

ENDODONTİK – PERİODONTAL PROBLEMLER
(ÜÇ OLGU NEDENİYLE)*

Tamer KINOĞLU**

Hüma ÖMÜRLÜ***

Güliz GÖRGÜL***

Mehmet YALIM****

Bir dişin sağlıklı fonksiyonu, periodonsiyumu oluşturan diş eti, sement, periodontal lifler ve alveol kemiğinin sağlıklı olmasına bağlıdır. Bu bölge genellikle, direkt pulpa iltihabından veya dişeti iltihabının apikale doğru ilerlemesiyle hastalanır (6). Bu nedenle endodonti ve periodontoloji arasında sıkı bir ilişki vardır. Endodontik olarak tedavi edilen dişin aynı zamanda periapikal dokularının normale dönmesi veya normalliğinin devam ettirilmesi gerekmektedir.

Periodontal hastalık diş eti cebinden kaynaklanıp apekse kadar uzanır. İltihap ürünleri, periodontal lifleri ve çevre alveol kemiğini devamlı tehdit eder (7).

Bilindiği gibi periodontal hastalıklarda, çok yaygın olarak görülen belirtilerden biri de iltihabın proliferasyonu sonucu oluşan kök rezorbsiyonlarıdır.

Seltzer ve Bender periodontal dokuları hasta olan dişlerin pulpalarında, periodontal olarak sağlıklı dişlerin pulpalarına göre dejenerasyon ve iltihap insidansının daha fazla görülebileceğine işaret etmişlerdir.

(*) Çalışma, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Ana Bilim Dalında yürütülmüştür. Türk Periodontoloji Derneğinin 15. Kongresinde sunulmuştur.

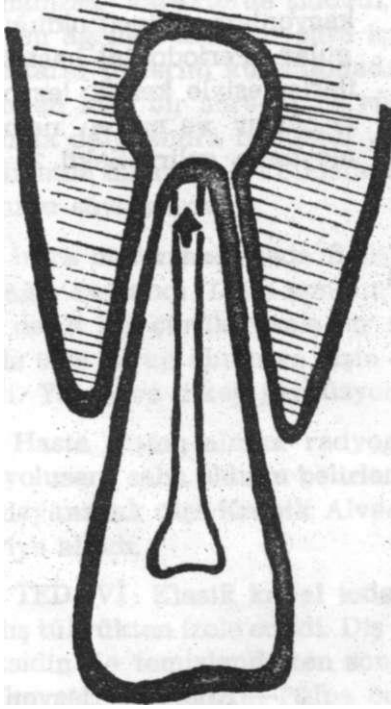
(**) Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Ana Bilim Dalı Başkam, Doç. Dr.

(***) G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları-ve Tedavisi Ana Bilim Dalı, Araştırma Görevlisi.

(****) G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Ana Bilim Dalı, Araştırma Görevlisi.

Aynı araştışıcılara göre, periodontal hastalıklar pulpayı lateral kanallar yoluyla etkileyebildiği gibi, pulpa hastalıkları da aynı kanallar aracılığıyla periodonsiyumu etkileyebilir. Ayrıca periodontal dokularda saptanan mikroorganizmalar veya bunların enzim ve toksinleri lateral kanallar aracılığıyla pulpa hücrelerini tahrip edebilir.

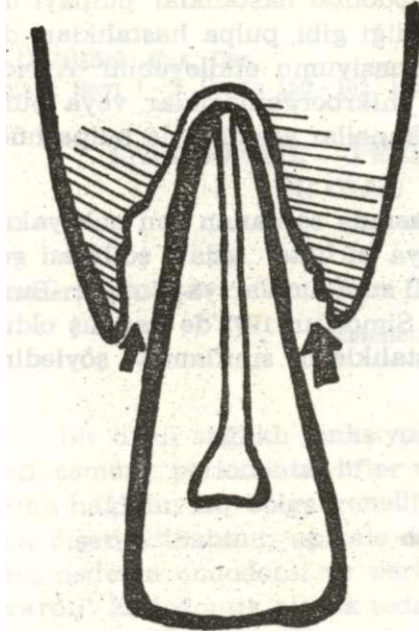
Endodonti ve periodonti arasında saptanan bu çok yakın ilişkiden dolayı olguların tek veya birlikte tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu yönde çok çeşitli sınıflamalar yapılmıştır. Bunlardan Oliet, Polbeck'in 1968'de, Simon'un 1972'de yapmış olduğu endodontik - Periodontal hastalıkların sınıflaması şöyledir:



