

İLGİNÇ BİR DİŞETİ ÇEKİLMESİ VAKASI VE TEDAVİSİ*

Dr. Ateş PARLAR**

Dt. Orhan DEMİR***

GİRİŞ

Kök açılması olarak adlandırılan dişeti çekilmesi, yetişkinlerde oldukça sık rastlanan klinik bir durumdur. Serbest dişetin koronal kenarı mine-sement bileşiminin daha apikalinde yer aldığı durumda, dişeti çekilmesi olarak adlandırılır (1, 7). Bu tanımlama kök yüzeyleri ağız ortamına açılmadıkça, dişeti çekilmesi ile ilgili şikâyetlerin ortaya çıkmadığı yolundaki klinik gözlemlere dayanılarak yapılmıştır (1, 7).

Dişeti çekilmeleri hastalarda estetik sorunlar, kök hassasiyeti, ilgili dişi kaybetme korkusu ve dişeti hassasiyeti gibi şikâyetlere neden olurken dişhekimleride bu hastalarda kök çürükleri, estetik problemler ve muhtemel pulpa patolojileri gibi sorunlarla karşılaşabilirler (7, 10, 11).

Bütün bu sorunlar nedeniyle dişeti çekilmeleri periodontoloji literatüründe her dönem güncelliğini koruyan bir konu olma özelliğini sürdürmektedir. Böylece dişeti çekilmelerinin etiyolojileri, patogenezi, tedavi teknikleri ve tedavi sonuçları ile ilgili olarak çok sayıda çalışmalar periodontoloji literatüründe yer almıştır (1, 2, 3, 7, 10, 11).

Bu vaka raporunda gerek kliniği gerekse tedavisi yönünden ilginç bulduğumuz bir dişeti çekilmesi vakası sunulacaktır.

(*) G.Ü. Dişhek. Fak. I. Bilimsel Kongresinde sunulmuştur. Haziran 1987.

(**) G.Ü. Dişhek. Fak. Periodontoloji A.B.D. Ar. Gör.

(***) G.A.T.A. Dişhek. Mrk. Periodontoloji B.D. Ar. Gör.

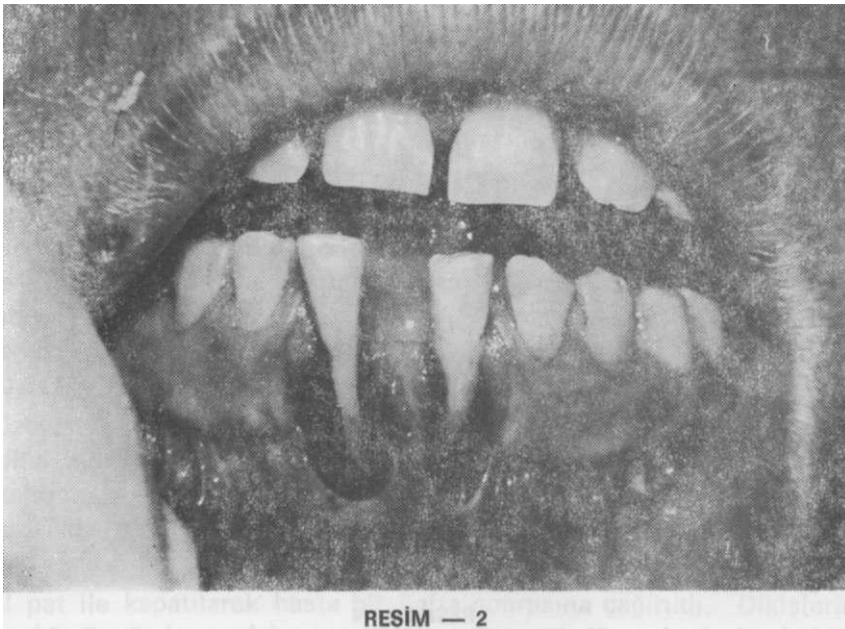
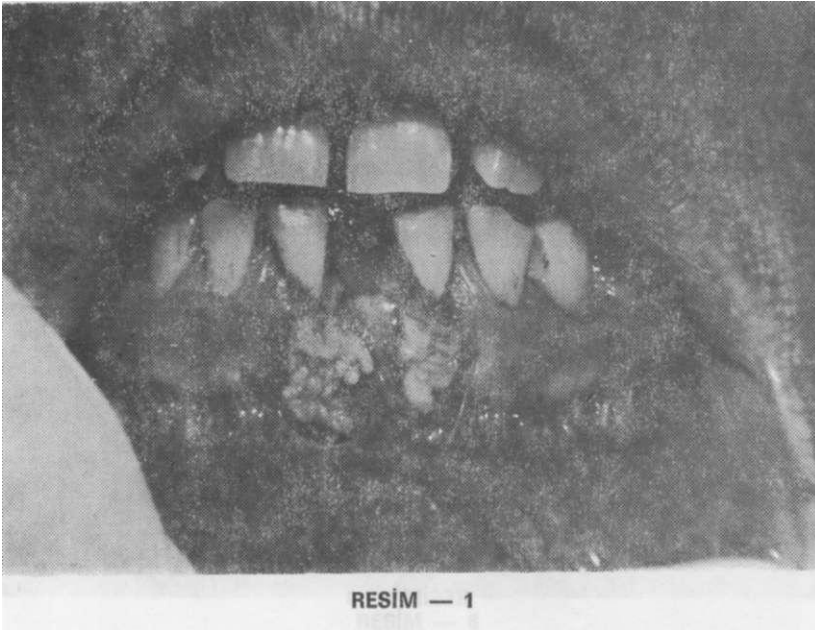
OLGU

