

Mukogingival Operasyonlar

Peker SANDALLI (*)

Mukogingival operasyonlarda kullanılan muhtelif tekniklerin muayyen isimler altında izahı 10-15 senelik bir maziye sahiptir.

Bu operasyonların endikasyon ve tekniklerini izah etmeden önce hangi durumlarda bir mukogingival operasyona ihtiyaç olduğunu gözden geçirelim.

Genellikle, 3-4 mm. cep ihtiva eden dişeti hastalıklarında gingivektomi en kesin tedavi şeklidir. Fakat, bir gingivektomi kararından evvel çok dikkatli bir klinik muayene yapılmalıdır. Bilindiği gibi dişeti, serbest ve yapışık dişeti diye iki kısımdan müteşekkildir. Şayet bir gingivektomi neticesinde yapışık dişetinden çok az kalacak veya mukogingival hududa yaklaşılabilecek ise o zaman gingivektomi yerine başka bir operasyon tipi düşünülmelidir. Zira, yeni dişeti kenarı mukogingival sınır olacak ve burası dudak ve yanak kaslarının hareketi ile devamlı olarak oynayacaktır. Üstelik bu mukoza, yapışık dişetinin dayanıklılık özelliklerine de sahip değildir.

Bir dişeti cebinin tedavisi şu hallerde zorluk gösterir :

- 1) DİŞETİ KENARINA YAKIN FRENUM
- 2) DİŞETİ KENARINA YAKIN ADALE BAĞLANTILARI
- 3) VESTİBÜL DERİNLİĞİNİN AZLIĞI

(*) İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Konservatif Diş Tedavis I. Kursüsü Çapa - İSTANBUL.

4) DİŞETİ DOKUSUNUN KAYBI İLE YAPIŞIK DİŞETİNİN GENİŞLİĞİNİN AZALMASI

Bazı hallerde, frenum dişeti kenarına çok yakın olarak teşekkül eder. Bu hal diş fırçasının kullanılmasına mani olur ve frenuma komşu dişlerin yeteri kadar temizlenememesine sebep olarak neticede bir dişeti iltihabı teşekkül eder (Resim : 1).



Resim: 1 — Dudak frenulumunun dişeti kenarına yakın olması neticesinde meydana gelen dişeti iltihabı.

Frenumun periodontal hastalık bakımından diğer bir önemi de; dişeti çebi mevcut ve frenum da cep duvarına yapışık ise dudağın hareketi çebi açar ve gıda artıkları cep içerisine kolayca girer. Ayrıca, normal şekilde yerleşmiş olan frenum veya adale bağlantıları dişetinin çekilmesiyle dişeti kenarına çok yaklaşır. Bu durum da periodontal hastalık bakımından bir önem taşır. Dişetinin apikal istikamette çekilmesiyle yapışık dişeti çok darlaşır ve periodontal lezyon alveol mukozası içerisine uzanır. Bu, bilhassa normalde yapışık dişetinin dar olduğu alt çenenin arka kısımlarında çok görülür (12).

Vestibül derinliğini ve yapışık dişetinin genişliğini artırmak mukogingival operasyonların esasını teşkil eder. Mukogingival operasyonlar yani dişeti ve ağız mukozasını ilgilendiren ameliyatlara hakkındaki önemli metodları ilk defa **Friedman** ortaya koymuştur (10).

Bugüne kadar bu konuda yapılan araştırmalar arasında periodon-
siyumun tamaminiyetini muhafaza etmek için vestibül derinliğinin rolü
hakkında belirli bir açıklama yapılmamış ve dişetin sihatli bir ře-
kilde muhafazası için lüzumlu olan yapışık dişeti tabakasının geniş-
liğinin ne miktarda olması gerektiğine ait bir çalışmaya da rastlan-
mamıştır. Mamafih, periodontologlar için geniş bir yapışık dişeti
elde etme ve vestibül derinliğinin artırılması önemli bir konu ol-
muştur.

Vestibül derinliği meseleleri ile ilk defa 1935 yılında **Kazanjian**
meşgul olmuştur (11). Bu araştırıcı ensizyonlar ile vestibülü derin-
leştirmeyi tavsiye etmiş ve anormal frenum ile adale bağlantılarının
bu metotla ortadan kaldırılabileceğini izah etmiştir.

