

Eksizyonel Biopsi Sonrası Periosteal Flep ve Serbest Dişeti Grefti Uygulaması: Teknik Rapor

PERIOSTEAL FLAP AND FREE GINGIVAL GRAFT APPLICATION AFTER AN EXCISIONAL BIOPSY: TECHNICAL REPORT

Arzu ALKAN*, Alper ALKAN**

* Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, SAMSUN

** Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, SAMSUN

Özet

Amaç: Dişetindeki bir lezyonu tamamen uzaklaştırmak için yapılan eksizyonel biopsi işlemi bazen gingival bir defekte sebep olabilir. Serbest dişeti grefti kullanarak bu tip bir gingival defekti restore etmek sıklıkla başvurulmuş tedavi yaklaşımıdır. Fakat ilave bir cerrahi işlem bazen ek bir yarar sağlayabilir. Bu makalede, biopsi sonrası oluşan bu tip bir gingival defekti restore etmek için serbest dişeti grefti ile periosteal flebin kombine kullanıldığı farklı bir cerrahi teknik anlatılmaktadır.

Metod: Sağ mandibuler kanin ve keser dişlerinin vestibül yüzeyinde bulunan lezyonun tabanından interproksimal papiller bölgeyi de içine alan bir insizyon yapıldı. Lezyonla ilişkili dişlerin kök yüzeylerine scaling ve kök düzlemesi uygulandı. Ortaya çıkan çıplak kemik yüzeyini örtmek için, kaldırılan mukoperiosteal flebin iç yüzeyinden periosteal flep çevrildi ve koronal olarak suturlandı. Daha sonra, sol palatinal bölgeden defekt büyüklüğünde alınan serbest dişeti grefti periosteal flep üzerine suturlandı. Biopsi materyalinin histopatolojik incelemesi sonucu kronik inflamatuvar dişeti büyümesi teşhisi konuldu.

Sonuç: Postoperatif 6. aydaki klinik iyileşme, hem hekim hem de hasta için oldukça tatminkardı. Bu makale, tek bir seansta yapılan biopsi işlemi ve açığa çıkan kemik yüzeyini örtmek için kullanılan spesifik tekniğin, tedavi periodunu kısaltarak fonksiyon ve estetiği restore ettiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Biopsi, Serbest dişeti grefti, Periosteal flep

T Klin Diş Hek Bil 2001, 7:149-153

Summary

Purpose: An excisional biopsy which is performed to remove the total of a lesion may sometimes lead to a gingival defect. The use of free gingival graft is the common treatment approach to restore defects. But, sometimes an additional surgical intervention may be beneficial. This paper describes a different surgical technique in which a free gingival graft is used in combination with a periosteal flap in order to correct these defects.

Method: An incision which included interproximal papillary regions was made from the base of the lesion that is localized on the vestibular surface of the right mandibular canine and incisor teeth. Root surfaces of the involved teeth were scaled and root planned. In order to cover the denuded bone surface, a periosteal flap was rotated from the inner surface of the mucoperiosteal flap and sutured coronally. Then, a free gingival graft in the same size with the defect was taken from the left side of the palate and sutured over the periosteal flap. Chronic inflammatory gingival enlargement diagnosis was made after the histopathologic examination of the biopsy material.

Conclusion: The clinical healing 6 months postoperatively was quite satisfactory both for the clinician and the patient. The present case demonstrated the biopsy procedure and the specific bone coverage technique performed in one session which shortened the treatment period and restored function and aesthetics.

Key Words: Biopsy, Free gingival graft, Periosteal flap

T Klin J Dental Sci 2001, 7:149-153

Geliş Tarihi: 10.10.2001

Yazışma Adresi: Dr.Arzu ALKAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji AD,
55139 Kurupelit, SAMSUN

Biopsi işlemi bir lezyonun kesin tanısı konmadığı zaman başvurulmuş en doğru teşhis prosedürlerinden bir tanesidir. Kurallarına uygun olarak yapıldığında tekniğin lokal anatomiye ve lezyonun büyüklük ve tipine göre değişiklik gösterdiği basit ve ağrısız bir işlemdir.

