

# Maksiller Kaviteyondan Kaynaklı Atipik Odontaljiye Teşhis ve Tedavi Alternatifi: Olgu Sunumu

## THE DIAGNOSIS AND TREATMENT ALTERNATIVES OF ATYPICAL ODONTALGIA DUE TO MAXILLARY CAVITATION: CASE REPORT

Hilal USLU\*

\* Dr.Dr., Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Periodontoloji Bölümü, ADANA

### Özet

**Amaç:** Sol maksiller bölgede atipik şiddetli ağrı şikayeti ile başvuran hastanın şikayetinin kaynağı ve çözümü hedeflenmiştir. Ağrı sebebinin kemik kaviteyonu olup-olmadığını anlamak için cerrahi işlem uygulanması planlanmıştır.

**Olgu Sunumu:** Ağrı bölgesine uygulanan cerrahi sonrasında kemik kaviteyonu tespit edilmiş ve yönlendirilmiş kemik rejenerasyonu tekniği ile birlikte kavite içine kemik grefti uygulanmıştır. Tedaviden 12 ay sonra ağrı tekrarı olmamıştır.

**Sonuç:** Atipik fasyal ağrıların kaynağı olabilecek kemik kaviteyonunun mevcudiyeti cerrahi olarak tespit edilip tedavisinde kemik greftleri başarı ile kullanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kemik kaviteleri, fasyal ağrı, yönlendirilmiş doku rejenerasyonu

### Summary

**Purpose:** The etiology and the management was intended in a patient presenting with a severe atypical pain in the left maxillary region. A surgical approach was planned to determine whether a bone cavitation is the etiology.

**Case Report:** A bone cavitation was identified with a surgical intervention applied to the region of pain and bone graft was placed into cavity via the guided bone regeneration technique. Postoperative 12 months period was uneventful and free of pain.

**Conclusion:** A bone cavitation that could be the cause of atypical facial pain was surgically diagnosed and bone graft was used successfully for its management.

**Key Words:** Bone cavities, facial pain, guided tissue regeneration

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2005, 11:83-87

Orofasiyal ağrıların etkeni diş kaynaklı olabileceği gibi komşu dokuların patolojilerinden de olabilmektedir. Maksillanın anatomik pozisyonu ve komşulukları ağrının sebeplerini çeşitlendirmektedir. Sinüs patolojileri maksillada yansıyan ağrılara sebep olabilmekte ve bu ağrılar üst çene dişlerinin apikal patolojilerinden ya da periodontal enfeksiyonlardan kaynaklanan ağrılarla karışabilmektedir. Ağrı ile uğraşan araştırmacılar, bu tür kaynağı tam olarak saptanamayan ağrıları atipik odontojenik ağrılar ya da atipik fasyal nevralljiler olarak nitelemişlerdir (1).

Atipik odontalji (AO) dental klinisyenlerin karşılaşılabileceği belkide en zorlayıcı ve sinir bozucu durumdur. İlk olarak 1947 yılında McElin ve Horton tarafından rapor edilmiştir ve o günden beri literatürde pek çok olgu bildirilmiştir ki bunların çoğu endodontik tedavi ile ilişkilidir (2). Dişe ait

patolojinin kanıtının radyografik ya da klinik olarak mevcut olmadığı, diş çekiminin yapıldığı ya da dişli bölgede diş ağrısı gibi kendini gösteren AO oldukça sık görülmektedir. Endodontik tedavi geçiren hastaların %3-6'sında mevcuttur (3,4). Kırklı yaşların ortaları ağırlıkta olmak üzere kadınlarda erkeklerden daha fazla rastlanmaktadır (3,5). Çocukluk hariç her yaşta olgular rapor edilmiştir. En çok molar ve premolar dişler olmak üzere maksilla mandibulaya göre daha çok etkilenmektedir (6-8).

Günümüze kadar pek çok sınıflama önerilse de henüz AO için, resmi uluslararası olarak kabul edilmiş sınıflama ve tanı kriterleri yoktur (9). Uluslararası Baş ağrısı Birliği (International Headache Society)'nin 'Kranial nevralljiler, Yüz ağrıları ve Baş ağrısı Düzensizlikleri için Tanı Kriterleri ve Sınıflama'sında AO'lar atipik yüz ağrıları ile birlikte aşağıdaki başlık altında toplanmıştır (10):

12.8-11 ve 12. gruba tam olarak uymayan yüz ağrıları (11. Grup: Kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız ve diğer yüz ve kafa yapıları ile ilişkili baş ya da yüz ağrıları,

12. Grup: Kranial nevrалjiler, sinir gövdesi ağrıları ve deafferentasyon ağrıları).

A. Günlük olarak mevcuttur ve günün büyük çoğunluğunda ya da gün boyunca devam eder.

B. Yüzün sınırlı bir bölgesinde atak şeklinde başlar. Alt ve üst çeneye yayılabildiği gibi yüzün ve boynun geniş bir bölgesine de yayılabilir. Derin ya da zayıf olarak lokalize olabilir.

