

Bir persiste süt dişi vak'ası dolayısı ile jerm noksanlığında bağlı fizyolojik rezorbsiyon gecikmelerine toplu bakış

Altan GÜLHAN (*)

1. FİZYOLOJİK REZORBSİYONUN MEKANİZMASI

Süt dişi köklerinin, zamanı geldiğinde fizyolojik rezorbsiyona uğramaları ve kuronları düştükten sonra alttaki daimi dişin bunların yerini alması normaldir. Fizyolojik kök rezorbsiyonu, süt dişinin düşme zamanından aşağı yukarı 3-4 yıl önce başlar ve kökler tamamen rezorbe olana kadar devam eder.

Süt dişlerinin rezorbsiyon süreci mekanizması oldukça karışıktır. KRONFELD (1932) e göre «daimi dişin kendisi rezorbe edici özelliklere sahip değildir. Fakat, sürme hareketi sırasında komşu bağ dokusu üzerine basınç yaparak ve onu stimüle ederek, yolu üzerinde bulunan sert dokuların (alveol kemiği, süt dişi kökleri) rezorbsiyona yol açar. Daimi dişin kendisi epitelyum adamantin ile korunmuş olup hiçbir rezorbsiyona uğramaz».

En sık yanılmalara yol açan düşünce ise pulpanın rezorbsiyondaki rolüdür. Uzun yıllar, pulpanın dentini meydana getirdikten sonra, normal olarak onu rezorbe etmek fonksiyonuna sahip olduğuna inanıl-

(*) Dişhekimliği Fakültesi Dişhastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi II Kürsüsü Doçenti

mıştır. Bu yanlış düşünceye, müşahadelerin çoğunun insan değil, hayvan dişleri üzerinde yapılması yol açmıştır. (ZEROSI)

Süt dişi kök rezorbsiyonu, alttaki daimi dişin itme hareketi mekanizmasına bağlıdır. Bu itme, çift bir proliferasyon sonucu ortaya çıkan kuvvetlerin kombinasyonudur: pulpanın bazal bölgesinin ve alveol tabanının preossöz matrisinin proliferasyonu.

Süt dişinin kökünü rezorbe eden, sürme hareketi ile aktive edilen daimi dişin perikoronar torbasının bağ dokusudur.

İnsanda pulpanın normal kalıp rezorbsiyona katılmadığını ilk defa ortaya koyan FASOLI (1922) dir. İnsanda süt dişinin pulpası, köklerin tamamen rezorbe olduğu en ileri devrelerde bile normal yapısını korumaktadır. Özellikle, odontoblast hücreleri dentin sınırında ve pulpa periferisinde muntazam bir sıra halinde kaldıkları gibi, pulpa içersinde sinir lifleri de tesbit edilmektedir. Pulpa dokusu gitgide yerini TOMES'un «rezorbe edici organı» olarak tarif edilen granülasyon dokusuna bırakır, rezorbsiyonun çok ileri olduğu vak'alarda ise tamamen ortadan kaybolabilir.

Şu halde, normal şartlarda pulpa normal kalır ve rezorbsiyon prosesine katılmaz. Bu hadise, daimi dişin perikoronar torbası bölgesinde teşekkül eden ve çok sayıda osteoklast ihtiva eden bağ dokusu tarafından gerçekleştirilir. Bazan pulpa da hücumu uğrar. Hattâ insanda yapılan çeşitli histolojik araştırmalar, pulpanın sadece bu rezorbsiyon hadisesine katılmakla kalmayıp, belirli bir ölçüde bu proses'e mukavemet ettiği kanısını vermektedir. Pulpa, yüksek diferansiyasyon gösteren bir dokudur, rezorbe edici organ ise gerçek bir organ olmayıp, lokal dokuların geçici bir modifikasyonudur. Rezorbsiyon sırasında devamlı bir şekilde mevcut olmaması bunu gösterir.

2) JERM NOKSANLIĞI VE SÜT DİŞİ PERSİSTANSI

Yukarıdaki açıklamadan, süt dişi rezorbsiyonunda esas rolü alttaki dişin baskısının oynadığı anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, altta daimi diş jermi olmayan süt dişleri de zamanla rezorbsiyona uğrayıp düşerler fakat genellikle rezorbsiyon gecikir. İşte altında daimi diş jermi olmadığı için, normal düşme zamanı geldiği halde yerini muhafaza eden süt dişine «PERSİSTE SÜT DİŞİ» denir. Jerm noksanlığından ileri gelen persistansa en çok, alt süt azıları ve üst süt laterallerinde rastlanır.