1 — Primer lezyon endodontik, periodontal komplikasyonların ikincil olduğu olgular. Eđer primer lezyon tedavi edilmediyse ikincil olarak periodontal hastalık oluşturabilir (şekil 1).

şekil 1

Endodontik Lezyon



2 — Primer lezyonun periodontal, endodontik komplikasyonların ikincil olduğu olgular. Periodontal hastalığın ilerlemesiyle kemik lezyonları oluşur ve pulpa nekrozu meydana gelir (Şekil 2).

Periödontik Lezyon

Şekil 2



3 — **Kombine lezyonlar.** Pulpal ve periodontal problemler aynı dişte birbirinden bağımsız olarak gelişir (Şekil 3).

Endodontik-Periodontik
Lezyon

Şekil 3

Bu sınıflamayı kendimize rehber seçerek, kliniğimize başvuran hastalardan üçünü tedaviye aldık. Endodontik veya periodontal tedavinin doğru seçilebilmesi için öncelikle ayırıcı tanının doğru olarak yapılması gerekir (1, 3,4). Tedavi planı düzenlenirken klinik belirtiler, semptomlar, testler ve radyografik bulgular dikkatle değerlendirilmiştir.

KLİNİK OLGULAR

1. OLGU: Başlangıç lezyon endodontik, periodontal komplikasyonlar ikincil.

Kliniğimize **12.4.1983** tarihinde baş vuran **25** yaşmda M.A. isimli hasta, **4 - 5** ay kadar önce üst sol birinci büyük azı dişinde nabızsal karakterde şiddetli ağrıları olduğunu ve soğuk suyun bu ağrıları kısa bir süre için dindirdiğini, çiğneme sırasında o taraf dişlerini kullanmadığını belirtmekteydi. Bu şikayetlerinden kısa bir süre sonra yüzü şişerek ilgili dişin apeksi civarında daha sonra bir fistül yolu açılmıştı. Hasta, kliniğimize geldiğinde dişinde ağrı olmadığını fakat ağızında kötü bir tat olduğunu söylüyordu.

Intra oral muayenede ilgili dişin apeks bölgesinde bir fistül ağzı saptandı. Dişte sondun pulpa odasına ulaşabileceği kadar derin bir çürük, geniş bir madde kaybı vardı. Vitalite testinde **8'de** cevap alındı ve dişin devital olduğu saptandı. Diş mobil. Yatay ve dikey perküsyona hassastı.

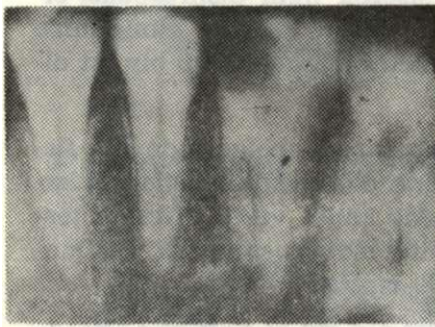
Hasta dişten alınan radyografide vestibül kökleri üzerinde radyolüsent saha olduğu belirlendi (Resim 11). Bütün bu olgulara dayanarak diş Kronik Alveoler Apse tanısı kondu, hasta tedaviye alındı.

