

YETERSİZ YAPIŞIK DIŞETİ BÖLGELERİNİN LONGİTUDİNAL TAKİBİ*

Dr. Recep ORBAK**

Dt. Adnan TEZEL***

Dt. Varol ÇANAKÇI***

LONGITUDINAL OBSERVATION of in SUFFICIENT ATTACHED GINGIVA AREAS

SUMMARY

Nine of the 24 patients with insufficient attached gingiva, shallow vestibul and mobile marginal gingiva accepted to threaten periodontal health were operated periodontally. They were compared with the group non-operated. In addition, two group was compared with a control group of 12 cases whose periodontium were in normal condition. All of the cases were followed for three years.

Insufficient attached gingiva, shallow vestibul and mobile marginal gingiva may make the plaque control difficult or impossible changing from one individual to another. In this study, the positive effects of an oral hygen provided on such people or periodontal surgery; on whom oral hygiene can not be provided on tooth and gingiva health were showed.

Key words: Attached gingiva, Periodontal health, Periodontal surgery.

ÖZET

Periodontal sağlığı tehdit ettiği kabul edilen yetersiz yapışık dişeti, sığ vestibül ve mobil dişeti kenarı saptanan 24 hastanın 9'una periodontal cerrahi işlem yapıldı. Cerrahi işleme tabii tutulmayan grup ile karşılaştırıldı. Ayrıca bu iki grup periodonsiyumu normal ilişkilerde olan 12 kişilik kontrol grubu ile kıyaslandı. Bütün vakalar üç yıl boyunca gözlem altında tutuldu.

Yetersiz yapışık dişeti, sığ vestibül ve mobil dişeti kenarı bireyden bireye değişen ölçülerde plak kontrolünü güçleştirebilir veya imkansızlaştırabilir. Bu çalışmada böyle kişilerde sağlanacak iyi bir oral hijyenin veya oral hijyenin sağlanamadığı durumlarda da periodontal cerrahinin diş-dişeti sağlığı üzerine olan etkileri gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Yapışık dişeti, Periodontal sağlık, Periodontal cerrahi.

GİRİŞ

Uzun yıllardır dişeti sağlığının korunmasında genel olarak yeterli genişlikte yapışık dişetin olması gerektiği fikri savunulmuştur.^{1,3} Ancak daha sonra yapılan insan ve hayvan deneyleri bu fikri desteklememektedir.^{4,5} Yine gerek Bergenholtz ve Hogosan (1967), gerekse Ward ve Glas (1976) vestibül sağlığının periodontal hastalıkla herhangi bir ilişkisinin olmadığını bildirmişlerdir.^{6,7}

Periodontal hastalıkların primer etkeni bakteri plağıdır. İyi bir ağız hijyeni eğitimi ile periodontal hastalıkların önlenilebileceği ve kontrol altına alınabileceği birçok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır.^{8,11}

Mukogingival sorunlar çoğunlukla dişeti çekilmelerine bağlı olarak yapışık dişeti genişliğinin ve vestibül derinliğinin azalması ile veya mobil dişeti kenarı ile karşımıza çıkarlar.⁹ Bu sorunların varlığında çiğneme sırasında besinlerin dengeli dağılımı sağlanamayacağı, dişeti kenarına besin birikiminin artacağı ve diş fırçalamanın daha zor olacağı düşünülmektedir. Çalışmamızdaki amacımız mukogingival sorunlu bireylerde oral hijyen eğitimi veya buna ilaveten ileri tedavi olarak periodontal cerrahi uygulamasının periodontal doku sağlığına olan uzun süreli etkilerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Şubat 1992-Temmuz 1995 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim dalı kliniğinde yapıldı.

Araştırma kapsamına herhangi bir sistemik hastalığı olmayan alt çene ön bölgesinde; keratinize dişeti genişliği ≤ 2 mm olan ve marginal dişeti mobilitesi saptanan 12 kadın, 12 erkek toplam 24 risk grubu hasta alındı. Risk grubundan elde edilen parametreleri periodontal sağlıklı kişilerden elde edilen parametrelerle de kıyaslayabilmek için başlangıç olarak oral hijyen yetersizliği dışında hiç bir periodontal sorunu olmayan ve kontrol grubunu oluşturan 12 vaka çalışmaya dahil edildi. Risk grubunu oluşturan 24 vakadan rastgele seçilen 13 vakada operasyona karar verildi. Böylece vakalar üç grup altında değerlendirilmeye alındı.

