

TORUS MANDİBULARİS VARLIĞINDA KİSMİ DİŞSİZ BİR HASTANIN PROTETİK REHABİLİTASYONU: OLGU SUNUMU

PROSTHETIC REHABILITATION OF A PARTIALLY EDENTULOUS PATIENT WITH TORUS MANDIBULARIS: A CASE REPORT

Arş.Gör.Nuran ÖZYEMİŞÇİ*

Stj.Öğr.Berk KÖNİ**

Prof.Dr.Arife DOĞAN***

ÖZET

Torus mandibularis ağız içinde en sık görülen eksostoz türlerinden biridir. Genellikle, mandibulanın lingual yüzeyinde, kanin ve premolar bölgesinde yerleşim göstermesiyle karakterizedir. Etiyolojisinde kalıtım, çevresel faktörler, artmış çiğneme fonksiyonu, beslenme, ırk ve etnik grup farklılıklarının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu tür kemik büyümeleri hareketli parsiyel veya tam protez yapımında güçlükler neden olabilir. Bu olgu sunumunda kısmi dişsiz ve çift taraflı mandibular torusa sahip bir hastanın protetik tedavisi bildirilmiş ve toruslar hakkında genel bilgi verilmiştir.

Anahtar sözcükler: *Torus mandibularis, kısmi dişsiz hasta*

SUMMARY

The torus mandibularis is the one of the most common intraoral exostoses. It is often bilateral, occurs at the canine to premolar region on the lingual aspect of the mandible. It has been reported that the factors such as genetic and environmental factors, masticator hiperfunction, nutrition, race and ethnic groups might play role in occurrence of them. Such type of bony protuberances may present many challenges when fabricating a removable partial or complete dentures. In this case report, after a general knowledge about mandibular tori, the prosthetic rehabilitation of a partially edentulous patient had bilaterally mandibular tori has been presented.

Key words: *Torus mandibularis, partially edentulous patient*

GİRİŞ

Eksostozlar, çoğunlukla kortikal kemikten bazen de spongios kemikten kaynaklanan, patolojik olmayan kemik çıkıntılardır. Torus palatinus (TP) ve torus mandibularis (TM) spesifik intraoral yerleşimleri ile en yaygın görülen eksostozlardır. TP, sert damağın orta hattı boyunca oluşan sapsız nodüler kemik kütesidir. TM ise mandibulanın lingual yüzünün kanin ve premolar alanına yerleşen ektopik kemik büyümesidir. Bunlar, genellikle yuvarlak, düz yüzeyle, sert, normal veya beyazlaşmış mukoza ile örtülü kemik çıkıntılardır. Kompakt kemik ile örtülmüş kanselöz kemikten oluşur. Genellikle, mylohyoid sırt üzerinde, alveoler marjinin altında, sıklıkla bilateral yerleşim gösterir.¹⁻³

Toruslar, genel olarak, ikinci ve üçüncü dekatta gelişirler.¹⁻⁵ Torus etyolojisi konusunda tam bir fikir birliği olmamakla birlikte, kalıtım, çevresel faktörler, beslenme, iklim, ırk ve etnik grup farklılıklarının etkin olduğu düşünülmektedir.¹⁻³ Bazı çalışmalarda, torus oluşumunun mastikator hiperfonksiyondan kaynaklanan stresten etkilendiği ortaya konmuş; tori oluşum sıklığı ile alışkanlık sıkması ve/veya brüksizm gibi nedenlerden

dolayı diş gıcırdatılmasının oluşturduğu ilave stres arasındaki ilişkinin önemine dikkat çekilmiştir.^{6,7}

Farklı ırk ve etnik gruplarda torus yaygınlığına ilişkin az sayıda çalışma, torus oluşumunun Moğol ve Eskimo ırklarında daha yaygın olduğunu göstermektedir. Literatür verilerine göre, prevalans TP için %0.4-66.5; TM için %0.5-63.4 aralığında değişmektedir. TP daha çok kadınlarda, TM ise erkeklerde gözlenmektedir.^{1-3, 5}

Toruslar belirti vermez ve yavaş büyüme gösterir. Klinik olarak tanımlanabilir ve biyopsi gerektirmez. Kronik travma olmadıkça veya oral fonksiyonu bozmadıkça cerrahi olarak çıkarılmaları gerekmez. TM bir rahatsızlık veya rahatsızlık işareti olmasa bile bazen protez yapımında sorun oluşturabilir.^{5,8,9} Bu vaka raporunda çift taraflı torus mandibularisi olan kısmi dişsiz bir hastanın protetik tedavisi sunulacak ve TM etyolojisi tartışılacaktır.

OLGU SUNUMU

Sağlıklı 52 yaşında erkek hasta, alt ve üst çenesindeki eksik dişleri nedeniyle çiğneme yetersizliği şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ağız kavitesinin fiziksel muayenesi mandibular premolarlar bölgesinde

* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD, Ankara

lingual yüzde çift taraflı TM varlığını gösterdi (Resim 1).



