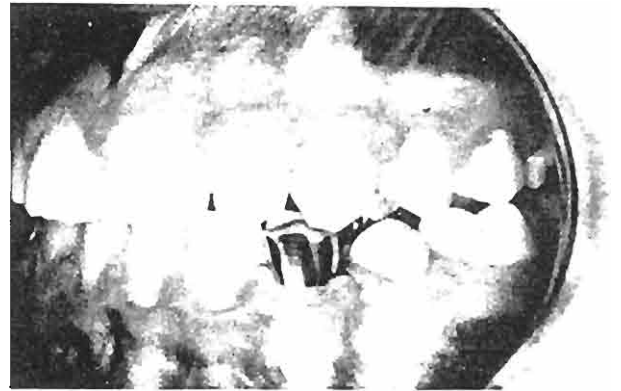
Resim 19



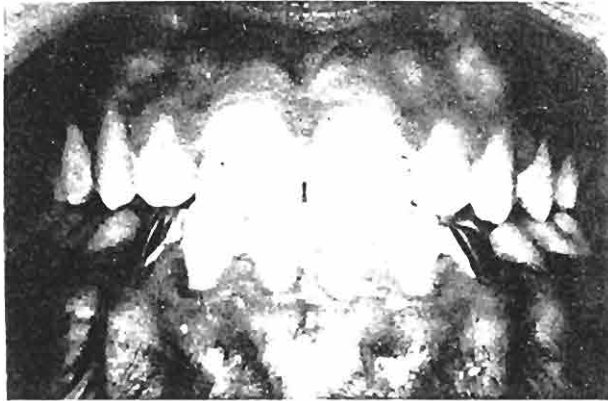
Resim 20



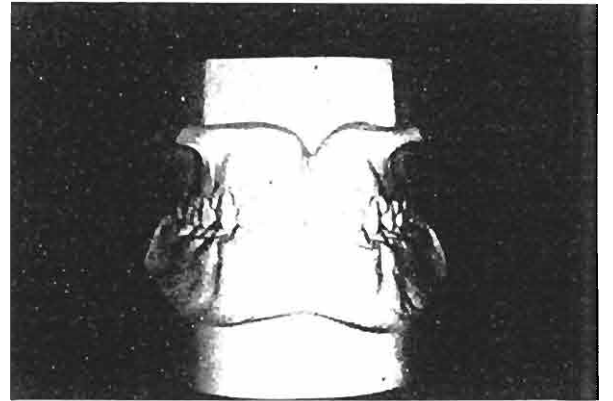
Resim 21



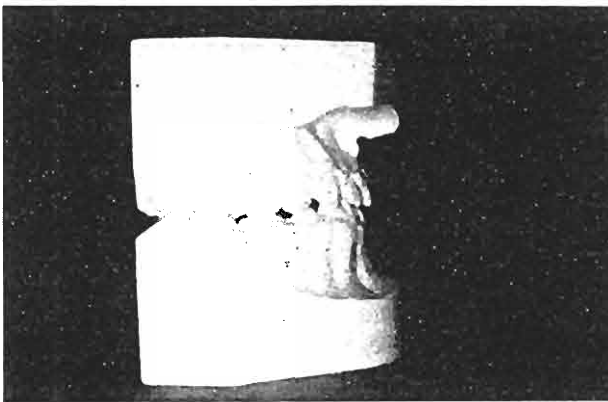
Resim 22



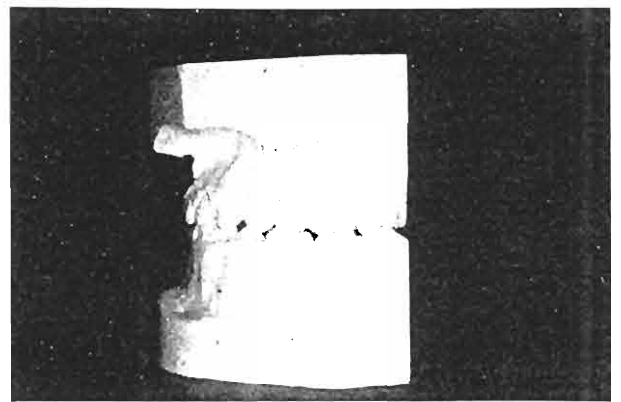
Resim 23



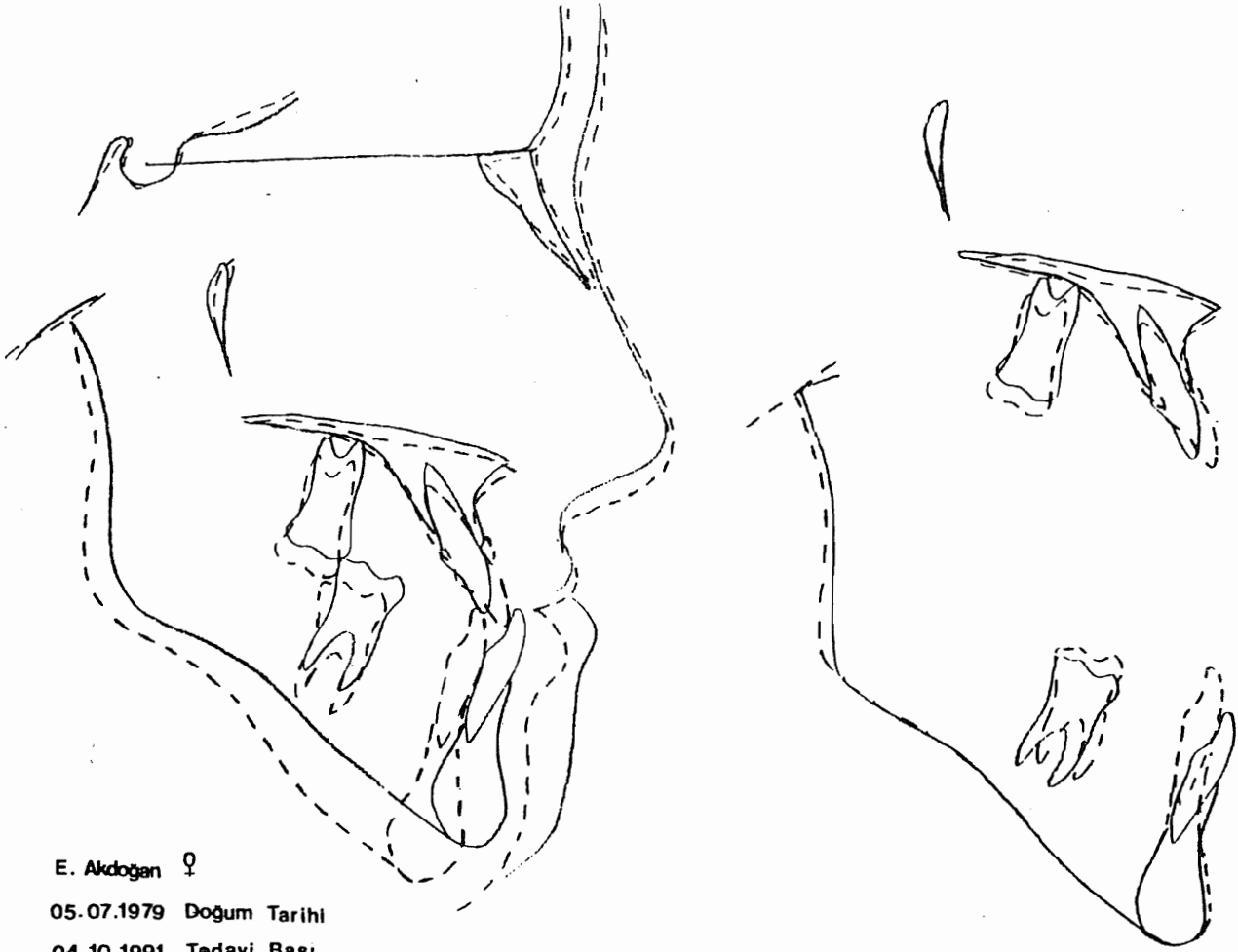
Resim 24



Resim 25



Resim 26



E. Akdoğan ♀
 05.07.1979 Doğum Tarihi
 04.10.1991 Tedavi Başı _____
 28.06.1993 Tedavi Sonu - - - - -

Resim 27

edilmeden yavaş yavaş sınıf III elastik (60 gram) desteğinde 9 ayda kapatılmıştır (Resim 15). Sonra alt çeneye 0.016x0.022 inch dikdörtgen kesitli telden, alt keserler için lingual kök torque'u ve çekim boşluklarının açılması için "tieback" içeren bir düz ark yapılmıştır. Tedavi sonunda bant ve braketter sökülerek üst çenede Hawley pekiştirme plağı, alt çenede ise kanin dişlere bant üzerine tehimlenen bir lingual arkta oluşan pekiştirme aygıtı yapılmış ve hastaya çeneliğini geceleri takmaya devam etmesi söylenmiştir.

