



LOKALİZE DİŞETİ ÇEKİLMESİ TEDAVİSİNDE KORONALE KAYDIRILAN FLEP VE TROMBOSİTTEN ZENGİN FİBRİN İLE KORONALE KAYDIRILAN FLEP VE SUBEPİTELYAL BAĞ DOKUSU GREFTİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: BİR OLGU SUNUMU*

THE COMPARISON OF CORONALLY ADVANCED FLAP WITH PLATELET RICH FIBRIN AND CORONALLY ADVANCED FLAP WITH SUBEPITHELIAL CONNECTIVE TISSUE GRAFT IN THE TREATMENT OF LOCALIZED GINGIVAL RECESSON: A CASE REPORT*

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Özyay USLU* **Dr. Öğr. Üyesi Serkan DÜNDAR ****
Doç. Dr. Abubekir ELTAS ***

Makale Kodu/Article code: 2877
Makale Gönderilme tarihi: 08.06.2016
Kabul Tarihi: 22.07.2016

ÖZ

Bu vakanın amacı olgumuzda maksiller kanin dişlerdeki Miller Sınıf-I dişeti çekilmelerinde koronale kaydırılan flep (KKF) ve subepitelyal bağ dokusu grefti (SBDG) tedavisi ile KKF ve trombositten zengin fibrin (TZF) tedavisinin sonuçlarını karşılaştırmaktır.

Sistemik açıdan sağlıklı 31 yaşında bayan hasta, kliniğimize dişlerinde hassasiyet ve estetik şikayeti ile başvurdu. Maksiller sağ ve sol kanin dişinde Miller Sınıf-I dişeti çekilmesi mevcuttu. Hastadan alınan kandan TZF elde edildi. Dişeti çekilmelerinin tedavisi için her iki dişte önce tam kalınlık mukoperiostal flep kaldırıldıktan sonra mukogingival birleşimden itibaren yarım kalınlık flep kaldırıldı. Kök yüzeyi debridmanı gerçekleştirildikten sonra papil bölgesi deepitelize edildi ve TZF interdental papile suture edildi. Sol kaninde ise SBDG papillere suture edildi. Her iki mukoperiostal flep koronale kaydırılarak kök yüzeyi kapatıldı. Operasyon bölgesi öjenolsüz bir pat ile korundu. Hastaya operasyon sonrası antienflamatuvar ve klorheksidin glukonat içeren gargara reçete edildi. Operasyon sonrası erken dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Pat ve süturlar operasyondan 10 gün sonra alındı. Bir ay sonra sağ kaninde %100 kök kapanmasının sağlandığı görüldü. Sol kaninde ise 1.5 mm dişeti çekilmesi mevcuttu ve keratinize dişeti kalınlığı TZF uygulanan dişe göre daha fazlaydı. On beş ay sonraki dişeti çekilmesi her iki tarafta da 1 mm olarak ölçüldü.

Lokalize Miller Sınıf-I ve sınıf-II dişeti çekilmelerinde TZF kullanılarak yapılan tedaviler hakkında başarılı klinik sonuçlar bulunmaktadır. İkinci bir cerrahi müdahalenin olmaması, daha az zaman alması, donör saha morbiditesinin ortadan kalkması ve post-operatif rahatsızlığın olmaması gibi avantajlarıyla TZF SBDG'ye iyi bir alternatif olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu grefti, Diş eti çekilmesi, Trombositten zengin fibrin

ABSTRACT

The purpose of this case was comparing the efficacy of coronally advanced flap (CAF) with subepithelial connective tissue graft (SCTG) treatment and CAF with platelet-rich fibrin (PRF) in the maxillary canine teeth with Miller Class-I gingival recessions.

Systemically healthy 31 year-old female patient was admitted to our clinic with a complaint of aesthetic and hypersensitivity. Miller Class-I gingival recession was present in maxillary right and left canine teeth. PRF was obtained from the patient's blood. Full thickness mucoperiosteal flap was reflected followed by a partial thickness flap beyond the mucogingival junction for the treatment of gingival recessions at both tooth. The papilla area was deepitelized after root surface debridement and PRF was sutured to the interdental papilla. SCTG was sutured to papilla at left canine. Root surface was closed by sliding the both mucoperiosteal flaps coronally. The surgical area was protected using a non-eugenol dressing. After surgery anti-inflammatory and chlorhexidine gluconate mouthwash was prescribed. There were no complications in the early period after the operation. The dressing and sutures were removed 10 days after the operation. 100% root coverage was maintained at right canine one month later. There was 1.5 mm gingival recession at left canine and keratinized gingival thickness was higher according to the PRF applied teeth. The gingival recession was 1 mm at both sides fifteen month later. There are successful clinical results in the treatment of localized Miller Class-I and Class-II gingival recessions using PRF. PRF is seen as a good alternative to SCTG with advantages such as the absence of a second surgical intervention, less time consuming, the elimination of donor site morbidity and the lack of post-operative discomfort.