Bunu takiben vestibül derinliğini artırmak için yapılan ensizyon
tipleri hakkında muhtelif makaleler neşredilmiştir (1, 5, 8, 9, 13, 15).

Bütün bu metotlarda kullanılan genel teknik fornix vestibulum'
un tabanında arzu edilen derinliğe ulaşmak gayesiyle apikal istika-
mette yapılan ensizyondur.

Yapılan bu çalışmalarda iyileşmeden sonra vestibül derinliğinin
büzülme neticesinde muayyen bir miktarda sığlaştığı da dikkati çek-
miştir.

Klasik vestibül derinleştirici teknikten başka metotlar da tarif
edilmiştir. Bu değişik ameliyat tiplerinden birincisinde bir mukoperi-
ostal lambo, kemik üzerinden kaldırılıp kemik çıplak bırakılmakta
ve lambo ya kesilmekte veya vestibülün derinliğine dikilmektedir.
İkinci teknikte ise, periost alveol kemiği üzerinde bırakılarak mu-
koza apikal istikamete doğru disseke edilmekte ve fornix'in tabanı-
na dikişlerle bağlanmaktadır.

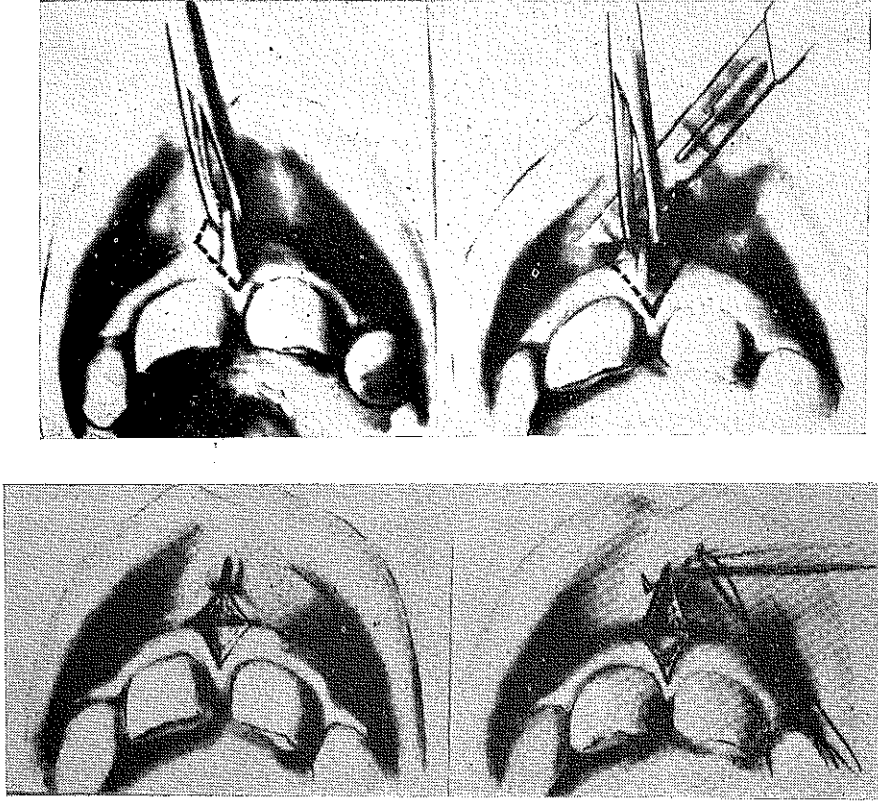
Spengler (16) tarafından köpeklerde yapılan bir araştırmada
bu iki tip operasyon üzerinde çalışılmış ve neticede her ikisinde de
iyileşme esnasında kontraksiyon tesbit edilmiştir.

Mukogingival operasyonlarda şu teknikler icat edilmiştir:

- 1 — FRENEKTOMİ
- 2 — BASİT VESTİBÜL ENSİZYONU
- 3 — KEMİĞİ ÇIPLAK BIRAKARAK LAMBONUN APİKAL İSTİ-
KAMETTE YER DEĞİşTİRMESİ
- 4 — PERİOSTU KEMİK ÜZERİNDE BIRAKARAK MUKOZANIN
APİKAL İSTİKAMETTE YER DEĞİşTİRMESİ