Cerrahi işlem esnasında lezyonun tümünün uzaklaştırılmasının gerektiği eksizyonel biopsi, hem teşhis hem de kesin bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte, büyük bir lezyonun eksizyonu, bazen kapatılması güç bir yumuşak doku defektine sebep olabilir. Yakın bir geçmişte Anderegge ve Metzler (1) biopsiyi takiben meydana gelen bu tip bir yumuşak doku defektinin serbest dişeti grefti uygulanarak başarıyla ogmente edilebildiğini belirtmiştir. Fakat daha büyük bir lezyon varlığında biopsi sonrası oluşan defekti restore etmek çok daha zor olabilir.

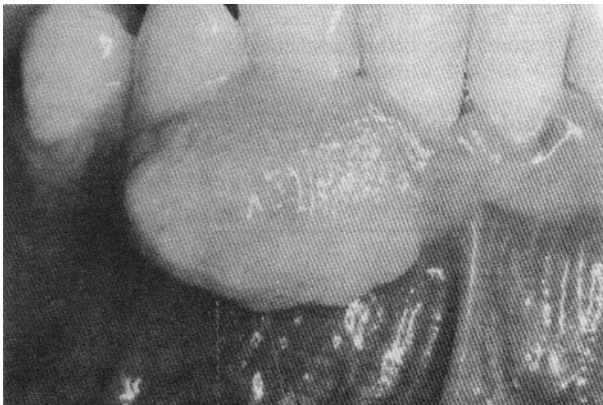
Bu vaka raporu, biopsi işlemi takiben meydana gelen büyük bir gingival defektin periosteal flep ve serbest dişeti grefti kombinasyonundan oluşan farklı bir cerrahi teknik ile nasıl ogmente edilebileceğini anlatmaktadır.

Vaka Sunumu ve Cerrahi Teknik

18 yaşında bir erkek hasta, sağ mandibuler kanin ve keser dişlerinin vestibül yüzeyindeki bir dişeti büyümesi şikayetiyle Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'na başvurdu. Hastadan alınan anamnezde lezyonun sadece 3 ay önce belirdiği ve hiçbir sistemik hastalığın bulunmadığı saptandı. İntraoral muayenede, hastanın ağız genelinde kötü bir oral hijyene sahip olduğu tespit edildi. Lezyonla ilişkili olan dişlerdeki cep derinlikleri 3 mm'den fazla de-ğildi fakat sondlamada kanama vardı. Lezyonla ilişkili olabilecek okluzal travma veya malokluzyon mevcut değildi. 15x 9 mm ebatlarındaki lezyon; ağrısız, pal-

pasyonda sert, hareketsiz, altındaki kera-tinize dişetine geniş bir tabanla bağlı ve mukogingival hattın apikaline kadar uzanmaktaydı (Resim 1). Lezyon açık pembe renkliydi, fakat marjinal dişeti hafif hiperemikti. Radyografik incelemede kemikte herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Bu bulguların ışığında, lezyonun fibromatöz bir lezyon olabileceği düşünülerek eksizyonel biopsi yapılması kararlaştırıldı. Lokal anesteziyi takiben lezyonun tabanından interproksimal papiller bölgeyi de içine alan bir insizyon yapıldı. Periost elevatörü ile lezyon total olarak eksize edildi. İşlemi takiben geniş bir çıplak kemik yüzeyi ortaya çıktı (Resim 2). Lezyonla ilişkili dişlerin kök yüzeyine rine scaling ve kök düzlemesi işlemleri uygulandı.