Keywords: Connective tissue graft, Gingival recession, Platelet rich fibrin

*İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, Malatya

**Fırat Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, Elazığ

***Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Periodontoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

*03-05 Ekim 2013 tarihinde İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi desteğiyle Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi 1. Uluslararası Diş Hekimliği Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuştur.



GİRİŞ

Dişeti çekilmesi (DÇ), dişetin kök yüzeyini açıkta bırakarak mine-sement sınırından (MSS) apikale doğru yer değiştirmesidir. DÇ lokalize veya generalize olabilmekle beraber dişin bir veya birkaç yüzünde görülebilmektedir.¹ Türk toplumunda genç yaşlardan itibaren DÇ sıklığının çok yüksek olduğu, şiddetinin yaş ile giderek arttığı ve DÇ'nin sıklıkla alt keserlerde görüldüğü saptanmıştır.² DÇ dentin hassasiyeti, kök çürükleri, erozyon, abrazyon, mikrobiyal dental plak birikimi ve estetik problemlere neden olabilmektedir.^{3,4} DÇ oluşumunda periodontal hastalığın ana etiyolojik faktörü olan mikrobiyal dental plağın yanında aşırı veya yetersiz fırçalama, periodontal hastalıklar, yaşlanma, travma, alveolar kemiğin kalınlığı, dişin pozisyonu ve kök açılanmaları, ortodontik diş hareketleri ve yüksek frenilum ile kas bağlantıları gibi birçok faktör rol oynamaktadır.^{3,5-8}

DÇ oldukça sık rastlanan klinik bir durumdur. DÇ'nin tarif edilebilmesi ve tedavi sonuçlarının öngörülebilirliğinin değerlendirilmesi için çeşitli sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. 1968'de Sullivan ve Atkins dişeti çekilmesini, 1) Siğ-Dar, 2) Siğ-Geniş, 3) Derin-Dar, 4) Derin-Geniş olmak üzere dört morfolojik sınıfa ayırmışlardır.⁹ Miller 1985 yılında günümüzde de en sık kullanılan bir sınıflama yapmıştır.¹⁰ DÇ dört sınıfa ayrılmıştır.

I. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmamıştır. İnterdental bölgede kemik ve yumuşak doku kaybı yoktur. Uygun cerrahi teknik ile tam kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

II. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve yumuşak doku kaybı yoktur. Uygun cerrahi teknik ile tam kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

III. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve/veya yumuşak doku kaybı bulunmaktadır. Uygun cerrahi teknik ile kısmen kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

IV. Sınıf: Kenar doku çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve/veya yumuşak doku kaybı bulunmaktadır. Dişte ileri derecede malpozisyon vardır. Kök yüzeyi kapanması beklenmez.

Dişeti çekilmelerinin tedavisi, dentin hassasiyetinin ortadan kaldırılması, kök çürüklerinin önlenmesi, keratinize doku miktarının artırılması ve estetik amaçlarıyla yapılmaktadır. Bu amaçların elde edilebilmesi için laterale kaydırılan flep, serbest dişeti grefti, bağ dokusu grefti, yönlendirilmiş doku rejenerasyonu, aselüler dermal matriks ve bunların kombinasyonları gibi çeşitli teknikler geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Kök yüzeyi kapatılmasında bağ dokusu grefti etkili bir yöntemken ikinci bir cerrahi alan gerektirmesi ve çoklu çekilmelerde yeterli miktarda subepitelyal bağ dokusu elde edilmesinin zorluğu önemli dezavantajı olarak görülmektedir. Bu dezavantajlar nedeniyle trombositten zengin fibrin (TZF) gibi yeni yöntemlerin geliştirilmesine ve klinik uygulamaya koyulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu olguda DÇ'nin tedavisi için koronale kaydırılan flep (KKF) ile beraber subepitelyal bağ dokusu grefti (BDG) ve TZF kullanılarak klinik sonuçları karşılaştırılmıştır.

