

LOKALİZE DİŞETİ ÇEKİLMESİNİN KORONALE KAYDIRILAN FLEP VE BAĞ DOKU GREFTİ İLE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

TREATMENT OF LOCALIZED GINGIVAL RECESSİON WITH CORONALLY ADVANCED FLAP AND CONNECTIVE TISSUE GRAFT: A CASE REPORT

Yunus GÜNEŞ¹, Arzum GÜLER DOĞRU²

¹ Dt. Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

² Prof Dr. Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Özet

Bu çalışmanın amacı, maksiller kanin dişini etkileyen dişeti çekilmesinin koronale kaydırılan flep ve bağ doku grefti kombinasyonuyla tedavi etmektir. Sistemik olarak sağlıklı 23 yaşında kadın hasta kliniğimize diş etindeki çekilmeden estetik olarak rahatsız olduğu şikayeti ile başvurdu. Hastanın maksiller sağ kanin dişinde Miller sınıf-1 diş eti çekilmesi mevcuttu. Dişeti çekilmesinin tedavisi için önce tam kalınlık mukoperiostal flep kaldırıldıktan sonra mukogingival birleşimden itibaren yarım kalınlık flep kaldırıldı. Kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemi yapıldıktan sonra papil bölgesi deepitelize edildi ve bağ doku grefti suture edildi. Flep koronale kaydırılarak kapatıldı. Operasyon bölgesine nemli bir spanç konuldu. Hastaya antienflamatuvar, antibiyotik ve klorheksidin içeren bir gargara reçete edildi. Operasyon sonrası suturelar alınana kadar her hangi bir komplikasyon gelişmedi. Suturelar 10 gün sonra alındı. 1 ay sonraki kapama miktarı öngörülen düzeydeydi. Hastanın 6 ay sonraki durumunda %100'e yakın bir kök yüzeyi kapaması sağlandığı görüldü. 6 aylık takibin sonucunda hasta estetik olarak sonuçtan memnundu, kök yüzeyinde ilk duruma göre neredeyse %100'lük bir kapanma sağlandı. Keratinize doku ve diş eti kalınlığında bir miktar artış görüldü.

Anahtar kelimeler: Estetik, Koronale kaydırılan flep + bağ dokusu grefti, Kök yüzeyi kapatma

Abstract

The aim of this study is to treat gingival recession affecting the maxillary canine with a combination of coronally shifted flap and connective tissue graft. Systemically healthy 23-year-old female patient applied to our clinic with the complaint of aesthetic discomfort due to gingival recession. The patient had Miller class-1 gingival recession in the maxillary right canine. For the treatment of gingival recession, first the full-thickness mucoperiosteal flap was lifted, and then the half-thickness flap was lifted beyond the mucogingival junction. The papilla area was deepitelized after root surface debridement and the connective tissue graft was sutured. The flap was closed by sliding to the coronale. A moist sponge was placed on the operation area. The patient was prescribed an anti-inflammatory, antibiotic and a mouthwash with chlorhexidine. No complications developed until the sutures were removed after the operation. Sutures were removed after 10 days. The amount of closure after 1 month was at the predicted level. In the patient's condition 6 months later, it was observed that almost 100% root surface coverage was achieved. At the end of the 6-month follow-up, the patient was aesthetically satisfied with the result, almost 100% closure was achieved on the root surface compared to the initial situation. A slight increase in keratinized tissue and gingival thickness was observed.

Keywords: Aesthetics, Coronally advanced flap + connective tissue graft, Root coverage

Giriş

Dişeti çekilmesi, dişetin mine-sement sınırından apikale doğru yer değiştirmesidir. Bu durumda kök yüzeyi açığa çıkar. Dişeti çekilmesi lokalize veya generalize olabilmekle beraber dişin bir veya birkaç yüzünde görülebilmektedir (1).Türk toplumunda genç

yaşlardan itibaren dişeti çekilmesinin çok sık görüldüğü, şiddetinin yaş ile giderek arttığı ve dişeti çekilmesinin sık olarak alt keserlerde görüldüğü saptanmıştır (2).