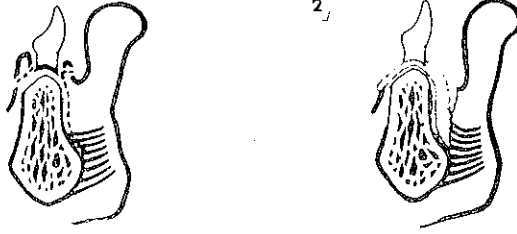
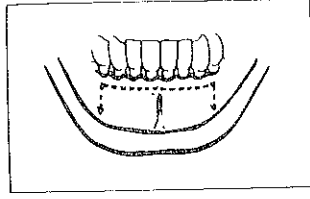
- 5 — APİKAL İSTİKAMETTE MUKOPERİOSTAL LAMBONUN YER DEĞİŞTİRMESİ
- 6 — YANA KAYDIRILMAK SURETİYLE YAPILAN LAMBO OPERASYONU TEKNİĞİ
- 7 — EDLAN TEKNİĞİ
- 8 — SERBEST DİŞETİ GREFİ

Bu tekniklerden frenektomi ve basit vestibül ensizyonunda, her dişhekimi kolayca başarıya ulaşabilir (Resim : 2). Fakat, diğerleri için özel metotlara ihtiyaç vardır. Bunları inceleyelim :



Resim: 2 — Bir frenektominin çeşitli safhaları.

Kemiği çıplak bırakarak lambonun apikal istikamete yerleştirilmesi tekniği, basit vestibül ensizyonu neticesinde meydana gelen nedbe ile hayli miktarda bir büzülme oluşu nedeni ile ortaya atılmıştır. «Denudation» adı da verilen bu teknikte alveol kemiğini örten

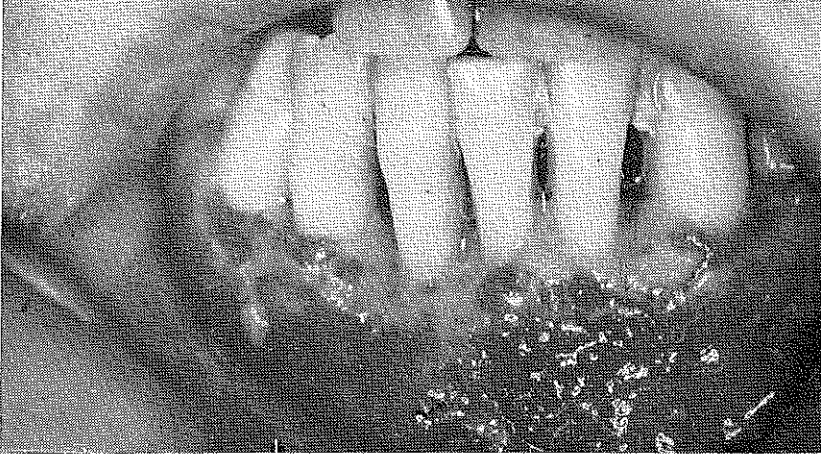


Resim: 3 — Kemiği çıplak bırakarak Lambonun apikal istikamette yer değiştirilmesi ile yapılan operasyon tekniğinin (denudation) safhaları.

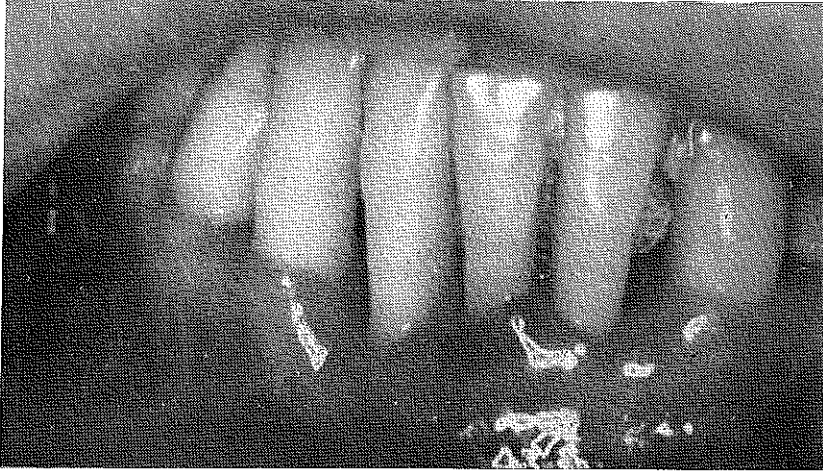
ikinci teknikte ise mukozanın altındaki periosttan dikkatli olarak dissekte edilerek ve böylece, periost kemik üzerinde bırakılmaktadır. İkinci teknikte, yani periostun bırakılması halinde iyileşme daha çabuk olmakta ve kemik rezorpsiyonu önlenmektedir (Resim : 4).