TEDAVİ: Klasik kanal tedavisi yapıldı. Bunun için öncelikle dış tükrükten izole edildi. Diş ve çevre dokular **2/1000**'lik Klorheksidin ile temizlendikten sonra, çürük kısım steril frez ve ekskavatörlerle alındı. Pulpa odasına steril bir frezle girilerek kronal kısım yumuşak doku birikintilerinden temizlendi. Uygun tirnefler seçilerek nekrotik doku kanallardan çıkarıldı. CPMC'lı bir pamuk konularak diş geçici bir dolgu maddesiyle kapatıldı. Hasta **24** saat sonra tekrar çağırıldı. Kanalla **2,5/1000** NaOCI ile dikkatlice yıkandı, mekanik ve kimyasal olarak temizlendi. Tekrar CPMC'lı bir pamuk konularak diş geçici dolgu maddesiyle kapatıldı. Bu pansumanlar, uygun aralıklarla tekrarlandı,

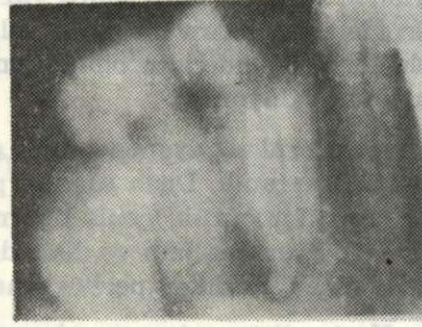
Fistül yolunun tamamen kapandığı gözlemlendikten sonra kanallar 3/100'lük H2O2 ile ve Merfen solüsyonu ile irrigte edildi. AH23 ve gutta perka konisi kullanılarak lateral kondensasyon yöntemiyle kek kanal dolgusu yapıldı. Hastadan kontrol radyografisi alındı ve belirli aralıklarla kontrole gelmesi söylendi (Resim 2).

Hasta altı ay sonra tekrar kliniğimize geldiğinde fistül ağzının sağlıklı dokuyla kapanmış olduğu ve periapikale taşan dolgunun rezerbe olduğu görüldü, radyelüsent sahada da iyileşme vardı (Resim 3). Ferküsyon duyarlılığı yoktu ve hasta o taraf dişlerini çiğneme esnasında kullanabiliyordu.

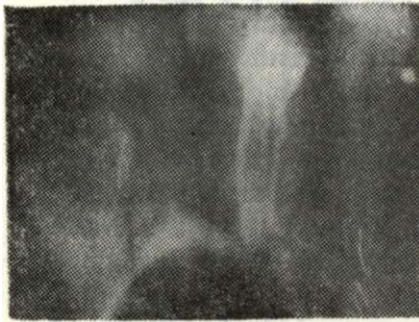
Bir yıl sonraki klinik değerlendirmesinde dişin mobilitesinin tamamen kaybolduğu ve normal fonksiyonunu yapabildiği gözlemlendi. Alman radyografide periodontal dokuların sağlığına kavuştuğu görülmektedir (Resim 4).



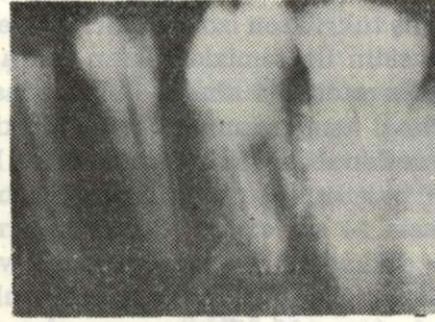
Resim 1 : Hasta kliniğe ilk geldiğinde alınan radyografi.



Resim 2 : Kanal dolgusu yapıldıktan sonra alınan radyografi.



Resim 3 : 6 ay sonra alınan radyografi,



Resim 4 : Bir yıl sonra alınan radyografi.

2. OLGU: Başlangıç lezyon periodontal, endodontik komplikasyonlar ikincil.

E.B. isimli 45 yaşında 20.4.1983 tarihinde kliniğimize başvuran hastamız anemnezinde şiddetli ağrıyı önceleri üst sol kanin dişinde lokalize edebildiğini ancak, sonradan bu ağrının o bölgede yaygınlaştığını tarif etmekteydi. Ağrı spontan olarak başlayıp dakikalarca sürmekte idi. Geceleri daha sık olmakta, soğuk yiyecekler ağrıyı arttırmaktaydı. Hasta ağrısını ancak 2 ya da daha fazla analjezik alarak dindirebiliyordu.

