

Travmatik dişeti çekilmelerinin kombine periodontal plastik cerrahi teknikler ile tedavisi: Bir olgu sunumu

Seda Özturan ¹, Sulhi Andaç Durukan²

Selcuk Dental Journal, 2014; 3: 124-128

Başvuru Tarihi: 12 Eylül 2014
Yayına Kabul Tarihi: 14 Ekim 2014

Unusual self-inflicted periodontal tissue injury's treatment with combined periodontal plastic surgery techniques: A case report

Gingival recessions are anatomical, developmental and traumatic deformities of gingiva and can occur as a result of low or high level of oral hygiene, high frenulum attachments and traumatize their gingival tissues with individual habits. The aim of this case report was to achieve complete root coverage of a patient's self-inflicted trauma with combined periodontal plastic surgery techniques. 55 year old female patient without systemic disease had 9 mm gingival recession at right central incisor and 7 mm gingival recession at left central incisor. The etiologic factor for gingival recessions were the patients scratching habit with a metal object. Comparisons of the surgical sites with baseline were made with clinical measurements and photographic records. Statistically significant differences were observed in the gingival recession depth (GRD), gingival recession width (GRW) and width of the keratinized tissue (WKT) measurements after 3 year. Complete root coverage ratio was 99% after treatment. Within the limitations of this study, the results indicated that combined usage of periodontal plastic surgery techniques may be useful in Miller Class II gingival recessions.

KEY WORDS

Aesthetic, gingival recession, Miller class II recessions, root coverage

Dişeti çekilmesi, gingival marjinin apikale doğru kök yüzeyi boyunca hareket etmesi olarak tanımlanabilir (McMullen 1980, Blanton ve ark 1977). Sert ve/veya hatalı diş fırçalama, periodontal hastalıklar, periodontal tedavi sonrası normal iyileşme cevabı, dişetine gelen lokal travmalar, uyumsuz parsiyel protez varlığı, anormal diş pozisyonu, belirgin köklerin varlığı, yüksek frenulum ataçmanları, sıg vestibüler

derinlik, hatalı ortodontik tedaviler ve yapışık dişetin bukkolingual kalınlığının azalması dişeti çekilmesine neden olabilir (McMullen 1980, Stewart ve Kernohan 1972, Cairo ve ark 2008). Dişlerin fırçalanması dişeti sağlığı için önemli olsa da hatalı diş fırçalama teknikleri veya sert kıllı fırçaların kullanılması sonucu dişeti çekilmesi oluşabilir. Hastaların alışkanlık haline getirerek, sert cisimlerle (tırnak vb sert cisimlerle kaşımak) dişetinde sürekli travma yaratmasında, dişeti çekilmelerine neden olmaktadır. Mekanik travmaya bağlı olarak oluşan bu tür dişeti çekilmeleri, sıklıkla travmaya maruz kalan bölgelerde görülür (Blanton ve ark 1977, West 2000).

Dişeti çekilmelerinin tedavisinde serbest dişeti grefti, bağ dokusu grefti, rotasyonel flepler (laterale pozisyone flep, oblik rotasyonel flep, çift papilla flebi), koranale kaydırılan flep, çift lateral köprü flebi ve yönlendirilmiş doku rejenerasyonu gibi periodontal plastik cerrahi teknikleri kullanılmaktadır. Dişeti çekilmesinde tedavi sonuçları, pratik olarak periodontal sonda kullanılarak elde edilen milimetrik ölçümlerle değerlendirilir (McMullen 1980, Blanton ve ark 1977). Kök yüzeyinin kapatılmasında kullanılacak olan cerrahi tekniğin belirlenmesi esas olarak çekilmenin lokal anatomik karakteristiğine ve hastanın beklentisine bağlıdır. Cerrahi tekniğin seçiminde kök ekspozürünün derinliği ve genişliği, komşu dişlerdeki çekilme defektinin sayısı, servikal abrazyonun ve kök çürüğünün varlığı, ayrıca dişeti çekilmesinin apikal ve lateralindeki keratinize dokunun kalınlığı, rengi ve yüksekliği ile interdental alanda çekilmeye komşu papilin yüksekliği değerlendirilmelidir.

¹ Biruni Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

² Uzman Diş Hekimi, Adana, Türkiye

Bunun yanı sıra vestibül derinlik, yüksek kas ataşmanlarının varlığı da cerrahi tekniğin seçiminde göz önünde bulundurulmalıdır (Prato ve ark 1995).