Olgumuz 36 yaşında bir erkek hastadır. Alt orta keser dişlerinden şikâyetle G.A.T.A. Dişhekimliği Merkezi Periodontoloji polikliniğine başvuran hastamız esas sorununun görünüm ile ilgili olduğunu belirtmekteydi. Yapılan ağız içi muayenesinde oral hijyen düzeyinin genelde fena olmadığı, lingual yüzeylerde az miktarda diştaşı bulunduğu görüldü. Alt orta keser dişler bölgesi dışında, dişetleri yönünden hafif gingivitis saptanırken periodontal destek doku kaybına rastlanmadı. Her iki alt orta keser dişlerin vestibül yüzeylerindeki aşırı diştaşları ve yumuşak birikintilerin vestibül derinliğine kadar uzandığı hatta mukobukkal kıvrımı yerel olarak derinleştirecek şekilde cepler oluşturduğu gözlemlendi. Bu bölgedeki birikintilere komşu dişetleri kızarıklık ve kolayca kanayabilir durumda idi (Resim 1). Hastamız hikâyesinde, çocukluk çağında kardeşiyle şakalaşırken bu bölgedeki dişetlerinin tırnak ile sıyrıldığını belirtti. Yapılan klinik ve radyografik muayenede her iki dişinde vestibül yüzey dışında yeterli periodontal desteğe sahip olduğu ve sallanmadığı saptandı. Oklüzal travma tespit edilmedi.

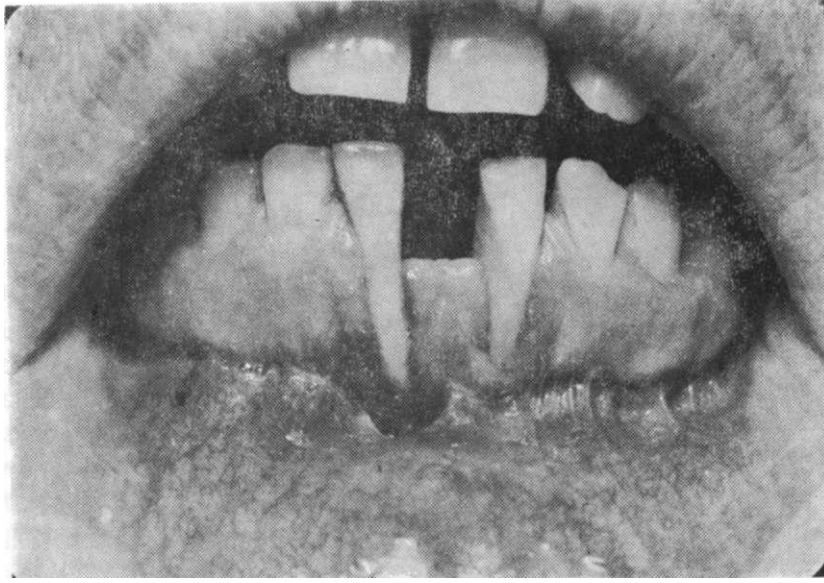
Hastamızın dişlerinin kurtarılması ve korunması konusunda istekli olması üzerine tedavi planlaması yapılarak işlemlere başlandı.