SONUÇ

Bir buçuk yıllık aktif tedavi sonucu Resim 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27'de görülmektedir. Ön ve yan çapraz kapanış düzeltilmiş, negatif 5 mm. olan

overjet pozitif 3 mm. ye getirilmiştir. Ön çapraz kapanışın nüks etmesini engelleyecek miktarda 4 mm. lik bir overbite elde edilmiştir. Resim 16'da görüldüğü gibi alt çekim boşlukları dişlerin eksen eğimleri bozulmadan kapatılmıştır. Uzak röntgen resmi analizinde görüldüğü gibi tedavi başında negatif 6 derece olan ANB açısı 4 derece küçültülerek negatif 2 dereceye indirgenmiştir. Üst kesici dişlerde protrüzyon, alt kesici dişlerde ise retrüzyon meydana gelmiştir (Resim 27). Yumuşak doku profilde bir miktar düzelme elde edilmiştir (Resim 27). Sefalometrik analizde görüldüğü gibi tedavi başında Steiner'in (4) S doğrusuna göre 4 mm. geride olan üst dudak tedavi sonunda bu doğrudan 2.5 mm geride konumlanmıştır. Tedavi başında Steiner'in S doğrusundan 2 mm önde konumlanmış olan alt dudak, tedavi sonunda bu doğruya teğet duruma getirilmiştir.

STEINER SEFALOMETRİK ANALİZİ

04.10.1991 28.06.1993

		04.10.1991	28.06.1993
SNA	(82°)	79	78
SNB	(80°)	85	80
ANB	(2°)	-6	-2
SND	(76°)	83	79
I to NA	(4 mm)	5.5	8.5
I to NA	(22°)	28	37
I to NB	(4 mm)	4	2.5
I to NB	(25°)	19	11
Po to NB		2	3
Po/I to NB	diff.	2	-0.5
I to I	(131°)	141	137
Occ to SN	(14°)	21	16
GoGn to SN	(32°)	36	42
SL	(51 mm)	57	46.5
SE	(22 mm)	11	15
Soft tis. Line 0/0		-4/+2	-2.5/0

EPİKRİZ: Şu soruyu kendimize sormamız gerekmektedir. Bu olguda ortodontik tedavi sonucu elde edilen durum ideal midir? Pek tabii ideal değildir. Bir kere erişilen oklüzyon ideal oklüzyon değildir. İdeal oklüzyonda; alt orta kesici dişler ve üst yirmi yaş dişleri haricinde diğer dişlerin bir dişe iki diş kapanışı vardır. Bu olduğu ise yalnız alt çeneden çekim yapılarak, molar bölgede III. sınıf oklüzyon hedeflendiğinden, üst ikinci küçük azılar tek dişle oklüzyon halindedir. Ortodontik tedavi sonunda iskeletsel olarak ideal bir duruma erişilmiş midir? Cevap yine "hayır" dır. Zaten iskeletsel olarak ideal bir duruma erişilse idi, dişsel olarakta ideal bir oklüzyona erişilebilirdi. Her ne kadar ANB açısı küçültülmüş ise de, tedavi sonunda yine negatif kalmıştır. Bu dişsel ve iskeletsel prognati inferior olgusu; üst kesici dişlerin protrüzyonu, alt kesici dişlerin retrüzyonu ve alt çenenin aşağı ve arkaya rotasyonu ile kompanse edilmeye çalışılmıştır. Sonuç olarak bu iskeletsel kökenli prognati inferior olgusunda; ideal olmayan fakat bu tür anomaliler için optimal sayılabilecek bir ortodontik uzlaştırma tedavisi yapıldığını söyleyebiliriz.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1- Greulich WW and Pyle SI Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist. Stanford California Stanford University Press 1959
- 2- Björk A Zeitliche Abstimmung interzeptiver kieferorthopaedischer Massnahmen auf der Grundlage der Reifestufen. Informationen aus der orthodontie und Kieferorthopaedie 1977 281-293
- 3- Ülgen M Ortodontik Tedavi Prensipleri. Ankara Üniversitesi Basımevi Ankara 1983
- 4- Steiner CC Cephalometrics for you and me. Am J Orthod 1953 39: 729-755.

YAZIŞMA ADRESİ:
 Didem DALAMAN
 İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
 Ortodonti Anabilim Dalı
 Çapa / İSTANBUL