

Endodonti Tedavisinde Başarısızlık Nedenleri (*)

Dr. İbrahim ETİKAN (**)

Dışhekimliğinin süratle ilerlediği 20. yüzyılda üzerinde ısrarla durulması icap eden bir keyfiyet de muhakkak ki pulpanın ve apikal dokuların mümkün olduğu kadar patolojik olayların haricinde sıhhatli bir şekilde vazife yapmasını temin etmektedir. Bu sebepten endodontik tedavilerimizi uygularken başarı elde etmek için gereken şartları hazırlamamız icap eder. Fakat bütün bunlara rağmen endodontik tedavilerde bu başarıyı gölgeleyen ve başarısızlığı hazırlayan nedenlerin başında kifayetsiz bir diağnoz, buna bağlı bir prognoz ve tedavilerimiz esnasında karşılaştığımız teknik zorluklar gelmektedir.

Pulpaya kadar sirayet etmiş bir prosesin teşhisini her zaman doğru olarak koymak günümüzün çeşitli imkânlarına rağmen kolay olmamaktadır. Sıhhatli bir diağnoza ulaşmak sistemli bir şekilde uygulanan testler ile mümkün olabilir. Bunlardan önemli birkaçını RADYOLOJİK TETKİKLER - VİTALİTETESTİ, ISI TESTİ teşkil etmektedir. Bunların bir tanesinin uygulanması bizi kat'i bir neticeye çoğunlukla götürmediği için hepsinin bir arada tatbiki doğru yoldur.

Şine veya kron tatbik edilmiş dişlerde uygulanan testlerden el-

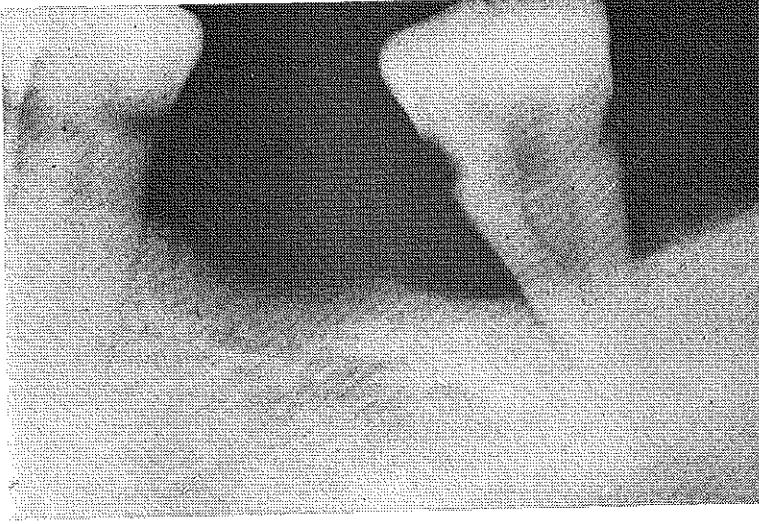
(*) Hacettepe Üniversitesi Dışhekimliği Fakültesi Araştırmalarından.

(**) Hacettepe Üniversitesi Dışhekimliği Fakültesi Endodonti Bilim Dalı Başkanı, Öğretim Üyesi (Doç. Dr.)

de edilen neticeler bazan sıhatsız olabilmektedir. Bu nedenle uygulanan Endodontik tedavide de bir başarısızlık beklenebilir. Diğer yünden sistematik bir şekilde uygulanan tetkikler neticesinde karşımıza çıkan bulgular, meselâ :

Pulpa odasının kalsifiye (kireçlenme) olduğu hallerde veya kanal içinde bulunan dentikal vak'alarında endodontik tedavi başarıya teknik zorluklardan ötürü ulaşamıyabilir.

Bahsettiğimiz bu teknik zorlukları bir misalle görelim :



Resim 1 : 7 Dişin pulpa kanalındaki dentikell görmekteyiz.