Öncelikle hastaya oral hijyen eğitimi verilerek yapılacak işlemler anlatıldı. Daha sonra lokal anestezi altında alt orta keserler bölgesindeki tüm birikintiler temizlendi ve dişeti küretajı yapıldı (Resim 2). Aynı seansta frenektomi ve vestibülün düzeltilmesi işlemleri de gerçekleştirildi (Resim 3). Bir hafta sonra dikişlerin alınması ve kontrol için çağırılan hastamızın diğer bölgelerinde detertraj yapılarak oral hijyen tavsiyeleri tekrarlandı. Kontrollerin sürdürülmesiyle geçen iki haftadan sonra yana kaydırma flep operasyonu ile kök yüzeylerinin kapatılması işlemine geçildi. Operasyon öncesinde mine-sement birleşimi ile dişeti kenarı arasındaki mesafeler sağ alt 1'de 11 mm., sol alt 1'de ise 8 mm. olarak ölçüldü. Lokal anestezi altında bilinen prensiplerle her iki orta keserin distal taraflarından mobilize edilen tam kalınlık flepler, kök yüzeylerini örtecek ve orta kesicilerin arasındaki dişsiz bölgenin deepitelize edilmesi suretiyle hazırlanan bağ dokusu yatağına oturacak şekilde sütüre edildi (Resim 4,5). Operasyon bölgesi kalay yaprak ve periodontal pat ile kapatılarak hasta bir hafta sonrasına çağırıldı.

