

Endodontik Periodontal Lezyonlu Maksiller Lateral Dişin Yönlendirilmiş Doku Rejenerasyonu ile Tedavisi

Treatment of Maxillary Lateral Tooth with Endodontic-Periodontal Lesion by Guided Tissue Regeneration Technique: Case Report

Abubekir ELTAS,^a
Fuat AHMETOĞLU,^b
Mustafa Özay USLU,^a
M. Sinan OCAK^b

^aPeriodontoloji AD,
^bEndodonti AD,
İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Malatya

Geliş Tarihi/Received: 14.06.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 06.12.2011

*Bu olgu sunumu, Türk Periodontoloji
Derneği 41. Bilimsel Kongresi
(20-22 Mayıs 2011, İstanbul)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Abubekir ELTAS
İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Periodontoloji AD, Malatya,
TÜRKİYE/TURKEY
abubekir.eltas@inonu.edu.tr

ÖZET Endodontik ve periodontal lezyonlar apikal foramen, lateral ve aksesuar kanallar ile dentinal tübüller yoluyla etkileşim gösterirler. Kombine lezyonların başarılı tedavisi ancak endodontik ve periodontal tedavilerin birlikte uygulanması ile mümkündür. Özellikle ileri derecede doku kayıpları olan defektlerin geleneksel yöntemlerle tedavisi zor olabileceğinden, bu lezyonların tedavisinde yönlendirilmiş doku rejenerasyon (YDR) tekniğinin alternatif olabileceği düşünülmektedir. Kliniğimize başvuran 30 yaşındaki erkek hastanın klinik muayenesinde maksiller lateral dişin vestibül yüzünde kök ucuna kadar uzanan periodontal cep varlığı (10 mm) ve kök ucu bölgesinde fenestrasyon vardı. Endodontik-periodontal lezyonlu bu dişe apikal rezeksiyon ve kanal tedavisinin yanı sıra ksenojenik kemik grefti ve allojenik kollajen membran kullanılarak periodontal flep operasyonu yapılmıştır. Bu olgu sunumunda, endodontik cerrahi ile eş zamanlı gerçekleştirilen yönlendirilmiş doku rejenerasyon tekniği ile ileri periapikal ve periodontal yıkım gözlenen, maksiller lateral dişin tedavisi ve 6 aylık takibi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yönlendirilmiş doku rejenerasyonu; kök kanalı tedavisi

ABSTRACT Endodontic and periodontal lesions interact through the apical foramen, lateral canals, accessory canals and dentinal tubules. The successful treatment of combined endodontic and periodontal lesions is possible with application only together. Defects which have especially advanced tissue loss may be difficult to treat with traditional methods, guided tissue regeneration in the treatment of these lesions (GTR) is thought to be an alternative technique. 30 year-old male patient admitted to our clinic and after clinical examination there was a fenestration and a periodontal pocket (10 mm) extending to the root apex of the vestibule surface of maxillary lateral tooth. After canal treatment and apicoectomy of the tooth with endodontic-periodontal lesion, periodontal flap surgery was made using xenogenic bone graft and allogenic collagen membrane. This case report presents the treatment of advanced periapical and periodontal destruction with guided tissue regeneration technique performed simultaneously with the endodontic surgery and 6-month follow-up of maxillary lateral tooth.

Key Words: Guided tissue regeneration; root canal therapy

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2013;19(3):225-9

Diş kayıplarının nedenleri çok çeşitli olsa da dişin mortalitesine etkili olan en genel iki durum periodontal ve pulpal hastalıklardır. Endodontik ve periodontal hastalıklar akut ve kronik formlarda bulunabilir ve her iki durum için de cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi seçenekleri mevcuttur.¹ Periodontal ve pulpal lezyonlar apikal foramen, lateral ve aksesuar kanallar ile dentinal tübüller yoluyla etkileşim halindedirler. Bu etkileşim en başta apikal foramenden olmakla beraber diğer yolların etkileme

olasılığı sement ve dentin dokusunun bakteri ve ürünlerine karşı fizyolojik bir bariyer oluşturabileceğinden dolayı düşük görülür. Pulpal ve periodontal dokuları aynı anda içeren lezyonların kaynağı incelendiğinde Simon ve ark. bu lezyonları; primer endodontik, primer endodontik sekonder periodontal, primer periodontal, primer periodontal sekonder endodontik veya gerçek kombine lezyonlar olarak sınıflandırmışlardır.^{2,3}