Çıplak kemik yüzeyini örtmek için, oluşan defektin her iki tarafından vertikal iki insizyon yapılarak mukoperiosteal bir flep hazırlandı. Sonra dikkatli bir diseksiyon ile bu mukoperiosteal vestibül flebin iç yüzeyinden defekti kapatacak büyüklükte, dikdörtgen şeklinde random patternli bir periosteal flep çevrilip (Resim 3) koronal yönde esnetilerek 5-0 kromik katgüt suturla interproksimal olarak lingual mukozaya suturlandı (Resim 4). Daha sonra, sol palatinal bölgeden (dişeti marjininin 2-3 mm apikalinden) defekt büyüklüğünde serbest dişeti grefti alındı (Resim 5) ve açık kemik yüzeyi üzerine çevrilen periosteal flep üzerine 5-0 ipek suturla sabitlendi (Resim 6). Greftin altında aşırı pıhtı formasyonunu önlemek ve dolayısı ile greftin atılımını engellemek için serbest dişeti greftinin yüzeyine bistüri ucuyla küçük delikler açıldı. Postoperatif dönemde has-



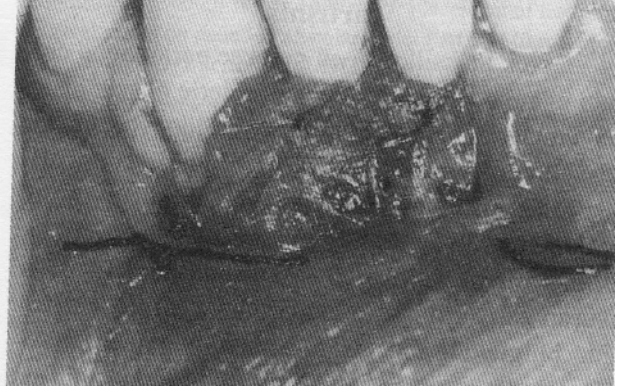
Resim 1. Scaling ve oral hijyen eğitimi sonrası lezyonun pre-operatif görüntüsü.



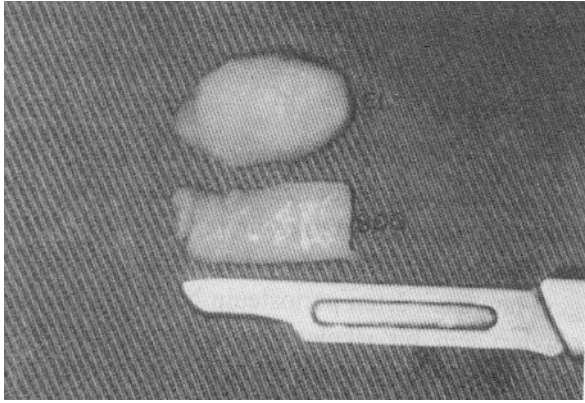
Resim 2. Lezyonun çıkarılmasından sonra çıplak kalan kemik yüzeyi.



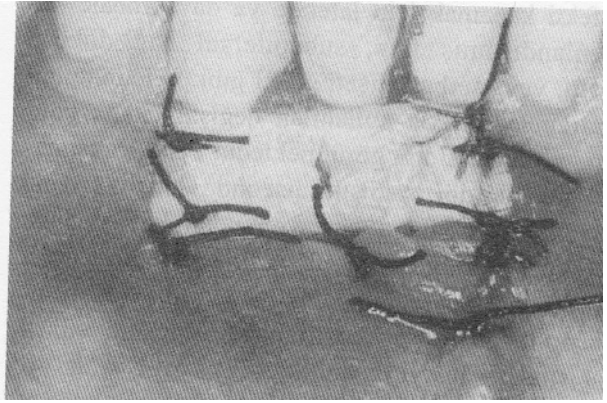
Resim 3. Mukoperiosteal flebin iç yüzeyinden çevrilen periosteal flep (oklar: alveoler mukoza ve periosteal flep arasındaki sınırdır).



Resim 4. Kemik yüzeyini örtmek için koronal yönde esnetilip suturlanan periosteal flep.