Kavite açılırken dişin çapının frezin doğrultusunun istikametleri nazarı dikkate alınarak anterior dişlerde perforasyon labial veya palatinalde daha çok olur. Bazı Endodontik vak'alarda da başarısızlık tedavi esnasındaki tedavi dikkatsizliğe bağlanabilmektedir.

Bunlardan en önemlileri şunlardır :

- 1 — Rubber Damsız çalışma (asepsi olmuyor)
- 2 — Kök kanallarının biomekanik olarak yanlış ve eksik preparasyon
- 3 — Kanalda kalmış pulpa artıkları
- 4 — Kanalın tam dolmaması

Öyle ise bu tür tedavide başarılı olabilmek için hangi hususlara dikkat etmek icap eder :

Biraz önce bahsettiğimiz gibi Endodontik tedavilerde ilk şart dişe Rubber Damın tatbikidir. Ancak bu şekilde dişhekimi aseptik şartlara uygun olarak kanal tedavisini yapma yeteneğine haiz olabilir.

Bu husus birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Bunlardan GOING ve SAWINSKI'nin yaptığı araştırmaların bir bölümünde dişhekimlerinin % 36 sının Rubber Damsız çalıştığı belirtilmektedir. Bu hususun tabii neticesi ise bu şekilde yapılan Endodontik tedavilerin başarısızlığıdır. Zira böylelikle sağlanması zorunlu olan asepsi ihmal edilmiş oluyor. Yine belirttiğimiz gibi kök kanalının biomekanik olarak tam prepare edilmeyişi, kanal dolgusundan önce ortamın steril olup olmadığının incelenmeyişi bütün iyi niyetlere rağmen kök kanalının doldurulmasında başarıyı gölgeleyen sebeplerden biri olmaktadır.

Anterior dişlerde kanala ulaşmak için en doğru yol kaviteyi CINGULUM (üst çenede palatinal alt çenede lingual tarafından) hizasından başlatarak açmaktır. Karies bölgesi icabı aproksimal bölgelerden başlatılan kavite preparasyonları çoğunlukla zorluklar çıkarabilir. Zira anterior dişlerin kök kanalına esas giriş yeri Cingulum hizasıdır. Buradan kök kanalına girerek pulpanın extirpasyonu, kanalın genişletilmesi, dezenfeksiyonu ve irrigasyonundan sonra kanalın doldurulması mümkün olabilir. Aksi takdirde sıhhatli bir şekilde tedavi uygulanması imkânsızlaşır.

Burada bir hususu daha belirtmekte fayda vardır :

Bu tür tedaviler sırasında kullanılan tirnef, beuterlock, hendström eğesi, miller sondu, lentülo gibi kanal aletlerinin rahatlıkla kullanılabilmesi için kavitenin normal Black kavitesinden biraz daha geniş tutulması icap eder.

Endodontik tedavinin uygulandığı diğer bir saha da apeks bölgelerinin proçesli olduğu dişlerdir. Bu tür dişlere yapılan müdahale her ne kadar hem cerrahî ve hem de endodonti bölümlerini ilgilendirirse de bir bölümün muvaffakiyeti veya muvaffakiyetsizliği diğer bölümü etkiler. Bir başka deyişle iyi bir cerrahî müdahaleden önce yapılan sıhhatli bir endodontik müdahale dişin kurtulmasını sağladığı halde başarısız bir endodontik tedavi, cerrahî müdahale ne kadar iyi olursa olsun dişin kaybına yol açabilir. Tabii ki bunun tersi de aynen varittir.

