

Yaygın vestibüler çürük nedeniyle aşırı madde kaybı gösteren üst orta kesicilerin restorasyonunda yeni bir uygulama

Doç. Dr. Altan GÜLHAN (*)

I. Yaygın vestibüler çürüğün tanımı ve gelişimi :

Özellikle genç sürekli dişlerin vestibüler yüzlerini ilgilendiren yaygın çürükler, bazan çok çabuk gelişerek, dişleri büyük madde kaybına uğrattırır. Bu çürükler başlıca 3 faz gösterirler :

1. Çürük Öncesi Fazı :

Bu başlangıç döneminde, dişlerin vestibüler yüzlerini koleye yakın bölgelerinde, minenin saydamlığının kaybolduğu, tebeşirimsi beyaz lekelerin olduğu görülür. Bu beyaz lekeler, MUGNLER (1970) tarafından, gözün kornea tabakasında meydana gelen, mat beyaz renkli lekelerle benzetilerek «lökom» adı ile tanımlanmaktadır.

Başlangıçta, diş plâğı ile örtülmüş olan lökom bölgesinde, yalnız hafif bir renk değişikliği vardır. Plâğın altındaki mine cilâlı durumunu kaybetmiştir. Bir sond'la dikkatle yoklandığında, kayganlığın yok olduğu daha iyi anlaşılır ve lökom tebeşirimsi bir görünüm aldığı anda, pürüzlülük daha da artar.

(*) İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Kons. Diş Tedavisi II. Kürsüsü.

Önceleri duyarsız olan lekeler, zamanla, çocuğun dişlerini fırçalamaktan kaçınmasına yol açacak kadar ağrılı olmaya başlarlar.

Lökom fazının süresi, birkaç haftadan, birkaç aya kadar değişebilir.

2. Ülserasyon Fazı :

Lökom'lar tedavi edilmezlerse, madde kayıpları ortaya çıkar. Lökom'u örten diş plâğı kaldırıldığında, lökom'un kenarlarından uzak, orta bölgesinde, yüzeysel madde kaybı gösteren bir ülserasyon belirir. Bu ülserasyonun tabanı koyu renkli, kenarları düzensiz, tebeşerimsi ve kırılımandır. Sond'la yavaşça yoklandığında, tabanın yumuşak olduğu anlaşılır.

Ülserasyon meydana geldikten sonra, gelişim daha çabuktur ve kısa sürede büyük madde kaybı olur.

3. Komplikasyon Fazı :

Bu dönemde gelişim, basit çürük gibi derinliğindedir ve bir süre sonra pulpaya kadar ulaşır. Bazen dişin koroğu tümüyle harap olur ve yalnız kök kalır.

II. Tedavi :

Çürüğün herşeyden önce bir enfeksiyon hastalığı olduğu düşünülerek, bütün enfeksiyonlu hastalıklarda olduğu gibi, oluşumunda üç etken üzerinde durulmalıdır. :

- zemin,
- asıl etken,
- yardımcı etkenler.

Bu üç faktör dikkate alınarak, tedavi üç ayrı plânda uygulanır :

1. Hijyen : Diş-ağız hijyeninin temeli, sistemli ve bilinçli fırçalamadır.

2. Diet : Zararlı şekerli yiyeceklerin, özellikle sakkarozun yasaklanması ile sağlanır.

3. Dişler Uygulanan Tedavi :

a) Lökom ve ülserasyon dönemlerinde : Diş plâklarının boyayıcı maddelerle açığa çıkarılması ve temizlenmesinden sonra, pat halinde

NaF ile, kauçuk koniler yardımıyla lökom bölgesi cilâlanır. MASSLER (1970), NaF yerine, % lük SnF sağlık vermektedir. Cilâlamadan önce, eğer ülserasyon meydana gelmişse, düzensiz kenarlar, yeni plâk formasyonuna imkân vermeyecek şekilde ortadan kaldırılmalıdır.

