

LOKALİZE AGRESİF PERİODONTİTİSTE KOMBİNE ORTODONTİK/ PERİODONTAL TEDAVİ - (BİR OLGU)***

Dr. Filiz ACUN KAYA*
Dr. K. Oya DARI*

Dt. Yücel ÖZBAŞ**
Yrd. Doç. Dr. Osman DARI**

ÖZET

Erken dönemde görülen periodontitislerde periodontal ataşmada çok hızlı ve kısa sürede bir yıkım görülürken, erişkin tip periodontitislerde yıkım daha az ve yavaş biçimde seyreder.

Ortodontik tedaviye ihtiyaç duyulan periodontitisli bireylerde kombine ortodontik ve periodontal tedaviler arasında çok sıkı bir işbirliği gerekmektedir. Tedavi planlanmasında, biomekanik prensiplerin yanı sıra dokuların fizyolojik durumu da göz önüne alınmalıdır. Çünkü periodontitisli bireylerdeki ataşman düzeyi, sağlıklı bireylere göre oldukça azalır. Geçmiş dönemlerde, periodontal olarak etkilenmiş bir dişin prognozu zayıf veya umutsuz olarak değerlendirilmiş ve ortodontik tedavi öncesi bu dişlerin çekimi yoluna gidilmiştir.

Çalışmamızda, ortodontik tedavi gereksinimi ile kliniğimize başvuran lokalize agresif periodontitisli bir hastaya; ortodontik tedavi öncesi ve sonrasında uygulanan periodontal tedavi prosedürlerinin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Lokalize Agresif Periodontitis, Kombine Ortodontik/Periodontal Tedavi, Kemik Grefti,

GİRİŞ

Dişin destek dokularının iltihabı olarak tanımlanan periodontitis; ağız boşluğunda en sık görülen hastalık grubudur. İltihabın yayıl

COMBINED ORTHODONTIC/PERIODONTAL TREATMENT IN LOCALIZED AGGRESSIVE PERIODONTITIS - (ONE CASE)

SUMMARY

There is a very rapid attachment loss in early onset periodontitis while loss in adult periodontitis is slower and less.

There should be a very close cooperation between orthodontic and periodontal therapies in individuals with periodontitis who need orthodontic treatment. In the treatment planning, physiologic status of the tissues should be considered together with biomechanic procedures. The attachment levels are decreased in individuals with periodontitis as compared to healthy individuals. Formerly, because of the poor prognosis of periodontal effected teeth, they were extracted before orthodontic treatment.

In our study; it is aimed to present the periodontal therapies performed pre and post orthodontic treatment of a patient with localized aggressive periodontitis who applied to our faculty with the need of orthodontic treatment.

Key Words: Localized Aggressive Periodontitis, Combined Orthodontic/Periodontal Treatment, Bone Graft,

masına bağlı olarak yıkım olgusu, dişetini (gingivitis) ve/veya periodontal ligament ile alveoler kemiği (periodontitis) etkiler.¹ Hastalığın başlamasında ve gelişmesinde esas olarak bakterilerin zararlı etkileri ve konağın savunma sistemleri arasındaki etkileşimler

* Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı

** Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı

*** Bu makale; Türk Dişhekimliği Birliği 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi İstanbul, 17-22 Mayıs 2004'te poster olarak sunulmuştur.

rol oynamaktadır.²⁻⁷ Bakteri plağının yanısıra doku direncini değiştirecek, hastalıkta hazırlayıcı rol oynayabilecek lokal ve sistemik etkenlerin varlığı da bilinmektedir.^{1,3,8} Sistemik hastalıklar ve hormonal değişimler, periodontal hastalıkların hazırlayıcı etkenleri olarak kabul edilirler.