Grup 1: Risk grubundan olup operasyon geçirenler

Grup 2: Risk grubundan olup operasyon geçirmeyenler

Grup 3: Kontrol grubu

* Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. Periodontoloji ABD çalışmalarından

** Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. Periodontoloji ABD Öğretim Üyesi

*** Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. Periodontoloji ABD Araştırma Görevlisi

Vakaların yaşları 17-38 yıl arasında değişiyordu. Bütün vakalar başlangıç tedavisine alındı. Anemnez kartları dolduruldu, oral hijyen ve periodontal sağlığı gösteren indekslere bakıldı. Dört hafta sonra bütün vakalar aynı indeksler yönünden tekrar değerlendirildi.

Bundan sonraki ölçümler 6. ayda, 1. ve 3. yıllarda tekrarlandı. Tüm ölçümler aynı araştırmacı tarafından yapıldı. Kontrol grubundan üç kişi başlangıç tedavisinden sonraki ölçümlere gelmedi. Risk grubundan ikisi kadın üç kişi operasyondan çekindiği için ve yine bu gruptan bir olguda tayini çıktığı için çalışma kapsamı dışında tutuldu.

Bütün vakalar için başvuru klinik indeksler ve yöntemleri şunlardı:

1. *Periodontal cep derinliği ve yapışık dişeti genişliğinin ölçülmesi*^{12,13}: Bukkal dişeti ile alveolar mukozanın birleşim hattı Schiller-iyot çözeltisi ile boyanarak tespit edildi. Bu sınırı tespit ettikten sonra dişeti kenarına kadar olan mesafe köke paralel tutulan periodontal sonda ile dişlerde fasiyal yüzden ölçüldü. Sonuçta keratinize dişeti genişliği tesbit edilmiş olundu. Cep derinlikleri Hu-Friedy sondası kullanılarak yapıldı. Yapışık dişeti genişliği, keratinize dişeti genişliğinden periodontal cep derinliğinin çıkarılması ile elde edildi. Herbir diş için elde edilen sonuçların toplamının, ölçülen diş sayısına bölünmesiyle birey için ortalama değer bulundu.

2. *Klinik Ataşman Düzeyi*: Mine-sement sınırı rehber noktası alınarak ölçümler yapıldı. Sonda ataşman seviyesinden sulkus sonda derinliği çıkarılarak elde edildi. Her bir diş için elde edilen sonuçların toplamı ölçülen diş sayısına bölünerek birey ortalama tespit edildi. Ölçümlerde Hu-Freidy sondası kullanıldı.

3. *Dişeti Kenarı Çekilme İndeksi*^{12,13}: Kesicilerde kesici kenarın ortası (kaninlerde en sivri nokta) ile dişeti kenarı arasındaki mesafe (m) ve yine aynı noktaların dişeti papiline olan mesafesi (p) kumpasla ölçülüp şu formüle göre bir diş için dişeti kenarı çekilme indeksi (DKÇİ) tespit edildi.

$$DKÇİ = \frac{m(2.Ölçüm-1.Ölçüm)+p(2.Ölçüm-1.Ölçüm)}{2}$$

Elde edilen bütün değerler toplamı ölçülen diş sayısına bölünerek birey için ortalama değer tespit edildi.

4. *Plak İndeksi (Löe ve Silness)*^{12,13}: Gözle ve sonda kullanılarak gözlem yapıldı. (0,1,2,3) skorları verildi. Ölçülen diş sayısına bölünerek birey ortalama elde edildi.

5. *Dişeti İltihabının Ölçülmesi*¹³: Dişeti iltihabının en önemli belirtisi dişeti oluştuktaki kanamadır. Bu klinik olarak tespit edilebilir.

Çalışmamızda dişeti iltihabının ölçümünde, dişeti oluşu kanama indeksi (SBI) kullanıldı. Periodontal sonda ile sulkus içinde dolaşılıp kanamanın olmasına göre skorlama (0,1,2,3,4,5) yapıldı. Ölçülen diş sayısına bölünerek bir bireye ait SBI ortalama değeri tespit edildi.

İstatistiksel Analiz: Üç yıl içinde belli dönemlerde parametreler elde edildi. Bunların ortalaması ve standart sapmaları belirlendi.

Her bir grubun parametreleri diğer gruplardan elde edilen parametrelerle Student's t testi kullanılarak mukayese edildi.