Bu olgu sunumun amacı, Miller Sınıf 2 dişeti çekilmesinin tedavisinde başvurulmuş olan 3 farklı periodontal plastik cerrahi tekniğinin etkinliğinin değerlendirilmesidir.

OLGU SUNUMU

55 yaşında, herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan kadın hasta, üst çene 11 ve 21 numaraları dişlerinde dişeti çekilmesi, aşırı hassasiyet ve estetik nedenlere kliniğimize başvurdu.

Hastanın ağız içi muayenesinde maksiller sağ ve sol santral dişlerde Miller sınıf 2 dişeti çekilmesi ve çürük tespit edildi (Resim 1a). Hastaya gingivitis teşhisi konuldu. 11 numaralı dişte 2 mm cep derinliği, 9 mm dişeti çekilmesi ve toplamda 11 mm klinik ataşman kaybı ölçüldü. 21 numaralı dişte de benzer şekilde 2 mm cep derinliği, 7 mm dişeti çekilmesi ve toplamda 9 mm klinik ataşman kaybı ölçüldü. Her iki dişte de

sondlamada kanama ya da radyografide kemik kaybı izlenmedi (Resim 1b). Lokalize dişeti çekilmesinin sebebi dişetlerindeki kaşıntı sonucu hastanın tel saç tokaya, peçeteyi sararak sürekli olarak kaşınması olarak belirlendi. Hastaya sorulduğunda hasta bu davranışının yıllardır devam ettiğini ve alışkanlık haline geldiğini, kontrol edemediğini belirtti. Bu sebeple bu hastanın tedavisinde ileri periodontal cerrahi tekniklere ek olarak bu alışkanlığının kırılmasına yönelik destekle gerekmektedir.

Hastada dişeti çekilmesi ileri seviyede olduğundan 3 farklı tekniğe birden başvurulmasına karar verildi. Hastaya uygulanacak olan cerrahi teknikler detaylı bir şekilde anlatıldı ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Hastanın tedavisine diş yüzey temizliği ve kök yüzey düzleştirilmesi işlemleri ile başlandı. Sonrasında kök yüzeylerinde oluşan çürükler temizlendi ve kompozit dolgu ile kapatıldı (Resim 1c). Klinik parametreler (cep derinliği, klinik ataşman seviyeleri, gingival çekilme genişliği, keratinize doku bandı) başlangıç ve takip sürecinde kaydedildi.



Resim 1a.

Üst sağ ve sol santral dişlerin cerrahi öncesi görüntüsü



Resim 1b.

Hastanın panoramik filminin görüntüsü



Resim 1c.

Dişlerin başlangıç tedavisi ve kompozit restorasyonları tamamlandıktan sonra resmi

Kök yüzeyinin örtülmesi amacıyla yapılan ilk cerrahi işlem çift papil flep cerrahisi olmuştur (Resim 2).



Resim 2a.

Çift papil tekniği öncesi görüntüsü



Resim 2b.

Cerrahiden hemen sonra



Resim 2c.

Cerrahi işlemden 1 hafta sonra

Bu tedaviden 6 ay sonra yüksek frenulum ataşmanını elemine etmek için frenektomi işlemi yapıldı (Resim 3). Bu işlemi takip eden 4. ayda ise koronale kaydırılan flep cerrahisi uygulandı (Resim 4). Hastaya tüm cerrahi işlemler sonrasında oral hijyenin sağlanabilmesi için günde 3 kez olmak üzere 0.12% khlorhexidine ağız gargarası kullanması önerildi. Hastaya, cerrahi bölgeyi 2 hafta boyunca fırçalamaması, o bölgeyle çiğneme yapmaması ve diş ipi kullanmaması söylendi.



Resim 3.

Frenektomi



Resim 4a.

Koronale kaydırılan flep işlemi



Resim 4b.

Cerrahi işlemden hemen sonra



Resim 4c.

Cerrahi işlemden 1 hafta sonra

Çift papil flep, frenektomi ve koronale kaydırılan flep tekniği ile tedavisi yapılan hastada, yapılan işlemlere bağlı, herhangi bir istenmeyen etki oluşmamıştır. Tablo 1'de başlangıç ve cerrahi işlem sonrası 3 yıllık döneme ait klinik parametrelerde ki değişimler verilmiştir. Başlangıç klinik ölçümleri ile 3 yıllık takip değerleri arasında ki fark belirgindi. Çift papil flep uygulaması öncesi 9 mm (sağ santral) ve 7 mm (sol santral) olan dişeti çekilmeleri değerleri, bu işlem sonrası, her iki dişte de 4 mm ye gerilemiştir. Cep derinliği halen 2mm olarak ölçülmeye devam etmiştir. Koronale kaydırılan flep işlemi sonrası 4mm olan dişeti çekilmesi sağ santral dişte 1mm, sol santral dişte 2 mm olmuş, cep derinlikleri değişmemiştir. Yapılan cerrahi uygulamalar sonrası, dişeti çekilmesi