Agresif Periodontitis (AP), puberte döneminde meydana gelen hormonal değişimler sonucunda başlar (11-13 yaş) fakat puberteden sonra teşhis edilir. Sağlıklı adölesanlarda görülen, daimi dentisyonda 1'den fazla diş çevreleyen, az miktarda plak veya enflamasyon bulguları olmaksızın alveolar kemiği etkileyen ve kemik kaybına neden olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın bulguları önceleri dejeneratif bir hastalığın belirtileri olarak algılanmış ve periodontosis adı verilmiştir.¹ Lezyonlar 1. molarlar ve/veya kesicileri tutar, horizontal-çanak tarzında yıkım vardır ve lezyonlar sıklıkla simetriklerdir. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Klinik olarak dişeti dokuları normal ve bakteriyel plak birikimi azdır ve ataşman kaybı erişkinlerde görülen kaybın 4-5 katıdır. Hastalığın genetik olduğu, otozomal resesif veya x-kromozom dominant bir geçiş gösterdiği düşünülmektedir.⁹

Erişkin periodontitis ile kıyaslandığında nispeten nadir olarak gözlenmektedir. Klinik olarak erişkin periodontitisten çok farklıdır ve günümüzde bir periodontitis tipi olarak değerlendirilmektedir.¹⁰

Tedavi yaklaşımları ve girişimleri oldukça çeşitlidir. Ancak diştaşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi klasik periodontal tedavi olarak uygulanmaktadır. Takiben kimi olgularda subgingival küretaj veya flep operasyonları gerçekleştirilir. Cerrahi tedaviye ek

olarak çoğunlukla antibiyotik tedavisinde tetrasiklinler ve semisentetik tetrasiklinler tercih edilmektedir. Tetrasiklin HCl 250 mg kapsül 4x1, veya semisentetik tetrasiklinler; doksisiklin veya minosiklin 100 mg kapsül ilk gün 2x1, takip eden günlerde 1x1, 14 gün süreyle kullanılır.¹

AP'li bireylerde periodontal tedavi yaklaşımlarının yanı sıra ortodontik tedavi gereksinimleri de olabilir. Geçmiş dönemlerde, periodontal olarak etkilenmiş bu dişlerin prognozu zayıf veya umutsuz olarak değerlendirilmiş ve ortodontik tedavi öncesi çekimi yoluna gidilmiştir. AP'li hastalarda yapılan bazı çalışmalarda, ilerlemiş alveol kemiği kaybına bağlı olarak çekilen dişlerin yerine sağlıklı dişlerin hareket ettirilmesi önerilmiştir.¹¹ Periodontal desteğin azalmış olduğu sağlıklı bölgelere, biyolojik sınırlar içerisinde uygulanan ortodontik kuvvetlerin herhangi bir zarara yol açmadığı bildirilmiştir.^{12,13}

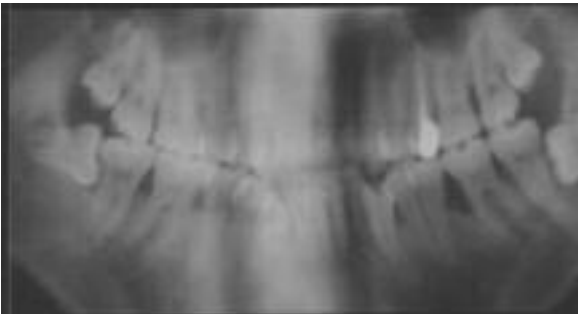
OLGU

19 yaşındaki bir bayan hasta dişlerindeki çapraşıklığı tedavi ettirmek amacı ile Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı kliniğine başvurmuştur. Yapılan klinik muayenede, hastanın periodontal tedavi gereksinimlerinin olduğu saptanmış ve hasta Periodontoloji kliniğine gönderilmiştir (Resim 1). Yapılan periodontal muayenede ve alınan indeks skorlarında; alt-üst çene keser ve molar dişlerde 5 mm ve 7mm arasında değişen cep derinliklerinin (CD= 2.40 mm) olduğu, gingival skorların GI =2 (Löe and Sillnes) ve plak skorlarının da PI= 2.53 (Sillnes and Löe) olduğu tespit edilmiştir. Radyolojik muayenesinde alınan pano-

romik grafide; molar dişlerde ve anterior keser dişler çevresinde çanak tarzında alveolar kemik kayıplarının olduğu saptanmıştır (Resim 2).



