

## SERBEST DİŞETİ GREFTİ: OLGU SUNUMU FREE GINGIVAL GRAFT: CASE REPORT

Gülnur SAĞLAM<sup>1</sup> , Ahmet DAĞ<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Dicle Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Son yıllarda klinisyenler ve araştırmacılar, dişler ve implantlar etrafındaki yumuşak dokuyu yeniden yapılandırmak için mukogingival cerrahiye artan bir ilgi göstermiştir. Serbest diş eti grefti, yapışık diş eti genişliğini artırmak için mükemmel bir prosedürdür. Aynı zamanda mandibuler kesici dişlerde keratinize dokunun minimum olduğu bölgelerde kök yüzeyinin örtülmesi serbest dişeti greftlerinin tercih edildiği endikasyonlardır. Bu olgu sunumunun amacı serbest diş eti grefti ile uygulanan peridontal tedaviyi sunmaktır.

**Olgu sunumu:** Bu vakada dişeti çekilmesi şikayeti olan hastanın serbest dişeti grefti kullanılarak tedavisi yapılmıştır.

**Sonuç:** Lokal faktörler ortadan kaldırılarak hastaya plak kontrolünü kolaylıkla sağlayabileceği bir dişeti genişliği kazandırılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dişeti çekilmesi, frenulum, mukogingival cerrahi, serbest diş eti grefti

**Geliş:** 20.03.2023

**Kabul:** 04.04.2023

**Yayın:** 30.04.2023

### ABSTRACT

**Aim:** In recent years, clinicians and researchers have shown increasing interest in mucogingival surgery to reconstruct soft tissue around teeth and implants. Free gingival graft is an excellent procedure to increase the width of the attached gingiva. At the same time, covering the root surface in areas where keratinized tissue is minimal in mandibular incisors is one of the indications that free gingival grafts are preferred. The aim of this case report is to present periodontal treatment with free gingival graft.

**Case report:** In this case, the patient with the complaint of gingival recession was treated using free gingival graft.

**Conclusion:** By eliminating local factors, the patient is given a gingival width that can easily control plaque.

**Keywords:** Gingival recession, frenulum, mucogingival surgery, free gingival graft

**Received:** 20.03.2023

**Accepted:** 04.04.2023

**Published:** 30.04.2023

Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Gülnur SAĞLAM

gulnuradosaglam@gmail.com

**Atıf/Citation:** Sağlam G, Dağ A. Serbest dişeti grefti: Olgu sunumu. Dicle Dent J. 2023;24(1): 23-27.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)

## GİRİŞ

Diş etinin apikale doğru yer değiştirmesi sonucu kök yüzeyinin ortaya çıkması ve ağız ortamına açılması diş eti çekilmesi olarak tanımlanmıştır. Bu yer değiştirmeye bağlı olarak sıklıkla estetik ve hassasiyet şikâyetleri oluşmakta, bölgede plak kontrolünün sağlanması zorlaşmaktadır (1,2).

Marjinal doku çekilmesi kötü ağız hijyenine sahip toplumların yanı sıra iyi oral hijyen standartlarına sahip toplumlarda da yaygın olarak gözlenmektedir (3,4). Ağız bakımı iyi olan bireylerde marjinal doku çekilmesi genellikle dişlerin vestibul yüzeylerinde gözlenirken, oral hijyeni iyi olmayan bireylerde ise tüm diş yüzeyleri diş eti çekilmesinden etkilenmektedir (4,5). Ağız hijyen alışkanlıkları (travmatik ve sert fırçalama), dişin ark içinde yanlış konumlanması, yüksek frenulum ve kas ataçmanlarının varlığı, çeşitli restoratif ve periodontal tedavi uygulamaları ile ilgili hatalar, plak ve diş taşı birikimi marjinal doku çekilmesi ile ilişkili faktörlerdir (6). Yüksek frenulum ataçmanı ile yetersiz keratinize dişeti bandı bulunması diş eti çekilmelerine zemin hazırlayabilmektedir. Frenulumun serbest dişeti kenarına çok yakın olması fonksiyonel hareketler esnasında diş etinin dişten ayrılmasına ve plak kontrolünün güçleşmesine sebep olur (7,8).

