

ORTODONTİK TEDAVİ SONRASI GÖZLENEN DİŞETİ ÇEKİLMESİNİN PERİODONTAL PLASTİK CERRAHİ İLE TEDAVİSİ-VAKA SUNUMU*

Periodontal Esthetic Surgical Treatment of Gingival Recession that Occured after Orthodontic Treatment - Case Report

Bilgenur ŞAHİN**

Murat AKKAYA**

ABSTRACT

Gingival recession is defined as apical migration of gingival margin on facial, lingual or interproximal surfaces. In case of thin buccal bone, orthodontic forces during an orthodontic treatment may result in resorption of buccal bone and gingival recessions. This case report presents treatment of gingival recession of a patient who had a history of an orthodontic treatment two years ago. Although a careful examination of the patient was done before surgery, at the surgery after the flap's elevation we saw that there was no bone on the buccal aspect of the donor tooth, so we decided to change the surgical technique. After a 12 months follow up period, surgery site was stable and gingival recession was regenerated with new connective tissue and epithelium. Patient was satisfied with the aesthetic result.

Key words: orthodontic force, gingival recession, periodontal plastic surgery

ÖZET

Fasial, lingual veya interproksimal alandaki dişeti/yumuşak doku çekilmeleri ve marjinal dokunun mine-sement birleşiminin apikaline doğru yer değiştirmesi dişeti çekilmesi olarak tanımlanır. Ortodontik tedavi sırasında uygulanan kuvvetler ve bukkal kemiğin ince olduğu durumlar dişeti çekilmelerinin etiyolojisinde yer almaktadır. Bu vaka raporu kliniğimize müracaat eden genç hastanın ortodontik tedavi sonrasında izlenen dişeti çekilmesinin, yapılan klinik muayene sonucu oluşturulan

cerrahi işlem planlamasının operasyon esnasında karşılaşılan beklenmedik durum nedeniyle değiştirilmesini ve bu duruma göre düzenlenen yeni tedavi planlamasını yansıtmaktadır. 12 aylık takipte yapılan cerrahi işlem sonucu çekilme dişeti ile büyük ölçüde kapatılarak hasta memnuniyeti sağlanmıştır. Ortodontik tedavi gören hastalarda mukogingival cerrahi işlemler planlanırken çok daha dikkatli olunmalıdır.

Bu vaka raporu kliniğimize müracaat eden genç hastanın ortodontik tedavi sonrasında izlenen dişeti çekilmesinin tedavisini yansıtmaktadır. Yapılan klinik muayene sonucu oluşturulan cerrahi işlem planlamasının operasyon esnasında karşılaşılan beklenmedik durum nedeniyle değiştirilmesini ve bu duruma göre düzenlenen yeni tedavi planlaması gösterilmektedir.

Anahtar sözcükler: ortodontik kuvvetler, dişeti çekilmesi, periodontal plastik cerrahi

GİRİŞ

Gingivitis, periodontitis gibi iltihabi periodontal hastalıklarla birlikte periodontoloji kliniğinde en yaygın görülen sorunlardan biri dişeti çekilmeleridir. Dişeti çekilmesi, serbest dişeti kenarının mine-sement sınırının apikaline doğru yerdeğiştirmesi olarak tanımlanır(1).

Dişeti çekilmeleri sonucu, hastalarda estetik kaygıların yanı sıra fonksiyon kaybına yol açabilen dentin hassasiyeti ve kök çürükleri de

* Bu vaka raporu, Türk Periodontoloji Derneği'nin 41. Bilimsel Kongresinde poster olarak sunulmuştur (20-22 Mayıs 2011, İstanbul).

** Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı

görülebilmektedir. Bu sebeplerle, çekilme olan bölgenin kapatılması hastanın şikayetlerinin giderilmesinde büyük önem arz etmektedir. Dişin anatomisi ve malpozisyonu, mekanik travma, travmatik kötü alışkanlıklar, okluzal travma, alveolar kemiğin ve dişetin ince olması, ortodontik diş hareketi, lokal plak retansiyon faktörleri, periodontal hastalık ve sigara gibi etkenlere bağlı dişeti çekilmesi oluşabilir(2). Dişeti çekilmesi sonucu estetiğin bozulması, dentin hassasiyeti, kök çürükleri, kök aşınmalar, plak retansiyonu ve dişeti kanamasında artış gibi komplikasyonlar gelişebilir(3).

