

Kist Benzeri Geniş Periapikal Lezyonlu Dişin Endodontik Tedavisi: Vaka Raporu

Endodontic Treatment of Teeth Associated with Extensive Cyst-Like Periapical Lesion: A Case Report

Emel Olga Öney*, Mete Üngör**, Kamran Gülşahi*

Özet

Pulpal orijinli kronik periapikal lezyonlar, oral kavitenin en sık rastlanan hastalıklarından birisidir. Bu olgu raporunda kist benzeri geniş periapikal lezyon ile karakterize sol alt birinci molar dişin cerrahi müdahale olmaksızın gerçekleştirilen endodontik tedavisi anlatılmaktadır. Tedavi boyunca kanallarda %1'lik sodyum hipoklorit ve % 0.2'lik klorheksidin glukonat solüsyonları kullanılarak irrigasyon sağlanmış, kalsiyum hidroksit kullanımı ile kanal içi medikasyon gerçekleştirilmiştir. Dokuz aylık ve 1 yıllık dönemlerde yapılan kontrollerde periapikal bölgede iyileşmenin olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Apikal kist, endodontik tedavi, kalsiyum hidroksit

Abstract

It is known that periapical lesions of endodontic origin are one of the most common diseases found in the oral cavity. This case report describes the non-surgical endodontic treatment of a large cyst-like periradicular lesion associated to the mandibular left first molar. During treatment procedure, 1% sodium hypochlorite solution and 0.2% chlorhexidine gluconate were used for irrigation and calcium hydroxide was used for the intracanal dressing. Periapical healing was observed 9-month after initial treatment and continued at the 1-year review.

Key Words: Apical cyst, endodontic therapy, calcium hydroxide

— Bu makale 11-14 Mayıs 2006 tarihinde "11th Congress of the Balkan Stomatological Society" kongresi kapsamında Sarajevo'da tebliğ edilmiştir.

* Dr. Dt. Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Endodonti A.D., Ankara

** Prof. Dr. Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Endodonti A.D., Ankara

Kronik periapikal lezyonların çoğu dental granülom, radiküler kist veya abse olarak sınıflandırılabilir. Radiküler kist veya apikal granülom tanımlaması yapabilmek için radyografilerin tek başlarına yeterli olmadığını, ilave olarak histolojik tetkiklere ihtiyaç duyulduğu bilinmektedir (1).

Kistler kendi içlerinde yapısal olarak farklı adlandırılmaktadır. Bir epitel kılıf ile tamamen çevrili kistlere "gerçek kist" adı verilirken, içerisi epitel ile döşeli ve kök kanallarıyla ilişkili kistler ise "bay kist" veya "periapikal pocket kisti" olarak tanımlanmaktadır (2,3).

Geniş periapikal lezyonların tedavi alternatifleri arasında kök kanal tedavisi (4) ve/veya apikal rezeksiyon ve çekim seçenekleri yer almaktadır (5). Bhaskar (4)'a göre, periapikal lezyonların % 42-44 oranında radiküler kist oldukları halde, bunların %85-90'ının cerrahi müdahaleye gerek kalmaksızın endodontik tedavilerle iyileştiği belirtilmiştir. Simon (2) ve Ramachandran Nair (3) ise bir epitel kılıf ile çevrili gerçek kistlerin tedavisinde cerrahi müdahalenin gerekliliğinden bahsederken, kök kanalı ile ilişkili olan bay kist veya periapikal pocket kistlerinin tedavilerinde ise endodontik tedavinin tek başına yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Periapikal lezyonların tedavisinde kanal içi medikament olarak kalsiyum hidroksit sıklıkla kullanılmaktadır. Sahip olduğu yüksek pH özelliği ile antibakteriyel etkisi bulunan materyalin inflamatuvar cevabın oluşmasını engellemesi, osteoklastların asidik ürünlerini nötralize etmesi, hücrel farklılaşmayı ve mineralizasyonu indüklemesi, endotoksinleri nötralize edici özellikleri ile periapikal doku iyileşmesi üzerinde hızlandırıcı bir etkiye sahiptir (6-8).

Bu olgu raporunun amacı kök ucunda kist benzeri periapikal lezyon bulunan sol alt 1. molar dişin cerrahi müdahale yapılmaksızın kök kanal tedavisi sonucunda uzun dönemde periapikal doku iyileşmesi yönünden izlenmesidir.