Friedman (1957) tarafından mukogingival cerrahi, "diş etini korumak, anormal frenulum ve kas ataçmanlarını uzaklaştırmak ve vestibül derinliği artırmak amacıyla yapılan cerrahi işlemler olarak tanımlanmıştır fakat diş eti ve alveoler mukozayı içeren bütün cerrahi işlemler için bu terim kullanılır (6). 1963 yılında ilk olarak Björn tarafından tanımlanan serbest dişeti greftleri ise keratinize diş eti genişliğinin artırılması, frenulum ve kas ataçmanlarının gerilimlerinin ortadan kaldırılması, kök yüzeyinin kapatılması, vestibul sulkus derinliğinin artırılmasında sıklıkla kullanılan mukogingival cerrahi prosedürlerdendir (9).

Cerrahiye karar verme sürecinde hastanın estetik ve hassasiyet şikâyetleri, ilgili bölgede plak kontrolü sağlanabilirliği, kök patolojilerinin varlığı ve çekilmenin ilerleme ihtimali dikkate alınmalıdır. Diş dokusunda kayıp varsa, bölgede bulunan dişeti çok inceyse veya dişeti çekilmesi plak kontrolünü zorlaştırıyor ve iltihabi periodontal hastalıklara zemin hazırlıyorsa bu durumlarda da örtülme gerekli olabilmektedir (10).

Yapışık diş eti genişliği artırmada yüksek başarı oranına sahip olması, çok sayıda dişe uygulanabilmesi, uygulamanın kolaylığı, anormal frenulum bağlantılarını elimine etmesi, kök yüzeyi örtmede kullanılması serbest diş eti greftlerinin avantajları arasındadır (11). Bununla birlikte uzun cerrahi süresi, ağız içinde ikinci bir yara yeri oluşması, doku morbiditesi riski ve postoperatif ağrı gibi sebeplerden dolayı zor tolere edilen cerrahilerdendir (12). Palatinal mukozaya anatomik avantajları ve ideal greft kalınlığı elde edilebilmesi nedeniyle serbest diş eti grefti elde etmek için en uygun bölgedir (13).

Bu olgu sunumunda, mandibula anterior bölgede yüksek frenulum etkisine bağlı diş eti çekilmesi olan bölgede serbest diş eti grefti kullanılarak diş eti genişliğinin artırılması ve çekilmenin tedavisi sunulmaktadır.

## OLGU SUNUMU

Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'na diş eti çekilmesi şikâyeti ile başvuran 17 yaşındaki hastamızdan alınan anamnez neticesinde herhangi bir sistemik rahatsızlığı olmadığı, sigara kullanmadığı ve dişlerini ara sıra fırçaladığı öğrenildi. Yapılan klinik ve radyolojik muayenede hastanın gingivitis olduğu ve 31-41 numaralı dişlerinde anormal frenulum ataçmanı etkisiyle Miller sınıf I diş eti çekilmesi olduğu ve sığ vestibuler derinlik nedeniyle hastanın yeterli ağız hijyeni sağlayamadığı gözlemlendi.

Hastanın Faz I tedavisine başlandı. Detraj, kök yüzeyi düzleştirmesi yapıp ağız hijyen eğitimi verildi. Tam bir ağız hijyeni elde edilip, gingival indeks ve plak indeksi skorları uygun hale getirildikten sonra diş eti çekilmesini tedavi etmek amacıyla serbest dişeti grefti ile mukogingival cerrahi planlandı (Resim 1).

**Resim 1.** Faz I tedavi sonrası ağız içi görünüm



### Alıcı Yatağın Hazırlanması

Hasta ve ebeveynine aydınlatılmış onam formu imzalatılarak işlem için onay alındı. Operasyona lokal anestezi altında alıcı yatağın hazırlanması ile başlandı. Açıkta olan kök yüzeyin gracey küretlerle kök yüzeyi düzleştirilmesi yapıldı. 31 ve 41 numaralı dişlerde sulkuler insizyon yapıldı. Mine-sement sınırını takip edecek şekilde 41 numaralı dişin distalinden horizontal kesi yapıldı. 42 numaralı dişin fizyolojik sınırlarının korunmasına dikkat edildi. Aynı şekilde 31 numaralı dişin distalinde mine-sement sınırı takip edilerek horizontal kesi simetrik olarak gerçekleştirildi. Horizontal insizyonlara tabanı geniş olacak şekilde iki dikey insizyon ilave edildi. 15C numaralı bistüri ucu ile keskin diseksiyon yapılarak bölgedeki kas ataçmanları ortadan kaldırıldı. Alıcı bölgede tamamıyla hareketsiz, yeterli boyutlarda bir periost yatağı oluşturuldu. Alıcı yatağın sınırları bölgeye konulacak serbest dişeti greftinin büzülme oranı da hesap edilerek bir miktar geniş tutuldu.