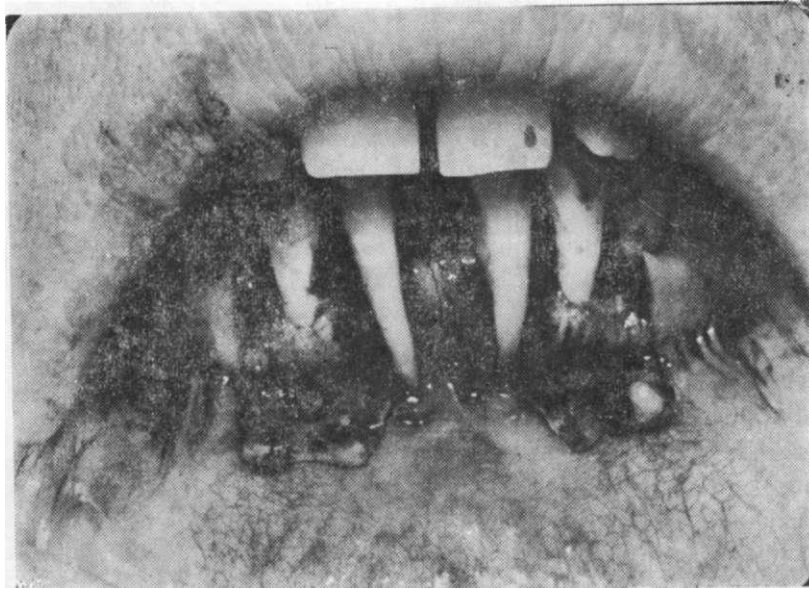
Ateş PARLAR, Orhan DEMİR



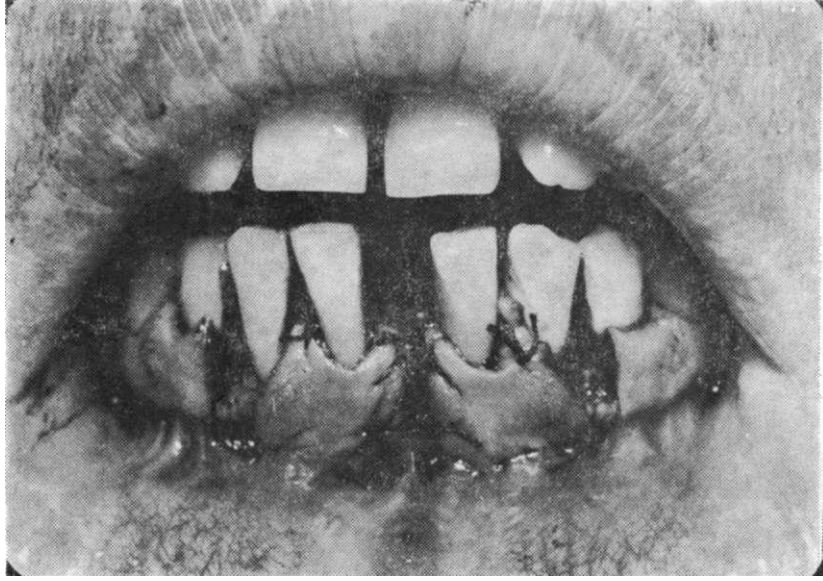
DİŞETİ ÇEKİLMESİ - VAKA



RESİM — 3



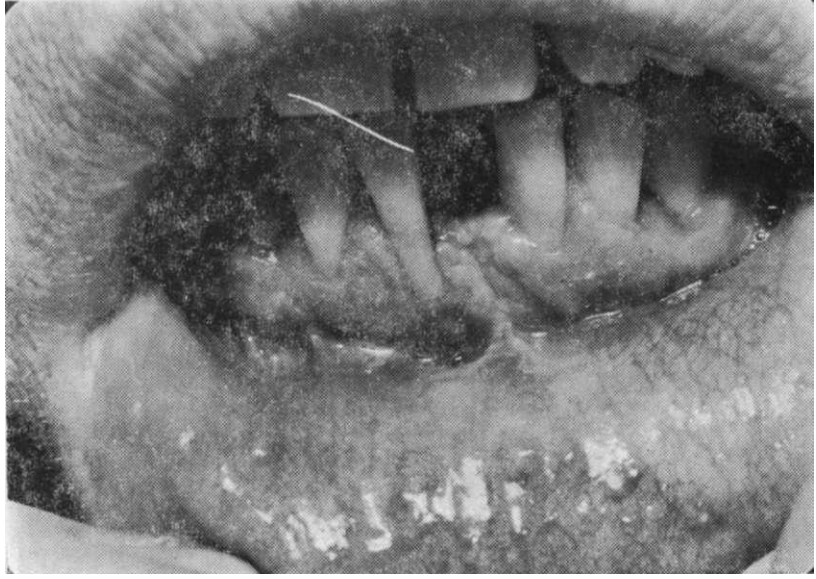
RESİM — 4



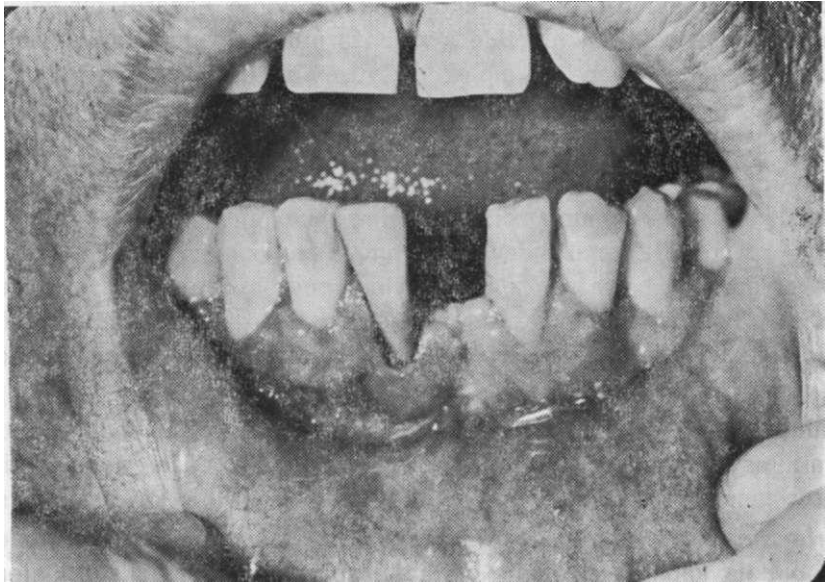
RESİM — 5

Periodontal patın alındığı gün ve daha sonraki günlerde yapılan gözlemlerde sol alt 1 bölgesinde kök yüzeyinin başarılı bir şekilde kapatıldığı ancak sağ alt 1'de aynı başarının sağlanamadığı görüldü. Bu bölgeye kaydırılan flep çıplak kök yüzeyinin orta kesimlerinde köprüleşme sağlamıştı, ancak hem marjinal hemde apikal kök açılması devam etmekteydi (Resim 6). Apikal bölgedeki başarısızlığın nedenleri araştırılırken bu bölgeden sızıntı varlığı nedeniyle apikal patoloji kuşkusu uyandı. Bunun üzerine yapılan muayenelerle kanal tedavisine karar verildi. Kanal tedavisinin tamamlanmasının ardından ilk operasyonlardan 4 hafta sonra hasta ikinci operasyona alındı. Bu defa verici bölge olarak orta keserler arasındaki dişsiz saha kullanıldı. Bu bölgeden tam kalınlık flep kaldırıldı. Alıcı bölgede ise açığı kök yüzeyini çevreleyen marjinal dişeti içe eğimli insizyonlar ile eksizye edildi. Kök yüzeyi frezlerle aşındırılarak mümkün olduğunca çıkıntısı azaltılmaya çalışıldı. Ardından küretlerle kök düzeltilmesi yapıldı. Hazırlanan flep sağ alt 1'in kökünü kapatacak şekilde kaydırılarak sütürler ile tespit edildi. Operasyon bölgesi kalay yaprak ve periodontal pat ile kapatılarak hasta bir hafta sonrasına çağırıldı. Dikişlerin alındığı 7. günde ve daha sonraki postoperatif dönemlerde bu bölge-

