

Kronik Alveoler Abseli Dişlerin Endodontik yolla Tedavileri

Köksal BALOŞ (*)

GİRİŞ :

Periapikal dokunun hastalıkları, çeşitli sebeplerle ortaya çıkan, ait olduğu dişin hayatiyetini ve fonksiyonda kalışını büyük ölçüde tehdit eden hastalıklar gurubudur.

GROSSMAN'a (3) göre altı bölümde incelenirler :

- 1) Akut Apikal Periodontitis,
- 2) Akut Alveoler Abse,
- 3) Kronik Alveoler Abse,
- 4) Subakut Alveoler Abse,
- 5) Granülom,
- 6) Kist.

Takdim edeceğimiz vak'a dolayısı ile, bunlardan yalnız kronik alveoler absenin tanımı, ortaya çıkışı, belirtileri ve prognozu üzerinde kısaca durmak gerekecektir.

Kronik alveoler abse, periapikal alveoler kemiğin uzun zaman devam eden düşük derecedeki infeksiyonudur. Hastalığın kaynağı, kök kanalı içinde gizlidir. Pulpanın ölümüyle meydana gelen infekte proses'in periapikal dokudaki gelişmesi sonunda, akut absenin devamında veya tatminkâr olmıyan kanal tedavileri sonunda ortaya çıkar. Böyle bir diş genel olarak belirti vermez. Fistül'ün varlığı ile veya radyo-

(*)Ank. Üni. Tıp Fak. Diş Hek. Y. Ok. Tedavi Böl. Ass.

lojik tetkikler sırasında ortaya çıkar. Fistül varlığı, her vak'a için karakteristik özellik değildir. Mevcut olduğu durumlarda, iç tarafta biriken süpüratif materyal, yumuşak dokuların ince duvarını aşmaya yeterli birikimi yapınca, fistül yolu ile ağıza boşalır. Fistül ağzı zamanla kapanır. Ancak virülans mikrobiyenin artışı, majör ve minör rezistansın azaldığı hallerde, yeniden toplanan iltihabın tazyiki etraf dokuların rezistansına üstün gelince, fistül ağzı yeniden açılır.

TEŞHİS :

Kronik alveoler abse, ağrısız veya çok az ağrılıdır. Diş kronunun rengi değişik olup, röntgen tetkikinde, apikal enfeksiyonun varlığı, kalınlaşmış periodontal membran ve apikal bölgede seyrekleşmiş kemik sahalaları ile ortaya çıkar. Bu seyrekleşme sahalaları, normal kemik dokusundan çok farklı olabileceği gibi bazı vak'alarda çok az fark göstererek, teşhisi güçleştirebilir. Vak'anın teşhisinde, özellikle anamneze çok dikkat etmek gerekir. Devamlı travmalar, uzun süren fakat her geçen gün şiddetini kaybeden âni ve keskin ağrılar, dişi nekroza götürebilecek derin çürükler, izolasyonu yeterli veya hiç yapılmıyan silikat, akrilat metal ve altın dolgular, kron ve jacket kron yapımı sırasında fazla kesilmiş ve sonradan tedbir alınmamış kesili dişler, çok sık rastlanılan sebepler arasında sayılabilir.

Elektriksel pulpa testleri tek köklü dişlerde mutlak, çok köklü dişlerde ise ekseriya negatiftir.

Dişin prognozu, şüpheli durumdan hastanın lehine, ancak şahsın genel sıhhati, endodontik tedavi için kanalların iyi operabilitesi ve alveoldeki harabiyetin durumu ile değişir.

VAK'A :

Hastamız Bay A. H. 26 yaşında, 3/Ekim/1969 günü sağ üst çenesinde, küçük azı dişlerinin bulunduğu kısımdaki diş etinde 6 aydan beri mevcut olan, beyaz bir lekenin varlığından ve zaman zaman bu bölgede olan şişlikten şikâyetle müracaat etti.

Öz ve soy geçmişinde ağır bir hastalık tarif etmiyor, annesi babası ve ikiz kız kardeşi sağ ve sıhhatteler.