OLGU SUNUMU

Sistemik açıdan sağlıklı 31 yaşında bayan hasta, maksiller kanin dişlerde hassasiyet ve estetik şikayeti ile İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'na başvurdu. Hastanın klinik muayenesinde, üst sağ ve sol kanin dişlerinde Miller sınıf-I dişeti çekilmesi mevcuttu. Sağ üst kaninde vertikal dişeti çekilmesi 4 mm, horizontal yönde 4 mm iken, sol üst kaninde vertikal 4 mm horizontal 5 mm dişeti çekilmesi mevcuttu. Her iki dişte de ortalama 5 mm ataşman kaybı ve 1 mm sondlama derinliği ölçüldü. Gingival indeks (Löe&Silnes):0, sondlamada kanama: (-). Sağ üst kaninde keratinize dişeti miktarı 5 mm iken sol üst kaninde 4mm olarak ölçüldü. Hastaya oral hijyen eğitimini takiben faz-I periodontal tedavi uygulandı.

Hastadan alınan venöz kan literatür ile uyumlu olacak şekilde bekletilmeden antikoagülan içermeyen 10ml'lik kuru vakumlu hema tüplerinde 3000 Rpm'de 10 dk santrifüj edildi.¹¹ Santrifüj edilen tüplerden steril presel yardımıyla çıkartılan TZF'nin kırmızı kan hücrelerine yakın tabakası el aleti yardımıyla sıyrılarak kullanıma hazır hale getirildi.

Dişeti çekilmelerinin tedavisi için her iki dişte de sulkuler insizyonu takiben mukogingival sınırı geçen vertikal insizyonlar gerçekleştirildi. Pini Prato ve ark.'nın belirttiği yöntem¹² ile önce tam kalınlık,

mukogingival sınırdan sonra yarım kalınlık flep kaldırılarak marjinal dişetinin mine-sement sınırının 2 mm koronalinde kalacak şekilde flep serbestleştirildi. Kök yüzeyi debridmanı gerçekleştirildikten sonra papil bölgesi deepitelize edildi ve TZF interdental papile 5-0 suture (Polyglycolic acid, vicryl, Ethicon) ile dikildi. Sol kaninde ise palatinal bölgeden Langer ve Langer'in tarif ettiği metot¹³ ile elde edilen SBDG interdental papile suture edildi. Her iki mukoperiostal flep koronale kaydırılıp suture (4-0 Polyglycolic acid, vicryl, Ethicon) edilerek kök yüzeyi kapatıldı. Operasyon bölgesi cerrahi pat (Peripac, Dentsply DeTrey GmbH, Germany) ile örtüldü. Hastaya operasyon sonrasında 1 hafta boyunca antienflamatuvar (flurbiprofen, 2x1) ve iki hafta boyunca klorheksidin glukonat gargara (3x1) reçete edildi.

Operasyon sonrası erken dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Operasyondan 10 gün sonra pat ve sutureların alınması amacıyla hasta görüldü. 1 ay sonra sağ kaninde %100 kök kapanmasının sağlandığı görüldü. Sol kaninde ise 1.5 mm dişeti çekilmesi mevcutken keratinize dişeti kalınlığı TZF uygulanan dişe göre daha fazlaydı (Tablo 1). On beş ay sonra TZF uygulanan dişteki dişeti çekilmesi 1 mm iken SBDG uygulanan dişteki dişeti çekilmesi de 1 mm olarak ölçülmüştür (Tablo 2) (Resim 1-10).

Tablo 1. Başlangıç, 1.ay, 6.ay ve 15.aydaki klinik parametreler

	Başlangıç		1. Ay		6. Ay		15. Ay	
	13	23	13	23	13	23	13	23
SD	1 mm	1 mm	1 mm	1 mm	1mm	1mm	1mm	1mm
KAS	5 mm	5 mm	0 mm	2.5mm	2mm	2.5mm	2mm	2mm
KDG	5 mm	4 mm	5 mm	5 mm	5mm	5mm	5mm	5mm
KDK	.2mm	.3mm	.5mm	.6mm	.5mm	.5mm	.5mm	1.5mm
Gİ	1	1	1	1	2	1	0	0
SK	+	+	-	-	+	+	-	-

