

BİR RADİKÜLER KİST OLGUSUNDA REİMLANTASYON (8 YILLIK TAKİP)

Merih Baykara*, Mehmet Kökden**

ÖZET

Birçok otore göre, tedavisi umutsuz görülen dişin korunması, ağızda tutulabilmesi için son bir çare İstemli Reimplantasyondur (IR). Genelde kanal tedavisinin çeşitli nedenlerde uygulanamadığı veya cerrahi yaklaşımın tavsiye edilmediği durumlarda IR; dişin çekildikten sonra gerekli işlemlerin uygulanıp tekrar soketine yerleştirilmesidir. Sol üst 1 nolu diş bölgesinde radiküler kist tanısı konulan 44 yaşındaki-bayan hastanın tedavisinde IR planlandı. Sekiz yıllık takip sonucunda dişin kökünde rezorpsiyon başlamıştır. Ancak dişin fonksiyonlarında bir kayıp yoktu. Bu bulgular IR'un komplike sorunlar nedeni ile prognozu kötü olan dişlerde başarılı bir alternatif tedavi olduğunu önermektedir.

Anahtar kelimeler : Radiküler kist, reimplantasyon, istemli reimplantasyon.

SUMMARY

Intentional Replantation in a Case of Radicular Cyst (An 8 Year Follow-Up)

Many authors concern Intentional Replantation (IR) as an alternative treatment in the survival of teeth with poor prognosis. Generally IR is used in cases where endodontic treatment is not possibly applied on in cases where surgery is not appropriate. This procedure can be defined as a surgical approach in which the problematic tooth is first extracted and then replaced following necessary treatment. In this case report IR was performed in a 44-yr-old female patient with a radicular cyst in the upper left first incisor area. An 8-yr-follow up revealed the onset of root resorption however the tooth presented no kind of functional loss. These findings may suggest that IR can be considered as a succesful alternative treatment in teeth with poor prognosis due to complicated problems.

Key words : Radicular Cyst, Replantation, Intentional Replantation.

Dişhekimliğinin en önemli temel ilke ve hedeflerinden biri de hastanın dişini kaybetmemesini ve doğal ortamında fonksiyonunu sürdürmesini sağlamak olmuştur. Bu nedenle birçok değişik tedavi yöntemi önerilmiş ve uygulanmışsa da günlük pratikte çeşitli nedenlerle bu amaca ulaşılmasında güçlüklerle karşılaşmakta olduğu da bilinen bir gerçektir. Alternatif olarak istemli Replantasyon (IR), prognozu ümitsiz görülen dişlerin tedavisinde son bir çare olarak değerlendirilen ve başarılı sonuçlar veren tedavi yöntemidir (5,7,13,19).

IR; dişin bilinçli olarak çekilmesinden sonra ge-

rekli işlemlerin uygulanmasını takiben tekrar soketine yerleştirilmesidir (7,8,12,18,24).

Genelde intentional replantasyon, kanal tedavisinin çeşitli nedenlerle uygulanamadığı ya da cerrahi yaklaşımın tavsiye edilmediği durumlarda uygulanır (5,7,18).

Sunduğumuz olgu raporunda ise, radiküler kist oluşumundan etkilenen ancak diğer yöntemlerle tedavisi mümkün görülmeyen bir dişe alternatif tedavi olarak uygulanan IR işleminin uzun süreli sonuçları değerlendirilmiştir.

* Serbest Diş Hekimi, Doç. Dr.

** Serbest Diş Hekimi, Dr.

OLGU RAPORU

Mayıs 1987'de HÜ Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalına üst dudağındaki şişlik nedeniyle başvuran 44 yaşında-bayan hastanın anamnezinden, bu şikayetin 3-4 ay önce başladığı öğrenildi. Muayenede burun tabanına yakın bölgede, ekstraoral olarak bir asimetriye neden olmayan şişlik saptandı. Hastada lenfadenopati bulguları yoktu. İntraoral muayenede sol üst vestibul sulkusu dolduran, burun tabanına yakın bir ekspansiyon gözlemlendi. Sağ üst 1, sol üst 1 ve 2 nolu dişlerin incelenmesinde perküsyona hassasiyet saptanmadı, mobilite ise minimaldi. Oklüzal radyografide sol üst 1 nolu dişin apeksi hizasında yaklaşık 2 cm. çapında, sınırları belirgin radyolüsen si gözlemlendi (Resim 1). Periapikal radyografıta sol üst 1 nolu dişin apeksini de içine alan radyolüsen si mevcuttu (Resim 2). Üst keser dişlerin hepsinde yaklaşık %60 oranında horizontal kemik kaybı gözlenmekteydi (Resim 1-2). Ancak bu dişlerin klinik muayanesinde patolojik periodontal cep oluşumuna rastlanmadı. Hipertansiyon varlığı dışında özgeçmiş ve soygeçmişinde anormal bir bulgu kaydedilmedi.