Jerm noksanlığı bahis konusu olduğunda, süt dişi kök rezorbsiyonunda üç durum müşahade edilebilir:

a) İstisnaî olarak BERCHER ve FLEURY (1950) nin hatırlattıkları gibi, bu rezorbsiyon normal süre içerisinde meydana gelebilir. Bu durum daha çok persiste süt dişi çiğneme fonksiyonuna iştirak etmediği takdirde müşahade edilir.

b) İrsî ektodermal polidizplazide de daimi diş jermi noksanlığına bağlı uzun süreli süt dişi persistansına rastlanır. Bu gibi vak'alarda süt dişleri rezorbe olmaksızın, tedricî olarak alveol kemiğine bağlı bir rezorbsiyon sonucu elimine olurlar (BATAILLE, 1955).

c) En sık rastlanılan durum ise, bu dişlerin uzun süre, bazan 40-50 yaşına kadar ağızda kalmalarıdır. Süt dişlerinin kökleri ancak yüzeysel bir rezorbsiyon gösterir. Bu rezorbsiyon, fonksiyonda olan her süt dişinin gösterdiği rezorbsiyondur. Yalnız çok yavaş ve aralıktır. rezorbsiyon duraklamaları sırasında osteoradiküler küçük ankirozlar meydana gelir. Bununla birlikte, bir zaman gelir ve rezorbsiyon tamir edici appozisyona üstün gelerek 30, 40, 50.. yaşlarına doğru, persiste süt dişi yavaş yavaş elimine olur.

Altında daimi diş jermi olmayıp da, infrapozisyonda persiste olan RETİNE süt dişleri ise, ankiroz problemini özellikle ortaya koyan dişlerdir.

Sonuç: Bir süt dişi, düşme zamanı geçip de uzun süre sonra halâ ağızda ise röntgenle altında jerm olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bu, sadece teşhis ve pronostik bakımından değil, hastayı uyararak için hekimin yükümlü olduğu sorumluluk bakımından da önemlidir.

3) TEDAVİ

Tedavi bakımından, jerm noksanlığı erken yaşta teşhis edilmişse, ikinci büyük azının sürmesinden önce çekilmelidir. Böylece, büyüklüklerin mezializasyonu ile çekim boşluğu kapanır ve aynı zamanda 3. büyük azya yeterli yer sağlanmış olur.

Eğer jerm noksanlığı geç yaşta farkedilmişse, persiste süt dişi mümkün olduğu kadar ağızda tutulmaya çalışılmalı, çürük meydana geldiği takdirde tedavisi yapılmalıdır. Takdim edeceğimiz vak'a bu kategoriye girmektedir.

4) VAK'A TAKDİMİ

19 yaşında bir genç kız olan hasta polikliniğimize akut periodontitis şikâyeti ile müracaat etmişti. Klinik muayene sırasında, ağrının, yerini halâ muhafaza eden sol alt ikinci süt azısından geldiğini tesbit ederek röntgen kontrolü yaptık. Röntgen 2. küçük azı jermine teşekkül etmemiş olduğunu gösteriyordu. Persiste süt azısında ise pulpa ulaşmış bir disto-oklüzal çürük mevcuttu.

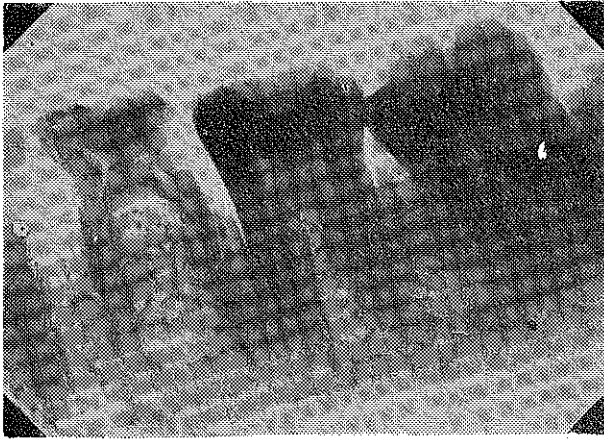
Dişte fazla madde kaybı olmadığından, persiste süt azısının tedavisi ile bir süre daha ağızda tutulması yoluna başvurduk

— Birinci seansta pulpa odası açılarak drenaj sağlandı.

