

Travmatik Olarak İntrüze Olan Maksiller Sürekli Kesici Dişlere Tedavi Yaklaşımı: İki Olgu Sunumu

Şeref Ezirganlı¹, Arife Kapdan², Muharrem Şerif Erdoğan³, Ömer Kırmalı⁴

¹Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

²Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

³Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

⁴Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

ÖZET

Dentoalveolar travma çocuklarda çok yaygın bir durumdur. Çocukların anterior dişlerindeki dental travma acil tedavi gerektirir. İntrüzyon, travmaya bağlı olarak dişin alveolar kemik içerisinde apikal olarak yer değiştirmesidir. Bu tip yaralanmalar genellikle maksiller dişlerde görülür ve ciddi pulpal ve periodontal hasarla ilişkilidir. Travmatik olarak intrüze olmuş dişlerin tedavisi ve prognozu hastanın yaşı, dentisyonun tipi, kök gelişimine ve travmanın ciddiyetine bağlı olarak değişebilmektedir. Bu olgu sunumlarında, travmaya bağlı olarak meydana gelen maksiller kesici dişleri tamamen intrüze olan 6 ve 10 yaşlarında olan iki erkek çocuğuna uygulanan iki farklı tedavi yaklaşımı sunulmuştur. Sonuç olarak, intrüze olan dişlerin tedavi planlaması multidisipliner olmalıdır ve konservatif tedavi seçeneği öncelikli olarak düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: dentoalveolar travma, üst çene, kesiciler, intrüzyon

TREATMENT APPROACHES OF TRAUMATICALLY INTRUDED PERMANENT MAXILLARY INCISORS: TWO CASE REPORTS

ABSTRACT

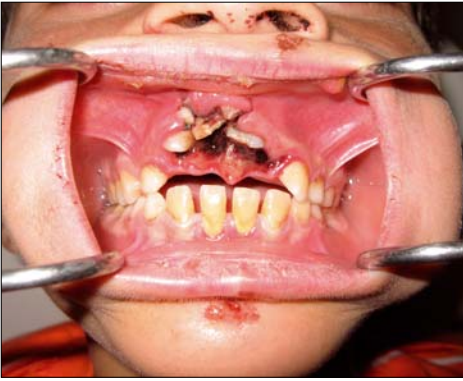
Dentoalveolar trauma is a very common event in children. Dental trauma to a child's anterior teeth requires emergency treatment. Intrusion refers to the displacement of the tooth apically into the alveolar bone, resulting from a trauma. This type of injury usually involves maxillary teeth and is associated with severe pulpal and periodontal damage. Treatment and prognosis of traumatically intruded teeth can vary depending on the age of the patient, type of dentition, stage of root development and severity of the trauma. In these case reports, two different treatment approaches, two boys who are 6 and 10 years olds had completely intruded maxillary incisors due to trauma, are presented. In conclusion, the treatment plan of intruded teeth must be multidisciplinary and firstly choose of conservative treatment must be remembered.

Keywords: dentoalveolar trauma, maxilla, incisors, intrusion

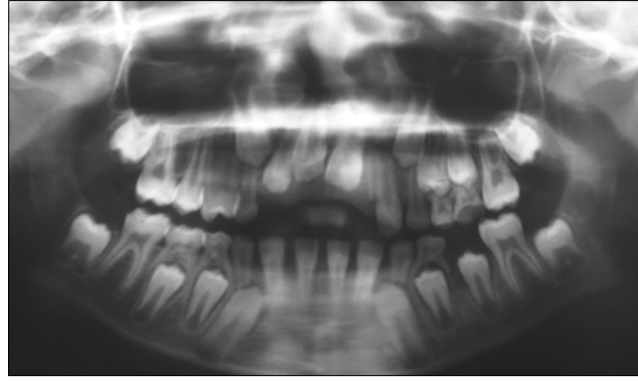
Dentoalveolar travma çocuklarda çok daha sık karşılaşılmaktadır (1). Travmanın bazen çocuk ve ailesinde oluşturabileceği ciddi psikolojik rahatsızlıktan dolayı acil tedavi gerektiren bir durumdur (1-4). İntrüzyon, travmaya bağlı olarak dişin soketi içerisinde alveolar kemiğe doğru aksiyel olarak yer değiştirmesi olarak tanımlanır. Klinik olarak intrüze olmuş dişler, diş etindeki kanamayla birlikte kısalmış olarak görülürler ve çoğunlukla perküsyonda hassasiyet yoktur. Periodontal ligamentlerin, damar sinir paketinin ve alveolar kemiğin ezilerek

zarar görmesinden dolayı en önemli dental travma tiplerinden biri olarak düşünülmelidir. İntrüzyon süt dentisyonunda nispeten sık görülürken, sürekli dentisyonunda yaygın görülmeyen bir durumdur ve sürekli kesici dişlerin intrüze olması oldukça az görülür (1,4-6). Klinik uygulamada, ortodontik olarak dişin yeniden konumlandırılması ve endodontik tedavi uygulanması gibi kombine çok çeşitli tedavi yaklaşımları mevcuttur (5).