BULGULAR

Başlangıçta yapışık dişeti genişliği ortalaması 0.65-0.81 mm olan risk grupları, kontrol grubunun 6.26 mm'lik ortalama değeri ile karşılaştırıldı (p<0.001) (Tablo 1). Başlangıçta ve başlangıç tedavi sonrasında risk grubundaki operasyona alınan ve alınmayan gruplar arasında yapışık dişeti genişliği yönünden anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05) (Tablo 1). Üç yıl sonraki ölçümlerde operasyona alınmayan grup, operasyona alınan grup ve kontrol grubu ile anlamlı farklılık gösterdi (p<0.001) (Tablo 2). Ayrıca operasyona alınan grubun başlangıç ve üç yıl sonraki yapışık dişeti genişliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu (p<0.001)(Tablo 3).

Her üç grupta da sondalama derinlikleri değişmedi. Dişeti çekilmesine ve klinik ataşman seviyesi kaybına bir eğilim olmasına rağmen bu oran istatistiksel olarak önemsizdi (p>0.05)(Tablo 1-3).

Oral hijyeni belirlemek için kullandığımız Silness-Löe Plak indeksine göre Grup 1 ile Grup 2 arasında başlangıç ve başlangıç tedavisi sonrası istatistiksel açıdan fark gözlenmedi (p>0.05) (Tablo 4). Kontrol grubuna göre risk grubunda şu bulgulara rastlandı.

a. Periodontal başlangıç tedavisinde iyi plak kontrolü sağlanmasına rağmen değerlendirmeye alınan bölgede iltihap tam olarak elimine edilemedi.

b. Başlangıç tedavisinde ağzın diğer bölgelerinin plak kontrolü tam olarak sağlanabilmesine rağmen değerlendirmeye alınan bölgelerde plak kontrolü optimal düzeyde değildi.

Başlangıç tedavi sonrası bulgular dikkate alınarak risk grubu hastaların motivasyonuna ayrı bir özen gösterilmesi gerektiği tespit edildi. Bu bölgelerde yardımcı temizlik aletlerinin kullanılması tekrar tekrar gösterildi ve diğer bölgelerle birlikte bu bölgeye daha fazla özen göstermesi gerektiği vurgulandı. Diğer taraftan

başlangıç tedavi sonrasında Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), Grup 2 ile Grup 3 arasında ise çok anlamlı ilişki bulundu ($p<0.01$) (Tablo 4). Üç yıl sonraki kontrolümüzde hiç bir grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 5).

Dişeti iltihabı SBI indeksini kullanarak belirlendi. Başlangıç ve başlangıç tedavisi sonrasında Grup 1 ile Grup 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ($p>0.05$) (Tablo 4) Grup 1 ve 2'nin Grup 3 ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.01$) (Tablo 4). Üç yıl sonraki incelemelerde hiç bir grup arasında istatistiksel önemlilik bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4, 5). Bütün bu üç grubun başlangıç ile üç yıl sonraki SBI değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0.001$) (Tablo 3).

Tablo I. Bireylerden elde edilen parametrelerin başlangıç tedavisinden sonraki ortalama değerleri ve istatistiksel anlamlılıkları.

