

Natal Dişler ve Riga-Fede Rahatsızlığı: Olgu Sunumu Natal Teeth and Riga-Fede Disease: A Case Report

Meltem Derya Akkurt

Dr.Dt., Çocuk Dişhekimliği Uzmanı, Kayseri Asker Hastanesi, Kayseri, Türkiye

Özet:

Natal dişler doğum sırasında ağızda bulunan dişler olarak tanımlanır ve oral kavitede nadiren görülmektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen ailesel geçiş ve çevresel faktörler etkili olabildiği gibi, Ellis-van Creveld, Hallerman-Streiff sendromu gibi sendromlarla birlikte görülebilmektedir. Natal dişin oral kavitede neden olduğu komplikasyonlar arasında sublingual bölgede görülen ülserasyon (Riga-Fede rahatsızlığı), dişin solunum yoluna kaçması, emme sırasında anne ve bebeğin rahatsızlık duyması sayılabilmektedir. Dişin çekilmesi ya da ağızda kalması kararını verirken klinik değerlendirme ve anne-babanın fikrine önem verilmelidir. Bu makalede kliniğimize başvuran hastanın natal dişlerinin ve Riga-Fede rahatsızlığının tedavisi, bu konular hakkında kısa bir literatür derlemesinin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: K vitamin, natal diş, Riga-Fede rahatsızlığı

Abstract:

Natal teeth; defined as teeth present at birth are rarely seen in oral cavity. The etiology of these teeth is unknown. A number of factors effecting the occurrence of natal teeth are associated with some syndromes such as Ellis-van Creveld, Hallerman-Streiff syndrome or familial trait or environmental factors. Natal teeth can cause complications like sublingual ulceration (Riga-Fede disease), aspiration of the tooth, feeling the pain during breast feeding. The decision to keep or to extract the teeth, clinical examination and parents' opinion should be considered. The objective of this article was to present, treatment of erupted natal teeth in the newborn and Riga-Fede disease and a short review of the literature about these situations.

Key Words: K vitamin, natal teeth, Riga-Fede disease

Kabul tarihi: 10 Aralık 2013

Giriş:

Genel olarak süt dişleri 6. aydan itibaren sürmeye başlamaktadır. Nadir vakalarda dişin erüpsiyon zamanında önemli değişiklikler olmakta ve doğum sırasında ağızda dişlere rastlanmaktadır (1).

1950 yılında Massler ve Savara (2) yeni doğmuş bebeklerde gözlenen dişlere natal dişler adını vermiştir. Daha önceki literatür çalışmalarında bu dişler için kongenital dişler, fetal dişler ve dentitio praecox terimleri kullanılmıştır. Zhu ve King, (3) genel popülasyonda natal dişlerin görülme sıklığının 1/11000-30000 arasında değiştiğini ileri sürmüştür. Alaluusua ve arkadaşları (4) yaptıkları çalışmada natal diş görülme prevalansını 1/1188 olarak belirlemişlerdir.

Doğum sırasında görülen dişlerin prevalansına bakıldığında %85 mandibuler süt kesiciler, %11 maksiller kesiciler, %3 mandibuler kanin ve molarlar, %1 maksiller kanin ve molarlara rastlanmaktadır (3). Bu dişlerin yaklaşık %90'ının süt dişi, %10'unun süpernumerer diş olduğu görülmüştür (2,5).

Birçok hastada 2 adet natal diş rastlanmaktadır (3,6).

İkiden fazla natal diş nadir olarak görülmektedir. Masatomi ve arkadaşları bir hastada 14 adet natal diş rastlamışlardır (7).

Bu vaka raporunda yenidoğan bebekte mandibular anterior bölgede rastlanan 2 natal dişin muayenesi ve natal dişlerin neden olduğu Riga-Fede rahatsızlığının tedavi yaklaşımına yer verilmiştir.