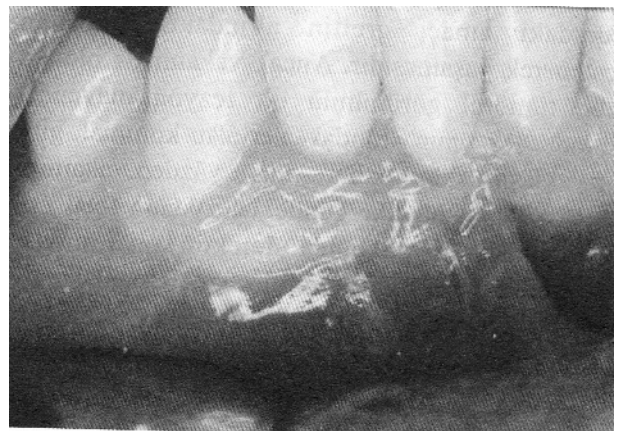
Resim 5. Eksize edilen lezyon (EL) ve palatinalden elde edilen serbest dişeti grefti (SDG).



Resim 6. Periosteal flep üzerine suturlanan serbest dişeti grefti.

taya non-steroid antiinflatuar bir ilaç ile birlikte 4 hafta boyunca günde iki defa kullanılmak üzere %0.12 klorheksidin ağız gargarası kullanması tavsiye edildi. Hastanın postoperatif takipleri ilk ay içinde haftalık, 6 aya kadar takip eden sürede ise aylık periodlarla yapıldı.

İyileşmenin ilk haftasında reaksiyonel bir ödematöz inflamatuvar doku oluştu. Bu granulatöz doku, 15 numaralı bistüri ucunun kenarı ile yüzeyi dikkatlice kazınarak kabul edilebilir bir boyuta gelmesi sağlandı. İkinci haftadaki kontrolde, yara bölgesinde herhangi bir problem mevcut değildi. Gözlem süresi sonunda, serbest dişeti greftinin büzüldüğü fakat geniş bir keratinize dişeti bandı oluştuğu gözlemlendi (Resim 7). Sonuç klinik görünüm,



Resim 7. İlk cerrahi işlemden 6 ay sonra elde edilen son postoperatif klinik görüntü.

hem hekim hem de hasta için oldukça tatminkardı.

Tartışma

Gerek maksillofasiyal gerekse periodontal cerrahi uygulamalarda pekçok sebeplerle oluşan dişeti büyümeleri gözlenmektedir. Genellikle de bu tür lezyonların etyolojik faktörleri bellidir. Vakamızda, lezyonun histopatolojik incelemesi sonucu, kronik inflamatuvar dişeti büyümesi teşhisi konuldu. Primer olarak lenfositler ve plazma hücrelerinden oluşan karışık tip inflamatuvar hücre infiltratı belirgin bulguydu. Hastadan alınan anamnez incelendiğinde, kesin bir etyolojik faktör saptanamadı fakat kötü oral hijyenin sorumlu faktör olabileceği düşünüldü.

Dişetinde lokalize bir lezyonun eksizyonunu takiben meydana gelen defektin tamirine dair çok az rapor mevcuttur (1-3). Bu çalışmalarda, oluşan defekti kapamak için laterale ya da koronale konumlandırılmış flep, subepitelyal bağ dokusu grefti, veya serbest dişeti grefti gibi periodontoloji pratiğinde sıklıkla kullanılan değişik tedavi yöntemlerinin yer aldığı görülmektedir. Fakat vakamızda olduğu gibi, yapışık dişetinde lokalize daha büyük bir lezyonun eksizyonundan kaynaklanan defektin onarımı bazen güç olabilmektedir. Çünkü ağız içinde böyle bir defektin onarımı için keratinize lokal flepler hazırlamak, bölgenin sınırlı yapısından dolayı genellikle zordur. Büyük bir serbest dişeti greftini ise üzerinde periostu olmayan bir çıplak kemik üzerine uygulamak greftin yaşaması açısından riskli olabilir. Maksillofasiyal cerrahi uygulamalarda özellikle vestibüloplasti operasyonlarında serbest mukoza greftlemeleri daima kemik üzerinde korunan periost üstüne uygulanır. Buradaki amaç, greftin altındaki periosttan beslenerek yaşamasıdır. Ancak vakamızda olduğu gibi, tümöral görünümlü bir lezyon mevcudiyetinde, lezyonun altındaki periostu korumak gibi bir yaklaşım kabul edilemez. Bu yüzden vakamızda 15x 9 mm büyüklüğündeki lezyonun total eksizyonundan kaynaklanan defektin onarımında, serbest dişeti greftinin oturabileceği bir yatak hazırlama düşüncesiyle periosteal flep dizayn edilmiştir. Vakamızda greft materyali olarak otojen keratinize dişeti seçmemizdeki amacımız ise, başka hiçbir