Resim: 4 A — Periostu kemik üzerinde bırakarak mukozanın apikal istikamette yer değiştirilmenin operasyon tekniği. A: Horizontal istikametteki apikale doğru meyilli ensizyonlar. Dişler daha önce splinte alınmıştır.



Resim: 4 B — Operasyondan iki hafta sonra perlost üzerindeki bağ dokusu teşekkülü.



Resim: 4 C — Operasyondan 4 hafta sonra bağ dokusu üzerinde teşekkül etmiş epitel dokusu.

Bu tekniklerin her ikisinde de önce normal bir gingivektomi yapılır ve sonra lambolar kaldırılır. Lambo istenildiği kadar disseke edildikten sonra vestibül oluşu tabanına dikilir.

Vestibül derinliğinde operasyon sonrası olabilecek büzülmeyi önleyebilmek için periostun kemik üzerinde bırakıldığı vak'alarda yarının tabanında takriben 1-1,5 cm. uzunluğunda yatay bir ensizyon

ile pericost açılır. Böylece iyileşme neticesinde meydana gelen skatris dokusu büzülmeyi önlemiş olur (**fenestration**) (2, 3, 4, 6).

APIKALE DOĞRU KAYDIRILAN LAMBO OPERASYONU

Daha önce izah edilen vestibülü derinleştiren tekniklerde bazı dezavantajlar dikkati çekmiştir. Bunlardan en önemlisi geniş bir sahayı açarak burada sekonder bir iyileşmeyi temin etmektir. Bu geniş ve açık yara, uzun bir müddet sonra iyileşecek ve hastaya da rahatsızlık verecektir. Bir diğer dezavantaj da, operasyondan sonra iyileşmekte olan fibröz dokunun büzülmeye olan meylidir.

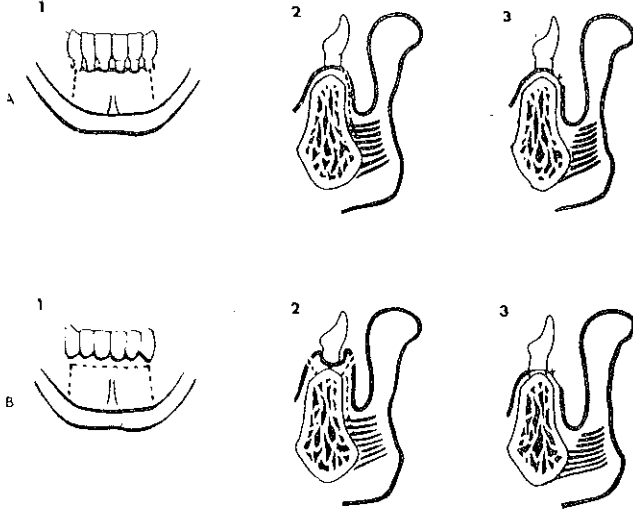
Bu yeni teknikte tek bir operasyonla cepler ortadan kaldırılır, kemik defektleri modifikasyon için açık duruma gelir, adale bağlantıları yeni yerlerine yerleştirilir; böylece, vestibül derinleşir ve yapışık dişeti tabakası kaybedilmez. Yara kapalı kaldığı için iyileşme per primer bir şekilde olmaktadır (7, 10).

