

FIRÇA TRAVMASINA BAĞLI MİLLER SINIF I DİŞETİ ÇEKİLMESİ-BİR OLGU

MILLER 1 GINGIVAL RECESSİON DUE TO TRAUMATIC BRUSHING-ONE CASE

¹Arzum Güler DOĞRU, ²Filiz ACUN KAYA, ¹Ebru SARIBAŞ, ³Tuba TALO YILDIRIM

^{1*} Yrd. Doç. Dr.Dicle Üniversitesi DişHekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR.

² Doç. Dr.Dicle Üniversitesi DişHekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR.

³ Dr. Dt. Diyarbakır Ağız Diş Sağlığı Merkezi, Periodontoloji Kliniği, DİYARBAKIR.

Özet

Bu çalışmada; travmatik fırçalama sonucu maksiller anterior bölgede meydana gelen dişeti çekilmesinin subepitelyal bağdokusu ile tedavisi sunulmuştur.

32 yaşındaki bayan hasta sol üst bölgesinde dişeti çekilmesi şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Yapılan periodontal muayene de üst çene santraller ile sol üst lateral ve kanin dişlerinde miller sınıf 1 dişeti çekilmesi olduğu tespit edilmiştir. Hastanın çekilme miktarının en fazla olduğu sol üst kanin bölgesine subepitelyal bağ doku grefti uygulanmıştır.

Tedavi sonucu hem hekim hem de hasta açısından yüz güldürücü olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hatalı fırçalama, dişeti çekilmesi

Abstract

In this study, as a result of traumatic brushing subepithelial connective tissue recession occurring in the maxillary anterior region is presented.

32-year-old female patient was applied to our clinic with the complaint of gingival recession in the upper left. The periodontal examination in the upper left lateral and canine teeth and in the upper cenral teeth Miller Class I gingival recession have been identified.Is more than the amount of the withdrawal of the patient's subepithelial connective tissue graft was applied to the upper left canine.

Treatment outcome was satisfactory in terms of both the clinician and the patient.

Key words:Travmatic brushing, gingival recession

Giriş

Dişeti çekilmesi dişeti kenarının mine sement sınırına göre daha apikalde konumlanması olarak tanımlanmaktadır (1). Dişeti çekilmesinin mekanizması hala tam olarak açıklanamamıştır. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda enflamasyon ve plak olmadan da birleşim epitelinin apikale migrasyonunun olabileceğini göstermiştir (2).

Epidemiyolojik çalışmalar dişeti çekilmelerinin çocukluk döneminde başlayabildiğini ve yaş ilerledikçe prevalansının arttığını göstermektedir (3,4). Dişeti çekilmesi ana hatlarıyla bir hastalık değildir. Oluşumunda hatalı ağız hijyen uygulamaları, okluzal travma, dişin anatomisi, pozisyonu, sigara, yaş, periodontal hastalıklar gibi bir çok etkenin rol

oynadığı morfolojik değişikliklerdir (1).

Bütün periodontal hastalıkların tedavisi için önem arz eden sınıflandırma dişeti çekilmelerinin tedavisinde de önemli bir yere sahiptir. Dişeti çekilmeleri ile ilgili, Sullivan ve Atkinson 1968 yılında yaptıkları sınıflamada (5), dişeti çekilmelerini sığ-dar, sığ-geniş, derin-dar ve derin- geniş olmak üzere başlıkta sınıflandırmışlardır. Miller 1985 yılında yaptığı dişeti çekilmesi sınıflandırmasında (6) çekilmenin mukogingival sınır ile olan ilişkisini ve interdental alandaki doku kayıplarını göz önünde bulundurarak dört kategoriden oluşan farklı bir sınıflandırma yapmıştır.

Sınıf I: Mukogingival birleşime kadar uzanmayan marjinal doku çekilmesi. Interdental alanda kemik veya yumuşak doku kaybı yoktur.

Sınıf II: Mukogingival birleşime veya daha ilerisine uzanan marjinal doku çekilmesi. Interdental alanda kemik veya yumuşak doku kaybı yoktur.

Sınıf III: Mukogingival birleşime kadar veya ilerisine uzanan marjinal doku çekilmesine ek olarak interdental kemik ve/veya yumuşak doku kaybı vardır.

*İletişim Adresi

Dr. Arzum Güler DOĞRU
D.Ü. Diş Hekimliği fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR.