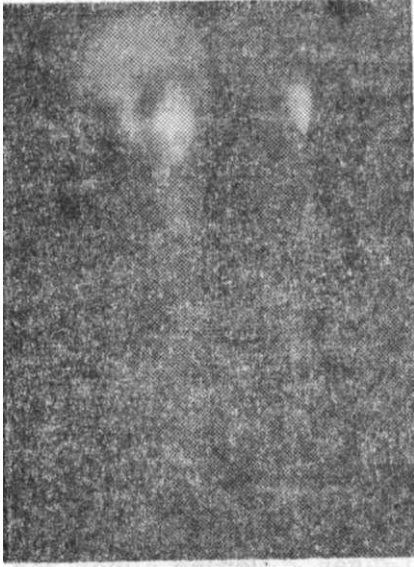
İntra oral muayenede ilgili dişte ve aynı zamanda ağzın diğer bölgelerinde plak ve diş taşları gözlemlendi. Hastaya termal testler uygulanırken sıcak guta perka dişe değdirilir değdirilmez şiddetli ağrı olduğu tesbit edildi. Hasta diş, yatay ve dikey perküsyona şiddetle cevap veriyordu. Periodontal cep derinliği 7 mm olup, dişte mobilite vardı.

Söz konusu dişten ve ağızdaki diğer dişlerden alınan radyografilerde periodontitis gözlemlendi (Resim 5). Bütün bu bulgulara dayanarak dişe akut pulpitis tanısı kondu. Hasta tedaviye alındı.

TEDAVİ: Klasik kanal tedavisi ve aynı zamanda periodontal tedavi yapıldı. Bir evvelki olgumuzda detaylı olarak endodontik tedaviden bahsedilmiştir. Periodontal tedavi ise şöyle gerçekleştirildi: Birinci seansta detartraj yapılarak hasta motive edildi. Daha sonraki seansta flep operasyonu yapılmasına karar verildi. Ancak hastamız önceden bir flep operasyonu geçirmiş olduğu için bu uygulamayı reddetti. Subgingival küretaj işlemleri titizlikle sürdürüldü. Tedavi bittikten sonra kontrol radyografisi alındı ve hasta belirli aralıklarla kontrole çağırıldı (Resim 6).

Altı ay sonra hastamız kontrole geldiğinde ağrı şikayeti tamamen kaybolmuştu. Dişin mobilitesi azalmış perküsyona duyarlılığı kalmamıştı (Resim 7).

Bir yıl sonraki klinik değerlendirmesinde diş mobilitesinin tamamen kaybolduğu, cep derinliğinin normal olduğu görülmüştür. Alınan radyografide periodontal dokuların sağlığına kavuştuğu belirlenmiştir (Resim 8).



Resim 3 : Hasta kliniğe ilk geldiğinde alınan radyografi.



Resim 6 : Tedavi bitiminde alınan radyografi.



Resim 7 : 6 ay sonra alınan radyografi.



Resim 8 : Bir yıl sonra alınan radyografi.

3. OLGU : Kombine Lezyon.

Kliniğimize 5.12.1983 tarihinde başvuran 34 yaşında A.S. isimli hasta üst sol santral dişinde geçmişte şiddetli ağrı olduğunu fakat bunun sonradan geçtiğini belirtmekteydi.

Hastanın ağız içi muayenesinde ilgili dişin üzerinde bir Jaket kron görüldü. Bu jaket kronun kole kısımlarında açıklık vardı. Dişin renginin değişmiş olduğu kron çıkarılınca görüldü. Vitalite zamanı 9 olup diş devitaldi. Mobilite ve perküsyona duyarlılık vardı. Periodontal cep derinliği 6-7 mm kadardı.