13: Sağ üst kanin dişi, 23: Sol üst kanin dişi, SD: Sondalama Derinliği, KAS: Klinik Ataşman Seviyesi, KDG: Keratinize Dişeti Genişliği, KDK: Keratinize Dişeti Kalınlığı, Gİ: Gingival İndeks, SK: Sondlamada Kanama

Tablo 2. Diş eti çekilmesi miktarları

	Başlangıç		1. Ay		6. Ay		15. Ay	
	13	23	13	23	13	23	13	23
VDC	4mm	4 mm	0 mm	1.5mm	1mm	1.5mm	1mm	1mm
HDC	4 mm	5 mm	0 mm	4 mm	3mm	4mm	3mm	3mm

VDC: Vertikal Dişeti Çekilmesi, HDC: Horizontal Dişeti Çekilmesi



Resim 1. Operasyon öncesi sol kanin diş görünümü



Resim 2. Operasyon öncesi sağ kanin diş görünümü



Resim 3. 15. ay sol kanin görünümü



Resim 4. 15. ay sağ kanin görünümü



Resim 5. 6. ay sol kanin görünümü



Resim 6. 6. ay sağ kanin görünümü



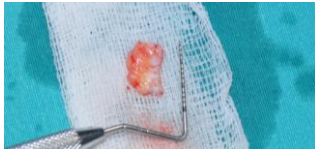
Resim 7. 1. ay sol kanin görünüm



Resim 8. 1. ay sağ kanin görünüm



Resim 9. Trombositten zengin fibrin



Resim 10. Subepitelyal bağ dokusu grefti

TARTIŞMA

Dişeti çekilmelerinin tedavisinde günümüze kadar birçok materyal ve teknik kullanılmıştır.¹⁴ Lokalize Miller sınıf-I ve sınıf-II dişeti çekilmelerinde TZF kullanılarak yapılan tedaviler hakkında başarılı klinik sonuçlar bulunmaktadır.¹⁵ Aroca ve ark. Miller sınıf-I ve II dişeti çekilmesi olan 20 olguya modifiye KKF ve modifiye KKF ile TZF uygulamışlar ve 6 ay takip etmişlerdir.¹⁶ Her iki grupta da başlangıç ve 6. ayda keratinize dişeti miktarı artarken sondalama derinliği benzer bulunmuştur. TZF uygulanan grupta daha fazla dişeti kalınlığı elde edilmiştir. Jankovich ve ark.'nın dişeti çekilmesi tedavisinde TZF ile SBDG'yi karşılaştırdıkları çalışmalarında kök kapanmasının her iki grupta da benzer olduğu, TZF grubunda yara iyileşmesi daha üstün iken SBDG grubunda daha fazla keratinize dişeti

elde edildiği görülmüştür.¹⁷ Padma ve ark. Miller sınıf-I ve II dişeti çekilmelerinin tedavisi için KKF ve KKF ile beraber TZF kullanmışlardır. Çalışma sonunda klinik ataşman seviyesi, keratinize dişeti genişliği ve kök kapanmasının KKF ile beraber TZF uygulandığında sadece KKF uygulamasına göre daha üstün olduğu görülmüştür.¹⁸ Carvalho ve ark.'nın 10 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada modifiye KKF ile beraber uygulanan TZF uygulamasının klinik ataşman seviyesi ve keratinize dişeti dokusu miktarını etkin bir şekilde artırdığı gösterilmiştir.¹⁹ Chambrone ve ark. 28 hastaya KKF ile beraber TZF uygulamışlar ve 6 ay sonunda % 96 ortalama kök kapanması elde etmişlerdir. Sondalama derinliğinde azalma, klinik ataşman seviyesi, dişeti çekilmesi miktarı ve keratinize dişetinde anlamlı artışlar gözlenirken maksilladaki tedavi sonuçlarının mandibuladan daha iyi olduğu belirtilmiştir.²⁰ Pini-Prato ve ark. Miller sınıf-I, II ve III dişeti çekilmesine sahip 93 olguda tam kök kapanmasının KKF ile bağ dokusu grefti kullanılan grupta sadece KKF grubuna göre daha yüksek olduğu ayrıca marjinal dişetinde 5 yıllık takip sonucunda KKF grubunda apikal relapsın aksine bağ dokusu kullanılan grupta marjinal dişetin koronale gelişimi gözlenmiştir.²¹ Lokalize dişeti çekilmelerinin tedavisinde kök yüzeyi kapatılması ve keratinize dişeti kazancının istenildiği durumlarda en yüksek başarıyı gösteren SBDG'nin yanında KKF, KKF ile beraber uygulanan biyomateryaller ve yönlendirilmiş doku rejenerasyonu da etkin bir şekilde kullanılmaktadır.²²