Konu ile ilgili birkaç misal verelim :

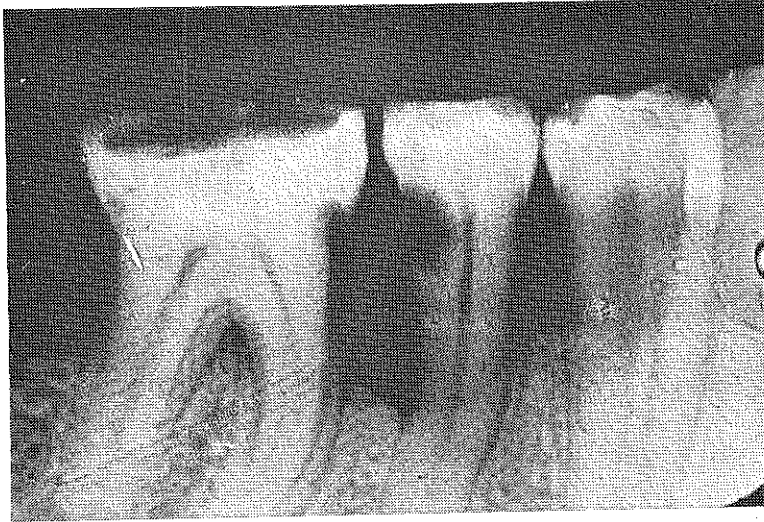


Resim 2 : 4 Apikal süreçli bir dişe kanal tedavisi sonunda yapılan rezeksiyon apikal

Endodontik tedavilerin cerrahî ile birlikte yürütülmesi gibi bazan da bu tür tedaviler periodontoloji sahasına girebilmektedir.

Muvaffakiyet biraz önce söylediğimiz gibi her iki bölümün başarısıyla dişi kurtarabilmektedir.

Bu konuyla ilgili birkaç misal görelim :

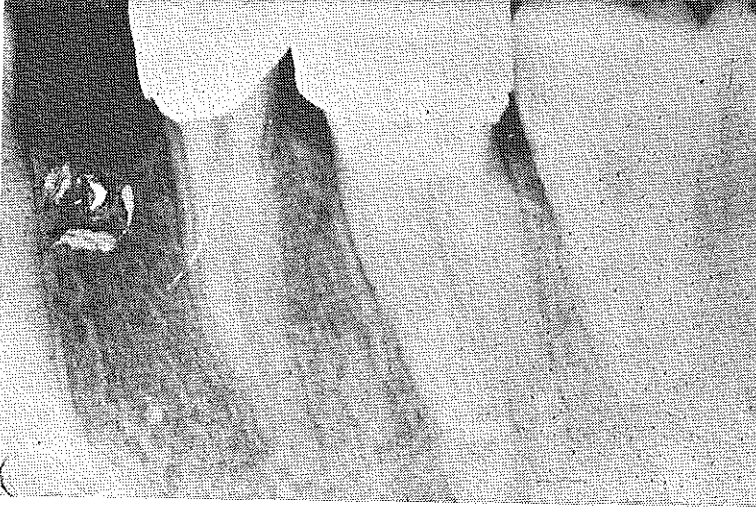


Resim 3 : 5 dişe önce periodontolojik tedavi, sonra endodontik tedavi gerekiyor.

Endodontik tedaviler sırasında sık olmamakla beraber batan kanal enstrümanlarının kırılarak kök kanalı içerisinde kaldığı ve bu olayın endodontik tedaviyi etkilediği görülebilir. Aletlerin paslı ve okside olmaları kanalların komplike anatomik durumları turla çalışanlar, elle çalışanlardan fazla kırılır, çünkü el engeli daha çabuk hisseder.

Beklenmedik bir anda meydana gelebilecek bu olay karşısında soğukkanlılıkla hareket etmek en uygunudur.