Radiküler kist öntanısı konulan hastanın operasyon öncesi Endodonti Bilim Dalında sol üst 1 nolu dişine kanal tedavisi uygulandı. operasyona

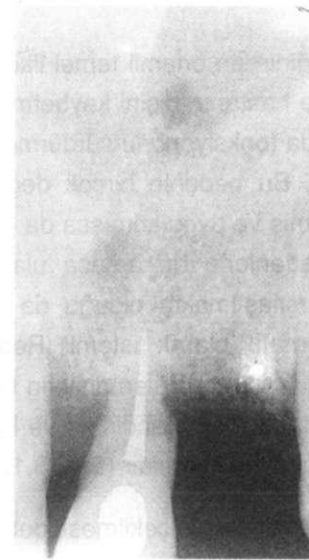
alınan hastaya premedikasyon amacıyla 5 mgr. Diazepam I.V. uygulandıktan sonra lokal anestezi yapıldı. Sağ üst 1-sol üst 3 nolu dişler arasında yapılan Peter Nowak insizyonu ile flap kaldırıldı. Flabın iç yüzüne yapışık olan kist epiteli künt diseksiyonla burun tabanına kadar ayrılarak kemik içinden kürete edildi. İnsiziv kanalın da lezyondan etkilendiği gözlemlendi. Sol üst 1 nolu dişin kökünün kist kavitesi içinde olduğu izlendi. Dişin horizontal kemik kaybı nedeniyle kemik desteğinin de azalmış olması apikal rezeksiyon seçeneğini ortadan kaldırmaktaydı. Sonuç olarak hastaya IR uygulanmasına karar verildi. Diş çekildi ve serum fizyolojikle nemlendirilmiş spanç içerisinde muhafaza edilerek kök düzeltmesi yapıldı, kök yüzeyine sitrik asit uygulandı. Aynı anda kist kavitesinin de tam bir küretajı sağlandıktan sonra serum fizyolojikle iyice yıkanan diş replante edildi. Flap 3/0 suturla kapatıldıktan sonra oklüzyon kontrolü yapıldı ve diş, insizal kenarından çarpaz olarak geçen askı suturla sabitlendi. Gerekl i postoperatif önerilerde bulunulan hastanın bir hafta sonra dikişleri alındı. İyileşmenin olaysız olduğu gözlemlendi ve gerekli takibe alındı. Başlangıçtaki periodik kontrollerde patolojik bir olayla karşılaşılma dı. Daha sonra uzun süreli takibe alınan hasta kontrolleri aksattı. Olgumuzun 8. yılında hastamız birkaç başka dişini kaybettiği halde replante edilen diş normal fonksiyonları görmekteydi. Mobilite hiç



Resim 1. Oklüzal radyografide sol üst 1 nolu dişin apeks hizasında yaklaşık 2 cm. çapında radyolüsen si



Resim 2. Periapikal radyografide sol üst 1 nolu dişin apeksini de içine alan radyolüsen si



Resim 3. 8 yıl sonraki periapikal radyografi. Kistik lezyonun çıkartıldığı bölgede kemik iyileşmesi normal, kökün distal orta üçlüsünde eksternal rezorbsiyon gözleniyor.

yoktu. Periapikal radyografide, kistik lezyonunun çıkartıldığı bölgede hiçbir patoloji gözlenmiyordu. Ancak kökün distal orta üçlüsünde eksternal rezorbsiyon gözleniyordu (Resim 3).

TARTIŞMA

Oral patolojik lezyonların tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler, patolojik oluşumun yapısına ve karakterine göre değişiklikler gösterebilir. Her klinisyen hastalarını daha önce gördüğü eğitim, deneyim, kişisel beceri, eğilimi, sezgi ve yaratıcılığına göre tedavi eder. Bu tedaviden temel olarak amaçlanan; patolojik durumun ortadan kaldırılması ve hastanın işlevsel rehabilitasyonunun sağlanmasıdır (10). Radikuler kist tedavisinde önerilen yöntemler;

- dişin çekilmesi ve apikal küretaj,
- kanal dolgusu ve apikal küretaj,
- va da sadece kanal dolgusu yaparak bırakmak (2,3,6).