C. His kaybı ya da diğer fiziksel belirtiler ile ilişkili değildir.

D. Çene ve yüz bölgesinden alınan radyografileri de içeren laboratuvar araştırmaları durum ile ilgili anomali göstermezler.

### Olgu Sunumu

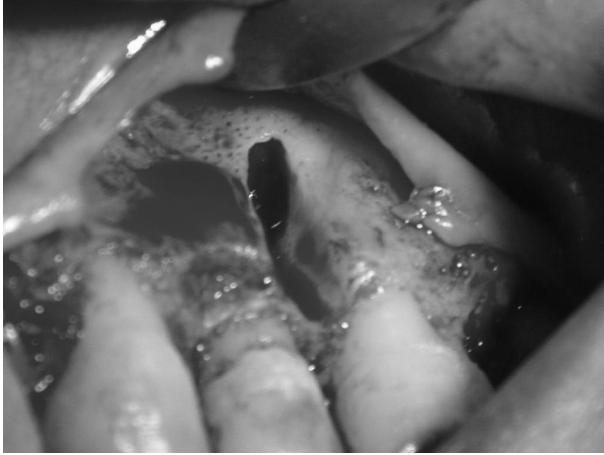
Sol üst çene 25-26 numaralı dişler bölgesinde kendiliğinden başlamış ve hiç geçmeyen şiddetli ağrı şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın yapılan klinik muayenesinde bölgedeki dişlerde çürük oluşumuna rastlanmadı (Resim 1). Alınan panoramik grafide üst çene dişlerinin sinüs komşulukları değerlendirildi. 25 numaralı dişin çevresinde periodontal cep formasyonu olup olmadığını anlamak için yapılan muayenede, mine-sement birleşiminin yaklaşık 2 mm. altında 1mm. çapında bir kavite olduğu belirlendi. Ancak gingivanın altındaki bu kaviteye tabanın nereye ulaştığı klinik muayenede tam olarak saptanamadı. Ağrının lokalizasyonunun özellikle 25 ve 26 numaralı dişler bölgesi olduğu ve 25 numaralı dişte perküsyondaki tok sesin sinüsle ilişkisi olduğunu düşündürdüğü ve apeksin sinüsle komşuluğu değerlendirilerek, 25 numaralı dişe kök-kanal tedavisi uygulanması planlandı. Ekstirpasyon ve pansuman sonrasında CaOH içeren pat (Kalsin Cals-in Atu Dental Corp), ile doldurulan kanal, cerrahi sırasında gerekebilecek çekim ve rezeksiyon işlemleri düşünülerek daimi olarak doldurulmadı. Şehir dışından gelen hasta 10 gün kadar ağrı şikayetinin geçtiğini ancak daha sonra aynı şiddette devam



**Resim 1.** Sol maksiller bölgenin tedavi öncesi radyografik görüntüsü.

ettiğini belirttiği için KBB kliniğinden konsültasyon istendi. Klinik muayene ve MR incelemesi sonucunda KBB'ye ait bir patoloji saptanamayan hastaya hastanın da izni alınarak ağrı bölgesini değerlendirmek, yabancı cisim varlığını araştırmak için cerrahi olarak inceleme önerildi. 25-26 numaralı dişler bölgesinde sulkular insizyon yapıp tam kalınlık flep kaldırıldıktan sonra 2 mm. çapında çelik cerrahi frez kullanarak 25-26 numaralı dişlerin arasındaki interdental septumun marjininin 0.5 cm altından kemik kaldırılmaya başlandı. Bukko-palatinal olarak hareket ettirilen frez yaklaşık 2 mm. sonra bir kavitenin içine düştü. Periodontal sond ile yapılan ölçümde kemik içinde yaklaşık 12-14 mm. derinliğinde ve 25 numaralı dişin kökünün distaline ve 26 numaralı dişin mezial kökünün neredeyse apeksine uzanan bir kavite tespit edildi. Kavitenin girişi uzunluğu boyunca genişletildi (Resim 2). Kavite içinde granülasyon dokusu ya da yabancı cisim tespit edilmedi. Kaviteye komşu kök yüzeyleri ve kemik doku kürete edilip serum fizyolojik ile yıkandı. Guta-perka yerleştirilerek alınan radyografide kavitenin komşulukları ve derinliği tam olarak gözlemlendi (Resim 3).