greft materyalinin kullandığımız serbest dişeti grefti kadar geniş bir keratinize dişeti bandı meydana getiremeyeceğini bilmemizden kaynaklanmıştır. Oluşan bu band, ileri dönemde hastanın oral hijyen işlemlerini etkin bir şekilde yapabilmesi açısından da önemlidir.

Vakamızda lezyonun çıkarılmasından sonra ilk olarak, keratinize dişetin mevcut olmaması da dikkate alınarak hem keratinize dişeti yaratmak hem de açık kemik yüzeyini örtmek için yalnızca serbest dişeti grefti uygulaması planlanmıştır. Çünkü, alveoler kemik üzerine yerleştirilen serbest dişeti greftinin daha az büzülme, daha az ödem ve postoperatif mobilite ve daha iyi hemostaz ile sonuçlandığı öne sürülmekteydi (4-6). Fakat vakamızda gerek açık kemik yüzeyinin geniş olması gerekse de periosteumun iyileşmenin ilk günlerinde greft için gerekli olan besin alışverişini daha iyi sağlayabilecek olması düşüncesi, alternatif tedavi yaklaşımını uygulamamıza sebep olmuştur. Periosteal flep ve serbest dişeti grefti kombinasyonundan oluşan bu tekniğin greftin nekroze olma riskini azaltacağı düşünüldü.

Matter ve Cimasoni'nin (7) de rapor ettiği gibi, vakamızda periosteum üzerine yerleştirilen greftin yaklaşık %50'si büzülmüştür fakat interproksimal papiller bölge problemsiz iyileşmiştir. Papiller bölgeyi tamamen örten periosteum başlangıç iyileşme olayları için bir iskelet görevi görmüş ve papillaların rejenerasyonunda etkili olmuş olabilir.

Bir çalışmada (8) da periosteumun kambrium tabakasının bir membran olarak görev gördüğü ve kemik formasyonunu indüklediği öne sürülmüştür. Periosteumun bu özelliği dikkate alındığında kemik rezorbsiyonunun da yumuşak doku defektine eşlik ettiği durumlarda tek başına kullanımının sonuçlarını değerlendiren bir çalışma faydalı olabilir. Benzer şekilde, dişeti çekilmelerinin tedavisinde de periosteum çıplak kök yüzeyini örtmek için kullanılabilir. Fakat bu konularda daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Anderegg CR, Metzler DG: Free gingival graft following biopsy: A case report of tissue management. J Periodontol 67: 532, 1996
2. Palmer RM: Free gingival graft for improvement of aesthet-

- ics. Restorative Dent 6: 8, 1990
3. Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases. J Periodontol 72: 939, 2001
 4. Dordick B, Coslet JG, Seibert JS: Clinical evaluation of free autogenous gingival grafts placed on alveolar bone. Part I. Clinical predictability. J Periodontol 47: 559, 1976
 5. James WC, McFall WT Jr.: Placement of free gingival grafts on denuded alveolar bone. Part I: Clinical evaluations. J Periodontol 49: 283, 1978
 6. James WC, McFall WT Jr, Burkes EJ: Placement of free gingival grafts on denuded alveolar bone. Part II: Microscopic observations. J Periodontol 49: 291, 1978
 7. Matter J, Cimasoni G: Creeping attachment after free gingival grafts. J Periodontol 47: 574, 1976
 8. Rosenquist B, Grenthe B: Immediate placement of implants into extraction sockets: Implant survival. Int J Maxillofac Implants 11: 205, 1996