Apikale doğru kaydırılan lambo operasyonunda önce ikisi dikey biri yatay olmak üzere üç ensizyon yapılır. Dikey olanları dişeti papili hizasından yapılmakta ve vestibülün içine doğru uzanmaktadır. İltihabî granülasyon dokusundan meydana gelen dişeti cebinin dış duvarını ortadan kaldırmak için yatay ensizyon apikale doğru meyilli bir şekilde ve dişetin dişler üzerinde yaptığı konkavlığa paralel bir tarzda yapılır. Bu şekilde dişeti dokusundan fazla birşey kaybedilmemiş olur ve lambo tekrar yerine konduğunda takriben dişlerin kökleri hizasına yerleşir ve onların şekillerine tam bir intibak gösterir. Diş kökleri üzerinde yatay ensizyon neticesinde kalan granülasyon dokusundan meydana gelmiş cep duvarı iyice kürete edilerek diş yüzeylerinden uzaklaştırılır. Diş yüzeyleri iyice diş taşlarından temizlenir alveol kemiği defektleri varsa bunlara yeni şekiller verilir (**osteoplasty**). Dikey ensizyonlarla kaldırılan mukoperiostal lambonun apikale doğru kaydırılmasına mani olacak pericost bağlantıları kesilir. Böylece, lambo daha derine doğru hareket edip alveol kemiği üzerine yerleşebilir. Lamboyu burada tutacak ve tesbit edecek dikişler konur. Lingualde de aynı şekilde bir lambo operasyonu veya gingivektomi yapılır. Bir periodontal pat dikişlerden sonra dişeti üzerine yerleştirilir ve operasyondan sonra hastaya lüzumlu tedbirler tavsiye edilir (Resim : 5).

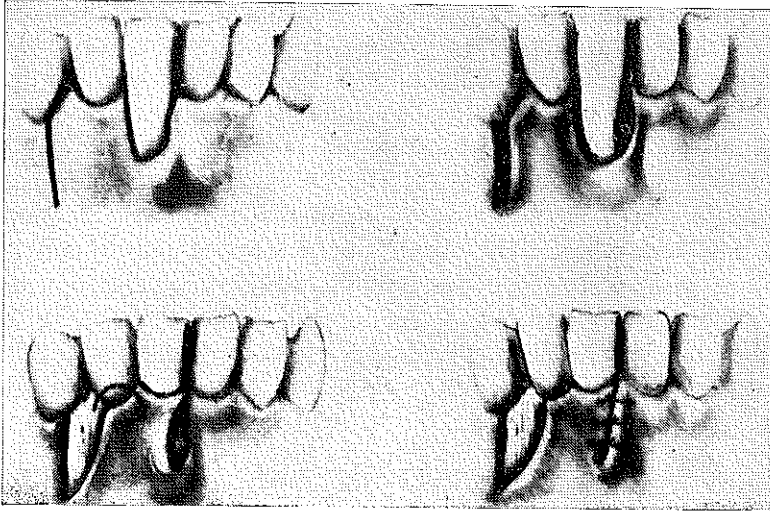
YANA KAYDIRILMAK SURETİYLE YAPILAN MUKOGİNGİVAL OPERASYON

Bir dişin tek bir yüzünde dişeti çekilmesi olduğunda böyle bir

operasyon çok iyi neticeler vermiştir (14). Bu operasyon tekniğinde dişeti defektinin yan kısmındaki normal dişeti dokusu yatay ve dikey ensizyonlarla kemik ve diş üzerinden kaydırılarak defektin bulunduğu kısma dikişlerle tutturulmaktadır (Resim : 6). Mukoperiostal lam-



Resim : 5 — Apikale doğru kaydırılan lambo operasyonunun çeşitli safhaları.

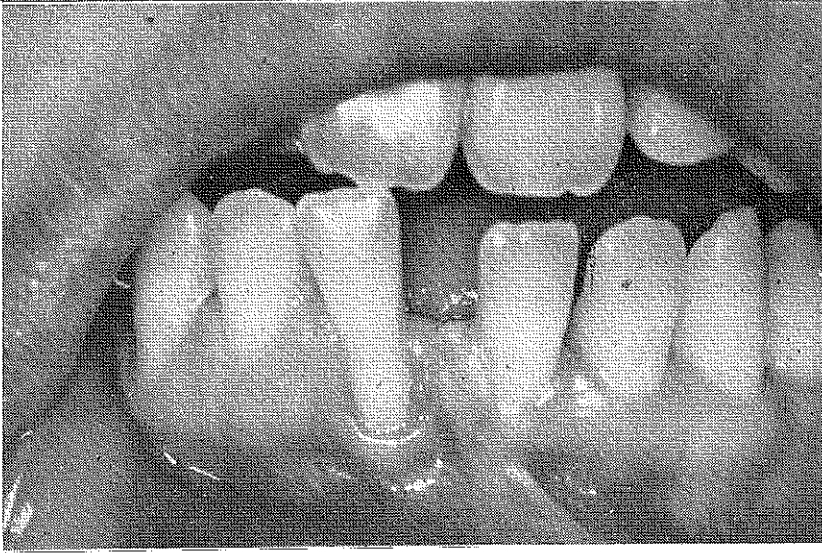


Resim: 6 — Yana kaydırılmak suretiyle yapılan mukogingival operasyonun çeşitli safhaları.