Bu olgu sunumlarında, travmaya bağlı olarak meydana gelen maksiller kesici dişleri tamamen intrüze olan 10 ve 6 yaşlarında olan iki erkek çocuğuna uygulanan iki farklı tedavi yaklaşımı sunulmuştur.



Şekil 1. Ağzı içi görünümü.



Şekil 2. Panoramik görüntüsü.



Şekil 3. Splintlendikten sonraki görüntüsü.



Şekil 4. A,B: Tedaviden 1 hafta sonraki ağız içi görüntüleri. C,D: Tedaviden 9 ay sonraki ağız içi görüntüleri.

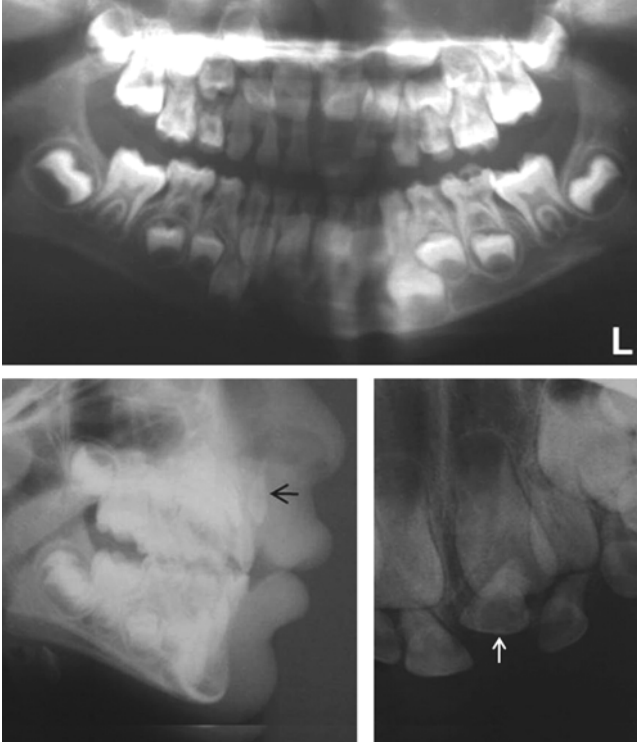


Şekil 5. 9 ay sonraki periapikal grafisi.

Olgu 1: 10 yaşındaki erkek çocuğu, maksiller anterior bölgede travma nedeniyle Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalına başvurmuştur. Ağız içi ve radyolojik muayenede maksiller sağ sürekli santral ve lateral kesiciler ile sol sürekli santral dişlerin alveoler sokette aksiyel olarak tamamen intrüze oldukları görülmüştür (Şekil 1 ve 2). Alınan anamnezde travmanın nedeni spor yaralanması olarak

belirlenmiştir. Dişler cerrahi olarak yerlerine getirildikten sonra Ortodonti kliniğinde yandaki dişlere 3 hafta süre ile fikse edilmiştir (Şekil 3). Operasyon sonrası hastaya geniş spektrumlu bir antibiyotik, ağrı kesici ve klorheksidinli ağız gargarası reçete edilmiştir. Yumuşak diyet ve ağız hijyenini maksimum düzeyde tutması önerilmiştir. 2 hafta sonra fikse edilen dişlerin devital olduğu görüldü ve dişlere pedodonti kliniğinde kanal tedavisi başlandı. Fiksasyondan 3 hafta sonrasında sağ lateral ve sol santral dişlerde iyileşme gözlenirken sağ santral dişi kaybedilmiştir. Kaybedilen diş protetik diş tedavisi kliniğinde protez yapılarak rehabilite edilmiştir (Şekil 4). Hastadan 6. ayda alınan röntgende dişlerde eksternal kök rezorbsiyonunun kısmen başladığı saptandı ve 9. ayda alınan periapikal röntgende ise eksternal kök rezorbsiyonunun varlığı net bir şekilde görülmektedir (Şekil 5). Hasta 9 aydır takip edilmektedir.