Kemik kavitesi içinde osteogenezis stimüle etmek ve boşluğu doldurmak için osteopromotif ve osteokondüktif özelliği olan trikalsiyum fosfat esaslı kemik grefti (Cerasorb, Resorbable pure phase B-tricalcium phosphate) kavite içine yerleştirildi. Bağ dokusunun kavite içine girmesini



**Resim 2.** Giriş kavitesinin açılması ve kavitenin tespiti.



**Resim 3.** Kavite tabanının guta-perka yardımı ile radyografik olarak tespiti.

engellemek için titanyumdan yapılmış rezorbe olmayan membran (Cytoflex titanium membran, Unicare Biomedical) defektin girişini kapatacak şekilde yerleştirildi ve flep kapatıldı. Hastaya %1.2'lik klorheksidin glukonat gargara, naproksen sodyum esaslı bir ağrı kesici (550 mg/gün) ve 600 mg/gün Cleocin önerildi. Membranın çıkarılması için 6 hafta sonrara randevu verildi. Bir hafta sonra dikişler alındı ve daimi kanal dolgusu yapıldı. Altı hafta sonra membran çıkarılması için verilen randevuda hastanın ağrısının kalmadığı görüldü. Membran çıkarıldığında kavitenin içinde yeni doku ve greft partikülleri gözlemlendi. Flep yerine kapatıldı ve hasta 3 aylık periyotlarda değerlendirildi (Resim 4). Tedaviden 6 ay sonra hastanın ağrı şikayeti tekrarlamamıştı (Resim 5).

## Tartışma

Ağrı, hayat kalitesini düşüren bir duygudur. Baş bölgesindeki ağrıların kaynağı dişler olabileceği gibi anatomik komşuluklardaki yapıların da patolojileri olabilir. Kemik doku içinde muhtemelen maksiller gelişim sürecinde oluşmuş kavitelere seyrek de olsa rastlanmaktadır. Bu kavite varlığı lokal ağrılara sebep olabilmektedir. Kompakt kemiklerin maskeleyesinden dolayı radyografilerde tespit edilemeyen bu oluşumların bilgisayarlı tomografi ya da kesitli görüntü alabilen panoramik cihazlar dışında tespit edilebilmesi zordur.

Kaviteli alveoler patolojileri, Brotons ve ark., alveoler kemik ve çenelerin kronik enfeksiyonu için yapılan dental çekimlere sekonder olan ve radyografik olarak tespit edilemeyen anlamlı boyutta osteopatik alveoler kavite lezyonlarının mevcudiyeti ile karakterize enfeksiyöz orijinli oral bozukluklar olarak tanımlamışlardır. Bu tür kaviteli alveoler patolojiler atipik yüz ağrıların ve idiyopatik trigeminal nevralfinin kökeninde yaygın sebep olarak ilişkilendirilmiştir. Kaviteli alveoler patolojilerin alveoler kemiğin iskemik nekrozundan kaynaklandığı görüşü 1992 yılında ortaya konmuştur (11). Son koagülasyon çalışmaları kaviteleşmenin sebebi olarak alveoler kemik iliğindeki iskemik değişiklikleri rapor etmişlerdir (11).

Alveoler kaviteleşme osteopatosi olarak adlandırılan, radyografik olarak tespit edilemeyen



**Resim 4.** Cerrahi sonrası kavitenin sentetik kemik grefti ile doldurulmuş hali.



Resim 5. Cerrahiden 3 ay sonra bölgenin görüntüsü.

enfeksiyon kaynaklı patolojiler de atipik fasiyal ağrılara sebep olabilmektedirler (12). Maksillo-fasiyal bölgedeki iskemik osteonekrozlardan kaynaklı ağrıların tedavisinde olduğu gibi bu patolojilerde de kavite bölgesinin rezeksiyonu ve küretajı önerilmektedir. Rather ve ark. da çalışmaları sonunda alveoler kavitasyonel osteopatosisten kaynaklı ağrıların tedavisinde bu kavitasyonel lezyonların içinde yeniden kemik oluşumu ile ağrı semptomunun tamamı ile ortadan kalkacağını belirtmişlerdir (12).