DİŞETİ ÇEKİLMESİ - VAKA

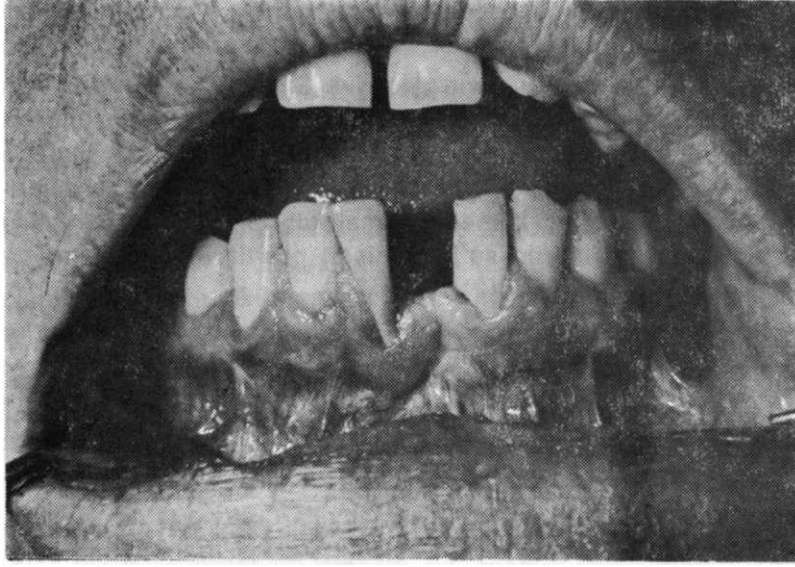


RESİM — 6



RESİM — 7

deki kök yüzeyinin kapatılmasında da önemli ölçüde başarı sağlandığı gözlemlendi. Postoperatif 3. ay sonunda yapılan kontrol ve ölçümlerde, mine-sement birleşimi ile dişeti kenarı arasındaki mesafelerin sağ < 1'de 4.5 mm., sol alt 1'de ise 3 mm. olduğu belirlendi. Her iki diş etrafında geniş bir keratinize dişeti bandının mevcut olduğu gözlemlendi (Resim 7). Postoperatif 6. ayda yapılan kontrolde bu özelliklerin korunmuş olduğu görüldü (Resim 8). Elde edilen sonuç kök yüzeylerinin % 50'nin üzerinde kapatılmış olması ve sağlıklı dişeti çevresi yaratılması yönüyle başarılı olarak değerlendirildi.



RESİM — 8

TARTIŞMA

İlk kez 1956 yılında Grupe ve Warren tarafından uygulanan yana kaydırma flep operasyonları o günden beri yerel dişeti çekilmelerinin tedavisinde çok sık kullanılan güvenilir bir tekniktir (2, 7, 10, 11). 1963'te ise Bjorn serbest dişeti greftlerini ve bunların uygulanmasıyla ilgili tekniği ortaya koymuştur (2, 10, 11). Daha sonraki yıllarda yerel dişeti çekilmelerinin tedavisi ile ilgili teknikler geliştirilmiş ve double papilla graft, obliquely rotated flap coronally repositioned flap gibi değişik tekniklerde ortaya atılmıştır (2,10,11).