Olgumuzda kist, sol üst 1 nolu dişin kökünün bir kısmını da içine alan, 2 cm. ye yakın çapta, burun tabanına ve vestibule doğru genişleme göstermekteydi. Etkilenen dişin kemik desteği ise yaklaşık %60 oranında kaybolmuştu. Kistin büyüklüğü nedeniyle tek başına endodontik tedavi uygulanmasıyla sonuç alınamayacağı düşünüldü. Kemik desteğinin azlığı ise apikal rezeksiyon seçeneğini ortadan kaldırıyordu. Dolayısıyla dişin ağızda kalabilmesi için son çare olarak IR uygulanmasına karar verildi.

Replante edilen dişin prognozunu etkileyen faktörler; ligamentin canlılığı, endodontik tedavinin başarısı, dişin ağız dışında kaldığı süre ve ortam, splintleme ve splintin şeklidir (7,8,12,14,16,18).

Birçok çalışmada perodontal ligamentin kaldırılmaması gerektiği, aksi taktirde ankiloz ve kök rezorbsiyonu olacağı savunulmaktadır (1,7,12,16,18,19,20,21,22,23,24). Bu çalışmalar avulse olmuş ya da yeni çekilmiş, enfekte olmamış dişin normal socketine yerleştirilmesi şeklindedir. Çalışmamızda ise kökün bir kısmı kist kavitesi içinde, kistik oluşumdan etkilenmiş durumdaydı. Diş kökü ve alveoler

kemik arasındaki ankilozu takip eden kök rezorbsiyonu eğer sement tabakası zarar görmemişse daha yavaş ilerleyeceğinden, replantasyon öncesi ölü ve enfekte dokular mekanik ve kimyasal yöntemlerle ortadan kaldırılmalıdır (15).

Periodontal ligamentin tamamen ortada kaldırıldığı durumlarda iyileşme cevabı "replacement rezorbsiyon" ya da "ankiloz" olarak isimlendirilen şekilde olur. Kök yüzeyi ile alveol kemik arasında kaynaşma ile karakterizedir (5,11,14,15,16,23).

Replante edilen dişin prognozunu önceden belirleyebilmek çok zordur. Ancak replante edilen dişlerin kaybedilme nedenlerinin başında kök rezorbsiyonu gelir (9,12,22,23). Olgumuzda, replante edilen dişin fonksiyonları etkilenmemekle birlikte kök rezorbsiyonu başlamıştır.

Kök rezorbsiyonunu seyirinde diş pulpasının durumu da önemli rol oynayan faktördür. avulsiyon veya çekim sonrasında dişin vasküler beslenmesi ortadan kalkar. Sadece apeksi açık ve henüz gelişimini tamamlamamış dişlerde revaskülarizasyon nadiren gerçekleşebilir. vasküler beslenmesi kaybolan diş pulpasında nekroz ilerler ve enfekte olur. Bakteriler ve yıkım ürünleri dentin tübülerini etkiler. Pulpadan kaynaklanan periodontal yıkımı önlemek için replantasyon öncesi endodontik tedavi yapılmalıdır (16,19,23). Dişin çekimi ile replante edilmesi arasındaki ekstraoral sürenin ve dişin bulunduğu ortamın replantasyon başarısında önemli bir yeri vardır. Andreasen (1), Hammarstöm (15), W.T. Johnson (16) ve Dominic P. (7)'nin yaptığı çalışmaların bulguları ekstraalveoler sürenin minimal olması gerektiği ve bu süre içerisinde süt, hastanın kendi kanı, tükürük ya da serum fizyolojik içerisinde bulunmasına özen gösterilmesinin başarıyı arttırdığını gösterilmişlerdir. Olgumuzda ise dişin ekstraalveoler kaldığı süre yaklaşık 20 dakikadır. Bu süre içerisinde korunmuştur.

Replantasyon sonrası dişin stabilize edilmesi gerekliliği genel olarak kabul edilmektedir. Splintin ise dişin fizyolojik hareketlerine izin vermesi gerektiği savunulmuştur (4,7,12,17,23,24). Bizim uygulamamızda dişin insizal kenarından çapraz olarak geçen suturle sabitleme yapılmıştır.