HİKÂYESİ : Bir yıl önce çürük dişlerinin tedavisi için hekime gitmiş, sağ üst bölgede birinci ve ikinci küçük azı dişlerinde çürük bulunup, birinci küçük azı dişine öncelik tanınarak dolgusu yapılmış.

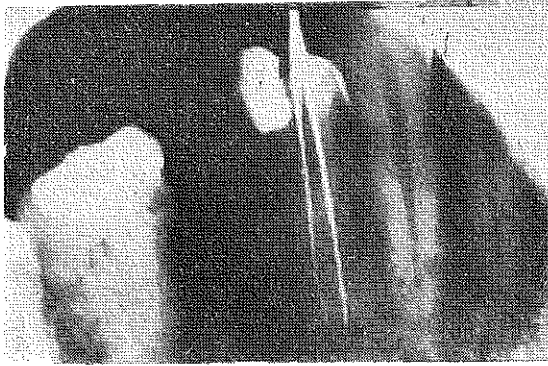
Dolgu sonrası bu bölgede ağrılar olmuş. Gittiği hekim ağrılarını

ikinci küçük aza ait çürükten olduğunu söyleyerek, dişin çekimini yapmış. Çekim sonrası, ağrılar geçmemiş; çeşitli zaman aralıkları ile, çekim yeri iki defa kürete edilmiş, 6 ay önce bahsettiği beyaz leke ve kırmızı şişlik ortaya çıkmış.

Verilen bu anamnezin ışığı altında hastanın muayenesi yapıldı :

İNTRAORAL MUAYENE :

Yapılan intraoral klinik muayenede, ağız hijyeni, mukoza ve artü-külasyon normal bulundu. Lenf bezleri muayenesinde ganglionlar normal olarak palpe edildi. Sağ üst birinci büyük ve birinci küçük azı dişleri ile, sol alt ikinci ve üçüncü büyük azı dişlerinde amalgam dolgular vardı. Sağ üst ikinci küçük azı dişi çekilmişti. Sağ üst küçük azılar bölgesinde, vestibülüm oriste bir fistül ağzı mevcut olup, palpasyonda buradan akıntı olmaktaydı. Amalgam dolgulu birinci küçük aza yapılan dik ve yatay perküsyonlarda hassasiyet olmadı. Termal irritasyonlar ve Faraday akımı deneylerinde, aynı dişten negatif cevap alındı. Bu dişe ait amalgam dolgu oklüzaden girilerek söküldü. Siman kaide yoktu. Önce pulpa odasına daha sonra kanal muayene sondası ile kanallara girildi. Duyarlılık görülmedi (Bak. Res. 1).



Resim : 1

RADYOLOJİK MUAYENE :

Bu bölgenin radyolojik tetkikinde, sağ üst birinci küçük azı dişinin periapikalinde ve periodonsiyumunda genişleme görüldü. Çekimi yapılan ikinci premolere ait alveolde, anamnezde belirtilen küretajlara ait büyük harabiyet vardı (Bak. Res. 1).

TEŞHİS :

Anamnez, klinik ve radyolojik tetkikler sonrası, sağ üst birinci küçük azı dışında, izolasyonsuz yapılan amalgam dolgu sonrası, kronik alveoler abse.

TEDAVİ :

Önce tirneflerle kanallara girilerek nekroze ve infekte pulpa dokusu, apeks dışına itilmeden temizlendi. 1-6 noya kadar boyterloklarla kanalların apekse kadar genişletilmesi yapıldı. Kavite ağzı açık bırakılarak, kanallara iki günde bir değiştirilmek üzere 5 seans, tricresol-formalin solüsyonu özel absorbent pointlerle meçler halinde konuldu. (Solution Tricresol-Formalin, 3=1 Tricresol %60 v/v Formaldehyde %8 w/v) 5 Seansta, gene iki gün aralarla kavite ağzı kapatılarak dezenfektan ve germisit bir madde olan formocresol tatbikine devam edildi. Daha sonraki üç seansta meçlerin değiştirme süresi üç güne çıkarıldı. Seansların bu şekilde ayarlanması, kanallarda mevcut vejetatif haldeki mikroorganizmaların ve daha sonrada sporlu durumda olup ta vejetatif hale dönecek olanların, dezenfektanın germisid etkisiyle ölümleri düşünülerek yapıldı. Son seanslarda kavite izolasyonuna, kanal aletlerinin dezenfeksiyonuna özellikle dikkat ederek, kanalların içine yeni bir kontaminasyonun olmamasına gayret sarfedildi.