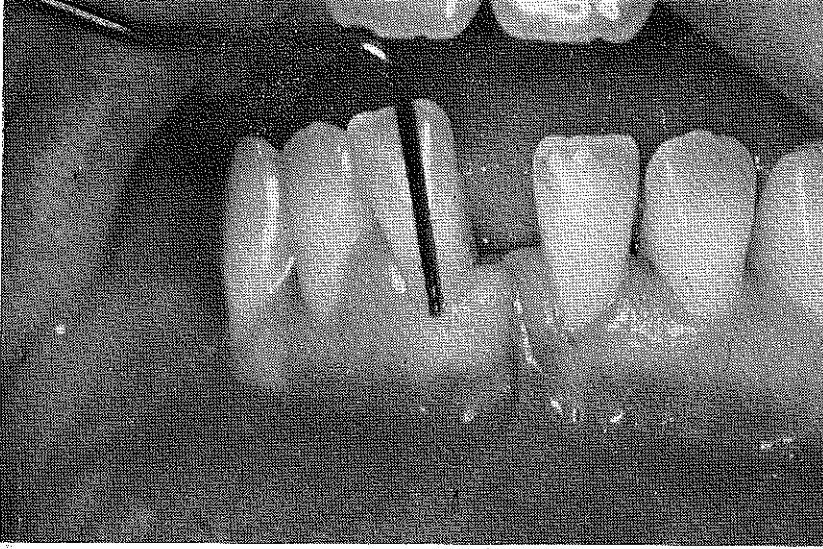
bonun kaldırıldığı sahada ise granülasyon dokusu ile yeni bir dişeti dokusu teşekkül etmektedir. Diş üzerine gelen aşırı okluzal baskı da operasyondan evvel veya sonra kaldırılmalıdır (Resim : 7).



Resim: 7 — Diş üzerine gelen aşırı okluzal baskı ile teşekkül eden dişeti defekti.



Resim: 8 A — Yana kaydırılmak suretiyle yapılan bir operasyondan evvelki dişeti kenarı



Resim: 8 B — Yana kaydırılmak suretiyle yapılan operasyondan sonra dişeti seviyesi.

Yana kaydırılmak suretiyle yapılan bu lambo operasyonu, operasyon yapılacak bölgede çok az veya hiç cep olmadığı ve defekt derin ve yalnız bir dişle lokalize olmuş olduğu takdirde endikedir (Resim : 8).

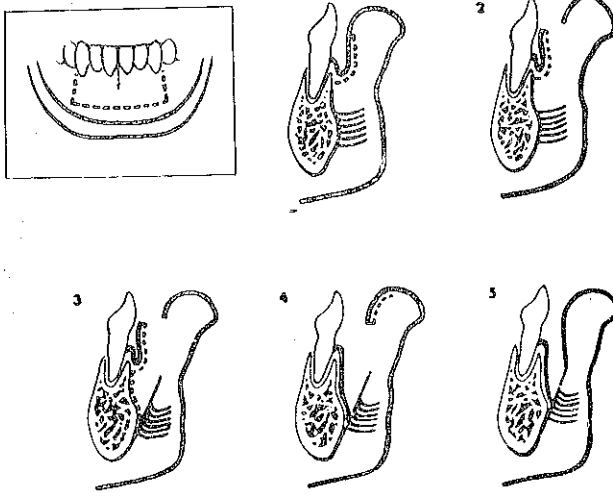
EDLAN TEKNİĞİ

Vestibülü derinleştirmek için ortaya atılan bir tekniktir (8, 9).