Bu vakada da literatürle uyumlu olarak TZF uygulanan dişteki kök kapanması sonuçları tatmin edicidir.^{17,19,20} İkinci bir cerrahi müdahalenin olmaması, zaman kazancı, donör saha morbiditesinin ortadan kalkması ile post-operatif rahatsızlığın olmaması gibi avantajlarıyla TZF, SBDG'ye iyi bir alternatif olarak görülmektedir.

Mustafa Özay Uslu, ORCID ID: 0000-0002-9707-1379
Serkan DüNDAR, ORCID ID: 0000-0003-3944-1957
Abubekir Eltas, ORCID ID: 0000-0001-9300-4091

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. Eltas A, Toy VE. Malatya Bölgesinde Dişeti Çekilmesinin Yaygınlığının, Şiddetinin ve Etkenlerinin Araştırılması. İnonu Üniv Sağlık Bilimleri Derg 2013;1:29-33.

3. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 2003;134:220-5.
4. Nizam N, Akcalı A. Dişeti çekilmelerinin tedavisinde mikrocerrahi: Literatür Derlemesi. *J Dent Fac Atatürk Uni* 2011;24:283-90
5. 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;75:1377-86.
6. Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992;63:489-95.
7. Kundapur PP, Bhat KM, Bhat GS. Association of trauma from occlusion with localized gingival recession in mandibular anterior teeth. *Dent Res J* 2009;6:71-4.
8. Khocht A, Spindel L, Person P. A comparative clinical study of the safety and efficacy of three tooth brushes. *J Periodontol* 1992; 63: 603-10.
9. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* 1968;6:152-60.
10. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5:8-13.
11. Dohan DM, Choukroun J, Diss A, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J, Gogly B. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part I: technological concepts and evolution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;101:37-44.
12. Pini Prato GP, Baldi C, Nieri M, Franseschi D, Cortellini P, Clauser C, Rotundo R, Muzzi L. Coronally advanced flap: the post-surgical position of the gingival margin is an important factor for achieving complete root coverage. *J Periodontol* 2005;76:713-22.
13. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985;56:715-20.
14. Oates TW, Robinson M, Gunsolley JC. Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003;8:303-20.
15. Hofmanner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, Sculean A. Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions--A systematic review. *Quintessence Int* 2012 43:545-54.
16. Aroca S, Keglevich T, Barbieri B, Gera I, Etienne D. Clinical evaluation of a modified coronally advanced flap alone or in combination with a platelet-rich fibrin membrane for the treatment of adjacent multiple gingival recessions: a 6-month study. *J Periodontol* 2009;80:244-52.
17. Jankovic S, Aleksic Z, Klokkevold P, Lekovic V, Dimitrijevic B, Kenney EB, Camargo P. Use of platelet-rich fibrin membrane following treatment of gingival recession: a randomized clinical trial. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2010;32:41-50.
18. Padma R, Shilpa A, Kumar PA, Nagasri M, Kumar C, Sreedhar A. A split mouth randomized controlled study to evaluate the adjunctive effect of platelet-rich fibrin to coronally advanced flap in Miller's class-I and II recession defects. *J Indian Soc Periodontol* 2013;17:631-6.
19. Carvalho PF, da Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. *J Periodontol* 2006;77:1901-6.
20. Chambrone LA, Chambrone L. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession-type defects. *J Periodontol* 2006;77:909-16.
21. Pini-Prato GP, Cairo F, Nieri M, Franceschi D, Rotundo R, Cortellini P. Coronally advanced flap versus connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recessions: a split-mouth study with a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 2010;37:644-50.
22. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. *J Periodontol* 2010;81:452-78.

Yazışma Adresi

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Özay Uslu
İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı,
44280, Malatya/TÜRKİYE
Tlf: +90422 341 1100/6254
+90543 951 8587
E-mail: mustafaozayuslu@hotmail.com