Olgu 2: 6 yaşındaki erkek çocuğu, maksiller anterior bölgede spor yaralanmasından kaynaklı travma nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Yapılan radyolojik muayenede maksiller sol süt santral dişinin burun tabanına tamamen intrüze iken sağ süt lateral kısmen intrüze olduğu görülmüştür (Şekil 6). Ağız dışı muayenede ise üst dudak, alt dudak ve



Şekil 6. Operasyon öncesi radyografileri.

çene ucu bölgesinde hafif yüzeysel yaralanmalar ile üst ve alt dudakta hafif ödemin mevcut olduğu görülmüştür. Ağız içi muayenede ise, santral dişin tamamen kayıp olduğu ve lateral dişin aşırı hareketli olduğu görülmüştür. İlgili bölgedeki diş eti mukozasında ise laserasyon saptanmıştır (Şekil 7). Alınan anamnezde travmanın trafik kazasının sonucu meydana geldiği öğrenilmiştir. Bu olgumuzda konservatif tedavi yerine cerrahi operasyonun daha doğru olacağı düşünülmüştür ve gömülü olan santral ile hareketli olan lateral diş cerrahi olarak çekilmiştir (Şekil 8).

Tartışma

Dental travma diş hekimliğinde acil başvuru nedenlerinden biridir. Travmatik dental yaralanmalar hayatın her döneminde meydana gelebilmesine rağmen çocuk ve gençler bu yaralanmaya daha sıklıkla maruz kalmaktadırlar ve sıklıkla düşme, bisiklet ve otomobil kazaları, atletik yaralanmalar ve dişlere gelen yabancı doku çarpmaları sonucu gelişir. Travmatik diş yaralanmalarına üst çenede alt çeneye göre daha fazla rastlanmaktadır ve en fazla üst orta kesici dişler etkilenmektedir (7).

Süt dentisyonda travmatik diş yaralanmalarının görülme sıklığında erkekler ve kızlar arasında belirgin fark olmamasına karşın, daimi dentisyonda travmatik yaralanma görülme sıklığı erkeklerde kızlara göre daha fazladır. Etyolojik



Şekil 7. Ağız içi ve ağız dışı görüntüsü.



Şekil 8. İntrüze olan diş.

faktörlerin başında sıklıkla spor yaralanmalarının, ev kazalarının, düşmelerin ve çarpmaların geldiği rapor edilmiştir (8).

Süt dişlerini etkileyen travmatik yaralanmalara küçük çocuklarda çok sık rastlanmaktadır. Özellikle ön süt dişlerindeki travmatik yaralanmalar, altındaki daimi diş germinin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Süt dişlerinin travmatik yaralanmasından sonra daimi kesici dişlerde gelişimsel anomali görülme olasılığı % 12-74 arasında bildirilmiştir. Bu anomalileri minenin renkleşmesi, mine hipoplazisi, kronun dilaserasyonu, odontoma benzeri malformasyonlar, kök dilaserasyonu, sürme bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (9).

Çocukların anterior dişlerinde meydana gelen travma acil tedavi gerektiren bir durumdur. Acil tedavi olarak kanal tedavisinin yapılması, dişin fikse edilmesi ve ortodontik müdahale düşünülebilir (10). Dişlere her hangi bir müdahale etmeden kendiliğinden sürmesini beklemek önerilen tedavi yöntemleri arasındadır. Özellikle kök gelişiminin tamamlanmamış sürekli dişler ve süt dişlerinde kendiliğinden sürmesi uygulanan bir tedavi yöntemi olmasına rağmen, apeksi kapalı olan dişlerin % 100'ünde, apeksi açık olan

Tablo 1. İntrüze kesiciler için tedavi seçenekleri.

<i>Intrüzyonun ciddiyeti</i>	<i>Tedavi seçenekleri</i>
Apikali kapanmamış dişler	Tekrar sürmesi için bırakmak
Hafif (< 3 mm)	
Orta (3-6 mm)	Tekrar sürmesi için bırakmak ya da ortodontik olarak ekstrüze etmek
Ciddi (> 6 mm)	Cerrahi olarak tamamen tekrar konumlandırmak ve/veya sonrasında ortodontik olarak ekstrüze etmek
Kismi rezopsiyon	Çekim düşünülebilir.
Apikali kapanmış dişler	Tekrar sürmesi için bırakmak ya da ortodontik olarak ekstrüze etmek
Hafif (< 3 mm)	
Orta (3-6 mm)	ortodontik ekstrüzyon
Ciddi (> 6 mm)	Cerrahi olarak tamamen tekrar konumlandırmak ve/veya sonrasında ortodontik olarak ekstrüze etmek
Kismi rezopsiyon	Çekim düşünülebilir.
Kaynak: Brown CJ. The management of traumatically intruded permanent incisors in children. Dent Update 2002;29(1):38-44.	

dişlerin ise % 63'ünde kök rezorbsiyonu ve pulpa nekrozu gibi komplikasyonlar görülmektedir (5). İlk olgumuzda pulpa nekrozu ve sonrasında kök rezorbsiyonu görülmüştür.