Kemiğin çıplak kalması arzu edilmediği için Edlan, bu tekniği geliştirmiştir. Takriben 15-20 mm. uzunluğunda olan dikey ensizyonlar dişeti kenarına yakın olmak üzere dudak mukozasında yapılır. Dudak mukozası üzerinde yapılan yatay bir ensizyon da bu iki dikey ensizyonla birleşir. Sonra dudak mukozası çok ince bir bistüri ile ve çok dikkatli olarak kemiğe doğru disseke edilerek mukozadan adeta bir önlük elde edilir. Bunu takiben yani alveol kemiğine ulaşılmca periostu katetmek üzere yatay bir ensizyon daha yapılır. Bu ensizyondan aşağıda kalan periost, apikal istikamete doğru disseke edilir ve periostun bu disseksiyonu ile açıkta kalan kemik üzerine önlük şeklindeki dudak mukozası vestibül mukozasını teşkil etmek üzere yerleştirilir. Devamlı bir dikiş ile önlük şeklindeki mukoza periostun tabanına dikilir. Dudağın üzerinden mukozanın disseke edilmesiyle meydana gelen geniş yara sathını küçültmek için periostun kenarı ile dudak üzerindeki ya-

ay ensizyon hattı birkaç dikiş ile birbirine yaklaştırılabilir (Resim: 9).

Bu teknikte şayet dişeti cepleri mevcutsa ikinci bir operasyonla bunlar ortadan kaldırılabilir. Halbuki bundan önce bahsettiğimiz tekniklerde aynı operasyonla hem cepler ortadan kaldırılır hem de vestibül derinleştirilir (Resim: 10).

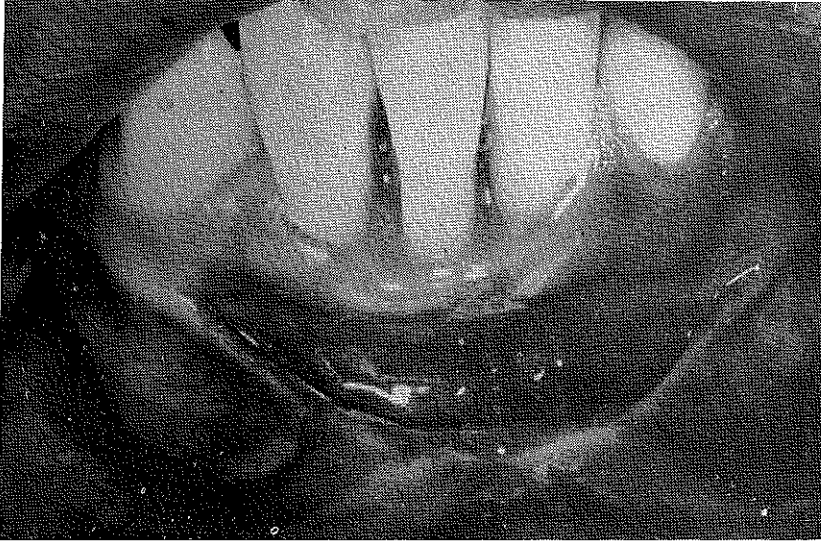


Resim: 9 — Edian operasyonunun çeşitli safhaları.



Resim: 10 A — Edian operasyonundan evvel vestibül derinliği

yapışık dişeti ve alveol mukozası kemikten ayrılarak vestibülün dibine yerleştirilir (Resim : 3). «**Periostal Retention**» ismi verilen



Resim: 10 B — Edlan operasyonundan sonra vestibul derinliği

SERBEST DİŞETİ GREFİ

Plâstik cerrahi tekniklerinde periodontal operasyonlar bakımından serbest dişeti greftleri son senelerde denenmeye başlamış, bunlardan bazıları müsbet sonuç vermiştir. Bu operasyonda ağzın bir kısmından alınan mukozal grefi, yumuşak doku defektinin bulunduğu kısma nakledilerek dikişler ile tutturulmaktadır. Bu greftler de yeniden bir damarlaşma olmakta fakat, dokunun hacminde de aşırı bir büzülme dikkati çekmektedir.

Şimdiye kadar bahsettiğimiz mukogingival operasyon tekniklerinden, yaptığımız çalışmalar neticesinde, şu sonuçlara varmış bulunuyoruz:

- 1) Apikalde doğru kaydırılarak yapılan lambo operasyonlarından diğerlerine nazaran çok daha iyi sonuçlar elde edilmiş, lambo dikişlerinin çok gevşek olarak konulması iyi sonuçlar vermiştir.
- 2) Edlan operasyonunu takiben hastalar, operasyon bölgesinde dudağın hareketiyle bazan iki hafta kadar süren şiddetli ağrılardan şikâyet etmişlerdir. Vestibül derinliği oldukça fazla artırılmış, büzülme az olmuştur.
- 3) Kemiğin çıplak bırakılması ile yapılan operasyon tekniğinde

ise, operasyonu takip eden devrede alveol kemiği seviyesinde azalma ve sökestre teşekkülleri dikkati çekmiştir.

