

HORİZONTAL KÖK KIRIĞI (Bir Olgu Nedeniyle)

Dr. Dt. Semra SEVİMAY*

Dt.Burak SAĞSEN*

HORIZONTAL ROOT FRACTURE (A Case Report)

ÖZET

Travmaya uğramış üst sol kanin dişin koronal 1/3 bölümünde oluşan horizontal kök kırığı vakası sunulmaktadır. Dişin pulpası nekroz olduğundan kanal tedavisine başlandı. Kök kanalına 1 ve 2 hafta aralıklarla 4 kez Ca(OH)₂ pastı yerleştirildi. Dişte klinik ve radyografik olarak herhangi bir semptom olmadığına karar verildikten sonra Thermafil dolgu tekniği ile dolduruldu ve 2, 6 ay ve 1 yıllık takibi yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Horizontal kök kırığı, Thermafil dolgu tekniği

SUMMARY

In this case, treatment of a horizontal root fracture in the coronal 1/3 of a maxillary left canine is presented. As the pulp of the tooth is non-vital, root canal treatment is applied. Ca(OH)₂ is placed in the root canal and replaced 4 times in 1 and 2 weeks intervals. After it was observed that there is no clinical and radiographic symptoms, root canal is filled with Thermafil technique and followed-up in the 2, 6 months and 1 year.

Key Words: Horizontal root fracture, Thermafil obturation technique

GİRİŞ

Dişlerde travma nedeniyle oluşan yaralanmalar, çürükten sonra acil müdahale edilmesi gereken dental problemlerin başında gelmektedir. Dental travmalar genellikle ön grup dişlerde ve genç insanlarda görülmektedir. Sürekli dişlerde travma sonucu oluşan yaralanmalarda kök kırıklarına rastlanma olasılığı % 0,5-7'dir.¹⁻⁴ Kök kırıkları, dentin, sement ve pulpayı içine alır ve kırık genellikle kökün orta üçlü bölgesinde görülmektedir.¹

Kök kırıklarının teşhisinde klinik muayene ve radyografik görüntülerin yanısıra iyi bir anamnez de faydalı olacaktır. Koronal ve orta 1/3 kök kırıklarında vitalite kaybının görülmesi, mobilite- nin fazla olması ve hekimc gidinceye kadar geçen süre önem taşımaktadır.⁵⁻⁷ Kök kırıklarının tedavi şekilleri pulpanın vital veya nekrotik olmasına göre değişir. Kırık dişin pulpası vital ise herhangi bir tedavi yapılmadan iyileşebileceği bildirilmiştir. Eğer pulpa nekrotik ise kök kanal tedavisi yapılmalıdır.⁸⁻¹⁰

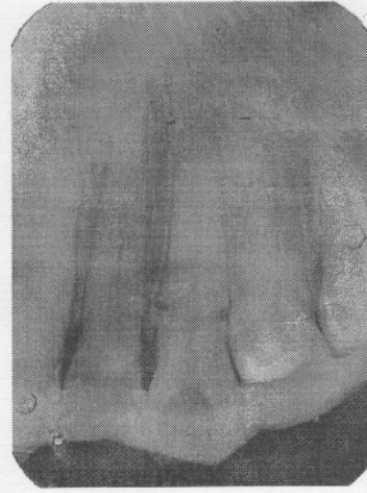
Bu vakada, genç bir bireyde travma sonucu oluşan horizontal kök kırığının tedavisi anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU

24 yaşında bir erkek hasta, travma sonucu üst sol lateral kesici (22) dişinde oluşan kron kırığı şikayetiyle 2000 yılı Ekim ayında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvurmuştur. Alınan radyografide, hastanın üst sol kanin (23) dişinde kanalın 1/3 koronal bölgesinde horizontal kök kırığı olduğu tespit edilerek Endodonti kliniğine sevk edilmiştir. Kliniğimizde hastadan alınan anamnezde, üst sol kanin bölgesine yaklaşık 1,5 ay önce travma geldiği öğrenildi ve hastanın ekstra-oral muayenesinde herhangi bir bulgu izlenmedi. İntra-oral muayenede 22 no'lu dişte pulpanın açılmadığı bir mine-dentin kırığı tespit edildi. Bu dişte perküsyon ve palpasyona duyarlılık ve mobilite gözlenmedi. Vitalometrik

*Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim Dalı Araş. Gör.

muayenede dişin vital olduğu ve radyografik incelemede kökte ve periodontal bölgede herhangi bir patolojik bulgu olmadığı görüldü. 23 no'lu dişte ise krona hafif mobilite mevcudiyeti izlendi ve perküsyon muayenesinde hafif hassasiyet artışı tespit edildi. Yumuşak dokularda herhangi bir şişlik veya fistül ağzı gözlenmedi. Periodontal muayenede herhangi bir patolojik cep varlığı izlenmedi. Vitalometrik muayene sonucunda bu dişin devital olduğu gözlemlendi. Tekrarlanan radyografilerde bu dişte kökün 1/3 koronal bölgesinde deplase olmuş ve alveol kretin altında horizontal kök kırığı gözlemlendi (Resim 1). Dişin kronunda mobilite olmasından dolayı yandaki sağlam dişlere kompozit ile pasif splint uygulandı. Dişte hafif yükselme gözlemlendiğinden insizalinde aşındırma yapıldı. Splint uygulamasından sonra kök kanal tedavisine başlandı. Kanal boyu tespitinden sonra K tipi eğelerle step-back tekniği uygulanarak kanal preparasyonu yapıldı. En son 55 no'lu K tipi eğe ile preparasyon tamamlandı. Preparasyon esnasında % 0.2'lik klorheksidin (Drogsan, Ankara, Türkiye) ve serum fizyolojik ile irrigasyon yapıldı. Kök kanalı steril paper pointler ile kurulandı ve kalsiyum hidroksit tozu steril salin ile karıştırılarak lentülo yardımı ile kök kanalına gönderildi. Daha sonra giriş kavitesi geçici restoratif materyal (IRM, Caulk, Densply, USA) ile kapatıldı. Hastaya 1 hafta sonrası için randevu verildi. Hasta randevusuna geldiğinde dişte herhangi bir semptom olmadığı görüldü. Kök kanalından çıkarılan $Ca(OH)_2$ patının kıvamının bozuk ve renginin sarımsı-yeşilimsi olduğu görüldü. Bunun, fraktür hattından gelen eksudasyon neticesi olduğu düşünüldü. Kanal tekrar % 0.2'lik klorheksidin ve serum fizyolojik ile irriga edildi, eğe yardımı ile $Ca(OH)_2$ patı temizlendi ve yeni $Ca(OH)_2$ patı kanala yerleştirildi. Hastanın tekrar 2 hafta sonraki kontrolünde dişin yine semptomsuz olduğu ancak kanaldaki $Ca(OH)_2$ patının kıvamının ilk konulduğu zamana göre nisbeten daha normal olmasına rağmen renginin hafif sarımsı olduğu görüldü. $Ca(OH)_2$ patı tekrar değiştirildi ve hasta yine 2 hafta sonraya çağırıldı. Hastanın dördüncü randevusuna geldiğinde dişin semptomsuz olduğu, hastanın herhangi bir şikayetin olmadığı ve kanalın içindeki $Ca(OH)_2$ patının temiz olduğu görülerek kanalın doldurulmasına karar verildi.