Kombine lezyonların tedavisi endodontik tedavi ve periodontal tedavinin birlikte uygulanması ile mümkündür. Periapikal patolojisi bulunan dişlerde, marjinal kemik kayıp miktarının prognozu olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmiştir.⁴

Yönlendirilmiş doku rejenerasyonu (YDR) tekniğinin, geleneksel yöntemlerle zor olan bu lezyonların tedavisinde bir alternatif olabileceği düşünülmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili sınırlı sayıda olumlu sonuç bildiren olgu raporu yayımlanmıştır.⁵⁻⁹

Bu olgu sunumunda, endodontik-periodontal sorunlu sağ maksiller lateral dişin endodontik cerrahi ile eş zamanlı gerçekleştirilen yönlendirilmiş doku rejenerasyon tekniği ile tedavisi ve 6 aylık takibi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Sistemik rahatsızlığı bulunmayan 30 yaşındaki erkek hasta, maksiller sağ lateral dişteki 2 yıldır devam eden fenestrasyon şikâyeti ile İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniğine başvurdu. Uygulanabilecek tedavi alternatifleri hastaya ayrıntılı bir şekilde anlatıldıktan sonra aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Kök apeksi bölgesinde mukozada perforasyon ve diş taşı varlığı, ayrıca vestibülden yapılan periodontal sondalamada kök apeksine kadar uzanan cep varlığı mevcuttu. Radyogramda kökün mesialinde radyolüsent bölge görüldü (Resim 1, 2). Dişin mesialinde 7 mm, vestibülünde 10 mm'lik cep vardı. Bulgular lezyonun kompleks endodontik-periodontal bir lezyon olduğunu işaret etmekteydi. Pulpa derin periodontal cep yoluyla apekten enfekte olmuştu. Dişin mobilitesi: 2 (Miller) ve jinjival indeksi: 2 (Löe ve Silness) idi. Tam kalınlık flep ile kök yüzeyi



Resim 1



Resim 2

RESİM 1,2: İlk muayenedeki klinik ve radyogram görüntüleri.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

açıldı, granülasyon dokuları temizlendi ve kök yüzeyi düzleştirilmesi yapıldı. Granülasyon dokuları temizlendikten sonra diş kökünün vestibül yüzeyindeki alveol kemiğinin tamamen rezorbe olduğu, mesialinde ise alveol kemiği seviyesinin mine-sement sınırından 6 mm apikalde olduğu görüldü. Aynı seansta kök ucu 1-2 mm alev uçlu frezle kısaltılıp retrograd dolun için ront frezle hazırlandıktan sonra dişin kök kanal tedavisi ile beraber kök ucu da retrograd amalgam dolgu ile restore edildi (Resim 3). Retrograd dolgu maddesi olarak kolay uygulanabilirliği, radyopak olması ve doku tarafından toleransının iyi olmasından dolayı amalgam tercih edildi.¹⁰ Granülasyon dokuları temizlendikten ve kök ucu kısaltıldıktan



RESİM 3: Granülasyon dokuları uzaklaştırıldı, kök yüzeyi düzleştirildi ve kök kanal dolgusu yapıldı.

(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

sonra yukarıda tanımlanan diş kökünün mesialinde ve apikalinde oluşan defekt bölgesine sığır menşeli inorganik, ksenojenik kemik grefti hastanın kanı ile ıslatıldıktan sonra vestibüldeki kök yüzeyini örtecek ve kök ucunun altındaki ve kökün lateralindeki defekt bölgelerini dolduracak şekilde yerleştirildi (Bio-Oss spongiosa 0,5-1,0 mm, Geistlich, İsviçre) (Resim 4). Daha sonra greft materyalinin üzeri rezorbe olabilen allojenik kollajen membran ile tamamen örtüldü (Bio-Gide, Geistlich, İsviçre) (Resim 5). İpek sütür ile flep bölgesi sütüre edildikten sonra, kapilleritesi yüksek olan ipek sütürün sıvı absorpsiyonunu ve yara içine bakteri adezyonunu azaltmak için operasyon bölgesi periodontal örtü ile kapatıldı.¹¹ Hastaya operasyon sonrası oral penisilin (amoksisilin) ve klorheksidin içerikli ağız gargarası reçete edildi.