	Başlangıç				Başlangıç tedavi sonrası			
	Gruplar	X ± SD	t	p	X ± SD	t	p	
Yapışık dişeti	Grup 1	0.65 ± 0.13	1.97	>0.05	0.65 ± 0.13	1.97	>0.05	
	Grup 2	0.81 ± 0.08			0.81 ± 0.08			
	Grup 1	0.65 ± 0.13	27.78	<0.001	0.65 ± 0.13	27.78	<0.001	
	Grup 3	6.26 ± 0.62			6.26 ± 0.62			
	Grup 2	0.81 ± 0.08	27.43	<0.001	0.81 ± 0.08	27.43	<0.001	
	Grup 3	6.26 ± 0.62			6.26 ± 0.62			
Dişeti kemari çöküme ind	Grup 1	17.60 ± 0.36	0.99	>0.05	17.60 ± 0.36	0.99	>0.05	
	Grup 2	17.75 ± 0.32			17.75 ± 0.32			
	Grup 1	17.75 ± 0.36	68.80	<0.001	17.75 ± 0.36	68.80	<0.001	
	Grup 3	8.57 ± 0.16			8.57 ± 0.16			
	Grup 2	17.75 ± 0.32	80.51	<0.001	17.75 ± 0.32	80.51	<0.001	
	Grup 3	8.57 ± 0.16			8.57 ± 0.16			
Klinik Ağızma düzeyi	Grup 1	2.90 ± 0.07	1.90	>0.05	2.90 ± 0.07	1.90	>0.05	
	Grup 2	2.88 ± 0.39			2.88 ± 0.39			
	Grup 1	2.90 ± 0.07	79.06	<0.001	2.90 ± 0.07	79.06	<0.001	
	Grup 3	0.40 ± 0.06			0.40 ± 0.06			
	Grup 2	2.88 ± 0.39	77.14	<0.001	2.88 ± 0.39	77.14	<0.001	
	Grup 3	0.40 ± 0.06			0.40 ± 0.06			
Çep derinliği	Grup 1	1.10 ± 0.17	0.61	>0.05	1.10 ± 0.17	0.61	>0.05	
	Grup 2	1.08 ± 0.09			1.08 ± 0.09			
	Grup 1	1.10 ± 0.17	2.49	<0.05	1.10 ± 0.17	2.49	<0.05	
	Grup 3	1.28 ± 0.13			1.28 ± 0.13			
	Grup 2	1.06 ± 0.09	4.13	<0.001	1.06 ± 0.09	4.13	<0.001	
	Grup 3	1.28 ± 0.13			1.28 ± 0.13			

Tablo II. Bireylerden elde edilen parametrelerin üç yıl sonraki ortalama değerleri ve istatistiksel anlamlılıkları.

	Gruplar	X ± SD	t	p
Yapışık dişeti	Grup 1	6.10 ± 0.50	31.26	<0.001
	Grup 2	0.81 ± 0.08		
	Grup 1	6.10 ± 0.50	0.61	>0.05
	Grup 3	6.26 ± 0.62		
	Grup 2	0.81 ± 0.08	27.43	<0.001
	Grup 3	6.26 ± 0.62		
Dişeti kemari çöküme ind	Grup 1	17.74 ± 0.36	0.15	>0.05
	Grup 2	17.81 ± 0.33		
	Grup 1	17.74 ± 0.36	70.49	<0.001
	Grup 3	8.57 ± 0.15		
	Grup 2	17.81 ± 0.33	80.27	<0.001
	Grup 3	8.57 ± 0.15		
Klinik Ağızma düzeyi	Grup 1	2.80 ± 0.17	1.86	>0.05
	Grup 2	2.72 ± 0.11		
	Grup 1	2.80 ± 0.17	92.53	<0.001
	Grup 3	0.30 ± 0.01		
	Grup 2	2.72 ± 0.11	78.75	<0.001
	Grup 3	0.30 ± 0.01		
Çep derinliği	Grup 1	1.10 ± 0.17	1.18	>0.05
	Grup 2	1.20 ± 0.11		
	Grup 1	1.10 ± 0.17	2.49	<0.05
	Grup 3	1.28 ± 0.13		
	Grup 2	1.20 ± 0.11	4.60	<0.001
	Grup 3	1.28 ± 0.13		

Tablo III. Grupların başlangıç ve üç yıl sonraki istatistiksel değerleri ve anlamlılıkları.