- 4) Yana kaydırılmak suretiyle ve dişeti defektini kapatmak için yapılan lambo operasyonunda lambonun mukoperiostal olması yalnız mukoza olmasından daha iyi sonuç vermiştir.
- 5) Mukogingival operasyonlarda lambonun diş üzerine tutunması yani epitelyal ataşmanın teşekkülü için, periodontal bir patin çok lüzumlu olduğu ve bir haftalık müddetin bu işe kâfi geldiği tesbit edilmiştir.

S U M M A R Y

Treatment of the periodontal pocket is often complicated by a proximity of a frenum or some muscle attachments. In such a case frenectomy must be carried out.

Pockets that extend apical to the mucogingival line have been a difficult problem for clinicians. Gingivectomy procedures could remove all of the attached gingiva, and the gingivectomy wound involves alveolar mucosa. For this reason, the technics for deepening the vestibule are devised. These are:

- 1) Simple vestibular incision
- 2) Denudation
- 3) Periosteal retention
- 4) Apically repositioned flap operation
- 5) Laterally sliding flap operation
- 6) Edlan's metod
- 7) Free gingival graft

All of these technics were described and some interesting pictures presented in this report.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Arizudo, A.A. ve Tyrrell, H.A.** : Repositioning and Increasing the Zone of Attached Gingiva. J. Periodont., 28: 106-110, 1957.
- 2 — **Bohannon, H.M.** : Studies in the Alteration of Vestibular Depth. I. Complete Denudation J. Periodont., 33: 120-128, 1962.
- 3 — **Bohannon, H.M.** : Studies in the Alteration of Vestibular Depth. II — Periosteum Retention J. Periodont., 33: 354-359, 1962.
- 4 — **Bohannon, H.M.** : The Fixed, Long, Labial, Mucosal Flap in Vestibular Alteration. Periodontics, 1:13-16, 1963.
- 5 — **Bork, K.C. ve Weller, J.E.** : Frenum Reduction as a Treatment for Periodontal Atrophy. Oral Sug., Oral Med. and Oral Path. 11: 370, 1958.

- 6 — **Corn, H.** : Periosteal Separation-its Clinical Significance. J. Periodont., 33: 140-153, 1962.
- 7 — **Donnenfeld, O. W.; Marks, R.M. ve Glickman, I.** : The Apically Repositioned Flap-a Clinical Study J. Periodont., 35: 381-387, 1964.
- 8 — **Edlan, A. ve Mejchar, B.** : Plastic Surgery of the Vestibulum Periodontal Therapy. Inter D.J. 13: 593, 1963.
- 9 — **Edlan, A. ve Mejchar, B.** : Parodontologisch Indizierte Vertiefung Des Unteren Mundvorhofes. Parodont. 18: 87, 1964.
- 10 — **Friedman, N.** : Mucogingival Surgery: the Apically Repositioned Flap. J. Periodont., 33: 328-340, 1962.
- 11 — **Kazanjian, U. H.** : Surgery as an Aid to More Efficient Service with Prosthetic Dentures. J.A.D.A. 22: 566, 1935.
- 12 — **Manson, J.D.** : Periodontics for the Dental Practitioner, ikinci baskı, Henry Kimpton, London, 1970.
- 13 — **Robinson, R.E.** : Mucogingival Junction Surgery. J. California D.A. ve Nevada D. Soc. 33: 379, 1957.
- 14 — **Sandallı, P.** : Yerel Dişeti Çekilmesinin Tedavisi. Dişhekimliği Dergisi, 1: 1, 31-40 Ocak, 1970.
- 15 — **Shaw, J. G.** : Deepening the Buccal Sulcus as an Adjunct to Gingivectomy. D. Practit. 10 : 206, 1960.
- 16 — **Spengler, D. E. ve Hayward, J. R.** : The Study of Sulcus Extension Wound Healing in Dogs. Oral Surg. 22 : 41, 1964.
- 17 — **Wade, A. B.** : Basic Periodontology, Second Edition, John Wright and Sons Limited, Bristol, 1965..