Uygulanacak tedavi yönteminin belirlenmesinde çocuğun uyum göstermesi, medikal hikayesi ve intrüzyonun

derecesi göz önünde tutulmalıdır. İntrüze olan dişin kök ucunun kapalı ya da açık olmasına göre tedavi yaklaşımı değişebilmektedir (Tablo 1) (4,11). Sunulan her iki olguda da çocukların medikal hikayelerinde bir problem yoktu ve her iki çocukta gayet uyumlu idi fakat dişler aşırı (>6 mm) intrüze olmuşlardı.

Diş eti dokularına gömülerek tamamen intrüze olmuş dişlerin cerrahi olarak yeniden konumlandırılması Skieller tarafından tavsiye edilmiştir. Ellis ise 1940 yılında intrüze olmuş dişin kendiliğinden sürmesini beklemeyi bir tedavi seçeneği olarak önermiştir. Bazı otörler eksternal kök rezorbsiyon riskini arttırması, marjinal kemik kaybına neden olabilmesi gibi nedenlerden dolayı şiddetle karşı çıksalar da ortodontik olarak bu dişler braketlenerek yeniden konumlandırılabilirler (4,6). İlk olguda restoratif tedavi denendi. Hastanın ağız hijyeninin kötü olmasına bağlı olarak dişlerden biri kaybedildi. Diğer dişlerinde ise eksternal kök rezorbsiyonu görüldü. Vaka halen takip edilmektedir ve dişler mümkün olduğunca ağızda tutulmaya çalışılacaktır. İkinci vakada ise, süt dişi olduğundan dolayı dişin cerrahi çekimi yapıldı. Boşluk yer tutucu ile korunmaya çalışıldı.

Sonuç olarak, intrüze olan dişlerin tedavi planlaması, dişin süt veya kalıcı diş olup olmamasına göre değişebilmektedir. İntrüze süt dişlerin cerrahi olarak çekimi bir tedavi seçeneği iken, sürekli intrüze dişlerde konservatif tedavi seçenekleri düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Neto JJ, Gondim JO, de Carvalho FM, Giro EM. Longitudinal clinical and radiographic evaluation of severely intruded permanent incisors in a pediatric population. Dent Traumatol 2009; 25: 510-514.
2. Skaare AB, Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7-18 years. Dent Traumatol 2003; 19: 67-71.
3. Andreasen JO, Bakland LK, Matras RC, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 1. An epidemiological study of 216 intruded permanent teeth. Dent Traumatol 2006; 22: 83-89.
4. Shivayogi MH, Anand LS, Dayanand DS. Management of traumatically intruded permanent incisors. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2007; 25: 13-16.
5. Calasans-Maia Jde A, Calasans-Maia MD, da Matta EN, Ruelias AC. Orthodontic movement in traumatically intruded teeth: a case report. Dent Traumatol 2003; 19: 292-295.
6. Chan AW, Cheung GS, Ho MW. Different treatment outcomes of two intruded permanent incisors-a case report. Dent Traumatol 2001; 17: 275-280.
7. Ayna B, Hamamcı N, Çelenk S, İzol B. Travma sonucu oluşan kron kırıklarının multidisipliner yaklaşımla tedavisi. Süleyman Demirel Üniv Diş Hek Fak Derg 2009; 1: 49-53.
8. Avşar A. 7-14 yaş grubu çocuklarda görülen travmatik yaralanmaların incelenmesi. Cumhuriyet Üniv Diş Hek Fak Derg 2002; 5: 117-120.
9. Sönmez IŞ, Nalçacı R, Akbay Oba A. Süt dişi intrüzyonuna bağlı daimi dişlerde ortaya çıkan gelişimsel anomaliler: olgu raporu. Hacettepe Diş Hek Fak Derg 2007; 31: 24-27.
10. Chaushu S, Shapira J, Heling I, Becker A. Emergency orthodontic treatment after the traumatic intrusive luxation of maxillary incisors. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004; 126: 162-172.
11. Brown CJ. The management of traumatically intruded permanent incisors in children. Dent Update 2002; 29: 38-44.