Radyografik olarak hasta dişin apeks civarında radyolusent saha, ağızdaki diğer dişlerde de çeşitli derecelerde periodontitis saptandı (Resim 9). Bütün bu bulgulara dayanarak granülom teşhisi kondu.

TEDAVİ: Birinci olguda bahsedilen klasik kanal tedavisi ile birlikte periodontal tedavi yapıldı. Periodontal tedavide ise ilk seansta detartraj yapılarak hasta motive edildi. Ondan sonraki üç seansta anestezi altında subgingival küretaj yapıldı, plak eliminasyonunun maksimum düzeyde tutulmasına özen gösterildi. Küretaj sonrası cep derinliğinin 2 mm ye indiği görüldü. Hastanın alt anterior bölgesinde flep operasyonu yapıldığı için bir hafta süreyle 2/1000'lik Klorheksidin ile gargara yapması önerildi. Subgingival küretaj sonrası periodontal cep içi 2/1000'lik klorheksidin ile irrije edildi. Bütün bu uygulamalar bittikten sonra hastadan kontrol radyografisi alındı ve belirli aralıklarla kontrole gelmesi söylendi (Resim 10).

Hastanın altı ay sonraki kontrolünde mobilite ve perküsyona duyarlılık tamamen kaybolmuştu. Periodontal cep derinliği azalmıştı ve periapikal bölgede iyileşme gözlenmekteydi (Resim 11). Hasta halen kontrolümüz altındadır.

TARTIŞMA

Birinci olgumuzda saptanan klinik belirti ve semptomlar, testler ve radyografik bulguların toplamı hastalığın etyolojisinin pulpa olduğunu ortaya çıkarmıştır. Çürük, travma veya restoratif uygulamalardan sonra pulpada meydana gelen iltihabın periodontal membranın apikal liflerinde kronik apse oluşturabileceği çok iyi bilinmektedir. Çeşitli araştırmacılar tarafından yapılan



Resim 9 : Hasta kliniğimize ilk geldiğinde alınan radyografi.



Resim 10. Tedavi bitiminde alınan radyografi.



Resim 11 : 6 ay sonra alınan radyografi.

bazı mikroskopik çalışmalarda pulpa hastalıkları sonucu olarak lateral kanallar yoluyla periodonsiyumun herhangi bir bölgesinde granülasyon dokusu oluşacağı gösterilmiştir. Bu şartlar altında bu tip periodontal lezyon periodontal tedaviye cevap vermez. Sadece endodontik tedavi soruna çözüm getirir (1). Bu nedenle birinci olguda lezyon sekonder periodontitistir diyebiliriz. Araştırmacılara-göre, bu tip lezyonlar hızlı iyileşmesi ve prognozunun iyi olmasıyla karakterizedir (7). Nitekim tedaviden altı ay ve bir yıl sonra aldığımız radyografilerde tamir ve mineralizasyonun geliştiğini saptadık.

Periodontal hastalıklar çürüklü ve restorasyonlu dişlerin pulpalarını etkileyebilirler. İkinci olgumuzda da olduğu gibi, periodontal liflerdeki akut bir iltihap pulpanın apikal kısmına doğru uzanır ve beraberinde şiddetli ağrı vardır. Bu şiddetli ağrının sorumlusu iltihap nedeniyle pulpanın küçük bir kısmında kan dolaşımının sağlanmamasıdır.

İkinci olgumuzda kemik lezyonlarının oluşu, bunların radyografik görünümü, çürük lezyonlarının derin olmayışı, pulpa ağrısı olması, periodontal olayın birincil, endodontik olayın ise buna ikincil olduğunu gösterir. Bu nedenle araştırmacıların belirttiği gibi, olgumuzda hem endodontik, hem de periodontal tedavi yapılarak iyileşme izlenmiştir. Bu tür lezyonlarda prognoz periodontal tedavinin etkinliğine bağlıdır. Genelde periodontal hastalık ne kadar fazla ise prognoz da o kadar kötüdür. İyileşme potansiyeli tedavinin yönüne bağlıdır. Seltzer ve Bender (1) periodontal hastalıkta desensitize ilaçların, periodontal cep tedavisinde ye periodontal küretajm pulpa dokusunun bazı bölgelelerinde kanlanmayı hızlandırdığını iddia etmişlerdir. Ancak, periodontal hastalığın ilerlediği durumlarda tedavinin pulpa üzerine etkisi olmayabilir.

