

HÜCRESİZ DERMAL MATRİKS ALLOGREFTİ İLE KÖK YÜZEYİNİN KAPATILMASI - BİR OLGU
THE ROOT COVERAGE WITH ACELLULAR DERMAL MATRIX ALLOGRAFT
- A CASE REPORT

Nurullah Düger 1, Ebru SARIBAŞ 2, Filiz ACUN KAYA 3

1. Dr. Dt. Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR
2. Yrd. Doç. Dr. Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR
3. Prof. Dr. Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

Özet

Dişeti çekilmesi, dişeti kenarının mine-sement sınırından (MSS) daha apikalde konumlanarak kök yüzeyinin ağız ortamına açılması olarak tanımlanan dentogingival bir problemdir. Dişeti çekilmesinin tedavisinde, serbest dişeti grefti, laterale pozisyone flep, çift papilla flebi, koronale pozisyone flep ve subepitelyal bağ dokusu grefti gibi çeşitli cerrahi teknikler kullanılmaktadır.

Bu olguda, estetik talepleri olan hastanın çoklu dişeti çekilmesinin hücretsiz dermal matris allogrefti kullanılarak modifiye koronale pozisyone flep ile kök yüzeyinin kapatılması sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dişeti çekilmesi, hücretsiz dermal matris allogrefti, modifiye koronale pozisyone flep.

Abstract

Gingival recession is the most common and undesirable condition of the gingiva. It is characterized by displacement of gingival margin apically from cement-enamel junction (CEJ) and exposure of root surface to the oral environment. In the treatment of gingival recession, various surgical techniques such as free gingival graft, laterale positional flap, double papilla flap, coronary positional flap and subepithelial connective tissue graft are used.

In this case is presented, the patient's multiple gingival recession is coverage root surface with acellular dermal matrix graft with a modified coronally positioned flap.

Key Words: Gingival recession, acellular dermal matrix allograft, modified coronally flap.

Giriş

Dişeti çekilmesi, mine-sement sınırının apikale doğru yer değiştirmesi sonucunda kök yüzeyinin açığa çıkması olarak tanımlanmaktadır (1). Keratinize dokunun miktarına ve kalitesine, morfolojik ve anatomik faktörlere (ince fasiyal kemik, diş boyutları, diş dizisi bozukluğu, frenulum çekmeleri), travmatik veya sert fırçalamaya, periodontal destek dokuların kaybına, hekim hatalarına ve aşırı fonksiyonel yüklenmeye bağlı olarak dişeti çekilmeleri ortaya çıkabilmektedir (2). Ayrıca

periodontal hastalıklar, yaşlanma, hatalı diş fırçalama ve kötü alışkanlıklar, aşırı okluzal kuvvetler ve sigara da dişeti çekilmesine neden olabilmektedir (3-7). Çekilme süresince meydana gelen patolojik değişiklikler tam olarak aydınlatılmamıştır. Ancak pek çok farklı çalışmada çekilmenin büyük olasılıkla enflamasyonun varlığında ortaya çıktığı bildirilmiştir (8).

Epidemiyolojik çalışmalar, dişeti çekilmesinin çocukluk döneminde başlayabildiğini ve yaş ilerledikçe prevalansın arttığını göstermektedir (9, 10).

Dişeti çekilmesi her yaşta tespit edilebilmektedir. Görülme sıklığı ve boyutları yaşın ilerlemesiyle birlikte artmaktadır.

Türk toplumundaki bireylerde vestibül yüzeylerde dişeti çekilmesi prevalansı %78.29 iken, Amerikan toplumundaki bireylerde %58.63

İletişim Adresi

Dr. Ebru SARIBAŞ
Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı, 21280
Diyarbakır

e-mail: eburusaribas@yahoo.com

oranında bulunmuştur. Genellikle dişeti çekilmesi görülme sıklığının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (11,12,13). Dişeti çekilmesinin ağız içi dağılımı incelendiğinde, en sık üst çenedeki dişlerin vestibül yüzeylerinde tespit edildiği bildirilmiştir. Dişlerdeki dağılımı incelendiğinde ise sırasıyla; büyükazılar, birinci premolarlar ve kesici dişlerde tespit edilmiştir. Bu durum, büyükazılarda plak ve diştaşı birikimi ile, premolarlarda ise aşırı diş fırçalama sonucu diş yüzeylerinde aşınma meydana gelmesi ile ilişkilendirilmiştir (11,12).