	Gruplar	Dönemler	X + SD	t	p
Yapışık dişet	Grup 1	Başlangıç	0.65 ± 0.13	31.52	<0.001
		Üç yıl sonra	6.10 ± 0.50		
	Grup 2	Başlangıç	0.81 ± 0.87	0.00	>0.05
		Üç yıl sonra	0.81 ± 0.87		
	Grup 3	Başlangıç	6.26 ± 0.62	0.00	>0.05
		Üç yıl sonra	6.26 ± 0.62		
Çiğelli kenarı gökline ind.	Grup 1	Başlangıç	17.60 ± 0.36	1.23	>0.05
		Üç yıl sonra	17.74 ± 0.36		
	Grup 2	Başlangıç	17.75 ± 0.32	1.09	>0.05
		Üç yıl sonra	17.81 ± 0.33		
	Grup 3	Başlangıç	8.57 ± 0.16	0.04	>0.05
		Üç yıl sonra	8.57 ± 0.16		
Klinik Ataşınan ölçüye	Grup 1	Başlangıç	2.80 ± 0.07	1.45	>0.05
		Üç yıl sonra	2.80 ± 0.17		
	Grup 2	Başlangıç	2.88 ± 0.39	1.90	>0.05
		Üç yıl sonra	2.72 ± 0.11		
	Grup 3	Başlangıç	0.40 ± 0.06	0.24	>0.05
		Üç yıl sonra	0.30 ± 0.01		
Çep derinliği	Grup 1	Başlangıç	1.10 ± 0.17	0.00	>0.05
		Üç yıl sonra	1.10 ± 0.17		
	Grup 2	Başlangıç	1.06 ± 0.96	0.85	>0.05
		Üç yıl sonra	1.02 ± 0.11		
	Grup 3	Başlangıç	1.28 ± 0.13	0.00	>0.05
		Üç yıl sonra	1.28 ± 0.13		
PI	Grup 1	Başlangıç	2.66 ± 0.27	20.83	<0.001
		Üç yıl sonra	0.18 ± 0.22		
	Grup 2	Başlangıç	2.78 ± 0.21	34.03	<0.001
		Üç yıl sonra	0.21 ± 0.11		
	Grup 3	Başlangıç	2.16 ± 0.26	17.14	<0.001
		Üç yıl sonra	0.11 ± 0.13		
SBI	Grup 1	Başlangıç	4.29 ± 0.44	27.07	<0.001
		Üç yıl sonra	0.09 ± 0.11		
	Grup 2	Başlangıç	4.43 ± 0.39	38.81	<0.001
		Üç yıl sonra	0.08 ± 0.12		
	Grup 3	Başlangıç	3.66 ± 0.08	24.63	<0.001
		Üç yıl sonra	0.05 ± 0.19		

Tablo IV. Bireylerden elde edilen parametrelerin başlangıç ve başlangıç tedavisi sonrası PI, SBI ortalama değerleri ve istatistiksel anlamlılıkları

	Gruplar	Başlangıç			Başlangıç tedavisi sonrası		
		X + SD	t	p	X + SD	t	p
PI	Grup 1	2.66 ± 0.27	1.02	>0.05	0.33 ± 0.31	0.42	>0.05
	Grup 2	2.78 ± 0.21			0.66 ± 0.11		
	Grup 1	2.66 ± 0.27	1.18	>0.05	0.33 ± 0.31	2.43	<0.05
	Grup 3	2.16 ± 0.26			0.00 ± 0.00		
	Grup 2	2.78 ± 0.21	0.42	>0.05	0.66 ± 0.11	2.57	<0.01
	Grup 3	2.16 ± 0.26			0.00 ± 0.00		
SBI	Grup 1	4.29 ± 0.44	1.27	>0.05	0.16 ± 0.14	0.66	>0.05
	Grup 2	4.43 ± 0.39			0.13 ± 0.10		
	Grup 1	4.29 ± 0.44	1.21	>0.05	0.16 ± 0.14	2.85	<0.01
	Grup 3	3.66 ± 0.08			0.03 ± 0.01		
	Grup 2	4.43 ± 0.39	1.30	>0.05	0.13 ± 0.10	2.56	<0.01
	Grup 3	3.66 ± 0.08			0.03 ± 0.01		

Tablo V. Bireylerden elde edilen parametrelerin üç yıl sonraki PI, SBI ortalama değerleri ve istatistiksel anlamlılıkları.

	Gruplar	X + SD	t	p
PI	Grup 1	0.18 ± 0.22	0.36	>0.05
	Grup 2	0.21 ± 0.11		
	Grup 1	0.18 ± 0.22	0.79	>0.05
	Grup 3	0.11 ± 0.13		
	Grup 2	0.21 ± 0.11	1.76	>0.05
	Grup 3	0.11 ± 0.13		
SBI	Grup 1	0.09 ± 0.11	0.17	>0.05
	Grup 2	0.08 ± 0.11		
	Grup 1	0.09 ± 0.11	1.14	>0.05
	Grup 3	0.05 ± 0.19		
	Grup 2	0.08 ± 0.11	1.28	>0.05
	Grup 3	0.05 ± 0.19		

TARTIŞMA

Araştırmada alt çene ön bölgesinde yetersiz yapışık dişeti, sığ vestibül ve mobil dişeti kenarı sorunları, ağızın diğer bölgelerine göre daha fazla olması nedeniyle burası kontrol ve operasyon sahası olarak seçildi. Bu bölge benzer sorunlar nedeniyle diğer araştırmacılar tarafından da değerlendirme bölgesi olarak ele alınmıştır.¹⁻⁷