Olgu Raporu

19 yaşındaki bayan hasta sol alt 1. molar dişinde mevcut fistül ağzı şikâyetiyle Başkent Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı'na başvurmuştur. Yapılan klinik ve radyografik incelemelerde sol alt 1. molar diş ile ilişkili belirgin bir sınırlı çevrili radyolusensi (Resim 1) ve bukkal bölgede fistül ağzı tespit edilirken, elektrikli pulpa testi sonucunda dişin devital olduğu belirlenmiştir. Sistemik açıdan herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan hastanın birkaç sene önce ilgili bölgede bir şişliğin oluştuğunu belirtmesi anamnezine eklenmiştir. İlgili dişte dikey perküsyonda düşük düzeyde duyarlılık tespit edilirken, mobilitenin olmadığı belirlenmiştir.



Resim 1: Teşhis radyografisi.



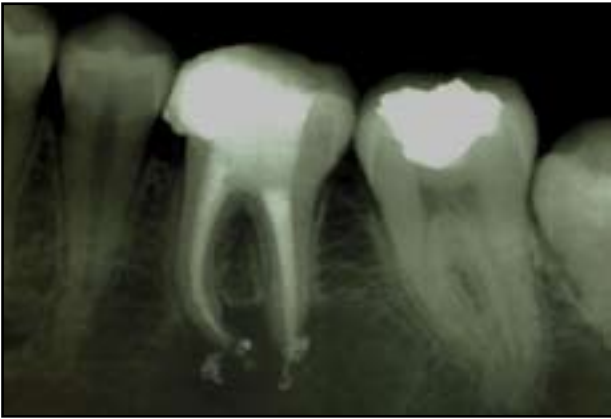
Resim 2: Çalışma boyunun hesaplanması.

Sol alt 1. molar diş giriş kavitesi açıldıktan sonra rubber-dam izolasyonu altında 15 numaralı nikel titanyum eğe ile kanalların apikalinden 1 mm kısa olacak şekilde çalışma boyları tespit edilmiştir (Resim 2). Kanalların kronal bölümleri 1, 2 ve 3 no'lu gates glidden frezleri (Produits Dentaires S.A., Vevey, Switzerland) ile prepare edildikten sonra kanallar nikel-titanyum eğeler (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) ile 40 no'lu eğeye kadar step-back tekniği kullanılarak şekillendirilmiştir. İşlem boyunca %1'lik NaOCl ve % 0,2'lik klorheksidin glukonat kullanılarak irrigasyon sağlanmıştır. Seans sonunda kanallara kalsiyum hidroksit (Merck, Darmstadt, Germany) yerleştirilmiş ve Cavit (ESPE, Seefeld/Oberbay, Germany) ile kapatılmıştır. Bir hafta sonra ilgili dişin asemptomatik olması nedeniyle kanal dolgusu AH 26 (Dentsply De Trey, Konstanz, Germany) ve gutta-perka (Diadent, Chongju, Korea) ile lateral kondensasyon tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Resim3). Kanal dolgusu öncesi kanalların apikal bölümlerinin 15 no'lu kanal eğesi ile açılması sağlanmıştır.

Hastanın durumu 9 ay ve 1 yıllık rutin takipler ile izlenmiştir. Dokuz aylık takip periyodunda yapılan radyografik incelemede taşkın kanal dolgu patının rezorbe olduğu görülmüştür (Resim 4). Bir yıllık takip periyodu sonrası yapılan klinik ve radyografik muayenede ise



Resim 3: Tamamlanan kanal dolgusu.



Resim 5: Bir yıllık dönemde alınan kontrol radyografisi.

hastanın asemptomatik olduğu ve kemikte iyileşmenin olduğu gözlemlenmiştir (Resim 5).

Tartışma

Pulpa kökenli enfeksiyonlar periapikal patolojinin sürekliliğinde önemli rol oynarlar. Kök kanal içerisinde bulunan iritanların elimine edilmesi ile immün sistemin periapikal iyileşme üzerinde hızlandırıcı bir etkisinin olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle patolojik iritanların kök kanal sisteminden uzaklaştırılması ile kistik lezyonun iyileşmesi açısından uygun bir ortam yaratılmış olur (9,10).

Kistik lezyonların tedavi alternatifleri arasında yer alan periapikal kök ucu ameliyatları birtakım dezavantajları da beraberinde getirmektedir. Bunlar; kemik desteğinin azalması, cerrahi bölgeye komşu dişleri besleyen, inerve eden kan damarlarının ve sinirlerin tahrip edilmesi, mental foramen, alt alveolar sinir dalı ve/veya arteri, nazal kavite, maxiller sinüs gibi anatomik yapıların zarar görmesi, anatomik defektlerin oluşması, postopera-



Resim 4: Dokuz aylık dönemde alınan kontrol radyografisi.

tif ağrı, cerrahi operasyon açısından koopere edilemeyen pediyatrik hastalar olarak sıralanabilir (10,11).