Üçüncü olgumuzda pulpa patolojisi ve periodontitis birbirinden bağımsız olarak gelişmiştir ve gerçek bir kombine endodontal - periodontal lezyon vardır. Pulpa testlerine devital cevap almamız nedeniyle önce endodontik tedavi, radyolojik olarak saptadığımız dokulardaki çözüne nedeniyle de periodontal tedavi uygulanmıştır. Endodontik ve periodontal tedavinin birlikte uygulanmasıyla iyileşme olmuştur. Hastanın ilk altı aylık takibi umut vericidir, halen kontrolümüz altındadır.

Ö Z E T

Periodontal ve endodontal yapıların birbirlerine bağımlılıkları yıllardan beri bilinmektedir. Periodontal hastalıklar pulpanyı, endodontal has taliki arsa periodontal yapılan etkileyebilmektedir.

Bir endodontal - periodontal lezyon hem periodontal hem de endodontal tedaviyi gerektirir. Endodontal lezyon periodontal lifleri içine alacak kadar uzanabilir veya kök yüzeyi koruyucu gingiya liflerinden sıyrılıp periodontal lif ve sementin kaybına neden olabilir. Hassas ve hiperemik bir pulpa meydana gelir. Belirtilen ilk durumda nekrotik pulpa, ikinci durumda vital pulpayla ilişkisi olan bir çok lateral kanal veya açığa çıkmış dentin tübülleri bulunabilir.

Periodontal - endodontal lezyonlarda prognoz periodontal lezyona bağlıdır.

SUMMARY

Endodontic - Periodontal Problems. (3 cases)

The interdependence of the periodontal and endodontal structures has been recognised for a number of years. Periodontal disease has been shown to affect the pulp, and periapical disease has been known to tear down the periodontal structures.

A periodontal - endodontic lesion requires both periodontal and endodontal treatment. The periodontal lesion extends far enough periapically to involve the attachment apparatus, or the root surface is denuded of the protective gingival attachment with loss of periodontal ligament and cementum so as to result in a sensitive hyperemic pulp. In the first case a necrotic pulp is mandatory, in the second, exposure of many dentinal tubules or accessory canal that communicate with a vital pulp.

The prognosis in the periodontal - endodontal lesions is related to the properties of the periodontal lesions.

KAYNAKLAR

1. BENDER, I. B., SELTZER, S.: The Effect of Periodontal Diseases on the Pulp. Oral Öurg. 33 (3) : 458 - 474, 1972.
2. GROSSMAN, L.I.: Endodontic Practice, 10th. Ed., Lea and Febiger, Philadelphia, 384 - 398, 1981. ,
3. HARTY, F.J.: (Çeviren : Bağcı, Ş.B.; Tekkök, I.H.) Klinik Uygulamada Endodonti, önder Matb., Ankara, 188 - 201, 1981.
4. ROSENBERG, E.S., et. al.: A Combined Endodontic - Periodontic Lesion Its Management and Reşolution. J. Clin. Periodontology, 8 : 360 - 374, 1981.
5. ROSSMAN, L.E.; et. al.: Endodontic - Periodontic Fistula. Oral Surg. 53 (1) : 78 - 81, 1982.
6. SIMON, J.H.S. : «Periodontal - Endodontic Treatment», 465 - 492, Editör : Stephen Cohen and Richard C. Burns. Pâthways of the Pulp. 2nd. Ed., The C.V. Mosby Company, St. Louis, XTV+749, 1980.
7. WEINE, F.S.: Endodontic Therapy, The C.V. Mosby Company, 2nd. Ed., St. Louis,' 503 - 527, 1982.