Daha sonra, cilâlanan bölgeye, likit, lâk yada gel şeklinde lokal fluorür uygulanır. Yaygın çürükler bahis konusu olduğunda, alt ve üst çene için silastic yada silikon'dan hazırlanmış kaşıkla, günde 10-20 dakikalık gel halinde bir fluorür uygulanmalıdır. Bu işleme, çürükte duraklama oluncaya kadar devam etmelidir. Bu son durumda «elektrolitik metod»a da başvurulabilir.

b) Dentinde madde kaybının fazla olduğu dönem : Kavitenin tabanında, MASSLER tarafından, «demineralize, fakat enfekte olmayan hasta dentin» olarak tanımlanan ince bir tabaka yumuşak dentin bırakılır. Bu tabakanın üzerine, dentinde remineralizasyon sağlayacak $Ca(OH)_2$ bazlı bir madde ile kuvafaj ve onun üzerine de dolgu yapılır. Fakat, vak'aların çoğunda, dolgunun kıyılarından çürüğün yeniden başladığı görülür. Çocuğun hijyen ve diyet koşullarına uyup uymamasının bu başarısızlıkta önemi büyüktür.

c) Diş kuronunun koleye kadar harap olduğu dönem : Pedodonti Polikliniğimizde böyle vak'alarda kanal tedavisi uygulanıp, özel biçimde bükülen rötansiyon teli kanala yerleştirildikten sonra, otopolimerizan akrilat'la restorasyon yapılmaktadır.

III. VAK'A TAKDİMİ :

Adı - Soyadı : Tülây Koliçoğlu

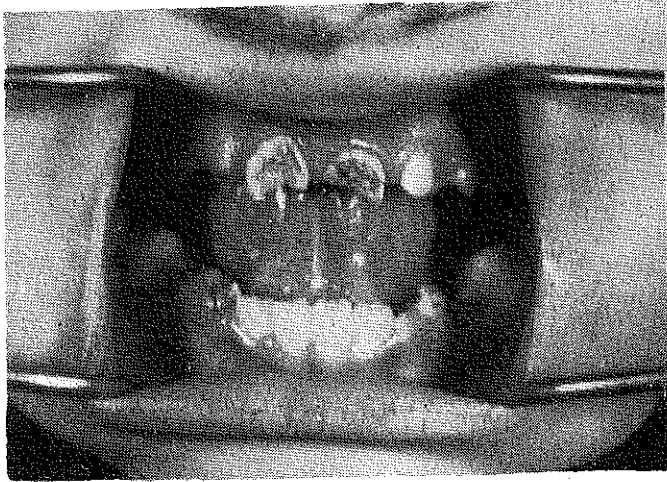
Yaşı : 9 Cinsiyeti : Kız

İlkokul öğrencisi olan hastanın annesi, hamileliği sırasında çeşitli zamanlarda rahatsızlanmış, doğum güç olmuş. Anne sütü ile beslenen çocuğun süt dişlerinde erken yaşlardan itibaren çürükler başlamış. Kızamık ve kabakulak geçirmiş, başka önemli bir şikâyeti yok, gelişimi normalden biraz geç. Fazla şeker yemiş.

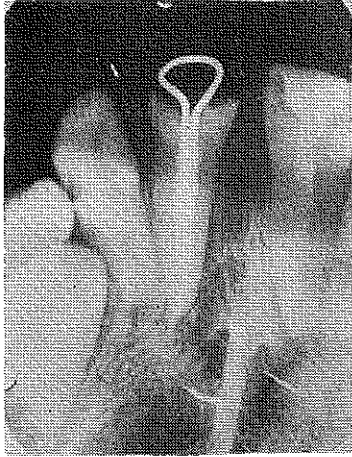
Diş ve ağız muayenesi :

Ağız dışı muayenede herhangi bir patolojik durum saptanamadı.

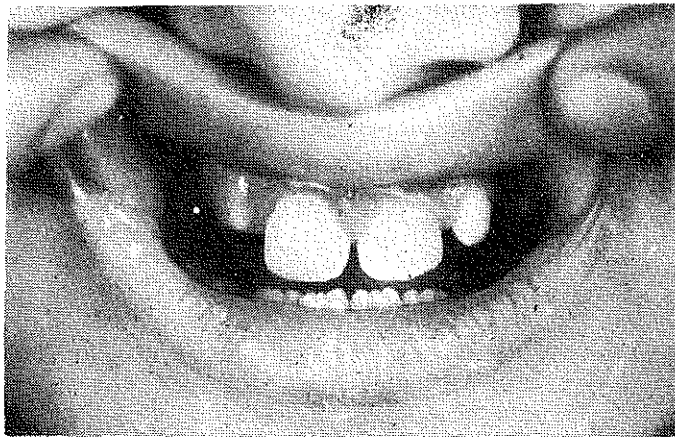
Ağız içi muayenede, ağız hijyeninin fena olduğu görüldü. Çürük ve sağlam bütün dişler diş plâkları ile örtülü idi ve kronik marginal bir gingivitis tablosu vardı. Çocuk karışık dişlenme döneminde olup,