Dişeti çekilmesinin kolaylıkla tarif edilebilmesi ve tedavi şeklinin seçilebilmesi için sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Günümüzde en çok Miller'in 1985 yılında, çekilme olan bölgeye komşu interproksimal kemik ve yumuşak doku seviyesinin tam kök yüzeyi örtülmesinde belirleyici faktör olduğundan yola çıkarak yaptığı sınıflama kullanılmaktadır (14).

Açık kök yüzeylerinin tedavisinde; estetik ve hastalık ile ilgili kaygıların, hassasiyet şikayetlerinin ortadan kaldırılması, kök yüzey çürüklerinin azaltılması, yapışık keratinize doku miktarının artırılması ve diğer periodontal hastalıklara yatkınlığın azaltılması amaçlanmaktadır. Serbest dişeti grefti, laterale pozisyone flep, çift papilla flebi, koronale pozisyone flep ve subepitelyal bağ dokusu grefti gibi çeşitli cerrahi teknikler kullanılmaktadır (15). Bu prosedürler arasında subepitelyal bağ dokusu grefti, kök kapaması için yüksek başarı seviyeleri ve öngörülebilirlik elde etmekte ve ayrıca keratinize dokunun genişliğini ve kalınlığını artırmaktadır. Bununla birlikte, tek bir ameliyat ile elde edilen donör madde miktarının sınırlı olması ve ikinci bir cerrahi bölgenin varlığının hasta için ağırlı olabilmesi, dezavantajları arasında sayılabilmektedir (16).

Diş hekimliğinde insan derisinden elde edilen hücresiz dermal matriks allogrefti ile dişlerin veya implantların çevresindeki keratinize doku miktarının artırılması, alveoler deformitelerinin tedavisi ve kök yüzeyinin örtülmesi sağlanmaktadır. (16). Periodontolojide hücresiz dermal matriks allogrefti yumuşak doku ogmentasyonunda, çoklu dişeti çekilmelerinin tedavisinde, palatinal alanda yetersiz donör saha varlığında, ikinci bir cerrahi alanın varlığından çok fazla rahatsızlık duyacak hastalarda ve dişeti veya mukozada amalgam renklemelerinin tedavisinde kullanılabilirler

(17). Uygulamasının bağ dokusu greftinden tek farkı greft materyalindeki farklılıktır. Hücresiz dermal matriks allogrefti, sınırsız donör dokuya sahip olması ve ikinci cerrahi saha gerektirmemesi gibi avantajlara sahiptir (18, 19). Çekilme bölgelerinde subepitelyal bağ dokusu grefti ile hücresiz dermal matriks allogreftini karşılaştıran çalışmalarda, iki cerrahi tekniğinde benzer sonuçlar verdiği gösterilmiştir (16).

Bu olguda, gülümseme veya fonksiyon sırasında estetiğin geliştirilmesi ve aynı cerrahi müdahale sırasında açık kök yüzeylerinin kapanmasında kazanç elde edilmesi hedeflenmektedir.

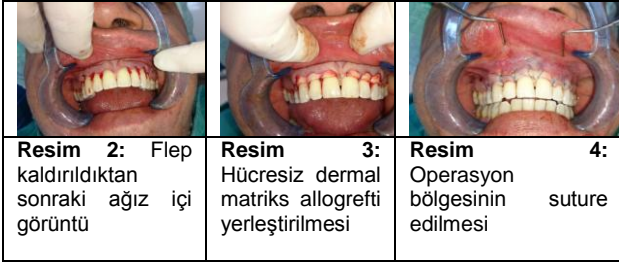
Olgu Sunumu

40 yaşında erkek hasta üst çene ön bölgede dişeti çekilmesi şikayetiyle Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalına başvurmuştur. Yapılan periodontal muayenede üst çene kaninkanin arası bölgede Miller sınıf 1 çift taraflı dişeti çekilmesi olduğu tespit edildi. İlk hastaya öncelikle başlangıç periodontal tedavi yapıldı. Operasyon, hücresiz dermal matriks allogrefti ile modifiye koronale pozisyone flep olarak planlandı (20) (Resim 1).