Resim 1. Alt çenede bilateral torus lokalizasyonu (Ayna görünümü)

Sağ birinci ve ikinci premolar alanında sınırları belli yuvarlak ve farklı boyutta üç nodül halinde kemik büyümesi (sırasıyla meziyo-distal genişlik ve yükseklik: 7x5 mm; 5x4 mm, ve 3x2 mm) gözlenirken, sol yanda birinci peromolar altında tek nodül (5x4 mm) halinde torus varlığı dikkat çekti. Kemik büyümelerinin tümü normal mukoza ile kaplı ve ağız tabanına yakın konumda idi. Üst çene sol tarafta birinci ve ikinci premolarlar ve molarlar; alt çene sol tarafta birinci ve ikinci molar, sağ tarafta ise birinci molar diş eksikti. Ağız hijyeni genel olarak tatminkardı ve hasta tarafından brüksizm ve diğer alışkanlıklar bildirilmedi. Hasta torusların ağız fonksiyonunda sorun oluşturmadığını ve aile bireylerinde bu tür kemik büyümesi olmadığını belirtti.

Alt ve üst çene sol bölgede köprü restorasyonu için destek diş bulunmadığından ve hastaya önerilen implant üstü sabit protetik tedavi için hastanın ekonomik durumu uygun olmadığından hareketli bölümlü protez yapımına karar verildi. Toruslar protetik tedaviye engel teşkil etmeyecek ve ön dişlerin azalmış periodontal desteklerinin karşılanması amacıyla, ana bağlayıcı olarak lingual plak kullanıldı. Protezler gerekli uyumlamalardan sonra hastaya teslim edildi (Resim 2).



Resim 2. Hasta ağızında alt protez (Ayna görünümü)

Belirli sürelerle yapılan kontrollerde, hastanın sorunsuz olarak protezini kullanmayı sürdürdüğü gözlemlendi.

TARTIŞMA

Torus prevalansına ilişkin sınırlı sayıda çalışma sonuçları, olgumuzda olduğu gibi, TM'nin erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu ve en sık 36-65 yaş grubunda oluştuğunu göstermektedir. Bu bulgu, yaşamın orta evresi sırasında genç ve daha yaşlılardan daha sık gözlemlendiğine dair genel torus oluşma eğilimini destekleyebilir.¹ Görülme sıklığının erken yetişkin yaşam evresinde başlayarak daha yaşlı grupta sivrilmesi, torusların devimsel lezyonlar olduğunun bir göstergesi olduğu ifade edilmiştir.^{2,3} Jainkittivong ve ark.³ geniş toruslu bireylerin genellikle küçük toruslu olanlardan daha yaşlı olduğunu ve TM'nin simetrik ve bilateral olarak kanin/premolar alanında yerleşimiyle multiple nodül görünümünün yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Buna karşın, Belsky ve ark.⁸ ise yaş artışıyla birlikte torus büyüklüğünde değişiklik saptamamışlardır. Sunulan olguda, hastanın ağız içi muayenesi Jainkittivong ve ark. nin³ bulguları ile uyumlu olarak alt çene lingual yüz premolar alanında bilateral TM varlığını gösterdi. Mamafih, sağ birinci ve ikinci premolar alanında sınırları belli yuvarlak ve farklı boyutta üç nodül gözlenirken, sol yanda birinci peromolar altında tek nodül halinde torus varlığı dikkat çekti.

TM sıklıkla protetik çalışmayı güçleştirdiğinde fark edilir. Her ne kadar toruslar patolojik öneme sahip değilse de, oral fonksiyonel hareketin yanı sıra hareketli protezlerin yapım ve fonksiyonunu olumsuz etkileyebilirler.^{4,8,9} Bu varyasyonlar üzerindeki mukoza, protezin oluşturduğu basınçtan dolayı hastayı rahatsız edebilir, bu nedenle, protez iskelet planlamasında bu tür kemik çıkıntılarının durumu dikkate alınmalıdır.⁹ Abrams,¹⁰ TM'li tam protez hastalarında, bölgesel stres yoğunluğunun azaltılması amacıyla, protez kaidesi altına yumuşak astar uygulanarak torusların ağızda bırakılabileceğini bildirmiştir. Sunulan vakada dişsizlik dağılımı üst çenede Kennedy Sınıf I; alt çene ise Kennedy sınıf I, mod 1'le uyumlu idi. Alt iskelet planlamasında torusların protez iskelet sınırları dışında bırakılması ile kullanımda olası travma riski ortadan kaldırıldı; dişsiz alanların sınırlı ve dar olması nedeniyle mevcut dişlerden yeterli destek sağlanabildi. Mamafih, parsiyel protez endikasyonu olan ve iskelet yerleşimini engelleyen TM'li hastalarda, torusun cerrahi olarak çıkarılması yerine

alternatif olarak labial bar tasarımı parsiyel protez yapımı da önerilebilir.