Bakteri plağının dişeti iltihabı üzerine olan etkisini incelemek için daha kullanışlı olan Silness- Loe plak indeksi kullanıldı.¹² Bu indekste dişler boyanmaksızın gözle ve sonda ile gözlem yapılmaktadır. Ancak plağı açığa çıkarıcı solüsyonların plağı tespitinde daha faydalı olacağı gözardı edilmemelidir.^{12,13}

Gingivitisin en önemli belirtilerinden biri de dişeti kanamasıdır.^{9,12} SBI indeksinin temeli de dişeti oluştuktaki kanamanın tespiti olduğu için marginal ve papiller dişetinin iltihaplı olup olmadığını göstermek üzere bu indeksten yararlanıldı.^{12,13}

Yapışık dişetinin genişliği farklı etkenlere bağlı olarak değişiklik gösterir. Şahsa göre değişebileceği gibi, altındaki kemiğin morfolojisine, diş kronunun çevresine, diş köklerinin belirgin oluşuna ve dişlerin ağız içerisindeki dizilimlerine göre de değişebileceği belirtilmiştir.⁹ Yüksekliğin 1-9 mm arasında değiştiği özellikle alt çenenin küçük azı, kanin ve lateral dişler bölgesindeki yapışık dişetinin, üst çenenin aynı bölgesine kıyasla dar olduğu araştırmacılar tarafından saptanmıştır.^{9,14,15}

Yapışık dişeti miktarının azlığı ve vestibül derinliğindeki bu azalma bireyin bölgeyi yeterince temizleyememesi ve mevcut iltihabın elimine edilememesi sonucunu doğurur. Bu olayın aşırı dentin duyarlılığı ve estetik bozukluk gibi sorunları da beraber getireceği bilinmektedir.

Yapışık dişetinin artırılması kararı verilince, hastaya uygulanacak teknikte elde edilecek dokunun, yapışık dişetinin karakterine sahip olması gerekliliği vardır. Hem bu özelliği, hem de operasyon sonrası diğer tekniklere göre daha az büzülme göstermesi münasebetiyle serbest dişeti grefti (SDG) seçildi.⁹

1976'da Lange ve arkadaşları¹⁶ retansiyon tekniğini kullanarak yapışık dişetinin genişliğini artırmış, artan yapışık dişetine bağlı olarak plak indeks skorlarının azaldığını, cep sıvısı miktarının azaldığını tespit etmişlerdir. Ayrıca cep derinliğinin 1.1 mm'den 1.0 mm'e çekildiğini saptamışlardır. Sonuçta elde edilen değerlere dayanarak yapışık dişeti yüksekliğinin artırılması

ile dişetindeki iltihabik durumun azaltılacağı kanısına varmışlardır. Bu bulgular bizim operasyona aldığımız hasta grubunun bulgularını desteklemektedir.

Kisch ve arkadaşları 1986'da yaptıkları çalışmalarında⁴ ise başlangıçta ortalama 0.6 mm keratinize dişetine sahip ve plak kontrolü iyi olan bireyleri 5 yıl süreyle takip etmişler ve sonuçta ne keratinize dişetinde azalma ne de cep derinliklerinde artma bulamamışlardır. Bu sonuca göre yapışık dişeti genişliği ile periodontal sağlık arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmüşlerdir. Bu bulgular bizim operasyona almadan sadece iyi bir ağız hijyeni temini ile periodontal sağlıklarını koruyan hasta grubumuzun bulgularına uymaktadır.

Ramfjord 1975'deki çalışmasında¹⁷ tedavi sonrası idame programı içindeki hastalarda sadece dişlerin bukkal yüzeylerinde az, fakat dereceli bir ataşman düzeyi kaybı olduğunu saptamış olup bunun sebebini bukkal yüzeyde görülmesi münasebetiyle diş fırçalama sırasında oluşan travmaya bağlamıştır. Bu çalışma sebep itibariyle değil sonuç itibariyle çalışmamızı desteklemektedir.