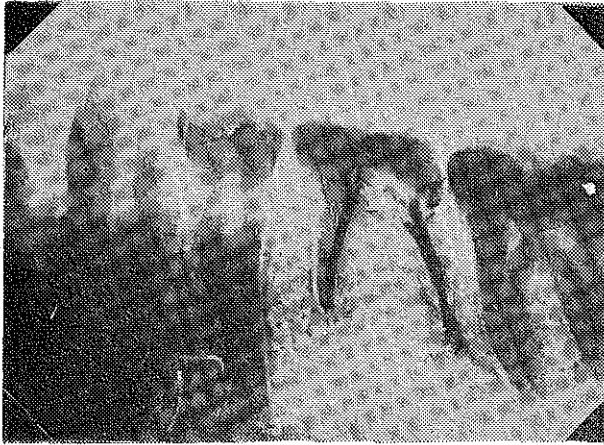
— İkinci seansta akut periodontitis durumu tamamen kaybolmuştu, 4 numaraya kadar kanal eğesi ile kanallar genişletilerek asit fenik pansmanı yapıldı.

— Üçüncü seansta, rezorbe olucu iyodoformlu patla kanal dolgusu yapıldı. Rezorbe olucu pat kullanmanın ve kanallara gütta koymamanın sebebi, persiste süt dişlerinde geç de olsa meydana gelecek olan rezorbsiyon sırasında kanal güttaşının yabancı cisim durumunu almamasını sağlamaktır.

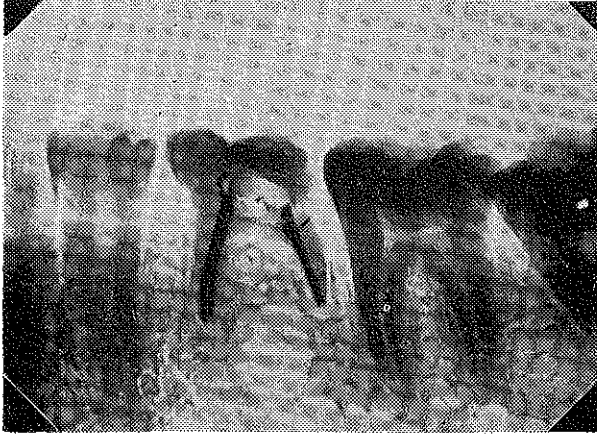
Aşağıdaki resimler tedavinin muhtelif devrelerinde dişin durumunu göstermektedir.



(Şekil : 1)
Tedaviden önceki durum



(Şekil : 2)
Tedaviden hemen sonraki durum



(Şekil : 3)
Tedaviden üç ay sonraki durum

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Bataille, R. (1955)** : A.O.S., 31, 327 «exfol. periodontit. in dyspl. ectoderm.»
- 2 — **Bercher, J. - Fleury, (1950)** : Pathologie Dentaire, Masson, Paris.
- 3 — **Boucher, M.A. (1951)** : Revue Odont., 73, 101, «Traitement rapide des dents temporaires infectieuses.»
- 4 — **Bouyssou, M., Lep, F., Zerosi, C. (1965)** : Résorptions Dentaire et Biologie Osseuse, Edit. Sciences et Lettres, Liège.
- 5 — **Chaput, A. (1967)** : Stomatologie, Edit. Medicales Flammarion, Paris.
- 6 — **Kronfeld, R. (1962)** : Dent. Cosmos, 74, 103, «Histol. process, resorp. decid.»

R É S U M É

Dans cet article, on parle de la persistance d'une dent temporaire en l'absence du germe permanente et de son traitement. Chez l'enfant, si le diagnostic d'agénésie du germe permanente est posé assez tôt, la dent doit être extraite avant l'éruption de la deuxième molaire permanente pour que l'espace se ferme par mésialisation des molaires, ce qui permettra l'éruption facile de la troisième molaire permanente. Lorsqu'elles sont observées chez l'adulte, on doit les maintenir sur l'arcade le plus longtemps possible.