Resim : 1



Resim : 2



Resim : 3

süt dişi dizisinden, yalnızca, alt çenede üç enfekte süt azısı vardı. Altı yaş dişlerinin kuronları tümüyle, üst orta kesicilerin kuronlarının 2/3 kesici bölümleri yaygın vestibüler çürük nedeniyle harap durumda idiler. Sağ üst yan kesicinin vestibüler yüzünde kole bölgesine yakın bir lökom saptandı. Sağlam olan dişler yalnız, alt dört sürekli kesici idi, diğer dişler henüz sürmemişlerdi (Resim: 1).

1. Seans : Diş temizliği yapıldı ve enfekte süt dişleri çekildi.
2. Seans : Kauçuk mallet yardımı ile üst sağ yan kesici üzerin-

Tedavi :

deki lökom cilâlandı ve dişe, bir NaF preparatı olan, lâk halindeki DURAPHAT uygulandı (Bu işlem birer ay ara ile üç kez tekrarlandı). Aynı seansta, üst orta kesicilerin çürükleri mümkün olduğu kadar temizlenerek kanal tedavisine başlandı.

3. Seans : İyodoform'lu patla kanal dolgusu ve röntgen kontrolü yapıldı.

4. Seans : (Resim: 2) de görüldüğü gibi bükülen ortodontik teller, yarısına kadar boşaltılan kanallara uygulanarak simanla yapıştırıldılar. Daha sonra kuronlar, otopolimerizan akrilit dolgu maddesi ile restore edildiler.

5. Seans : Dolgular cilâlanarak restorasyon tamamlandı (Resim: 3).

Üç aylık kontrol süresi sonunda, sağ üst yan kesicideki lökom'un kaybolduğu ve orta kesicilerin fonksiyonlarına devam ettikleri görüldü.

IV. SONUÇ :

Çocukta, çabuk gelişimli yaygın vestibüler çürükler, başlangıç dönemlerinde muayene edilme olanağını bulduklarında, lokal hijyen ve diyet koşulları sağlandıktan sonra, medikal tedavi ile önlenebilirler.

Kuronun harap olduğu ileri durumlarda ise yapılacak işlem, kanal tedavisi ve gerekli retansiyon sağlandıktan sonra kuronun restorasyonudur.

R É S U M E

Dans cet article, on traite l'aspect clinique, le traitement et une nouvelle mode de reconstitution des polycaries vestibulaires extensives de l'enfant.

L I T E R A T Ü R

- 1 — **Delaire, J.** : Le Traitement Médecalle de la Carie Dentaire Chez l'Enfant, La Pédodontie Franc., 4:70, 1970.
- 2 — **Kerebel, B., Riçay, B., Clergeau-Guerithault, S.** : Justification du Traitement Biologique de la Dentine des Dents Temporaires et des Premières Molaires Permanentes, La Pédodontie Franc., 4:14, 1970.
- 3 — **Massler, M.** : Preventive Endodontics Vital Pulp Therapy, Dental Clinics of North America, 12:63, 1970.
- 4 — **Massler, M.** : Conférences à l'Hôpital St. Vincent de Paul, Paris, 1970.
- 5 — **Mugnier, A., Schouker, M., Le Strat** : Une Forme Clinique de Carie Plus Particulière q l'Enfant: Les Polycaries Vestibulaires, La Pédodontie Franc., 4: 57, 1970.
- 6 — **Mugnier, A. Schouker, M., Le Strat** : Leucomes Précarieux et Polycaries Vestibulaires de l'Enfant (Utilisation de Topiques Fluorés), Rev. Stomat. (Paris), 71: 325, 1970.
- 7 — **Mugnier, A., Schouker, M., Le Strat** : Preuves Cliniques de l'Action curative du Fluor en Applications Topiques sur les Caries de Surfaces Vestibulaires Chez l'Enfant, La Médecine Infantiles, 6: 517, 1972.