Bütün bu sürede hastaya antibiyotik verilmedi. Kanalların steril duruma geldiğine kanaat getirdiğimizde formocresol tatbikatına ara verildi. Bir hafta ara ile kanallardan alman materyalin, iki defa bakteriyolojik tetkiki yapıldı.

Her iki tetkikte de üreme olmıyarak, kültür sonuçları negatif çıktı (Bak. Res.2) (Bak. Res. 3).

24/1/1969 da kanallar oxpara patı ile dolduruldu, üstten pamuk sponjlarla baskı yapılarak gütta kondu ve kanal dolgusu bitirildi.

Dolgu sonrası radyolojik kontrolde, infekte sahanın ve fistül yolunun, enteresan bir şekilde dolgu materyali ile dolduğu görüldü (Bak. Res. 4).

Dolgu sonrası hasta 3-5 ve 10 gün sonra kontrol edildi. Yapılan klinik muayenelerde patolojik bir bulgu görülmüdü.

Dolgudan 6 ay sonraki ilk kontrolde, dişin yatay ve dikey perküsyonlara cevap vermediği ve vestibüldeki fistül ağzının kapanmış olduğu görüldü.

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ FAKÜLTESİ

Form No: 11/11/1981

Makine Bilimleri ve Fotoğrafçılık
Kürsüsü

Form No: 11/11/1981

Gönderen Kimliği	Gönderen Adres	Gönderen Telefon	Gönderen E-posta
Dr. Öğr. Üyesi			
Direkt materyali pozitifleri			
HASSASİYET TESTİ			
Fenol	Chloramphenicol		
Streptomisin	Tetracycline		
Kanamisin	Doxycycline		
Tetrasiklin	Erythromycin		
Tetracycline	Procaine		
Eritromisin	Spectinomycin		
Kanamisin	Neomycin		

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ FAKÜLTESİ

Resim : 2

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ FAKÜLTESİ

Form No: 11/11/1981

Makine Bilimleri ve Fotoğrafçılık
Kürsüsü

Form No: 11/11/1981

Gönderen Kimliği	Gönderen Adres	Gönderen Telefon	Gönderen E-posta
Dr. Öğr. Üyesi			
Direkt materyali pozitifleri			
HASSASİYET TESTİ			
Fenol	Chloramphenicol		
Streptomisin	Tetracycline		
Kanamisin	Doxycycline		
Tetrasiklin	Erythromycin		
Tetracycline	Procaine		
Eritromisin	Spectinomycin		
Kanamisin	Neomycin		

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ FAKÜLTESİ

Resim : 3

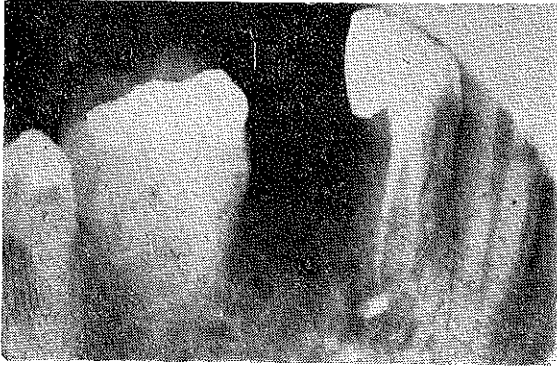
Radyolojik tetkikte ise, periapikaldeki infekte sahaya ve fistül yoluna taşan dolgu materyalinde kısmen bir rezorbsiyon olduğu, alveol kemiğinde daha önce genişlemiş olan kemik trabeküllerinin, seçilir duruma geçmeğe başladığı tesbit edildi (Bak. Res. 5 ve Res. 6):



Resim : 4



Resim : 5



Resim : 6

Hastanın bir yıl sonraki intraoral ve radyolojik ikinci kontrolünde, klinik bir bulgu görülmedi. Grafide infekte sahayı dolduran materyalin tamamen rezorbe olduğu, periodontal aralığın normale yakın daraldığı müşahade edildi (Bak. Res. 7).