Olgu:

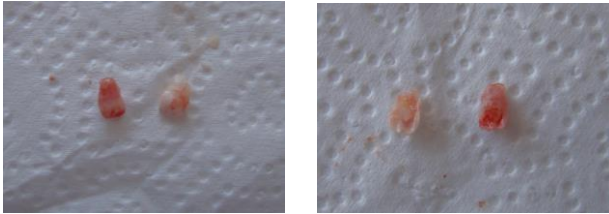
Doğumundan 4 saat sonra Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Dişhekimliği Anabilim Dalı'na getirilen kız bebeğin babasından alınan hasta hikayesinde, annenin 37 yaşında olduğu, ailenin ilk bebeği olduğu, bebeğin 38 haftalık, 3,5 kilogram ağırlığında ve sezeryanla doğduğu öğrenilmiştir.

Klinik muayenede alt santral kesici dişlerinin insizal kenarları gözlenmekteydi, diş mobildi ve dişin etrafında yer alan diş eti dokusunun kabarık olduğu görüldü. Dil altında herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Bebeğin periapikal röntgeni ailenin izin vermemesi üzerine çekilemedi. Bebeğin kanama ve pıhtılaşma problemi olmaması ve dişlerde lüksasyon olmadığından 2 hafta

sonra kontrole getirilmesi istendi. Hastanın kontrol muayenesinde dilin alt bölgesinde Riga-Fede rahatsızlığının başladığı, dişin sürmeye devam ettiği, kronun insizal 1/3'lük kısmının ağızda görüldüğü belirlendi (Resim 1). Lokal anestezi (Xylocaine pump sprey, AstraZeneca) altında hastanın natal dişleri problemsiz bir şekilde çekildi ve kanama kontrolü yapıldı. Çekilmiş dişler incelendiğinde kök gelişimlerinin tamamlanmadığı, bir tanesinin kron gelişiminin diğerine göre daha geride olduğu gözlemlendi (Resim 2). Natal dişlerin çekilmesinden 10 gün sonra yapılan kontrolde sublingual alanda bulunan ülser alanının tamamen iyileştiği gözlemlendi. Anne, bebeğin beslenmesinin normal olduğunu belirtti. 6 ay sonra bebeğin anne-babası tarafından süt dişlerinin sürmeye başladığı belirtildi.



Resim 1. Natal dişlerin ve sublingual ülserasyonun ağız içindeki görünümü



Resim 2. Lokal anestezi altında çekilmiş olan natal dişlerin vestibül ve lingualden görünümü

Tartışma:

Natal dişlerin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak enfeksiyon, yüksek ateş, travma, malnütrisyon, diş germinin yüzeye yakın pozisyonunda olması, hormonal stimülasyon ve çevresel toksinlere maruz kalmak natal dişlerin oluşumu için zemin hazırlayıcı faktörler olarak görülmektedir (8,9,10).

Bjugrenn (11), Bodenhoff ve Gorlin (10) yaptıkları çalışmalarda natal dişlerin görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında bir fark görmemekle birlikte bazı ailelerin erkek çocuklarında daha çok gözlemlendiğini belirtmişlerdir.

Siebert ve Porteous (12) ve Hyatt (13) tarafından yapılan

çalışmada yeni doğan çocuklarda görülen dişlerin ailesel yatkınlıkla ilgili olabileceği belirtilmiştir. Siebert ve Porteous (12) aynı aileden 6 kişinin doğduğunda dişlerinin bulunduğunu ve bu nedenle natal dişlerin otozomal dominant geçiş gösterebileceğini öne sürmüştür.

Ailesel geçişle ilgili yapılan bir başka çalışmada vakaların sadece %8-62'sinde pozitif aile hikayesi bulunmuştur (3). Tek taraflı dudak-damak yarığı görülen çocukların %2'sinde ve çift taraflı dudak-damak yarığı görülen çocukların ise %10'unda natal dişlere rastlanmaktadır (14).

Natal dişlerin ilişkili olduğu belirtilen sendromlar arasında Ellis-van Creveld (Kondroektodermal Displazi), Jadassohn-Lewandowsky (Pachyonychia Congenita tip 2), Hallerman-Streiff (trikozisle birlikte görülen okulomandibulofasiyal sendrom), Kraniyofasiyal Disostozis, Steacystoma Multipleks, Sotos, Wiedemann-Rautenstrauch, Meckel-Gruber ve Pierre Robin Sendromu sayılabilmektedir (5,6,15,16,17,18).