Dişeti çekilmelerinin nedenleri ve patogenezi çok açık bir şekilde bilinmemekle birlikte oluşumunda birçok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir (2). Dişeti çekilmelerini oluşturan nedenlerin başında aşırı veya yetersiz diş fircalama (3,4), periodontal hastalıklar (4), diş malpozisyonu (5), dişlerdeki kök açılanmaları, diş destekleyen kemiğin kalınlığı, yüksek frenulum ve kas bağlantıları (6) ve okluzal travma (7) gibi birçok faktör rol oynayabilir. Bununla birlikte ana etyolojik faktör Ege sistemlerindeki kullanıma bağlı kırılma ve yıpranmalarının taramalı elektron mikroskobu ile

İletişim Adresi

Dt. Yunus GÜNEŞ
Dicle Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji A.D.
Diyarbakır

e-mail: yunus_gunes_02@hotmail.com

enflamatuvar periodontal hastalıkla sonuçlanan dental plak birikimidir (3,8).

Dişeti çekilmesi oldukça sık rastlanan klinik bir durumdur. Dişeti çekilmelerinin tarif edilebilmesi ve tedavi sonuçlarının öngörülebilirliğinin değerlendirilmesi için çeşitli sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Miller'in 1985 yılında yaptığı, günümüzde en sık kullanılan sınıflandırma (9);

I. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmamıştır. İnterdental bölgede kemik ve yumuşak doku kaybı yoktur. Uygun cerrahi teknik ile tam kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

II. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve yumuşak doku kaybı yoktur. Uygun cerrahi teknik ile tam kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

III. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve/veya yumuşak doku kaybı bulunmaktadır. Uygun cerrahi teknik ile kısmen kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

IV. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve/veya yumuşak doku kaybı bulunmaktadır. Dişte ileri derecede malpozisyon vardır. Kök yüzeyi kapanması beklenmez. Dişeti çekilmelerinin tedavisiyle, dentin hassasiyetinin ortadan kaldırılması, kök çürüklerinin önlenmesi, keratinize doku miktarının artırılması ve estetik düzenlemeler amaçlanmaktadır. Bu olguda dişeti çekilmesinin tedavisi için koronale kaydırılan flep ile beraber subepitelyal bağ dokusu grefti kullanılarak kök yüzeyi kapatma işlemi uygulanmıştır.

Olgu Sunumu

Sistemik olarak sağlıklı 23 yaşında kadın hasta diş etindeki çekilmeden estetik olarak rahatsız olduğu şikayeti ile Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'na başvurdu. Hastanın 13 nolu dişinde Miller sınıf-1 diş eti çekilmesi tespit edildi. Çekilme miktarı vertikal yönde 4 mm ölçüldü. Hastaya operasyon öncesi faz-1 tedavi yapıldı ve oral hijyen eğitimi verildi.

Koronale kaydırılan flep işlemi, Pini Prato ve ark.nın (10) açıklamış olduğu teknik esas

alınarak yapıldı. Önce tam kalınlık, mukogingival sınırdan sonra yarım kalınlık flep kaldırılarak flebin serbestleşmesi sağlandı, böylece mine-sement sınırının 2 mm koronale kadar gerginsiz bir şekilde yerleştirilebiliyordu. Kök yüzeyi debridmanı gerçekleştirildikten sonra papil bölgesi deepitelize edildi ve subepitelyal bağ dokusu grefti 4-0 (Poliglikolik Asit ve 10% L-Laktik, rezorbe olabilen, multifilament) Dişeti çekilmelerinin tedavisiyle, dentin hassasiyetinin ortadan kaldırılması, kök çürüklerinin önlenmesi, keratinize doku miktarının artırılması ve estetik düzenlemeler amaçlanmaktadır. Bu olguda dişeti çekilmesinin tedavisi için koronale kaydırılan flep ile beraber subepitelyal bağ dokusu grefti kullanılarak kök yüzeyi kapatma işlemi uygulanmıştır.



Resim 1. Operasyon öncesi görünüm



Resim 2. Greft çapraz atılan tek süturla sabitlendi



Resim 3. Flep 2 mm koronale kaydırılarak sütür atıldı



Resim 4. Operasyondan 10 gün sonra süturlar alınmadan önce



Resim 5. Post-op 1. ay

Tartışma

Dişeti çekilmelerinin tedavisinde günümüze kadar birçok farklı materyal ve teknik kullanılmıştır (11). Çeşitli çalışmalarda, bağ dokusu greftiyle kök yüzeyini kapatma hakkında başarılı sonuçlar bulunmaktadır (11,12). Proksimal dokuların bütünlüğü kök yüzeyi kapamasının derecesini belirlemektedir¹³. Bununla birlikte, keratinize doku ve diş eti kalınlığındaki artışlar, bağ dokusu kullanımını haklı çıkaran önemli klinik sonuçlardır (14).