17 ay sonraki üçüncü kontrolde ise, klinik ve radyolojik tetkikler tekrarlandı. Hiç bir bulguya rastlanmadı. Periodontal aralık normal kalınlığa dönmüş, kemik trabekülleri ise tamamen seçilir duruma geçmişti (Bak. Res. 8).

TARTIŞMA :

Köklerinde lezyon bulunan dişlerin, endodontik yolla tedavilerine



Resim : 7



Resim : 8

ait çalışmalar, mesleğimizde aşağı yukarı 40 yılı aşkın bir zamandan beri yapılagelmektedir. Çağımızda gittikçe gelişen geniş spekturumlu antibiyotiklerin varlığı, bakteriyolojik çalışmaların, diş hekimliğinde büyük ölçüde kullanılmaya başlanması ve hastaların sosyal seviyelerinin yükselmesi gibi sebeplerle, bu tip vak'aların dahî tedavi yoluyla ağızda bırakılmasına bizleri mecbur etmektedir. ATA'ya (1) göre bir frontal dişin paradontitis dolayısı ile çıkarılması doğru değildir.

H. SCHİLDER'e (4) göre pulpanın bakteriyel bir enfeksiyona uğraması, bakteri exotoksinlerinin, periodontal ligamen ve sonucu apikal nahiyede inflamatuvar bir süreçte yol açar. İnflamasyon ilerledikçe meydana gelen exuda, periapikal bölgede artan tazyik sonucunda, komşu sahalardaki kemik trabeküllerinde sistemik bir rezorbsiyona ve strüktürün bozulmasına sebep olur.

Böyle durumlarda infeksiyon, nekrotik pulpadan periapikale uzandığına göre, tedavi kök kanalındaki infeksiyonu ortadan kaldırmakla olacaktır. Tam bir kanal dezenfeksiyonu ve bakteriyolojik tetkiklerle doğruluğu sağlanmış iyi bir kanal sterilizasyonu ve hakkıyla yapılmış kanal dolgusu ile diş kurtulabilecektir.

GROSSMAN'a (3) göre, periapikalde rezeksiyonu icabettirmiyecek harabiyetin tamiri daha geç olacaktır.

Kronik alveoler absede, mevcut fistül için özel bir tedavi önceleri, denenmiş, dilue fenol, sülfonik asit veya hidrojen peroksit gibi solüsyonlar tazyikle kök kanalından verilerek fistül yolunun koterizasyonu düşünülmüştür. Bugün çeşitli yazarların fikrine göre fistül için özel bir tedavi gerekli değildir.

BORÇBAKAN'a (2) göre, tam teşekkül etmiş granülomlarda tıbbi tedavi pek mümkün değildir. Zira granülomlarda spontan zahiri şifa her zaman görülebilir.

Ö Z E T

Cerrahi müdahaleyi icabettirmiyecek periapikal doku hastalıklarında endodontik tedavi, aşağıdaki şartların yerine getirilmesi halinde mümkündür :

- 1) İnfekte kanal materyalinin tam olarak temizlenmesi ve kanalların bio-mekanik genişletilmesi,
- 2) Tam bir kanal dezenfeksiyon ve sterilizasyonunun sağlanması,
- 3) Kanalların tam olarak kondanse edilip doldurulması.

S U M M A R Y

Periapical lesions which do not require surgical procedures, can be treated through endodontic means with following procedures :

- 1) Pulp content which is infected, should be cleaned throughly and Bio-mechanical enlargement of canals must be properly done.
- 2) A complete canal sterilization should be accomplished.
- 3) A hermetic sealing of root canals through lateral condensation method should be achieved.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Ata, P.** : Konservatif Diş Tedavisi, Yenilik Basımevi - İst. 966.
- 2 — **Borçbakan, C.** : Ağız ve Çene Hastalıkları, Balkanoğlu Mat. Ltd. Şti., Ankara, 1966.
- 3 — **Grossman, L.** : Endodontic Practice, Lea Febiger, Philadelphia 1965.
- 4 — **Schilder, H.** : Current Therapy in Dentistry, Volume Two The Mosby Company, Saint Louis 1966.