Resim 1: Dişeti çekilmesinin klinik görüntüsü

Başlangıç periodontal tedaviden altı hafta sonra cerrahi işlem için hastaya tüm asepsi ve antisepsi kurallarına uyularak, 1:100.000 epinefrin içeren %40 artikain HCl kullanılarak lokal infiltrasyon anestezisi yapıldı. Kanin-kanin arasında tam kalınlık flep kaldırıldı, papiller de-epitelize edildi (Resim 2). Sadece santraller arasındaki papil bölgesinde insizyon yapılmadı. Hücresiz dermal matriks allogrefti 25 mm uzunluk 12 mm genişlikte yerleştirildi, kesiciler arasından ise tünel şeklinde alttan geçirildi (Resim 3). Greft materyali 5/0 rezorbe olabilen suture ile sabitlendi. Daha sonra flep koronale çekilerek 6/0 suture ile sabitlendi (Resim 4).



Hastaya cerrahiden sonra bölgeye buz uygulaması yaptırıldı. Operasyon bölgesindeki dişlerini fırçalamaması ve günde 2 kez 1 dakika süreyle %0.12 CHX solüsyonu ile çalkalaması önerildi. Hastaya 3 gün süreyle NSAİ ilaç kullanıldı. Dikişler 14. günde sonra alındı ve hasta doğru diş fırçalanması hakkında yeniden bilgilendirildi. Hastanın 1. ay (Resim 5) 9. ay (Resim 6) kontrolleri yapıldı.



TARTIŞMA

Periodontal plastik cerrahi, artan estetik talepleri karşılamak için mevcut tekniklerin modifikasyonunu yapmakta veya yeni teknikler geliştirmektedir. Çoklu dişeti çekilmelerinde, ince biyotip, azalmış keratinize doku genişliği, kök belirginliği ve kök yakınlığı gibi bazı anatomik özellikler, izole çekilmelere kıyasla cerrahi tedaviyi daha da zorlaştırmaktadır (21).

Günümüzde, çoklu diş eti çekilmelerinin tedavisinde tünel tekniği, bağ dokusu grefti olan veya olmayan modifiye koronale pozisyone flep teknikleri kullanılmaktadır. Miller'ın sınıf I ve sınıf II çoklu dişeti çekilmelerinde, gerek bağ dokusu grefti ile gerekse de modifiye koronal pozisyone flep ile kök kapanmasının öngörülebilir tam kök kapama oranına ulaştığı literatürde gösterilmiştir (22). Bu avantajlarından dolayı bizde olgumuzda da modifiye koronal pozisyone flep tekniği uygulanmıştır.

Çoklu dişeti çekilmelerinin tedavisinde uygulanabilen modifiye koronal pozisyone flep tekniğinde vertikal insizyonlar olmadığı için flebin kan desteğinde hasar meydana gelmez ve bu durum cerrahi başarı için dişeti kenar stabilizasyonunun kritik olduğu kök kapatma uygulamalarında çok önemlidir. Ek olarak,

vertikal insizyonlar nedeniyle iyileşme sonrasında oluşabilecek beyaz skar görüntüsünün önüne geçilmiş olur. Bu insizyonların olmaması daha az sütür ve daha kısa cerrahi süresi demektir ki bu da yara iyileşmesi ve hasta konforu açısından önemlidir (23). Bizim olgumuzda da, hastada rahatsızlığın minimuma indirilmesi ve en iyi estetik sonuçların alınması için vertikal insizyonlar kullanılmamıştır.

Böke ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, lokalize dişeti çekilmelerinin tedavisinde vertikal gevşetme insizyonları yapılmadan hazırlanan ve yarım kalınlık olarak kaldırılan modifiye koronale repozisyone flep tekniği ile vertikal gevşetme insizyonu yapılan ve tam kalınlık olarak kaldırılan koronale repozisyone flep tekniğini karşılaştırmışlardır. Lokalize dişeti çekilmelerinin tedavisi için uygulanan modifiye koronale repozisyone flep tekniğinin klasik koronale repozisyone flep tekniği kadar etkili olduğunu ve Miller sınıf I dişeti çekilmelerinin tedavisi için rahatlıkla tercih edilebileceğini bildirmişlerdir.

Periodontolojide hücresiz dermal matriks allogreftleri; çoklu dişeti çekilmelerinin tedavisinde, palatinal alanda yetersiz donör saha varlığında ve ikinci bir cerrahi alanın varlığından çok fazla rahatsızlık duyacak hastalarda kullanılabilirler. İstenildiği kadar greft materyalinin elde edilebilmesi ve ikinci bir cerrahi alana ihtiyaç duyulmaması, kök kapamasında hücresiz dermal matriks allogreftlerinin yumuşak doku greftlerine alternatif bir metod olarak kullanılabilirliğini göstermektedir (17). Çalışmamızda, kanin-kanin arası bölgedeki çekilmenin çok geniş olması bağ dokusu grefti ile kapatılmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle çekilme bölgesinin hücresiz dermal matriks allogrefti ile kapatılması amaçlanmıştır.