Torus etyolojisinin muktifaktöriyel genetik ve çevresel faktörlerin bir etkileşiminden ibaret olduğu öne sürülmüştür.^{1-3,4,11} Bazı teorilere göre, toruslar yaşamın orta evresinde daha sık gözlemlendiğinden, oluşumun nedeni yalnız genetik değil, aynı zamanda özellikle çiğneme stresi ile ilgili olarak çevresel ve fonksiyonel faktörleri de kuşatır. Fonksiyon gören dişlerin sayısı TM'nin varlık ve yaygınlığı için önemli bir etkidir; çünkü TM sıklığının diş kaybı artışı ile azaldığı bildirilmektedir. Mevcut diş sayısı diğer değişkenlerin yanı sıra mandibulaya uygulanan kuvvetleri de etkiler.¹¹ Bu tür kemik büyümesinin kuşatılan alanlarda dişlere artmış veya anormal okluzal strese karşı bir reaksiyon sonucu olduğu önerilmiştir.^{6,7,12} Ossenbergl¹² 1. molardan kanine horizontal kuvvetlerin alt dişleri eğmesiyle oluşan mekanizmaya işaret etmiş; bu dişlerin kök apeksleri lingual yüzlerinde alveolar kemiğin dış kortikal plakasında yeni kemik oluşumuna neden olarak periodontal ligamanda basınç oluşturabildiğini belirtmiştir.

Eggen ve Natvig'in⁶ çalışma sonuçları da fonksiyonel kuvvetlerin torus görülme sıklığını önemli ölçüde etkilediğini desteklemektedir. Bu araştırmacılar, bir grup bruksist hastada TM etyolojisini değerlendirerek, bruksist grubun okluzal strese yol açan ağır kassal kuvvetini göstermişler ve TM etyolojisinin %30 genetik, %70 okluzal stres gibi çevresel faktörlerden etkilendiği sonucuna varmışlardır. Öte yandan Kerdpon ve Sirirungrojying,⁷ sıkma ve gıcırdatma basıncının belgelenmesiyle gösterilen okluzal stresle TM varlığı arasında güçlü ilişki bulmuşlardır. TM nin bazı hastalar için geçmiş veya mevcut parafonksiyonel aktivitenin önemli işareti olabildiği önerilmiş; TM ve parafonksiyonel aktivite yaygınlığı temporomandibular eklem rahatsızlığı olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur.¹³ Dolayısıyla bazı hastalarda TM varlığının saptanması, aynı zamanda eklem rahatsızlığının artmış riskinin bir göstergesi olarak tanı yönünden de yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Antoniadis DZ, Belazi M, Papanayiotou P. Concurrence of torus palatinus with buccal exostoses. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 85: 552-7.

2. Jainkittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: Prevalance and concurrence with tori. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90: 48-53.
3. Jainkittivong A, Apinhasmit W, Swasdison S. Prevalance and clinical characteristics of oral tori in 1,520 Chulalongkorn University Dental School patients. Surg Radiol Anat 2007;29: 125-31.
4. Yıldız E, Deniz M, Ceyhan O. Prevalance of torus palatinus in Turkish Schoolchildren. Surg Radiol Anat 2005; 27: 368-71.
5. Al Quran FAM, Al-Dwairi ZN. Torus palatinus and torus mandibularis in edentulous patients. J Contemp Dent Pract 2006; 7: 112-9.
6. Eggen S, Natvig B. Relationship between torus mandibularis and number of present teeth. Scand J Dent Res 1986; 94: 233-40.
7. Kerdpon D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalance and the relation to parafunctional activity. Eur J Oral Sci. 1999;107: 9-13.
8. Belsky JL, Hamer JS, Hubert JE, Insogna K, Johns W. Torus palatinus: A new anatomical correlation with bone density in postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88: 2081-6.
9. Lee SP, Paik KS, Kim MK. Variations of the bony palate and their relationship to complete dentures in Korean Skulls. Clin Anat 2001; 14: 324-9.
10. Abrams S. Complete denture covering mandibular tori using three base materials: A case report. J Can Dent Assoc 2000; 66: 494-6.
11. Uysal S, Çağırankaya BL, Hatipoğlu MG. Do gender and torus mandibularis affect mandibular cortical index? A cross-sectional study Head & Face Med 2007; 3: 37-42
12. Ossenbergl NS. Mandibular torus. A synthesis of new and previously reported data and a discussion of its cause. In Contribution of physical anthropology, 1978- 1980 Edited by Cybulski JS. Ottawa: National Museum of Canada;1981: 1-52.
13. Clifford T, Lamey P-J, Fartash L. Mandibular tori, migraine and temporomandibular disorders. Brit Dent J 1996; 180: 382-4.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Arife Doğan

Gazi Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı

06510 Emek/ ANKARA

Tel : +90 312 2034174

Fax : +90 312 2239226

E-posta : adogan@gazi.edu.tr