### Donör Sahanın Hazırlanması

Alıcı yatağın boyutları bölgeye yerleştirdiğimiz alüminyum bir şablonla belirlendi. Serbest dişeti grefti için palatal bölge donör saha olarak kullanıldı. Lokal anestezi uygulandıktan sonra premolar dişlerin palatinaline yerleştirdiğimiz şablona uygun olarak 1.5 mm kalınlıkta bir greft elde edildi. Kanama kontrolü sağlanarak spongostan yerleştirdiğimiz bölge 3/0 ipek sütur ile suture edildi.

### Greftin Yerleştirilmesi

Greft ve yatak arasında ölü boşluk olmayacak bir biçimde mine-sement sınırına dikkat edilerek uygun bir şekilde greft yerleştirildi. 5/0 rezorbe olmayan polyamide sütur ile çevre keratinize dokuya basit ve horizontal matris süturlarla suture edildi. Greftin tam olarak hareketsiz olmasına dikkat edilerek, periostan geçerek baskı sütur atıldı (Resim2).

**Resim 2.** Greftin alıcı yatağa suture edilmesinden sonraki görünümü



Hastadan 2 hafta boyunca operasyon alanını fırçalamaması, travmatik durumlardan bölgeyi koruması istendi. Postoperatif olarak hastaya 1 hafta analjezik, antiinflamatuvar, antibiyotik reçete edildi (Etdolak 400 mg tablet ve Amoksisilin/Klavulanik asit 625 mg film tablet). 2 hafta boyunca kullanılmak üzere ise %0.12'lik klorheksidin glukonat gargara reçete edildi. Bir hafta sonra palatinal bölgedeki süturlar alındı. İki hafta sonra ise alıcı bölgedeki süturlar alındı (Resim 3).

**Resim 3.** Hastanın 14 gün sonrası ağız içi görünümü



Operasyon sonrası erken dönemde komplikasyon izlenmedi. Kontrollerde hastanın keratinize dişeti genişliğinin arttığı, dişeti çekilmesinin kapandığı ve frenulumun etkisinin ortadan kalktığı görüldü (Resim 4).

**Resim 4.** Operasyondan 2 ay sonra ağız içi görünüm

## TARTIŞMA

Yumuşak doku kenarının mine-sement birleşimine göre apikal olarak yer değiştirmesi olarak tanımlanan dişeti çekilmesi, genel popülasyonda sık görülen bir klinik özelliktir (14). Stoner ve arkadaşlarının dişeti çekilmelerinin lokal etyolojik faktörlerle ilişkisini inceledikleri çalışmada en yüksek ilişki çekilme ile keratinize dişeti genişliği arasında bulunmuş; frenal çekme, en yüksek oranda ilişkili ikinci faktör olmuştur (7).

Son zamanlarda klinisyenler ve araştırmacılar, dişler ve implantlar etrafındaki yumuşak dokuyu yeniden düzenlemek için mukogingival cerrahiye artan bir ilgi göstermiştir (15). Diş eti ve alveoler mukozanın morfolojisindeki kusurlar periodontal hastalığın seyrini hızlandırabilir ve periodontal tedavilerin başarı oranlarını etkileyebilir (16). Mevcut veriler, tedavi edilmeyen diş eti çekilmesinin, iyi bir ağız hijyeni varlığında bile daha fazla ilerleme eğilimi olduğunu göstermektedir. Mukogingival cerrahi prosedürler dişeti ve alveoler mukozadaki olumsuzlukları tedavi ederek periodontal sağlığın devam ettirilebilmesini mümkün kılan bir ortam oluşturmayı amaçlar (17).

Serbest diş eti grefti, minimum miktarda keratinize doku bulunan bölgelerde uygun dişeti genişliği elde etmek için en etkili prosedürdür (18). Uygulama hızlı bir şekilde gerçekleştirilebilir ve postoperatif travma minimum miktardadır. Serbest dişeti grefti kullanılarak elde edilen kök yüzeyi kapama oranı ise %11 ile %87 (ortalama %63) arasında değişmektedir (19).