Resim 1: Ortodontik tedavi öncesi ağız içi görünüm



Resim 2: Başlangıç panoramik grafi görünümü

Bu veriler ışığında hastaya Lokalize Agresif Periodontitis (LAP) tanısı konulmuştur. Hastaya öncelikle oral hijyen eğitimi verilerek klasik periodontal tedavi olarak diştaşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi uygulanmıştır. Periodontal tedavi ve kontrollere 2'şer haftalık periyodlar halinde devam edilmiş ve kök yüzeyi düzleştirilmesi işleminden sonra semisentetik tetrasiklin grubu olan doksisisiklin etken maddeli antibiyotik (ilk

gün 2x1, takip eden günlerde 1x1 14 gün süreyle) ve %0.2'lik klorhexidin glukonat içeren gargara (1 hafta süreyle günde 2 kez) önerilmiştir. 5 ay süren tedavi sonunda sağlıklı periodontal durum sağlanmış ve hasta Ortodonti kliniğine gönderilmiştir. Yapılan ortodontik tedavi planı gereğince öncelikle hastanın sağ alt-üst 1. premolar, sol alt 1. Premolar, kanal tedavili olan sol üst 2. premolar ve horizontal pozisyonda bulunan sağ-sol alt 3. molar dişleri çekilmiştir. Hastanın sabit ortodontik tedavisi bir yıl sonunda tamamlanmış (Resim 3,4) ve bu süre zarfında periodontal kontrollere devam edilmiştir. Ancak tüm çabalara rağmen ortodontik tedavi sırasında hastanın oral hijyeni istenilen düzeyde sağlanamadığı için, hastalığın nüks etmesi önlenememiştir. Ortodontik tedavi sonunda yapılan periodontal değerlendirmede, ortodontik tedavi öncesi durumla kıyaslandığında, cep derinlikleri ve gingival enflamasyonda artış ve aynı zamanda pü formasyonunun olduğu tespit edilmiştir. Hastaya tekrar diştaşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemleri uygulanmaya başlanmıştır. Kontroller 2'şer haftalık periyodlar halinde yapılmış ve bu işlemler sırasında yine hastaya semisentetik tetrasiklin grubu olan doksisisiklin etken maddeli antibiyotik (ilk gün 2x1, takip eden günlerde 1x1 14 gün süreyle) ve %0.2'lik klorhexidin glukonat içeren gargara (1 hafta süreyle günde 2 kez) önerilmiştir. Tüm bu klasik periodontal tedaviler sonucunda; sağ üst 1. molar ve sol alt 1. molar dişlerin mesialinde bulunan kemik içi cepler elemine edilememiş ve hastaya birer aylık periyodlar ile iki flep operasyonu yapılmıştır. Operasyonlarda bu bölgelerde bulunan açısız kemik defektlerine β -trikalsiyum fosfat-hidroksiapatit içerik-

li kemik grefti uygulanmıştır. Yapılan periodontal tedavi ve cerrahi operasyonlar sonunda arzu edilen oral hijyen düzeyi ve sağlıklı periodontal durum elde edilmiştir (Resim 5). Hastanın periyodik kontrollerinde de bu durumun devamlılığının sağlandığı gözlenmiştir.



Resim 3: Ortodontik tedavi sonrası ağız içi görünüm



Resim 4: Ortodontik tedavi sonrası panoramik grafi görünümü



Resim 5: Periodontal tedaviler sonrası intraoral periapikal grafi görünümü (15 ay sonra)

TARTIŞMA

Ortodontik tedavi ile dental bozuklukların ve malokluzyonların düzeltilmesi amaçlanmaktadır. Periodontal olarak tedavi edilmiş AP'li hastalarda ortodontik tedavi yapılırken, azalmış doku desteği göz önüne alınmalıdır.¹⁴

Çeşitli deneysel çalışmalarda; azalmış alveol kemiği ve periodontal desteği zayıf olan dişlerde ortodontik diş hareketleri esnasında göz önüne alınması gereken koşullar araştırılmıştır. Yapılan çalışmalara göre; mikrobiyal dental plağın olmadığı durumlarda ortodontik kuvvetler ve diş hareketleri, dişeti iltihabına yol açmamaktadır.^{15,16}

