Prof. Dr. A. Cavidan AKÖREN

ANTERİOR REHBERLİĞİN PROTETİK DİŞ TEDAVİSİNDEKİ ÖNEMİ

Anterior dişlerin restorasyonu sırasında genellikle estetik ön planda düşünülmekte, fonksiyon göz ardı edilmektedir. Bu durum ancak hastaların dişlerinde aşınma, diş kaybı, dikey boyut düşmesi gibi bir problem ortaya çıktığı zaman önem kazanmaktadır.

Anterior rehberlik, nötrokluzyonlu veya distookluzyonlu bir bireyde, alt anterior dişlerin kesici kenarlarının, üst anterior dişlerin palatinal yüzeyi boyunca kaydığı yoldur. Yani normal okluzyonda üst 6 anterior dişin palatinal eğimleri anterior rehberlik faktörü olarak düşünülebilir. Ancak Class III ilişki söz konusu ise alt anterior dişlerin lingual yüzeyleri üst anterior dişlerin labial yüzeyleri ya da kesici kenarları boyunca kayarlar. Bazı vakalarda ise anterior openbite durumu söz konusudur ve bu durumda anterior rehberlik devre dışı kalmaktadır.

 Anterior rehberlik dinamik bir ilişkidir ve bireyler arasında farklılıklar gösterebilir. Anterior rehberlikte oluşturulacak bir değişiklik, kondillerin hareket yolunu etkileyecektir. Bu faktörler birbiri ile bağımlı faktörlerdir. Anterior rehberlik sabit bir faktör olarak değil değişken bir faktör olarak düşünülmelidir:

* Restorasyonlar, ortodontik uyumlamalar, diş çekimi, diş çürükleri, farklı alışkanlıklar ve diş aşınmalarına bağlı olarak değişime uğrayabilir.

 Anterior dişler arasındaki okluzal temas posterior dişlerden daha hafif olmalıdır. Anterior dişler ark içinde ağır yükleri taşıyacak nitelikte yerleşmemişlerdir. Eğer anterior dişlerde ağır temaslar olursa, dişlerin destekleyici yapıları bunu tolere edemeyecek dişler labiale yer değiştirecek veya dişlerde farklı problemler ortaya çıkacaktır. Anterior dişler kuvvetleri karşılamak yerine mandibulayı yönlendirme görevini üstlenirler.

 Üst anterior dişlerin restorasyonu sırasında, baş dik pozisyonda veya beslenme pozisyonunda iken anterior dişler daha hafif temas etmelidir. Restorasyonlar sadece statik durumda değerlendirilmemeli, aynı zamanda dinamik pozisyonda yani protruziv ve lateral hareketler de dikkate alınarak farklı baş pozisyonlarında temaslar eşitlenmeli ve uyumlu hale getirilmelidir. Eğer yalnızca hastanın başı arkaya eğimli olarak değerlendirme yapılırsa, mandibular postdural pozisyon ve sonuç okluzal durum hafifçe posteriora yönlenebilir. Başını öne aldığında ise anterior bölgede istenmeyen temaslar ortaya çıkabilir. Bu nedenle her yönde temaslar eşit dağılacak şekilde yeniden değerlendirmeler yapılmalıdır.

 Mandibular kapanma sırasında, anterior dişlerdeki ağır temasları belirlemek için, hasta posterior dişleri üzerinde açma kapatma hareketleri yaparken, parmak ile ön dişlerin labial yüzüne temas ettiğimizde dişte hareket olup olmadığı değerlendirilir. Ağır temas var ise dişler labiale yönlenecek veya titreşim oluşacaktır. Bu duruma FREMİTUS ismi verilmektedir. Fremitus söz konusu ise hareket ortadan kalkana kadar temas eden yerden aşındırma yapılmalıdır.

 Kanin dişlerinin palatinal yüzey morfolojisi lateral hareketlerde etkilidir. Bu dişler çenenin lateral hareketlerde rehberliğini yapmaları nedeniyle çabuk aşınmaya maruz kalabilirler. Protruziv ve lateral hareket arasındaki herhangi bir hareket lateroprotruziv anterior rehberliği gösterir.

 Protruziv anterior rehberlik açısı:

 Alt ve üst keser dişlerin kesici kenarlarının tepe noktalarını birleştiren doğru ile horizontal referans düzlemi arasındaki açıdır ve 50-70 derece arasında değişir. Sağlıklı bir okluzyonda, anterior rehberlik sagittal düzlemde kondil yoluna göre 5 veya 10 derece daha diktir. Bu nedenle alt çenenin protruziv hareketi sırasında, anterior dişler alt ve üst çene posterior dişler arasında temasın kesilmesine neden olacak şekilde alt çeneyi aşağıya doğru yönlendirirler. Üst anterior dişlerin kısaltılması veya labiale alınması, anterior rehberlik açısını düzleştirme etkisine sahiptir. Üst anterior dişler uzatılır veya palatinale eğimlendirilirse, anterior rehberlik açısı dikleşir. Dik ön rehberliğe sahip hastaların okluzyon şekli kilitlidir. Çok az bir uzun sentrik ve dar bir fonksiyon zarfı bulunmaktadır. Başabaş konumda ise serbestlik çok daha fazladır ve geniş bir fonksiyon zarfı söz konusudur.