Kök yüzeyi üzerindeki diş eti kenarı pozisyonu, uzun bağlantı epitelinin kök üzerinde koronal göç sürecini ifade eden 'krepping ataçman' yoluyla zaman içinde kademeli olarak iyileşebilir. Serbest diş eti grefti için

tercih edilen bir diğer endikasyon alanı ise mandibuler kesici dişlerde keratinize dokunun yetersiz olduğu durumlarda kök yüzeyinin kapatılmasıdır (17). Çalışmamızda mandibuler kesici dişler bölgesinde keratinize dişeti genişliğini artırmak, dişeti çekilmesini tedavi etmek amacıyla serbest diş eti grefti uygulanmıştır.

Kök yüzeyi kapatma prosedürlerinin ana endikasyonları, estetik, diş hassasiyetinin tedavisi ve defekt ilerlemesi riskini azaltmak için keratinize dokunun artırılmasıdır (20). Kök örtme prosedürlerinde klinik amaç, kökün tamamen kaplanmasıdır yani diş eti kenarının mine-sement birleşiminden hafifçe koronalinde olduğu, sondlama derinliğinin 2mm'den fazla olmadığı, saptanabilir bir iltihaplanmanın görülmediği bir durumdur (21). Çalışmamızda bu kriterlere uygun bir dişeti genişliği ve sağlığı elde edilmiştir.

## SONUÇ

Serbest dişeti grefti cerrahisi, keratinize doku miktarının artırılması, frenulumun anormal etkilerinin ortadan kaldırılması ve alt kesiciler bölgesinde dişeti çekilmesinin tedavisinde olumlu sonuçlar ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Smith RG. Gingival recession: reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. J Clin Periodontol. 1997;24:201-5.
2. The American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms, 4th ed. Chicago: 2001.p. 44.
3. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. J Periodontol. 2004;75(10):1377-86.
4. Serino G, Wennström JL, Lindhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. J Clin Periodontol. 1994;21(1):57-63.
5. Loe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. J Periodontol. 1978;49(12):607-20.
6. Lang NP, Lindhe J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6th Ed. Wiley&Sons; 2015. p.969-1042.
7. Stoner JE, Mazdyasna S. Gingival recession in the lower incisor region of 15-year-old subjects. J Periodontol. 1980;51(2):74-6.
8. Ochsenbein C, Maynard JG. The problem of attached gingiva in children. ASDC J Dent Child. 1974;41(4):263-72.
9. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. Periodontics.



- 1968;6(3):121-9.
10. Sheilesh D, Van Dyke TE. (Featuring speakers at the 2006 FDI Congress) Point of care. *J Can Dent Assoc.* 2005;72:307-15.
  11. Coslet JG, Rosenberg ES, Tisot R. The free autogenous gingival graft. *Dent Clin North Am.* 1980;24(4):651-82.
  12. Griffin TJ, Cheung WS, Zavras AI, Damoulis PD. Postoperative complications following gingival augmentation procedures. *J Periodontol.* 2006;77(12):2070-9.
  13. Keceli HG, Aylikci BU, Koseoglu S, Dolgun A. Evaluation of palatal donor site haemostasis and wound healing after free gingival graft surgery. *J Clin Periodontol.* 2015;42(6):582-9.
  14. American Academy of Periodontology. Consensus report on mucogingival therapy. Proceedings of the World Workshop in Periodontics. *Ann Periodontol* 1996; 1: 702-6.
  15. Friedman N. Mucogingival surgery. *Tex Dent J* 1957; 75: 358-62.
  16. The American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms, 4th edn. Chicago: American Academy of Periodontology, 2001.
  17. Cairo F. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. *Periodontol* 2000. 2017;75(1):296-316.
  18. Tonetti MS, Jepsen S, Working Group 2 of the European Workshop on Periodontology. Clinical efficacy of periodontal plastic surgery procedures: consensus report of Group 2 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2014; 41(Suppl 1).
  19. Wennstrom J. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996;1(1): 671-701.
  20. Cairo F, Rotundo R, Miller PD, Pini Prato GP. Root coverage esthetic score: a system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases. *J Periodontol.* 2009;80(4): 705-10.
  21. Miller PD Jr. Root coverage with the free gingival graft. Factors associated with incomplete coverage. *J Periodontol.* 1987;58(10):674-81.