belirgin oranda kapanmış (%99.2) ve klinik parametreler düzelme göstermiştir. Kök yüzeyinin kapatılmasına yönelik estetik değerlendirme, 3 yılın sonunda 5 değişken dikkate alınarak yapılmıştır. Bunlar; dişeti marjini, marjinal doku konturu, yumuşak doku kıvamı, muko-gingival uyum, dişetinin rengidir.

Dişeti marjinin yerini değerlendirmek için 0, 3, 6 skorları ve diğer değerlendirilen parametreler için ise 0 ve 1 skorları kullanıldı. Kök yüzeyini kapatılmasını değerlendirmesi için oluşturulan skor sisteminde (Cario ve ark 2009) (Root Coverage Esthetic Score (RES) System) 10 ideal estetik sonucunda elde edilen en iyi skordur. Bizim hastamızda bu değer 9.50 (0-10) olarak ideale çok yaklaşmıştır.

Tablo 1.

Başlangıç ve işlemden 3 yıl sonra klinik değerler

	11 Nolu Diş		21 Nolu Diş	
Klinik ölçümler	Başlangıç	Post-op. 3 yıl	Başlangıç	Post-op. 3 yıl
Dişeti çekilmesi	9 mm	1 mm	7 mm	2 mm
Cep derinliği	2 mm	2 mm	2 mm	2 mm
Ataşman Kaybı	11 mm	3 mm	9 mm	4 mm
Keratinize doku	4 mm	11 mm	5 mm	9 mm

TARTIŞMA

Gelişimsel ve kazanılmış deformiteler içerisinde bulunan patolojik durumların tedavisi (Roccuzzo ve ark 2002), değişen periodontal tedavi yaklaşımları doğrultusunda dentogingival estetik açısından, dişhekimi ve hastanın beklentisi yönünden farklı bir boyut kazanmıştır (Tonetti 20002). Bu aşamada periodontal işlemler, estetik problemlere ait çözümlerin bir parçası olarak önemli bir görev üstlenmiştir. Dentogingival faktörler içerisinde yer alan ve dişeti kenarının çekilmesiyle ağız ortamına açılan kök yüzeyleri, hasta için önemli estetik şikayetlerden bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Chambrone ve ark 2010).

Dişeti çekilmelerinin tedavisi; estetik ve hastalık ile ilgili kaygıların, hassasiyet şikâyetlerinin ortadan kaldırılması, kök yüzey çürüklerinin azaltılması, keratinize doku miktarının artırılması ve diğer periodontal hastalıklara yatkınlığın azaltılması amaçlarıyla uygulanır. Bu olgu sunumun da farklı tedavi tekniklerinin bir arada kullanılmasının Miller sınıf 2 dişeti tedavisinde etkinliği değerlendirilmiştir. İleri dişeti çekilmesinin izlendiği vakalarda tek bir cerrahi işlem yeterli olmayabilir. Bu gibi durumlarda farklı işlemleri uygulayarak başarılı sonuçlar elde etmek mümkündür. Bu olgu sunumunda 3 farklı periodontal cerrahi işleme baş vurularak dişeti çekilmesi büyük oranda kapatılmıştır (Resim 5).

Çift papil flebi tekniği izole defektlerin tedavisinde başarılı bir yöntemdir (Cohen ve Ross 1968). Çekilme alanına komşu iki interdental papillin çıplak kök yüzeyi üzerine kaydırılması ile kapama sağlanır. Koronale kaydırılan flep uygulamasında amaç, çıplak kök yüzeyinin apikalinden, yarım kalınlık flep kaldırılarak kök yüzeyinin örtülmesidir (Nieri ve ark 2009). Genellikle yetersiz yapışık dişeti varlığına bağlı olarak bu tekniği uygulamak zordur. Bu nedenle bu vakada çift papil tekniği ile önce yeterli yapışık dişeti elde edilmiş, daha sonra üst dudağın gingiva doku üzerinde olumsuz etkisini azaltmak için frenektomi (Meister ve ark 1981) yapılmış ve sonrasında da koronale kaydırılan flep ile kök yüzeyi başarılı bir şekilde kapatılmıştır. Bu olgu raporunda hastanın estetik olarak beklentileri karşılanmış, hassasiyet şikâyeti giderilmiştir. Periodontal cerrahi ile tedavide, doğru teşhis ve teknik tedavinin başarısını fazlasıyla etkilemektedir. Ayrıca bu vakada olduğu gibi mekanik travmaya bağlı gelişen dişeti çekilmelerinde hastaya bağlı faktörlerinde elemine edilmesi şarttır. Gerekiyorsa psikolojik destek alınması konusunda hasta yönlendirilmelidir.