 Anterior rehberlik üzerinde etkisi olan faktörler:

 Horizontal overlap (overjet), vertikal overlap (overbite) , kesici seviyesi ve kesicilerin labio-lingual eğimleri, immediat yana hareket ve eminentia açısıdır.

Overjet, anterior dişlerin sağlığını etkilemede overbite’dan daha önemlidir. Yeterli bir overjet varsa, artmış overbite genellikle iyi tolere edilebildiği için, anterior dişlerde minimal mobilite ve kemik kaybı söz konusu olur. Yeterli overjet olduğunda üst dişleri uzatmak mümkündür. Overjet az ise anterior rehberlik açısını dikleştirmeden, üst anterior dişleri uzatmak mümkün olmaz. Dik bir anterior rehberlik açısı fonksiyon ile uyumlu değilse, üst kesici kenarlar labiale alınmalıdır. Overjet yeterli değilse, yıkıcı bir etki oluşturur. Bu yıkıcı etki temas miktarına bağlıdır. Temas miktarı arttıkça yıkıcı kuvvetler artar. Overjet arttıkça, tüberküller daha kısa fossalar daha sığ olarak şekillenir. Overjet çok az ise veya yoksa, tüberküller uzun, fossalar derin olur.

 Alt anterior dişlerin kesici seviyeleri ve labio-lingual eğimleri anterior rehberlik üzerinde etkilidir. Doğal dişlenmede alt ve üst anterior dişlerin teması kuvvetlerin uygun dağılımı için gereklidir. Anterior dişlerde normalde temas varsa ve bu temas kaldırılırsa, dişler temas edene kadar sürerler.

 Anterior rehberlik ve tüberkül açılanması ilişkisi:

 Anterior rehberliğin tüberküllere kondiler rehberlikten çok daha yakın olması nedeni ile tüberkül açılanması üzerindeki etkisi, molarlarda kondiler rehberlik etkisinden %60, premolarlarda ise %100 daha fazladır. Anterior rehberlik kondiler rehberlikten daha dikse ve molar tüberkül eğimi kondil eğimine paralel ise, protruziv harekette arka bölgede disklüzyon oluşur.

 Anterior rehberliği düzgün olmayanlarda, geçici restorasyonlar ile anterior rehberlik ve estetik sağlanır. Birkaç haftadan birkaç aya kadar kullanılmalıdır. Alıştıktan sonra, bu yeni rehberlik kesici tablasına akrilik konarak yeniden transfer edilir. Yeni anterior rehberliğe göre restorasyonlar tamamlanır.

 Total protezlerde ise, hem protruziv hem de gezinme hareketlerinde dişlerin teması istendiği için, anterior rehberlik açısı mümkün olduğunca düz olacak şekilde ayarlanmalıdır. Overbite ne kadar az olursa daha dengeli protezler söz konusu olacaktır. Estetik nedenlerle overjet arttırılarak bazı düzenlemeler yapılabilir.

 Okluzal splintlerin yapımında da anterior rehberlik önem taşımaktadır. Sentrik ilişkide bütün dişlerin tüberkül tepelerinin izi olmalı ancak protruziv ve lateral gezinmelerde anterior rehberlik devreye girmelidir. Kasların korunması için anterior rehberliğin korunması gerekmektedir. Class I’ de anterior rehberlik, protruziv hareket sırasında santral dişlerde, lateral hareketlerde kanin dişler üzerinde gerçekleşir. Class 2’de yine protruzyonda santral dişler, lateral hareketlerde ise başlangıçta kanin dişi sonra santral dişler de devreye girer, Class III’ te ise hem protruziv hem lateral hareketlerde kanin dişleri rehberlik eder.

 Sonuç olarak, klinik değerlendirmede eğimler dişlere hareket verdirmeksizin, bütün gezinme hareketlerine izin veriyorsa, sentrik stoplar stabil ise, estetik, fonksiyon ve fonasyon kabul edilebilir durumda ise anterior rehberliğin gereksinimleri karşılanmış demektir. Hastanın ve diş hekiminin memnun olmaması için hiçbir neden kalmamış olacaktır.

Kaynaklar:

1. Okeson J. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, 2008

2. Dawson. P. Functional Occlusal Problems. 2007