Periodontal dokulara zarar vermeyecek, doku kaybına sebep olmayacak ve hastanın postoperatif olarak sıkıntı çekmeyeceği sulkuler insizyon ile kaldırılan flep ile bu olguda ağrının kaynağı tespit edilebilmiştir. Kavitenin sınırlarının tam olarak tespit edilerek ve kavite duvarlarının küretajı da ağrının giderilmesi için bir alternatif olabilir. Ancak kemik grefti ve titanyum membran kullanımının amacı pek çok araştırmacının da belirttiği gibi mevcut kavite içinde kemik oluşumunu stimüle etmek ve yönlendirmektir. Aynı zamanda kaviteye komşu olan dişlerin köklerinin çevresinde yeniden periodontal ligament oluşumu için uygun ortamı sağlamak da hedeflenmiştir. Sentetik kemik greftleri periodontolojide ve ağız diş çene cerrahisinde son yıllarda güvenle kullanılan materyallerdir. Bu materyallerin membranlarla beraber kullanılmalarının ise tedavi sonuçlarını daha olumlu etkilediği yine yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (13,14). Titanyum membranlar son yıllarda

periodontal defektlerin rejenerasyonunda inert yapıları, rijit olmalarından dolayı boşluk oluşturma ve korumadaki başarıları ve ağız ortamına açıldıkları durumlarda plak retansiyonuna izin vermemelelerinden dolayı tercih edilmektedir (15,16). Uygulanan yönlendirilmiş doku rejenerasyonu yöntemi ile kavite içinde granülasyon dokusu oluşumu ya da kavitenin yeniden boş olarak iyileşmesi ve 25 ve 26 numaralı dişlerin kök yüzeylerinde zaman içinde meydana gelebilecek rezorbsiyon engellenmiştir.

Ağrı, çözüm getirilmesi en acil sorunlardan biridir. Atipik odontaljili hastalar ağrının bir an önce giderilebilmesi talebiyle baş vurdukları gibi ağrının kaynağının ne olduğunu da bilmek istemektedirler. Ağrı bölgesinin cerrahi olarak incelenmesi ve kavitasyona rastlandığı takdirde en doğru tedavi yaklaşımının seçilmesi tedavinin kalıcılığı yani ağrı hissini daimi olarak ortadan kalkması açısından önemlidir.

#### KAYNAKLAR

1. Ratner EJ, Person P, Kleinman DJ, Shklar G, Socransky SS: Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. *Oral Surg Oral Med Pathol* 48: 3, 1979
2. McElin TW, Horton DT: Atypical facial pain: A statistical consideration of 65 cases. *Ann Intern Med* 27: 749, 1947
3. Campbell RL, Parks KW, Dodds RN: Chronic facial pain associated with endodontic therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 69: 287, 1990
4. Marbach JJ, Hulbrock J, Hohn C, Segal AG: Incidence of phantom tooth pain: An atypical facial neuralgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 53: 190, 1982
5. Klausner JJ: Epidemiology of chronic facial pain: Diagnostic usefulness in patient care. *J Am Dent Assoc* 125: 1604, 1994
6. Pollmann L: Determining factors of the phantom tooth. *N Y State Dent J* 59: 42, 1993
7. Graff-Radford SB: Orofacial Pain: Assessment and management. Seattle Wash: IASP Press: 203, 1999
8. Pertes RA, Bailey DR, Milone AS: Atypical odontalgia a nondental toothache. *J N J Dent Assoc* 66: 29, 1995
9. Melis M, Lobo S, Ceneviz C, Zawawi K, Al-Badawi E, Maloney G, et al: Atypical odontalgia: A review of the literature. *Headache* 43: 1068, 2003
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 8: 1, 1988
11. Brotons A, Penarrocha M: Orofacial neurogenic pain and maxillofacial ischemic osteonecrosis. *A Review Med Oral* 8: 157, 2003

12. Ratner EJ, Langer B, Evins ML: Alveolar cavitational osteopathosis. Manifestations of an infectious process and its implication in the causation of chronic pain. J Periodontol 57: 593, 1986
13. Mclain PK, Schallhorn RG: The use of combined periodontal regenerative technique J Periodontol 70: 102, 1999
14. Schallhorn RG, Mclain PK: Combined osseous composit grafting, root conditioning and guided tissue regeneration. Int J Periodont Restor Dent 8: 8, 1988
15. Degidi M, Scarano A, Piattelli A: Regeneration of the alveolar crest using titanium micromesh with autologous bone and a resorbable membrane. J Oral Implant 29: 86, 2003
16. Celletti R, Davarpanah M, Etienne D, Pecora G: Guided tissue regeneration around dental implants in immediate extraction sockets: Comparison of e-PTFE and New titanium membrane. Int J Periodont Restor Dent 14: 243, 1994

---

**Geliş Tarihi:** 14.01.2005

**Kabul Tarihi:** 05.10.2005

**Yazışma Adresi:** Dr. Hilal USLU

Başkent Üniversitesi Adana Uygulama

ve Araştırma Merkezi

Dadaloğlu Mah. 39.Sok. No: 6, Yüreğir, ADANA

hilaluslu@hotmail.com