Resim 5.

Tedavinin tamamlanmasından 3 yıl sonra

SONUÇ

Derin Miller Sınıf II dişeti çekilmelerinde, çift papil flep ve koronale kaydırılan flep gibi farklı tekniklerin birlikte kullanımının tek bir cerrahi yöntem uygulamasına göre daha estetik ve olumlu sonuçlar verdiğini düşünüyoruz.

Travmatik dişeti çekilmelerinin kombine periodontal plastik cerrahi teknikler ile tedavisi: Bir olgu sunumu

Dişeti çekimleri anatomik, gelişimsel deformiteler ya da travma sonucu gelişir. Travmatik ya da yetersiz oral hijyen uygulamaları, yüksek frenulum ataçmanları, bireyin alışkanlıkları dişeti çekilmelerine neden olur. Bu olgu raporunda bireyin alışkanlıklarına bağlı gelişen dişeti çekilmesi farklı periodontal cerrahi tekniklerin birlikte uygulanması ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Sistemik olarak sağlıklı 55 yaşında kadın hasta sağ santral dişinde 9mm, sol santral dişin 7 mm dişeti çekilmesi ile kliniğimize başvurmuş, hastanın cerrahi öncesi ve sonrası kayıtları alınmıştır.

Dişeti çekilmeleri cerrahi olarak tedavi edildikten 3 yıl sonra dişeti çekilmesi, keratinize doku bandı, çekilme genişliği değerleri başlangıç ölçümlerine göre belirgin oranda değişmiş olup, kök yüzeyinin % 99 'u kapatılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER

Dişeti çekilmesi, estetik, kök yüzeyinin örtülmesi, Miller sınıf 2 dişeti çekilmesi

KAYNAKLAR

McMullen JA, 1980. Inflammatory periodontal disease: etiology and additional local influences. In: Goldman HM, Cohen DW, eds. Periodontal therapy. 6th ed. St. Louis, Mosby.

Blanton PL, Hurt WC, Largent MD, 1977. Oral factitious injuries. J Periodontology, 48, 33-7.

Stewart DJ, Kernohan DC, 1972. Self-inflicted gingival injuries: gingivitis artefacta, factitial gingivitis. Dent Pract Dent Rec, 22, 418-26.

Cairo F, Pagliaro U, Nieri M, 2008. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. Journal of Clinical Periodontology, 35, 136-162.

West NX, 2008. Dentine hypersensitivity: preventive and therapeutic approaches to treatment. Periodontology 2000, 48, 31-41.

Prato GP, Clauser C, Cortellini P, 1995. Periodontal plastic and mucogingival surgery. Periodontology 2000, 9, 90-105.

Cairo F, Rotundo R, Miller PD, Pini-Prato GP, 2009. Root coverage esthetic score: a system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases. Journal of Periodontology, 80, 705-710.

Roccuzzo M, Bunino M, Needleman I., Sanz M, 2002. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. Journal of Clinical Periodontology, 29, 178-194.

Tonetti MS, 2002. The future of periodontology: new treatments for a new era J Int AcadPeriodontol, 4, 110-4.

Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA, 2010. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. Journal of periodontology, 81, 452-478.

Cohen DW, Ross SE, 1968. The double papilla repositioned flap in periodontal therapy. J Periodontol, 39, 65-7.

Nieri M, Rotundo R, Franceschi D, Cairo F, Cortellini P, Pini Prato G, 2009. Factors affecting the outcome of the coronally advanced flap procedure: a Bayesian network analysis. Journal of Periodontology, 80, 405-410.

Meister F Jr, Van Swol RL, Rank DF, 1981. The maxillary anterior frenectomy. J Wis Dent Assoc, 57, 205-10.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Seda ÖZTURAN
Biruni Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD
İstanbul
Tel: +90 (212) 444 82 76
Faks: +90 (232) 416 46 46
E-mail: sozturan@biruni.edu.tr