Tel: 0 5334348632
e-mail: agdogru@yahoo.com

Sınıf IV: Şiddetli interdental kemik ve/veya yumuşak doku kaybı veya şiddetli diş malpozisyonu ile mukogingival birleşime veya ilerisine uzanan marjinal doku çekilmesidir

Dişeti çekilmelerinin etiolojisinde yer alan travmatik diş fırçalama alışkanlığı oldukça fazla vakada görülmesi nedeniyle büyük öneme sahiptir. Birçok araştırmacı çalışmalarında doğru şekilde kullanılmayan ya da sert şekilde yapılan fırçalama yöntemiyle dişeti çekilmesi oluşabildiğini göstermiştir, ayrıca ağız hijyeni uygulamalarında aşırıya kaçan ve travmatik derecede diş fırçalayan bireylerde özellikle bukkal ve lingual bölgelerde olmak üzere yaygın dişeti çekilmeleri saptanmıştır. Bu çalışmalarda fırçalama sıklığı ile dişeti çekilmesi arasında pozitif ilişki saptanmıştır (7,8,9).

Dişeti çekilmelerinde keratinize doku miktarının önemi ile ilgili fikir birliği mevcut değildir. Uzun dönem çalışmalarda minimal dişeti genişliğinde ya da hiç dişeti dokusunun olmadığı durumlarda bile, hatalı diş fırçalama ve kontrol altında olan dişeti enflamasyonunda dişeti çekilmesi görülmeyebileceği gösterilmiştir. Bunun yanında AAP konsensus raporu ile dişeti ogmentasyonunda ve mukogingival cerrahi operasyonlar için çekilmenin ilerleyen bir karakter gösterdiği vakalarda, yetersiz ve minimal keratinize doku varlığında yumuşak doku ogmentasyonu yapılması gerektiği belirtilmiştir (9,10). tez Keratinize doku kalınlığı ise plağa bağlı hastalıkların ve travmanın etkilerine karşı dişeti çekilmelerinde önemli bir yere sahiptir.

Dişeti çekilmeleri sonucunda dişlerde hassasiyet, ağız hijyeninin tam olarak sağlanamaması nedeniyle plak birikimi ve sonuçta enflamasyon, hastayı rahatsız eden estetik görünüm ve kök çürüğü gibi birçok istenmeyen durum ortaya çıkmaktadır.

Açığa çıkan kök yüzeyinin tedavisi, oluşturduğu bir çok problemden dolayı oldukça önemlidir. Bu sorunun tedavisi için kullanılan çok sayıda mukogingival yöntem bulunmaktadır. Bunlar arasında serbest dişeti grefti, laterale kaydırılan flep, çift papilla flep, semilunar flep, bağ doku grefti ve yönlendirilmiş doku rejenerasyonu vardır.

Kullanılan tekniklerden biri olan bağ doku grefti serbest dişeti greftindeki estetik ve beslenme problemleri gibi dezavantajlar sonucu kullanım alanı bulan bir tekniktir. Verici bölgenin primer olarak iyileşmesi hasta şikayetlerini azaltmış ve alıcı bölgedeki renk uyumu estetik Cilt / Volume 14 · Sayı / Number 2 · 2013

açıdan daha iyi sonuçlar alınmasını sağlamıştır. Bu tekniğin avantajı greftin hem alttaki periosttan hem de üzerine kapatılan flebin alt tarafından beslenebilmesidir. Langer ve Langer ' in bağ dokusu grefti tekniğini kullanarak yaptığı 4 yıllık çalışma sonucunda açık kök yüzeyinde 2-6 mm örtünme elde edilmiştir (11). Bu çalışmayı takiben operasyon şekli birçok yönden modifiye edilerek daha iyi sonuçlar alınmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaların tümü sonucunda dişeti çekilmelerinin tedavisinde bağ dokusu greftinin altın standart olduğu belirtilmiştir (12).

Olgu

32 yaşındaki bayan hasta sol üst bölgesinde dişeti çekilmesi şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur (Resim 1).



Resim 1: Dişeti çekilmesinin klinik görünümü

Yapılan periodontal muayene de üst çene santraller ile sol üst lateral ve kanin dişlerinde Miller sınıf I dişeti çekilmesi (6), olduğu tespit edilmiştir. Hastanın çekilme miktarının en fazla olduğu sol üst kanin bölgesine subepitelyal bağ doku grefti uygulanmıştır. Yapılan radyolojik muayenede de interdental alanlarda kemik kaybı olmadığı saptanmıştır. Hastaya; kanin dişine subepitelyal bağdoku grefti uygulanması ve daha sonra santral bölgesine de koronele pozisyone flep operasyonu olmak üzere iki cerrahi uygulama yapılması planlanmıştır. Ancak hastanın santral dişler bölgesindeki çekilmeden rahatsız olmadığını bildirmesi ve ikinci bir operasyonu reddetmesi sonucu, kanin bölgesine subepitelyal bağdoku uygulanmıştır (Resim 2).