Periodontal hastalığın oluşmasında çeşitli etkenlerin rolü vardır. Bunlar hazırlayıcı ve etiyolojik etkenler olmak üzere iki grupta incelenebilir. Hazırlayıcı etkenler doğrudan doğruya hastalığa sebep olmadığı halde kişiyi hastalığa karşı hassas kılarlar. Halbuki etiyolojik etkenler hastalığın sebebi olarak kabul edilirler.⁹ Periodontal hastalıklar için primer etiyolojik etken bakteri plağıdır. Bakteri plağının birikimi ile orantılı olarak periodontal hastalık şiddetinin arttığını gösteren çalışmalar vardır.⁷⁻¹¹ Çalışmamızda kötü ağız hijyeni haricinde herhangi bir hazırlayıcı etkeni olmayan kontrol grubunu kötü ağız hijyeni yanısıra hazırlayıcı etkenleri de bulunduran risk grubu ile karşılaştırdığımızda hazırlayıcı etkenlerin etiyolojik etkenlerin kontrolünde olduğunu benimsedik.

SONUÇLAR

Yetersiz dişeti genişliği, sığ vestibül ve mobil dişeti kenarının olması tek başına periodontal sağlığı etkilemez. Ancak bunlar bireyden bireye değişen ölçülerde plak kontrolünü güçleştirebilir veya imkansızlaştırabilir. Böylece periodontal sağlığı bozabilirler.

Periodonsiyumda reversible harabiyet mevcutsa yada basit kök yüzeyi temizliği ile kabul edilebilir düzeylere dönebilecekse kompleks tedaviye girişilmemelidir. Öncelikle kişisel oral hijyen eğitimi ve profesyonel diş-dişeti temizliği ile hadise düzeltilmeye çalışılmalıdır. Hastaya gereksiz cerrahi müdahale ile maddi ve manevi yük getirilmemesi bir kez daha vurgulandı.

KAYNAKLAR

1-Hall WB: The current status of mucogingival problems and their therapy. J Periodontol 52: 569-75, 1981.

2-Kıncı S: Yapışık dişeti yüksekliğinin artırılmasında, Edlan-Mejchar ve periosteal fenestration tekniklerinin kıyaslamalı araştırılması. Doktora Tezi Erzurum 1983.

3-Edlan A and Mejchar B: Plastic surgery of vestibulum in periodontal therapy. Int Dent J 13: 593-6, 1963.

4-Kisch J, Badersten A, and Egelberg J: Longitudinal observation " unattached " mobile gingival areas. J Clin Periodontol 13: 131-4, 1986.

5-Kalkwarf KL, Krejci RF: Effect of inflammation on periodontal attachment levels in miniature swine with mucogingival defects. J Periodontol 54: 361-4, 1983.

6-Bergenholtz A, and Hogosan A: Vestibular extension surgery in cases with periodontal disease. J Periodontol Res 2: 221, 1967.

7-Wart VJ and Glas P: The depth of the vestibular fornix in the mandibular anterior region in health. J Periodontol 47: 651, 1976.

8-Axelsson P, Lindhe J: Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. J Clin Periodontol 8: 239-48, 1981.

9-Carranza FA: Glickman's Clinical Periodontology. Philadelphia WB Saunders Co, 1989.

10-Baloş K: Oral hijyen eğitim ve kontrollerinin periodontal sağlığa etkileri. A Ü Diş Hek Fak Derg 3 (3): 13-23, 1976.

11-Orbak R, Tezel A: Periodontoloji kliniğe müracaat eden hastalarda yapılan profesyonel diş-dişeti temizliğinin araştırılması. Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak. Derg. 4(1): 13-18, 1994.

12-Tuncer Ö: Periodontoloji Propedötik, Bozak Matbaası İstanbul 1984.

13-Tunali B: Periodontoloji'de Klinik İndeksler İstanbul 1991.

14-Bear NP, Morris LM: Textbook of Periodontics. LB Lippincott Co, Toronto, 1980.

15-Prichard FJ: The Diagnosis and Treatment of Periodontal Disease WB Saunders Co, Toronto 1979.

16-Lange VDE, Ganns V und Flores de Jacoby: Über die Veränderung der form der Marginalen gingiva und die Beeinflussung der gingivalen entzündung durch vestibulare. Gingiva Extension Operationen Dtsch Zahnarz Z 31: 439-42, 1976.

17-Ramfjord SP, Knowles JW, Nissle RR, Burgett FG, Shick RA: Results following three modalities of periodontal therapy. J Periodontol 46: 522-6, 1975.

Yazma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Recep Orbak
Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak.
Periodontoloji ABD
25240 Erzurum