DİŞETİ ÇEKİLMESİ - VAKA

Yana kaydırma flep operasyonu, izole dişeti çekilmelerinde başarıyla kullanılabilen bir teknik iken serbest dişeti greftleri, keratinize dişetin hiç olmadığı ya da yetersiz olduğu vakalar ile sığ vestibül vakalarında iyi bir çözümdür (11, 14).

Denude kök yüzeylerinin örtülmesi ve ataşman sağlanması hedeflenen vakalarda ilk seçenek tam kalınlık yana kaydırma flep ya da koronale yerleştirilen flep işlemleridir (8, 9). Ancak tam kalınlık yana kaydırma flep operasyonunun uygulanabilmesi için verici sahada yeterli genişlikte yapışık dişeti bulunması ve yine verici bölgedeki alveoler kemikte dehiscence ya da fenestrasyon olmaması gereklidir. Aksi takdirde verici bölgede de dişeti çekilmesi meydana gelebilir. Bu sakıncaların gidrilmesi amacıyla yine Grupe ve Warren tarafından 1966 yılında kendi tekniklerinin modifikasyonu olan bir teknik ortaya konmuş ve araştırmacılar operasyonu verici bölgedeki marjinal dişetini korumak suretiyle uygulamışlardır. Yine verici bölgede dişeti yetersizliği veya dişeti çekilmesi ihtimali gibi sorunları gidermek üzere yana kaydırma flep ile serbest dişeti greftlerinin kombine olarak kullanılmasında denenmiştir (2).

Guinard ve Caffesse (8, 9), serbest dişeti grefti ile kombine koronale yerleştirilen flep ve yana kaydırma flep operasyonları sonrasında alıcı ve verici bölgelerdeki değişiklikleri, cep derinliklerini ve yapışık dişeti genişliğini biyometrik olarak değerlendirmişlerdir. Postoperatif 6. ayda her iki operasyon ile de kök yüzeylerinin 2.71 mm. yumuşak doku ile kapatıldığını saptamışlardır. Keratinize dişeti genişliğinde sağlanan artış her iki teknikte de benzer ölçüde olup ortalama 3.21 mm. dir. Denude kök yüzeylerinin kapatılmasında her iki teknikte eşit ölçüde başarılı bulunmuştur. Ancak yana kaydırma flep operasyonu sonrasında verici diş bölgesinde meydana gelen dişeti çekilmesi iki teknik arasındaki en önemli farktır.

Esas amacı denude kök yüzeylerini örtmekten çok yapışık dişeti genişliğini arttırarak dişeti çekilmelerinin ilerlemesini engellemek olan serbest dişeti greftleri ile dar ve sığ dişeti çekilmelerinin başarıyla tedavi edilebileceği de bildirilmiştir (10, 13).

Mevcut marjinal dişetin çıkartılması ve greftin mine-sement birleşimine yerleştirildiği teknikte ya «bridging» ya da «Creeping attachment» olayları ile dar ve sığ dişeti çekilmeleri kapatılabilmektedir (12, 13, 14).

Bernimoulin ve arkadaşları (4) denude kökleri serbest mukozal greftler ile örtme girişimlerinin tatminkâr sonuçlar doğurmadığını, denude kök üzerine gelen greft kısmının genellikle kaybedildiğini ancak dişeti çekilmesi hadisesinin çoğunlukla durdurulduğunu belirtmişlerdir.

Görüldüğü gibi yerel dişeti çekilmelerinin tedavisinde başarılı sonuçlar veren teknikler yana veya koronale kaydırma flep operasyonlarıdır. Serbest greftler ise bu tekniklerle kombine olarak kullanıldıklarında daha yararlı olurlar.

Sunduğumuz vakada dişeti çekilmelerinin derin ve geniş olması yanında verici bölgelerdeki elverişli koşullarda dikkate alınarak yana kaydırma flep operasyonu uygulamaya karar verdik. İlk uygulama sonunda sol alt orta kesici dişte başarılı sonuç alınırken sağ alt orta kesici dişte endodontik komplikasyonunda katkısıyla aynı başarı elde edilemedi. Ancak endodontik sorun giderildikten sonra yapılan ikinci uygulamada başarı sağlandı. Bu uygulama esnasında dişe kanal tedavisi yapılmış olmasından yararlanarak kök yüzeyinde yaptığımız aşındırma, kökün çıkıntısını azaltarak başarıya katkıda bulunmaya yönelik bir işlemdir. Postopertif 6. aya kadar olan gözlemlerimiz hem kök kapatılmasında hem de keratinize dişeti oluşturulmasında elde edilen sonuçların kalıcı olduğunu göstermiştir.