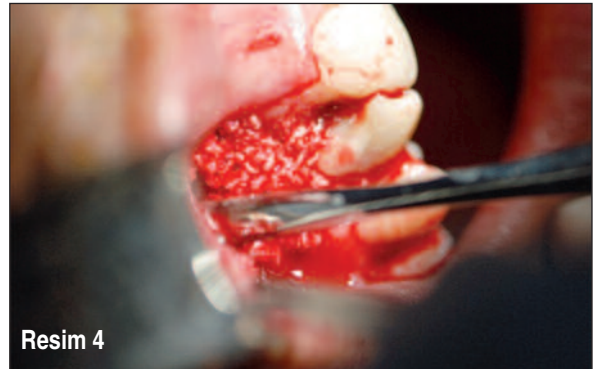
Operasyondan 2 ve 4. hafta sonra hasta kontrollere çağrıldı. İkinci hafta da periodontal örtü kaldırıldı ve suturlar alındı. Altı ay sonra diş klinik ve radyografik olarak değerlendirildi (Resim 6, 7). Dişin vestibülünden mesial, mid-bukkal ve distalinden olmak üzere 3 ayrı noktadan sondalama yapıldı ve sondalanan ortalama cep derinliği 2,2 mm olarak ölçüldü. Mesialdeki sondalama derinliği ise ortalama 2,0 mm olarak ölçüldü. Klinik muayene de ayrıca dişte mobilitenin olmadığı ve vestibüldeki mukoza perforasyonun tamamen düzeldiği görüldü. Diş etinin kontur ve yapısı da tamamen normaldi. Jinjival indeks: 0 (Löe ve Silness) olarak

ölçüldü. Radyogramda ise başlangıçta kökün ucunda ve koronalde mesial kısımda görülen radyolusent alanların radyo opak alanlara dönüştüğü görüldü.

TARTIŞMA

Periapikal patolojinin ileri safhalarında marjinal periodontal yıkımın gözlenmesi durumunda, kemik grefti ve YDR uygulamasının yapılmadığı endodontik cerrahide başarı şansının %27-37 olduğu rapor edilmiştir.^{2,3} Marjinal kemiğin lokalize total kaybında başarı %37 olarak rapor edilmiştir.⁴ Başarının düşmesinde non-osteojenik dokuların periradiküler alanda ve epitelyal dokuların kök yüzeyinde büyümesi olarak görülmüştür.¹² YDR'nin kullanılmaya başlaması kayıp periodontal dokuların rejenerasyonuna olanak sağlamıştır ve endodontik cerrahideki başarısı gösterilmiştir.^{13,14}

Çalışmamızda ortaya çıkan %90 başarı oranı, YDR uygulamasının endodontik-periodontal sorunlu dişlerin tedavisinde endodontik cerrahi ile



Resim 4



Resim 5

RESİM 4,5: Defekt bölgesine ksenojenik kemik grefti yerleştirildi ve greftin üzeri kollajen membranla örtüldü.

(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



Resim 6



Resim 7

RESİM 6,7: Operasyondan 6 ay sonraki klinik ve radyogram görüntüleri.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

elde edilen başarı oranını yükseltebileceği görünümünü desteklemektedir.¹⁵ Çalışmamızın sonuçları cep derinliklerinde anlamlı azalma olduğunu ve klinik ataşman kazancını göstermiştir. Cep derinliğinin 6 ayda azalmasında kullanılan cerrahi tekniğin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Dietrich ve ark., benzer olgularda YDR tekniği ve kemik grefti kullanarak cep derinliğinde anlamlı azalma elde ettiklerini rapor etmişlerdir.¹⁶