Resim 1. 23 no'lu dişin teşhis radyografisi

Kanal içindeki $Ca(OH)_2$ patı serum fizyolojik solüsyonu ve eğeler yardımıyla temizlendi. Thermafil (Densply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) setindeki guta-perka kaplanmamış, en son eğeye uygun kor materyalinin kanal içinde apikal uyumu kontrol edilerek kanal boyu tespiti yapıldı. Daha sonra, kanal duvarlarına $Ca(OH)_2$ içerikli bir kök kanal patı (Sealapex, Kerr, Romulus, USA) uygulandı ve metal core taşıyıcı Thermafil dolgu materyali alevden hafifçe geçirilerek kanal içerisine, tespit edilen uzunlukta yerleştirildi. Hastadan radyografi alınarak kontrolü yapıldıktan sonra core materyalinin dişin koronal kısmında kalan bölümü kesilerek ayrıldı (Resim 2). Giriş kavitesi geçici restorasyon materyali ile kapatıldı ve hastaya iki hafta sonrası için randevu verildi. Hasta randevusuna geldiğinde herhangi bir ağrı şikayeti olmadığı görüldü. Kavite kompozit dolgu materyali (3M ESPE Valux Plus, Germany) ile kapatıldı. Hastaya 2 ay sonra gelmesi söylendi. Bu seansta dişin tamamen semptomsuz olduğu görüldü. Alınan takip radyografisinde fraktür hattında herhangi bir değişiklik gözlenmedi (Resim 3). Daha sonra dişteki splint söküldü. Altıncı ayda yapılan kontrolde dişin semptomsuz olduğu tespit edildi ve bu seansta alınan radyografide fraktür hattında bir genişleme olmadığı, fakat, bir önceki kontrol seansından

daha fazla bir daralma olmadığı tespit edildi. Hastanın 22 no'lu dişine de protetik amaçla kanal tedavisi uygulandı.

Bir yıl sonra yapılan kontrollerde, radyografik incelemelerde kırık hattındaki deplasman aralığının küçülmediği ancak bu bölgedeki radyolüsent görüntünün yerini hafif radyoopasiteye bıraktığı izlendi (Resim 4). Klinik incelemede ise mobilitenin hastanın ilk geldiği zamana göre oldukça azaldığı ve dişte herhangi bir semptom olmadığı tespit edildi.



Resim 2. 23 no'lu dişin kanal dolgusu yapılmış görüntüsü



Resim 3. 2 ay sonraki takip radyografisi



Resim 4. 1 yıl sonraki takip radyografisi

TARTIŞMA

Travmaya bağlı kök kırıkları, kökün koronal, orta ve apikal 1/3'ünde meydana gelebilir. Yapılan incelemelerde, kökün koronal 1/3'ünde meydana gelen kırıkların oranının, orta ve apikal 1/3 bölümlerde meydana gelen kırıklardan daha az olduğu bildirilmiştir.^{4,5,7,8} Eğer fraktür hattı, alveol kretin altında lokalize ve ağız ortamıyla ilişkisi bulunmuyorsa deplase segmentin repozisyonuyla, stabilizasyonu veya oklüzyonun düşürülmesiyle tedavi edilebilir.¹¹ Koronal 1/3'de meydana gelen kırıkların tedavisi, kronun mobilitesi ve kırık hattının dişetine yakınlığı nedeniyle zordur. Bu tip vakalarda splintleme yapılması, mobiliteyi azaltacağı için tedavinin prognozunu olumlu yönde etkileyecektir.^{1,8,12,13} Kök kırığı olan dişlerde pulpada nekroz görülme olasılığı ise % 20-44 arasındadır.^{10,12,14} Buradaki vakada hastanın bize başvurduğu sırada pulpanın vitalitesini kaybettiği gözlenmiş ve kanal tedavisinin yapılmasına karar verilmiştir. Dişte mobilitenin görülmesi nedeniyle de kök kanal tedavisine başlamadan önce splintleme uygulanmış ve oklüzyon düşürülmüştür.

12. Gomes APM, Araujo EAF, Gonçalves SEP, Kraft R. Treatment of traumatized permanent incisors with crown and root fractures: a case report. Dent Traumatol 2001; 17: 236-239.

13. Herweijer JA, Forabinejad M, Bakland LK. Healing of horizontal root fractures. J Endodon 1992; 18:118-122.

14. Öztan MD, Sonat B. Repair of untreated horizontal root fractures: two case reports. Dent Traumatol 2001; 17: 240-243.

15. Weller RN, Kimbrough F, Anderson RW. A comparison of thermoplastic obturation techniques: Adaptation to the canal walls. J Endodon 1997; 23: 703-706.

16. Yates JA. Root fractures in permanent teeth: a clinical review. Int Endod J 1992; 25:150-157.

Yazışma Adresi:

Dr.Dt.Semra Sevimay
Ankara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Endodonti Anabilim Dalı
Beşevler- ANKARA