Ayyash ve arkadaşları (19) multipl kongenital malformasyonlar gözlenen bir bebekte yaptıkları genetik inceleme sonucunda 9. kromozomunun bir bölümünün eksik olduğunu ve bebekte natal dişlerin bulunduğunu belirtmiştir. Ancak 9. kromozom ile natal dişin görülmesi arasında bir ilişki olduğu konusu kesinlik kazanmamıştır.

Literatürde kongenital tortikollis gözlenen 2 hastada fasiyal anomalilerle birlikte natal dişlerin de bulunduğunu gösteren bir çalışma bulunmaktadır (20).

Bu vakada bebeğin anne ve babasında benzer bir diş oluşumu hikayesine rastlanmamıştır. Hamilelik sırasında annenin geçirilmiş travma, ilaç kullanımı, yüksek ateşe neden olan bir hastalık ya da malnütrisyon hikayesine rastlanmamıştır. Hastada dudak - damak yarığı gözlenmemiştir. Pediatristler tarafından yapılmış olan ilk muayenede herhangi bir sendrom ya da kromozomal probleme rastlanmamış, bebeğin sağlıklı olduğu belirlenmiştir.

Natal dişler genelde normal süt dişlerinden daha küçük boyutta, konik şekilli, sarımsı, hipoplastik mineye ve dentine sahiptir ve kök gelişimi zayıftır ya da kök gelişmemiştir. Çoğunlukla bu dişler mobildir. Genellikle mandibular kesici dişler natal diş olarak görülmesine rağmen maksiller süt molarların da görüldüğü nadir vakalar bulunmaktadır (3,21).

Natal dişler 4 klinik gruba ayrılmaktadır:

1. Deniz kabuğuna benzer kron yapısı, kökü olmayan ve dişeti yardımıyla ağız ortamında yer alan dişler,
2. Sert bir kron yapısına sahip, kökü çok küçük olan veya hiç kök oluşmamış, dişeti yardımıyla ağız

ortamında yer alan dişler,

3. Kronun insizal kenarı ile dişeti margini aynı hizada olan dişler,
4. Gingival dokuda ödem gözlenen, sürmemiş sadece palpe edilebilen dişler (5,22).

Bu vakada çekimi yapılan natal dişlerin ikinci gruba girdiği belirlenmiştir; kök gelişimi tamamlanmadığından dişlerde lüksasyon gözlenmiştir.

Natal dişlerin neden olduğu komplikasyonlar arasında emme sırasında rahatsızlık hissi, annenin göğsünde laserasyon oluşturma, sublingual ülserasyon (Riga-Fede rahatsızlığı) nedeniyle beslenmeyi reddetme, dişlerin aspirasyonu sayılabilir (6,23). Vakada ilk muayeneden 2 hafta sonra görülen Riga-Fede rahatsızlığının natal dişlerin çekiminden sonraki 10 gün içinde kendiliğinden iyileştiği görülmüştür.

Dental röntgen alınarak süpernümerer diş mi süt dişi mi olduğu belirlenmelidir (6,8). Hastanın natal dişlerinin incelenmesi doğumdan sonra yapılmalıdır. Ayrıca dişin kök gelişimi, mine, dentin ve radiküler yapısının değerlendirilmesi de gerekmektedir (6,24). Natal dişin klinik muayenesi yanında periapikal röntgenle radyolojik muayenesinin yapılması süt dişi ya da süpernümerer diş kararının verilmesinde yardımcı olmaktadır. Ancak vakada olduğu gibi yeni doğmuş bir bebeğin radyasyona maruz kalacağı düşüncesine aileler olumlu bakmadığından röntgen filmi çekilmesinde zorluklar yaşanmaktadır.