Çalışmamızda ksenojenik kemik grefti ve allojenik kollajen membran uygulaması nedeniyle hastaların antibiyotik kullanması gerekli görülmiştir. Bu amaçla rutin cerrahi işlemlerde tercih edilen oral penisilin kullanılmıştır. Lokal antibiyotik kullanımının kemik greftlerinin etkinliğini olumsuz yönde etkilediği rapor edilmiştir.¹⁷ Çalışmamızda greftin rehidratasyonu amacıyla sadece serum fizyolojik kullanılmıştır. Ayrıca plak kontrolünün sağlanması, yara iyileşmesinin hızlanması ve enfeksiyon riskinin azaltılması amacıyla klorheksidinli gargara reçete edilmiştir.¹⁸

Çalışmamızda olgu sayısının az olması ve takip süresinin 6 ayla sınırlı olması gibi sınırlamalarla birlikte, sonuçlar endodontik cerrahi ile eş zamanlı gerçekleştirilen yönlendirilmiş doku rejenerasyon tekniğinin ileri periapikal ve periodontal yıkımın gözlendiği maksiller lateral dişlerin tedavisinde etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Britain SK, Arx T, Schenk RK, Buser D, Nummikoski P, Cochran DL. The use of guided tissue regeneration principles in endodontic surgery for induced chronic periodontic-endodontic lesions: a clinical, radiographic, and histologic evaluation. *J Periodontol* 2005;76(3): 450-60.
2. Simon JH, Glick DH, Frank AL. The relationship of endodontic-periodontic lesions. *J Periodontol* 1972;43(4):202-8.
3. Oh SL, Fouad AF, Park SH. Treatment strategy for guided tissue regeneration in combined endodontic-periodontal lesions: case report and review. *J Endod* 2009;35(10):1331-6.
4. Skoglund A, Persson G. A follow-up study of apicoectomized teeth with total loss of the buccal bone plate. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;59(1):78-81.
5. Zubery Y, Kozlovsky A. Two approaches to the treatment of true combined periodontal-endodontal lesions. *J Endod* 1993;19(8):414-6.
6. Kellert M, Chalfin H, Solomon C. Guided tissue regeneration: an adjunct to endodontic surgery. *J Am Dent Assoc* 1994;125(9):1229-33.
7. Rankow HJ, Krasner PR. Endodontic applications of guided tissue regeneration in endodontic surgery. *J Endod* 1996;22(1):34-43.
8. Zuolo ML, Ferreira MO, Gutmann JL. Prognosis in periradicular surgery: a clinical prospective study. *Int Endod J* 2000;33(2):91-8.
9. Pompa DG. Guided tissue repair of complete buccal dehiscences associated with periapical defects: a clinical retrospective study. *J Am Dent Assoc* 1997;128(7):989-97.
10. Ahmetoglu F, Çolak KM. [Root end filling materials: review]. *Turkiye Klinikleri J Dental Sci* 2010;16(1):59-66.
11. Selçuk EH, Delilbaşı Ç, Arslan A, Şençift K. [Comparison of liquid absorption capacities of four different suture materials]. *Turkiye Klinikleri J Dental Sci* 2010;16(3):207-13.
12. Dahlin C, Linde A, Gottlow J, Nyman S. Healing of bone defects by guided tissue regeneration. *Plast Reconstr Surg* 1988;81(5):672-6.

13. Nyman S, Lindhe J, Karring T, Rylander H. New attachment following surgical treatment of human periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1982;9(4):290-6.
14. Gottlow J, Nyman S, Lindhe J, Karring T, Wennström J. New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. Case reports. *J Clin Periodontol* 1986;13(6):604-16.
15. Bashutski JD, Wang HL. Periodontal and endodontic regeneration. *J Endod* 2009;35(3):321-8.
16. Dietrich T, Zunker P, Dietrich D, Bernimoulin JP. Periapical and periodontal healing after osseous grafting and guided tissue regeneration treatment of apicomarginal defects in periradicular surgery: results after 12 months. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95(4):474-82.
17. Kim SG, Chung TY, Kim MS, Lim SC. The effect of high local concentrations of antibiotics on demineralized bone induction in rats. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62(6):708-13.
18. Aktaş A, Giray B. [Chlorhexidine rinse in dentistry: characteristics and actual usage: review]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2010;16(1): 51-8.