Yukarıda belirttiğimiz prensiplere bağlı kalarak uyguladığımız IR ile prognozu umutsuz olarak değerlendirilen bir dişin ağızda kalma süresinin uzatılabildiği görülmektedir. Bu sonuçlar ile hastanın dişini kaybetsini önlemek amacıyla IR'un son çare olarak uygulanabilecek başarılı ve alternatif bir tedavi yöntemi olduğu önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Andreassen J-O.: Interrelation between alveolar bone and periodontal ligament repair after replantation of mature permanent incisors in monkeys. *Journal of Periodontal Research* 1981; 16:228-235.
2. Baran S.: *Oral Patoloji*. G.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Yayınları, Ankara. 1982; 56-59.
3. Bhaskar S.W. *Synopsis of Oral Pathology*. 6th Ed. The C.V. Mosby Comp. St. Louis, Missouri. 1981; 161-176.
4. Biven G.M., Ritchie G.M., Gerstein H.: Acrylic splint for intentional replantation. *Oral Surg.* 1970; Vol.30, 4: 537-539.
5. Carranza F.A.: *Glickman's Clinical Periodontology*. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo 1990; 60.
6. Cawson R.A.: *Essential of Dental Surgery and Pathology*. 5th.Ed. ELBS with Churchill Livingstone, Longman Singapore Publishers (Pte) Ltd., 1991; 225-247.
7. Dominic P.: Intentional replantation of periodontally involved and endodontically mistreated tooth. *Oral Surg.* 1986; Vol. 61, 5: 508-513.
8. Dryden J.A.: Ten year Follow-up of Intentionally Replanted Mandibular Second Molar. *Journal of Endodontics*. 1986; Vol. 12, 6: 265.
9. Edmunds D.H.: Actinomyces organisms associated with a tooth intentionally reimplanted two years previously. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1991; Vol. 71, 1: 100-102.
10. Ellis III E.: *Surgical Management of Oral Pathologic Lesions*. 1n: Peterson L.J., Ellis III E., Hupp J.R., Tucker M.R.: *Contemporary Oral and Maksillofacial Surgery*. 1st.Ed. The C.V. Mosby Comp. St.Louis, Missouri. 1988.
11. Genco R.J., Goldman H.M., Cohen D.W.: *Contemporary Periodontics*. The C.V. Mosby Comp. St. Louis, Baltimore, Philadelphia, Toronto. 1990; 597601.
12. Gonada F., Nagese M., Chen R.B., Yakata H., Nakajima T.: Replantation: An analysis of 29 teeth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1990; Vol. 70, 5: 650655.
13. Grossman L.I.: Intentional replantation of teeth. *JADA* 1966; Vol.72, 5; 1111-1118.
14. Guy S.C., Georig A.C.: Intentional Replantation: Technique and Rationale. *Quintessence International*. 1984; 6: 595-603.
15. Hammarström L., Pierce A., Blomlöf I., Feiglin B., Lindskog S.: Tooth avulsion and replantation- A review. *Endod. Dent. Traumatol.* 1986; 2:1-8.
16. Johnson W.T., Goodrich J.L., James G.A.: Replantation of avulsed teeth with immature root development. *Oral Surg.* 1985; Vol. 60, 4: 420- 427.
17. Kehoe J.C.: Splinting and replantation after traumatic avulsion. *JADA* 1986; 112: 227-230.
18. Madison S.: Intentional replantation. *Oral Surg.* 1986; Vol. 62, 6:707-709.
19. Messkoub M.: Intentional replantation: A succesful alternative for hopeless teeth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1991; Vol. 71, 6: 743-747.
20. Nasjleti C.E., Caffesse R.G., Castelli W.A., Lopatin D.E., Kowalski CJ: Effect of Lyophilized Autologous Plasma on Periodontal Healing of Replanted Teeth. *J.Periodontol.* 1986; Vol.57, 9: 568-578.
21. Nasjleti C.E., Caffesse R.G., Castelli W.A., Lopatin D.E., Kowalski CJ: Effect of fibronectin on healing of replanted teeth in monkeys: A histologic and autoradiographic study. *Oral Surg.* 1987; Vol.63, 3: 291-299.
22. Nettiella J.R., Armitage J.E., Greene G.W.: The replantation and transplantation of teeth. *Oral Surg.* 1970; Vol.29, 3: 397-419.
23. Scott J.N., Zelikow R.: Replantation-a clinical philosophy. *JADA* 1980; Vol. 101, 7:17-19.
24. Wallace J.A., Vergona K.: Epitelial restsfunction in replantation: Is splinting necessary in replantation? *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1990; Vol. 70, 5: 644-649.