Çekilmelerin kapatılmasında, serbest dişeti grefti,(4-5) laterale pozisyone flep (6-7), yönlendirilmiş doku rejenerasyonu(8) ve subepitelyal bağ dokusu greftinin uygulandığı yada uygulanmadığı(9) koronale pozisyone flep(10-11) gibi pek çok teknik geliştirilmiştir ve başarıyla uygulanabilmektedir. Tedavi başarısında, vakayı değerlendirme ve vakaya özgü teknik seçimi çok önemlidir. Bu vaka raporu ortodontik tedavi sonrası meydana gelen dişeti çekilmesinin periodontal plastik cerrahi ile tedavisini göstermektedir.

VAKA

18 yaşındaki kadın hasta 2009 Haziran ayında Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji kliniğine 41 no'lu diş bölgesinde dişeti çekilmesi şikayetiyle geldi. Hastanın asıl şikayeti estetik kaygısı olmasıydı. İlgili diş ve çevresindeki dişlerdeki cep derinlikleri (CD), gingival indeks (GI), plak indeksi (PI), sondlamada kanama (SK) ve dişeti çekilmesi (DÇ) değerleri Tablo 1' de verilmiştir.

	42 (midbukkal)	41 (midbukkal)	31 (midbukkal)
CD	1	1	1
GI	0	0	0
PI	0	0	0
SK	(-)	(-)	(-)
DÇ	0	5	0

Tablo:1 operasyon öncesi

İki yıl önce tamamlanmış ortodontik tedavi hikayesi vardı. Bölgenin değerlendirilmesinden sonra, 41 no'lu diş laterale pozisyone flep uygulanmasına karar verildi (Resim 1). 2% lidokaine 1:100,000 epinefrin ile lokal anestezi uygulandı. Ameliyat sırasında flep kaldırıldığında 42 no'lu dişin bukkalinde kemiğin ol-

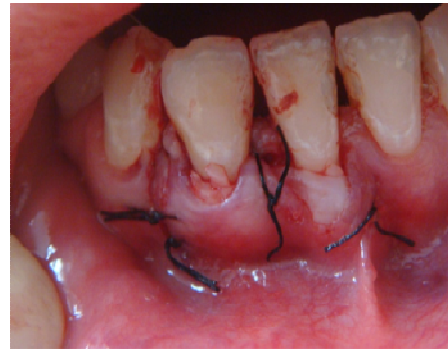
madığı görüldü (Resim 2). Seçilen cerrahi işlem tekniği değiştirilerek bölgeye palatinal bölgeden alınan subepitelyal bağ dokusu grefti uygulandı. Greft 5.0 ipek suturela suture edildi (Resim 3). Süturlar işlemden 10 gün sonra alındı. Hastaya 0.12% klorheksidin günde iki kez ağız gargarası, 6 saatte 1 ağrı olursa analjezik (naproksen sodyum) ve antibiyotik (amoksisilin) reçete edildi. Kontrol seansları işlem sonrası 1.ay ve 6.ay idi. 6.ayda hasta 42 no'lu dişte dişeti çekilmesi şikayetiyle geldi.



Resim 1: 41 no'lu dişin bukkalindeki çekilmeyi gösteren klinik fotoğraf



Resim 2: I. operasyon sırasında 41, 42 no'lu dişlerin klinik fotoğrafı



Resim 3: I. operasyonun bitimini takiben alınan klinik fotoğraf

Yapılan muayenede 42no'lu dişte 3 mm dişeti çekilmesi olduğu saptandı ve 42no'lu diş kuronale pozisyone flep cerrahisi uygulanmasına karar verildi(Resim 4). 2.cerrahi öncesi klinik parametreler tablo 2 de verilmiştir. Cerrahi hazırlık prosedürleri daha önceden anlatıldığı gibi yapıldıktan sonra kuronale pozisyone flep uygulandı. Operasyon sonrası hasta bilgilendirildi ve reçete verildi. 10 gün sonra dikişler alındı. Hasta periodik kontrollere tabi tutuldu. 6 ay sonraki kontrolde ilgili bölgede 2mm kapanma olduğu saptandı. 12 aylık kontrolünde de hastanın durumu stabildi (Resim5). Operasyondan 12 ay sonraki klinik parametreler tablo 3 de verilmiştir.