Resim 2: Bağı dokusu greftinin uygulanması

Hastanın operasyon sonrası 10. günde pansumanı yapılmış ve kök yüzeyinin tamamen kapandığı tespit edilmiştir (Resim 3).



Resim 3: Post-operatif 10. Günde greftin klinik görünümü

Hastanın periyodik periodontal takiplerine devam edilmektedir.

Sonuç

Dişeti kenarının mine sement sınırından daha apikalde konumlanması sonucu meydana gelen dişeti çekilmelerinin tedavisinde bir çok yöntem kullanılmaktadır. Esas olarak dişeti çekilmelerinin tedavisinde başarı yüzdesi Miller sınıflandırması dikkate alınarak tahmin edilmektedir. Miller'e göre Sınıf I ve Sınıf II tipteki dişeti çekilmeleri başarı ile tedavi edilebilirken, ara yüzde doku kaybı olan Sınıf III ve Sınıf IV tipteki çekilmelerde kısmi bir kök yüzeyi örtülmesi sağlanabilmektedir (6,9). Başarılı bir kök yüzeyi kapatma prosedürü anatomik faktörler, operatörün cerrahi becerisi ve hastanın post-operatif bakımı gibi bir çok faktöre bağlıdır. Tam bir kök yüzey örtülmesi Miller Sınıf I ve Sınıf II tipteki dişeti

çekilmelerinin tedavisinde bağı dokusu grefti kullanılarak elde edilebilir ve bu genellikle altın standart olarak kabul edilmektedir (12).

Nelson ve arkadaşlarının saplı flep altına bağı doku grefti yerleştirerek yaptıkları çalışmalarında kök yüzeyi örtülme oranı %91 olarak bulunmuştur (13).

Bir çok araştırmacı uygun vakalarda bağı dokusu grefti ile kök yüzeyi örtme ile ilgili çalışmalar yapmışlar ve bağı dokusu grefti diğer tekniklerle beraber veya tek başına kullanıldığında oldukça başarılı sonuçlar alındığını bildirmişlerdir (14,15).

Bizim olgumuzda da sol üst kaninde mevcut olan Miller sınıf I dişeti çekilmesi bu yöntem kullanılarak tedavi edilmiştir. Sonuç hem hekim hem de hasta açısından tatmin edici olmuştur.

Kaynaklar

1. The American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms, 3 th ed. Chicago: American Academy of Periodontology 1992.
2. Beetsen W, Everts V, Niehof A. Loss of connective tissue attachment in marginal periodontium of the Mouse from blocage of eruption. J Periodontol Research 1982; 17: 640-56.
3. Andli-sobocki A, Marcusson A, Persson M. 3 year observations on gingival recessions in mandibula incisors in children. J Clin Periodontol 1991; 18:155-159.
4. Baker DL, Seymour J. The possible pathogenesis of gingival recession. J Clin Periodontol 1976; 3 : 208-219.
5. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival graft III. Utilization of graft in treatment of gingival recession . Periodontics 1968; 6: 152-160.
6. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. Int. J.Periodontics Restorative Dent. 1985 ;5(2): 8-13.
7. Loe H, Anerud A, Boysem H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man : the rate of periodontal destruction before 40 years of age. J.Periodontol.1978; 49 :607-20.
8. Vehkalahti M. Occurrence of gingival recession in adults. J. Periodontol.1989 ; 60 : 599-603.
9. İzol B. Lokalize dişeti çekilmelerinin serbest dişeti grefti ile tedavisine ek olarak EDTA kullanımının klinik etkilerinin incelenmesi. Doktora tezi, DİYARBAKIR, 2011.
10. American Academy of periodontology. Asummary of current knowledge. Periodontal dressing. Periodontal literatüre reviews 1996 (b) ;13 :196-197.
11. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft for root coverage. J. Periodontol. 1985 ; 56 : 715-720.
12. Goaslind GD, Robertson PB, Mahan cj , Morrison WW, Olson JV. Thickness of facial gingiva. J Periodontol . 1977; 48 : 768-771.
13. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure fort he coverage of denuded root surfaces. J. Periodontol. 1987; 58 : 95-102.
14. Nickles K, Ratka-Krüger P, Neukranz E, Raetzke P, Eickholz P. Ten- year results after connective tissue grafts and guided tissue regeneration for root coverage. J. Periodontol. 2010 Jun ; 81(6) : 827-36.
15. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. II. Clinical results. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 1994 ; 14: 303-315.