Natal diş çocuğun anneyi emmesini engellemiyorsa ve asemptomatikse tedaviye gerek yoktur (6). Diş aşırı derecede mobilse, süpernümererse, zayıf bir şekilde ağızda duruyorsa ve aspirasyon riski varsa çekim endikedir (5,6,15). Diş çekimini takiben dental papilla hücrelerinin gelişmesini engellemek için çekim bölgesinin küretajını öneren araştırmacılar bulunmaktadır (3). Bazı araştırmacılar ise soketin küretajının alttaki süt dişinin erüpsiyonunu olumsuz etkileyeceği ve ileride farklı tedavilere ihtiyaç duyulabileceğini belirtmektedir (25).

Riga-Fede rahatsızlığının görülmesi diş çekimi için endikasyon oluşturmaz. Bu durumda dişlerin insizal bölgeleri yuvarlatılmalı veya insizal bölgeler kompozit rezinle kapatılarak yuvarlak yüzeyler oluşturulmalıdır. Bebeğin dilinin alt bölgesinde ülserasyonla karakterize olan Riga-Fede rahatsızlığı diş çekimini takiben spontan olarak iyileşmektedir (8,26).

Süt natal dişin erken çekimi daimi dişlenme döneminde aşırı derecede çapraşıklığa neden olabilmektedir. Natal dişlerde kök oluşmuşsa diş çekimi yapılmamalıdır (5,6,15).

Yeni doğmuş bebeklerde kanama, pıhtılaşma zamanını etkileyen hastalıkların hemen belirlenmemesi nedeniyle

diş çekimi konusunda temkinli davranmalıdırlar. Bu nedenle pediatrikle konsültasyon yapılarak kanama ve pıhtılaşma zamanının belirlenmesi istenebilir. Yenidoğanlarda K vitamini eksikliğinin sık görülmesi bu vitaminin dışarıdan alınmasının, bağırsaktan emiliminin ve bağırsak bakterileri tarafından sentezinin yeterli olmamasından kaynaklanmaktadır (27). Günümüzde özellikle anne sütüyle beslenen yenidoğanlarda K vitamini profilaksisinin uygulanması kafa içi ve gastrointestinal sistem kanamalarının önlenmesi için gerekli görülmektedir (28).

Doğumdan sonraki ilk günlerde karaciğerde pıhtılaşma faktörleri yeterli düzeyde üretilmediğinden yenidoğanlarda genel bir kanama eğilimi vardır. Anne sütüyle beslenmeye bağlı olarak da K vitamini eksikliği ilerleyen günlerde ortaya çıkmaktadır (28). Bu nedenle vakada diş çekimi sırasında pıhtılaşma problemi olmaması için 2 hafta kadar beklenmesi uygun görülmüştür. Hastamızın ilk muayenesinde natal dişlerinin sadece insizal kenarının sürmüş olması lüksasyon miktarını azaltmış dolayısıyla aspirasyon ve yutma ihtimalini düşürmüştür. Bu nedenle diş çekimi hemen yapılmamıştır.

Sonuç:

Yenidoğan bebeklerde görülen natal dişler dikkatle incelenmelidir. Tedavi seçenekleri, tedavinin anne ve bebeğe sağlayacağı yarar/zarar yönünden iyice değerlendirilerek çekim ya da restorasyon kararı verilmelidir. Çocuk dişhekimliği uzmanı ve pediatri doktorunun konsültasyon yaparak tedavi kararının verilmesi en doğru seçenek olacaktır.

Kaynaklar:

1. Uzamış M, Ölmez S, Öztürk H, Çelik H. Clinical and ultrastructural study of natal and neonatal teeth. J Clin Pediatr Dent 1999;23(3):173-7.
2. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of 24 cases reported in the literature. J Pediatr 1950;36(3):349-59.
3. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. J Dent Child 1995;62:123-8.
4. Alaluusua S, Kiviranta H, Leppaniemi A, Holtta P, Lukinmaa PL, Lope L et al. Natal and neonatal teeth in relation to environmental toxicants. Pediatric Research 2002;52(5):652-5.
5. To EWH. A study of natal teeth in Hong Kong. Int J Paediatr Dent 1991;1:73-6.
6. Leung AK. Natal teeth. American Journal of Diseases of children 1986;140:249-51.
7. Masatomi Y, Abe K, Ooshima T. Unusual multiple natal teeth: case report. Pediatric Dentistry 1991;13:170-2.
8. Cunha RF, Boer FAC, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. Pediatric Dentistry 2001;23(2):158-62.
9. Gladen BC, Taylor JS, Wu YC, Ragan NB, Rogan WJ,