Resim 6,7: II. operasyondan 12 ay sonraki klinik fotoğraf



Resim 4: I. Operasyondan 6 ay sonraki / II. operasyon öncesi klinik fotoğraf



Resim 5: II. operasyon sonrası gösteren klinik fotoğraf



Resim 6,7: II. operasyondan 12 ay sonraki klinik fotoğraf

	42 (midbukkal)	41 (midbukkal)	31 (midbukkal)
CD	1	1	1
GI	0	0	0
PI	0	0	0
SK	(-)	(-)	(-)
DÇ	3	0	0

Tablo:2 1.cerrahi sonrası 6.ay

	42 (midbukkal)	41 (midbukkal)	31 (midbukkal)
CD	1	1	1
GI	0	0	0
PI	0	0	0
SK	(-)	(-)	(-)
DÇ	1	0	0

Tablo:3 2.cerrahi sonrası 12.ay

TARTIŞMA

Mandibular anterior bölgede bukkal kemik sıklıkla incedir. Ortodontik kuvvetlerle birlikte bukkal kemik rezorpsiyonu buna bağlı fenestrasyon veya dehiscens görülme olasılığı vardır. Kuvvet uygulanırken palatal kök torku verilmesiyle dişeti çekilmesi ve dehiscens riski azaltılabilir(12).

Mukogingival cerrahi tekniğinin seçiminde kaybedilen kemik miktarı, çekilmenin mukogingival hatta uzanıp uzanmaması, çekilmenin derinliği ve genişliği önemli rol oynar. Ortodontik tedavi gören hastalarda kemik apozisyonu/rezorpsiyonu olduğu için mukogingival cerrahi tekniğin seçiminde çok daha dikkatli olunmalıdır(12-13). Laterale pozisyone flep cerrahisinin en temel kuralı verici sahada dişeti çekilmesi yada derin cebin

olmasıdır. Yaptığımız klinik muayenede hastanın 42 no'lu dişinde dişeti çekilmesi ve derin cep saptanmasına rağmen operasyon sırasında dişin bukkal yüzeyinde kemik gözlene-memiştir. Bu da seçilen cerrahi tekniğin değiştirilmesini ve 2.cerrahi işlem uygulamayı gerektirmiştir. Bu durum ortodontik tedavi gören hastalarda teknik seçiminin çok daha dikkatli bir şekilde yapılması gerektiğini göstermiştir.

REFERANSLAR

- 1- Wennstrom JL. Mucogingival therapy. Ann Periodontol 1996;1:671-701.
- 2-Al-Wahadni A, Linden GJ. Dentine hypersensitivity in Jordanian dental attenders. A case control study. J Clin Periodontol 2002;29:688-93.
- 3- Tugnait A and Clerehugh V. Gingival recession-its significance and management, J Dent, 2001;29, 381-94
- 4-Miller PD Jr, Binkley LH Jr. Root coverage and ridge augmentation in Class IV recession using a coronally positioned free gingival graft. J Periodontol. 1986;57:360-3.
- 5-Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent. 1985;5:8-13.
- 6- Patur B. The rotation flap for covering denuded root surfaces - a closed wound technique. J Periodontol. 1977;48:41-4.
- 7-Grupe HE, Warren RF Jr. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. J Periodontol 1956;27: 92-5.
- 8-Trombelli L, Schincaglia GP, Scapoli C, Calura G. Healing response of human buccal gingival recessions treated with expanded polytetrafluoroethylene membranes. A retrospective report. J Periodontol. 1995;66:14-22.
- 9- Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol 1985; 56:715-720.
- Bernimoulin JP, Lüscher B, Mühlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. J Clin Periodontol. 1975;2:1-13.
- 10-Tenenbaum H, Klewansky P, Roth JJ. Clinical evaluation of gingival recession treated by coronally repositioned flap technique. J Periodontol. 1980;51:686-90.
- 11- Bernimoulin JP, Lüscher B, Mühlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. J Clin Periodontol. 1975;2:1-13.
- 12- Chay SH, Rabie ABM: Repositioning of the gingival margin by extrusion. Am J Orthod Dentofac Orthop 2002;122:95-102.
- 13- Agrawal N, Rosaiah K, SSV. Prasad Periodontal Plastic Surgery for Cosmetic Root Coverage: A Case Report. People's Journal of Scientific Research 2010;3:27-30

Yazışma Adresi:

Dt. Bilgenur ŞAHİN
Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı
06500 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 296 56 90
Cep: 0 (543) 8507987
e-mail: dr.dt.bilgenur@gmail.com