İlk yapılacak iş kırık alet parçası kanaldan kolayca çıkabilecek durumda ise çıkartılmalıdır. Ama çoğu kez apekse yakın bölgedeki küçük parçacıkları kanaldan uzaklaştırmak mümkün olmamaktadır. Bu hususta BRUY ve MACCAFERİ bunları % 25 lik potasyum iyodür çözeltisi ile eritme yönüne gitmişler fakat iyi neticeler elde etmemişlerdir. Bizim kanaatimize göre kanal ve kırık alet parçası olayın ceryan ettiği anda steril iseler hiç bir mahzur olmaksızın kanal içerisinde bırakılabilirler. Bu hususta araştırmalarda bulunan GROSSMAN kırık parçalarının steril olmadığı hallerde apeks bölgesini irrite ettiğini ve apeks civarında patolojik proseslerin başlayabileceğini ifade etmektedir. Buna ait birkaç misal görelim :



Resim 4 : 6 dişte kanalda kırık bir alet parçası görülmekte.

Bazı hallerde de kırılan parçasının bir kısmı apeks dışında olabilir. Bu tür vak'alarda önümüze başka bir tablonun çıkması da beklenebilir.



Resim 5 : 4 Dişin apeks bölgesinde kırılan alet parçasıyla sonradan yapılan kanal dolgu maddesi birleştirildi.

Endodontik tedaviyi etkileyen faktörlerden bir başkası da kanal dolgu maddesiyle yakından ilgilidir.

Kullanılan dolgu maddesinin cinsine ve tatbik şekilleri çeşitli değişiklikler gösterir. Apeks bölgesinde rezorbe olmayan ve tamir prosesini dolduran veya engelleyen maddeler apeks bölgesinde patolojik süreçlere yol açarlar.





Resim 6 : A-B Kanal dolgu maddelerinin yapılarına ait 2 misal.

1) Endodontik tedavilerin muvaffakiyeti bir de kök kanalından alınan eküvyonların idantifikasyonu ile hedefli antibiyotikli kanal dolgusuna bağlıdır.

Bunun için :

- a) Kanaldan meçle eküvyon alımı
- b) Kültürün elde edilmesi
- c) Rezistans testlerinin yapılması
- d) Antibiyotik seçimi
- e) Nihai olarak bu antibiyotikli kanal dolgusu ile kanalın doldurulması.

Ayrıca aletlerin yutulması veya aspirasyonunu önlemek için Rubber damla çalışmak ve uzun saplı aletler kullanmalıdır. Eğer alet yutulmuşsa mütehassısına göndermek yerinde olur.

Ö Z E T

Netice olarak endodontik başarısızlığa sebep olarak yetersiz diaagnoz, yetersiz prognoz, teknik zorluklar veya dikkatsizliği gösterebiliriz. Yanlış bir diaagnozu da ancak tek bir testle (meselâ Rontgenolojik tetkik veya vitabile testi veya ısı testi) tespit etmemize rağmen kombine bir testle bu yanlış diaagnozu doğru yöne yöneltebiliriz.

S U M M A R Y

In conclusion we can say that failures in endodontics may be due to poor diagnosis, poor prognosis, technical difficulties, or carelessness; A correct diagnosis is not always possible, regardless of tests used. A combination of tests rather than dependence upon a single test such as radiographs, electric pulp test, thermal test etc. will help prevent a misdiagnosis.

L I T E R A T Ü R

- 1 — **Going, R. E. and Sawinski, V. J.** : Frequency of the rubberdam J.A.D.A. 75 : 158, 1967.
- 2 — **Strindberg, L. Z.** : Dependence of the results, of pulp therapy on certain factors Acta odont-scand, 14 suppl, 21, 1956, 17.
- 3 — **Grossman, L. I.** : Fate of endodontically treated teeth with fractured root canal instruments J. Brit. end. Soc. 2 : 31.289.
- 4 — **Abramson, J.** : Lecture presented at America Assoc. Endod. Chicago, 1961.
- 5 — **Bender, I. BTL et al** : To culture or not culture Oral Surg. 18 : 527, 1964.
- 6 — **Buchbinder, M.** : Comparison of cultured and non cultured root canal cases J. Dent Res: 20 : 92, 1941.
- 7 — **Engstrom, B., and Lundberg, M.** : Correlation between positive culture and the prognosis of root canal therapy Odont. Revy 15 : 257 and 16 : 194, 1965.