Bhaskar (4), kanal preparasyonu esnasında apikal foramenin 1 mm ötesinde yapılan taşkın preparasyon sayesinde gerçek kistlerde bulunan epitel kılıfın bütünlüğünün bozulmasının amaçlandığını belirtmektedir. Seltzer (12) ise taşkın preparasyon ile kistik sıvı dirençinin sağlanması ve bu sayede iç basıncın düşürülerek iyileşmenin hızlandırılabilabileceğinden bahsetmiştir. Literatürde ise tüm bu yöntemlerin teoride geçerli olduğu ve kanıtı dayalı bilimsel bir verininin bulunmadığı belirtilmiştir (13). Tüm bu görüşler doğrultusunda vakamızda özellikle kök ucu anatomisi ve apikal daralımı bozabilecek taşkın preparasyondan özellikle kaçınılmıştır. Bununla beraber apikalde mevcut olabilecek mikroorganizmaların eliminasyonu ve apikal açıklığın sağlanması amacıyla kanalların apikal bölümlerinin 15 no'lu kanal eğesi ile açılması sağlanmıştır.

Literatürde kistik lezyonların tedavisinde konservatif bir yaklaşım olarak önerilen ve dirençin kullanıldığı bir diğer alternatif de dekompresyon yöntemidir (14). Ancak bu teknik, tedavi süresinin uzun olması ve hasta kooperasyonunun sağlanmasında yaşanan güçlükler, alveolar mukozanın inflamasyonu, dekompresyon amacıyla yerleştirilen tüpün yaratabileceği defekt, tedavi süresince periapikal lezyonda gelişebilecek akut veya kronik enfeksiyon ve dekompresyon tüpünün doku içerisine gömülmesi gibi dezavantajları da beraberinde getirmektedir. Vakamızda mevcut fistül ağzı nedeniyle bu direnç tekniğine ihtiyaç duyulmamıştır (15,16).

Sonuç olarak kök kanalındaki enfekte materyallerin biyomekanik ve kimyasal preparasyonla uzaklaştırılması, etkin bir dezenfeksiyonun sağlanması ve tam bir apikal kapatma sağlanarak gerçekleştirilen kök kanal dolgusu ile geniş periapikal lezyonların tedavisinde cerrahi yaklaşım olmaksızın başarılı olunacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Bhaskar SN. Periapical lesions-types, incidence, and clinical features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966;21:657-71.
2. Simon JH. Incidence of periapical cysts in relation to the root canal. *J Endod* 1980;6:845-8.
3. Ramachandran Nair PN, Pajarola G, Schroeder HE. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996;81:93-102.
4. Bhaskar SN. Nonsurgical resolution of radicular cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972;34:458-68.
5. Natkin E, Oswald RJ, Carnes II. The relationship of lesion size to diagnosis, incidence and treatment of periapical cysts and granulomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;57:82-94.
6. Tronstad L, Andreasen JO, Hasselgren G, Kristerson L, Riis I. pH changes in dental tissues after root canal filling with calcium hydroxide. *J Endod* 1981;7:17-21.
7. Seux D, Couble ML, Hartmann DJ, Gauthier JP, Magloire H. Odontoblast-like cytodifferentiation of human dental pulp cells in vitro in the presence of calcium hydroxide-containing cement. *Arch Oral Biol* 1991;36:117-28.
8. Safavi KE, Nichols FC. Effect of calcium hydroxide on bacterial lipopolysaccharide. *J Endod* 1993;19:76-8.
9. Maalouf EM, Gutmann JL. Biological perspectives on the non-surgical endodontic management of periradicular pathosis. *Int Endod J* 1994;27:154-162.
10. Shah N. Nonsurgical management of periapical lesions: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;66: 365-71.
11. Morse DR, Bhambhani SM. A dentist's dilemma: non-surgical endodontic therapy or periapical surgery for teeth with apparent pulpal pathosis and an associated periapical radiolucent lesion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70:333-40.
12. Seltzer S. *Endodontology-Biologic Consideration in Endodontic Procedures*. 2nd edn. Philadelphia, PA, USA: Lea and Febiger; 1988. pp. 412-28.
13. Valois CR, Costa-Junior ED. Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy - case report. *Braz Dent J* 2005;16:254-8.
14. Çalışkan MK, Türkün M. Periapical repair and apical closure of a pulpless tooth using calcium hydroxide. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:683-7.
15. Neaverth EJ, Burg HA. Decompression of a large periapical cystic lesions. *J Endod* 1982;8:175-82.
16. Wong M. Surgical fenestration of large periapical lesions. *J Endod* 1991;17:516-21.

Yazışma Adresi:

Dr. Dt. Emel Olga Önay
Başkent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Diş Hastalıkları ve Tedavisi ABD,
Endodonti BD 11. sok. No:26 06490 Bahçelievler – ANKARA.
Telefon: (312) 2151336
Fax: (312) 2152962
e-mail: eonay@baskent.edu.tr