Bazı çalışmalarda bildirilen sonuçlar, bağ dokusu greftinin kök yüzeyi kapaması elde etmek için etkili bir araç olduğunu gösterdi. Wennstrom and Zucchelli (15) bağ dokusu grefti ile kök yüzeyi kapama işlemlerinde ortalama %89,3'lük bir kapanma bildirmiştir. Harris (16), %97,1'lik bir ortalama kök kapaması elde etti ve tedavi edilen defektlerin %87,7'sinde tam kök kapaması elde etti.

Kısa takip süresi ve sınırlı örneklem büyüklüğü gibi bu çalışmanın sınırlamalarına rağmen, bağ dokusu grefti ve koronale kaydırılan flep kombinasyonu kök yüzeyi kapama açısından cesaret verici sonuçlar elde edildi. Bu nedenle, verilerimizi doğrulamak için ek araştırmalar yapılmalıdır.

Sonuç

6 aylık takibin sonucunda hasta estetik olarak sonuçtan memnundu, kök yüzeyinde ilk duruma göre neredeyse %100'lük bir kapanma sağlandı.

Kaynaklar

1. Uslu MÖ, Dündar S, Eltas A. Lokalize dişeti çekilmesi tedavisinde koronale kaydırılan flep ve trombositten zengin fibrin ile koronale kaydırılan Flep ve subepitelyal bağ dokusu greftinin karşılaştırılması: bir olgu sunumu. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg. 2018;28(2):228-232.
2. Elta A, Toy VE. Araştırma Makalesi Malatya Bölgesinde Dişeti Çekilmesinin Yaygınlığının Şiddetinin ve Etkenlerinin Araştırılması. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2013;2(1):29-33.
3. Loe H, Anerud Å, Boysen H. The Natural History of Periodontal Disease in Man: Prevalence, Severity, and Extent of Gingival Recession. J Periodontol. 1992;63(6):489-495.
4. Gorman WJ. Prevalence and Etiology of Gingival Recession. J Periodontol. 1967;38(4):316-322.
5. Watson PJC. Gingival recession. J Dent. 1984;12(1):29-35. doi:10.1016/0300-5712(84)90003-4
6. Wennström JL. Mucogingival Therapy. Ann Periodontol. 1996;1(1):671-701. doi:10.1902/annals.1996.1.1.671
7. Kundapur PP, Bhat KM, Bhat GS. Association of trauma from occlusion with localized gingival recession in mandibular anterior teeth. Dent Res J (Isfahan). 2009;6(2):71-74. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21528034
8. Susin C, Haas AN, Oppermann R V., Haugejorden O, Albandar JM. Gingival Recession: Epidemiology and Risk Indicators in a Representative Urban Brazilian Population. J Periodontol. 2004;75(10):1377-1386.
9. Jr MPD. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodont Rest Dent. 1985;5:9. Accessed October 7, 2022. https://cir.nii.ac.jp/crid/1574231874814452224.bib?lang=en
10. Prato GP, Tinti C, Vincenzi G, Magnani C, Cortellini P, Clauser C. Guided Tissue Regeneration Versus Mucogingival Surgery in the Treatment of Human Buccal Gingival Recession. J Periodontol. 1992;63(11):919-928.
11. Oates TW, Robinson M, Gunsolley JC. Surgical Therapies for the Treatment of Gingival Recession. A Systematic Review. Ann Periodontol. 2003;8(1):303-320.
12. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-Coverage Procedures for the Treatment of Localized Recession-Type Defects: A Cochrane Systematic Review. J Periodontol. 2010;81(4):452-478.
13. Miller PD. Root Coverage with the Free Gingival Graft. J Periodontol. 1987;58(10):674-681.
14. Harris RJ. Root Coverage With Connective Tissue Grafts: An Evaluation of Short- and Long-Term Results. J Periodontol. 2002;73(9):1054-1059.