Periodontistler yerel dişeti çekilmelerinin tedavisinde ya da ilerlemesinin önlenmesinde kullanılacak çeşitli operasyon tekniklerine sahiptirler. Bunlardan hangisinin uygulanacağına karar vermek için klinik durumun gerekleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Ö Z E T

Mukogingival problemler arasında, dişeti çekilmeleri neden oldukları fonksiyonel ve estetik şikâyetler yüzünden günümüze kadar daima aktüalitetlerini korumuş, öte yandan gerek etiyolojileri ve patogenezi gereksede tedavi yöntemleri ve tedavi sonuçlarının incelenmesi şeklinde çok sayıda çalışmalara konu olmuştur.

36 yaşındaki bir erkek hastanın alt orta kesici dişlerinin labial yüzeylerinde ender rastlanan boyut ve görüntüdeki dişeti çekilmeleri ile lezyonların bir kaç etapta gerçekleştirilen tedavisi, vakanın il-

DİŞETİ ÇEKİLMESİ - VAKA

ginçliği nedeniyle sunuldu. Ayrıca konu ile ilgili güncel bilgi ve görüşler tartışıldı.

SUMMARY

AN UNUSUAL CASE OF GINGIVAL RECESSIOIN AND ITS THERAPY

Among mucogingival deformities, gingival recessions have always attained great interest because of their consequent functional and aesthetic problems.

In this clinical report an unusual case of gingival recessions of 36 year old patient and the therapy of the lesions were presented.

K A Y N A K L A R

- 1 — Baker, D.L. and Seymour, G.J. : The Possible Pathogenesis of Gingival Recession. J. Clin. Periodontol., 3 : 208-219, 1976.
- 2 — Baran, C.C. : Dişeti Çekilmelerinde Uygulanan Cerrahi Yöntemlerin Karşılaştırılması., Doktora Tezi, Ankara 1985.
- 3 — Barrington, F., Caffesse, R., Reeves, R. and Rosenberg, M. : (Emphasis Contributors) Changing Concepts in Periodontal Therapy. J.A.D.A., 105 : 18-29, 1982.
- 4 — Bernimoulin, J.P., Luscher, B. and Mühlemann, H.R. : Coronally Repositioned Periodontal Flap., J. Clin. Periodontol. 2 : 1, 1975.
- 5 _ Caffesse, R.G., Guinard, E.A. : Treatment of Localized Gingival Recessions., Part II. Coronally Repositioned Flap With a Free Gingival Graft. J. Periodontol., 49 : 357-361, 1978.
- 6 — Carranza, F.A., Carraro, J.J. : Mucogingival Techniques in Periodontal Surgery., J. Periodontol., 41 : 294-299, 1970.
- 7 — Gartell, J.R., Mathews, D.P. : Gingival Recession. The Condition, Process and Treatment. Dent. Clin. North Am. 20 : 199-214, 1976.
- 8 — Guinard, E.A., Caffesse, R.G. : Treatment of Localized Gingival Recessions. Part I. Lateral Sliding Flap. J. Periodontol., 49 : 351-356, 1978.

- 9 — Guinard, E.A., Caffesse, R.G. : Treatment of Localized Gingival Recessions. Part III. Comparison of Results Obtained with Lateral Sliding Flap and Coronally Repositioned Flaps. J. Periodontol., 49: 457-461, 1978.
- 10 — Hail, W.B. : The Current Status of Mucogingival - Problems and Their Therapy. J. Periodontol., 52: 569-575, 1981.
- 11 — Lange, D.F. : Efficacy of Mucogingival Surgery. in Shsnley, D.B. (ed.) : Efficacy of Treatment Procedures in Periodontics. Quintessence Publishing Co. Inc. Chicago, Berlin, Rio de Janeiro, Tokyo, 99-114, 1980.
- 12 — Matter, J. : Creeping Attachment After, Free Gingival Grafts. J. Periodontol., 47 : 574-579, 1976.
- 13 — Matter, J. : Free Gingival Grafts for the Treatment of Gingival Recession, A review of Some Techniques. J. Clin. Periodontol., 9 : 103-114, 1982.
- 14 — Sullivan, H.C., Atkins, J.H. : Free Autogenous Gingival Grafts I. Principles of Successful Grafting. Periodontics, 6 : 121-129, 1968.