- Hsu CC. Dermatological findings in children exposed transplacentally to heat-degraded polychlorinated biphenyls in Taiwan. *Br J Dermatol* 1990;122(6):799-808.
10. Boden hoff J, Gorlin RJ. Natal and neonatal teeth: folklor and facts. *Pediatrics* 1963;32:1087-93.
 11. Bjuggren G. Premature eruption in the primary dentition-a clinical and radiological study. *Svesk Tandlakare Tidskrift* 1973;66:343.
 12. Siebert JR, Porteous JR. Erupted teeth in the newborn, 6 members in a family. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Arch Dis Child* 1974;49:492-3.
 13. Hyatt HW. Natal teeth: its occurrence in five siblings. *Clin Pediatr* 1965;4:46-8.
 14. De Almeida CM, Gomide MR. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate J* 1996;33:297-9.
 15. Seminario AL, Ivancakova R. Natal and neonatal teeth. *Acta Medica* 2004;47:229-33.
 16. Marakoğlu K, Perçin EF, Marakoğlu I, et al. Anencephalic infant with cleft palate and natal teeth: a case report. *Cleft Palate Craniofac J*. 2004;41(4):456-8.
 17. McLean WHI, Rugg EL, Lunny DP, Morley SM, Lane EB, Swensson O, et al. Keratin 16 and keratin 17 mutations cause pachyonychia congenita. *Nat Genet* 1995;9(3):273-8.
 18. Smith FJD, Jonkman MF, van Goor H, Coleman CM, SP Covello, Uitto J, et al. A mutation in human keratin K6b produces a phenocopy of the K17 disorder pachyonychia congenita type 2. *Hum Mol Genet* 1998;7(7):1143-8.
 19. Ayyash H, Mueller R, Maltby E, Horsfield P, Telford N, Tyler R. A report of a child with a deletion (9) (q34.3): 1 recognisable phenotype? *J Med Genet* 1997;34:610-2.
 20. Froster-Iskenius UG, Waterson JR, Hall JG. A recessive form of congenital contractures and torticollis associated with malignant hyperthermia. *Journal of Medical Genetics* 1998;25:104-12.
 21. Galassi MS, Santos-Pinto L, Ramalho LTO. Natal maxillary primary molars:case report. *J Clin Pediatr Dent* 2004;29:41-4.
 22. Hebling J, Zuanon ACC, Vianna DR. Dente Natal-a case of natal teeth. *Odontol Clin* 1997;7:37-40.
 23. Buchanan S, Jenkins CR. Riga-Fedes syndrome: natal or neonatal teeth associated with tongue ulceration. Case report. *Aust Dent J* 1997;42:225-7.
 24. Goncalves FA, Birman EG, Sugaya NN, Melo AM. Natal teeth:review of the literature and report of an unusual case. *Brazilian Dental Journal* 1998;9(1):53-6.
 25. Ziai MN, Bock DJ, Da Silveira A, Daw JL. Natal teeth: a potential impediment to nasoalveolar molding in infants with cleft lip and palate. *The Journal of Craniofacial Surgery* 2005;16(2):262-6.
 26. Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): reports of cases. *ASDC J Dent Child* 1996;63:362-4.
 27. Choo KE, Tan KK, Chuah SP, Ariffin WA, Gururaj A. Haemorrhagic disease in newborn and older infants:a study in hospitalized children in Kelantan, Malaysia. *Ann Trop Paediatr* 1994;14:231-7.
 28. Erol FS, Özveren MF, Akdemir İ, Topsakal C, Yakar H. Yenidoğanda geç dönemde K vitamini eksikliğine bağlı oluşan kafa içi kanamalar. *Türk Nöroşirürji Derneği* 2004;14(1):22-6.

İletişim:

Dr.Dt. Meltem Derya Akkurt
Kayseri Asker Hastanesi Dış Kliniği
Esenyurt / Kayseri
Tel: +90.544.8781864
e-mail: mdakkurt@yahoo.com