Folio ve ark.¹⁴ AP'li hastalarda ortodontik tedavinin ikincil bir hasara yol açabileceğini, fakat azalmış periodontal doku desteği göz önüne alınarak uygulanan kuvvetlerin herhangi bir hasara yol açmadığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da, uygulanan ortodontik tedavi periodontal dokular üzerinde ikincil bir hasara yol açmamıştır. Ortodontik tedavi sonrası hastalığın nüks etmesi ortodontik tedavinin olumsuz etkisi (ikincil hasar) olarak değerlendirilmemiş, hastanın ağız hijyeninin sağlanmasındaki eksiklikler ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen klinik sonuçlar; periodontal doku yanıtı, ağız hijyeni ve kooperasyonu iyi olan agresif periodontitisli hastalarda uygulanacak olan ortodontik tedavinin periodontal semptomları arttırmayacağını düşündürmektedir. Bu tür yaklaşımların iyi yanıt verdiği ve hastaların erişkin olmaları nedeniyle düzelen okluzyonun; çiğneme fonksiyonu, fonasyon ve estetiği olumlu yönde etkilediği ve periodontal sağlığını

devamının kolaylaştırdığı açıktır. Olgumuzun Agresif periodontitisli olması ve aynı zamanda ortodontik tedavinin de uygulanmış olması, kontrol ve takiplerinde daha özenli olmayı gerektirmektedir. Bu durum gözetilerek hastamızın kontrollerine devam edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ataoğlu T, Gürsel M. Periodontoloji. syf 84-92, Damla ofset , Konya 1999.
2. Bragd L , Dahlén G , Wikström M and Slots J. The capability of Actinobacillus actinomycetemcomitans, Bacteroides gingivalis and Bacteroides intermedius to indicate progressive periodontitis; a retrospective study. J Clin Periodontol 1987; 14: 95-99.
3. Carranza FA, Newman MG. Clinical Periodontology. 8th ed.WB Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo. 1996.
4. Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW. Contemporary Periodontics. The C.V. Mosby Company, Toronto 1990: 124,126-134.
5. Grant DA, Stern IB, Everett FG. Orban's PERIODONTICS as a concept-theory and practice. Fourth edition The C.V. Mosby Company, London, 1972, pp: 206-249.
6. Loesche WJ, Syed SA, Schmidt E And Morrison EC. Bacterial Profiles of Subgingival Plaques in Periodontitis. J Periodontol 1985, 56: 447-456.
7. Ranney RR: Differential Diagnosis in Clinical Trials of Therapy for Periodontitis. J periodontol 1992; 63: 1052-1057.
8. Ünlü F, Gürses N. Ana Hatları ile Periodontoloji. Syf. 22-26, Ege Üniversitesi basımevi, Bornova, İzmir 1999.
9. Caton J. Periodontal Diagnosisi and Diagnostic Aids. In, Proceedings of the world workshop in clinical periodontics. Editorial committee Nevins M, Becker W, Kornman K, Sponsered by The American Academy of Periodontology. Underwritten by a grant from the procter& gamble Company, Cincinnati Ohio, 1989: p.1-22.
10. Armitage GC. Development of Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol 1999; 4: 1-6.
11. Compto DW, Claiborne WJ, Teiuchens LH. CombinePeriodontal Ortodontik and Fixed Prosthetic Treatment of Jüvenil Periodontitis. A Case Report. Int J Periodontol Restor Dent 1983; 3: 21-33.
12. Ericsson I, Thilander B, Bindhe J, Okornato H. The Effect of Orthodontic Tilting Movement on the Periodontal Tissues of Infected and Non- Infected Dentitions in Dogs. J Clin Periodontol 1977; 4: 278-93.
13. Fıratlı S, Fıratlı E, Ülgen M, Sandallı P, Meriç H, Uğur T. The Combined Periodontal Orthodontic Secondary Treatment of Malocclusions due to Periodontal Disease. Recent Advances in Clinical Periodontology 1991; 2: 239-41.
14. Folio J, Rams TE, Keyes PH. Orthodontic Therapy in Patients with Jüvenile Periodontitis. Clinical and Microbiological Findings. Am J Orthodon 1985; 87: 421-31.
15. Hamp SE, Bundsröm F, Nyman S. Periodontal Conditions in Adolescent Subjected to Multibanded Orthodontic Treatment with Controlled Oral Hygene. Eur J Orthodon 1982; 4: 77-86.
16. Hollender L, Ronnerman A, Thilander B. Root Resorpbtion, Marginal Bond Support aand Clinical Crown Lenght in Orthodontically Treated Patients. Eur J Orthodon 1980; 2: 197-205.

Yazışma Adresi:

Dr. Filiz ACUN KAYA

Dicle Üniversitesi DişHekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı
DİYARBAKIR

Tel: (412) 2488101-3430

Fax: (412) 2488100

e mail: facunkaya@dicle.edu.tr