Bizim olgumuzda, ön bölgede çekilme şikayeti ile gelen hastaya hücresiz dermal matriks allogrefti ile modifiye koronale pozisyone flep operasyonu uygulanmıştır. Arzu edilen kök yüzeyi kapanması ve estetik sonuçların elde edildiği kanaatindeyiz. Olgumuzdaki başarının, iyi bir vaka seçimi, özenli tedavi planı, düzenli hasta takibi ve hasta uyumu ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

SONUÇ

Estetiğin önemli olduğu ön bölgelerdeki çoklu dişeti çekilmesine sahip olgumuzun

tedavisinde, hücresiz dermal matriks allogrefti ile modifiye koronal pozisyone flep tekniğinin kök yüzeyi kapatılmasında etkili bir tedavi şekli olduğunu düşünmekteyiz.

6 month controlled clinical study. Cumhuriyet Dental J 2014;17(3): 296-307.

KAYNAKLAR

- 1- Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. 1985;56:12-20.
- 2- Paloheimo L, Ainamo J, Niemi ML, Viikikonski M. Prevalence and factors related to gingival recession in Finish 15-20 years old subjects. Comm Dent Health 1987;4:425-436.
- 3- Kallestal C, Uhlin S. Buccal attachment loss in Swedish adolescents. J Clin Periodontol 1992, 19:485-491.
- 4- Steiner GG, Person JK, Ainamo J. Changes of the marginal periodontium as a result of labial tooth movement in monkeys. J Periodontol 1981, 52:314-320.
- 5- Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. J Periodontol 1993, 64:900- 905.
- 6- Er N, Özkavaf A, Berberoglu A, Yamalik N. An unusual case of gingival recession: oral piercing. J Periodontol 2000, 71:1767-1769.
- 7- Sardella A, Pedrinazzi M, Bez C. ve ark. Labial piercing resulting in gingival recession. A case series. J Clin Periodontol 2002, 29:961-963.
- 8- Camargo PM, Melnick PR, Kenny EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. Peridontolo 2000 2001, 27:72-96.
- 9- Andli-sobocki A, Marcusson A, Persson M. 3 year observation on gingival recessions in mandibula incisors in children. J Clin Periodontol 1991; 18: 155-159.
- 10- Baker DL, Seymour J. The possible pathogenesis of gingival recession. J Clin Periodontol 1976; 3: 208- 219.
- 11- Wennstrom JL, Lindhe J, Nyman S. Role of keratinized gingiva for gingival health. Clinical and histologic study of normal and regenerated gingival tissue in dogs. J Clin Periodontol 1981, 8:311-328.
- 12- Miller PD Jr. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. Dent Clin North Am 1988, 32:287-306.
- 13- Pini Prato G, Clauser C, Cortellini P. Periodontal plastic and mucogingival surgery. Periodontol 2000 1995, 9:90-105.
- 14- Miller, P. D., Jr. A classification of marginal tissue recession. TheInternational Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 1985, 5, 8-13.
- 15- Albandar JM, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. J Periodontol 1999, 70: 30-43.
- 16- Andrade PF, et al. Comparison between two surgical techniques for root coverage with an acellular dermal matrix graft. J Clin Periodontol 2008; 35: 263–269.
- 17- Yılmaz G, Fentoğlu Ö, Kızıoğlu FY. Dişeti estetiğinde kök kapama teknikleri. S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011(2): 112-124.
- 18- Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I. ve ark. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. J Clin Periodontol 2002, 29:178-194.
- 19- Pagliaro U, Nieri M, Franceshi D. ve ark. Evidence-based mucogingival Therapy. Part 1: A critical review of the literature on root coverage procedures. J Periodontol 2003, 74:709-740.
- 20- Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. J Periodontol 2000;71:1506- 14.
- 21- Barot VJ. Gingival Recession: Minimum Invasion, Maximum Coverage for Multiple Adjacent Teeth. Universal Research Journal of Dentistry · 2016, (6) 22: 154-157.
- 22- Hofmänner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, et al. Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions – A systematic review. Quintessence Int 2012;43:545- 54.
- 23- Boke F, Akkaya M. Comparison of the effects of coronally repositioned flap techniques with releasing incision and without releasing incision for the treatment of localized gingival recession: