

Gömük Dişlerde Görülen Rezorpsiyonlar (**)

Dr. Cengiz KOÇKAPAN (*)

İlk olarak 1885 yılında ZUCKERKANDL'ın (15) gömük dişlerde görülen rezorpsiyonları bildirmesinden sonra bu konuda dişhekimliği literatüründe sayısı hiç de az olmayan makale, vaka takdimi ve araştırma yayınlanmıştır (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16). (***)

HOPPE ve ANDRULEIT (7) 170 gömük dişte yaptıkları seri histolojik araştırmada 16 dişte, POSSELT ve LORBER (14) ise 130 gömük diştin 12'sinde rezorpsiyonlara raslanmışlardır. MANİSALI'nın (13) araştırmasında bildirdiği, rezorpsiyonların görüldüğü 50 vakaya ait 61 diştin 8'i gömük dişlerdir.

Gömük dişlerin neden rezorpsiyona uğradıkları hakkında değişik görüşler ortaya atılmıştır (7). Plantat-Teorisine göre bu dişler fonksiyon görmemeleri nedeni ile organizma tarafından elimine edilirler (5, 9, 10). MILLER'in (7) görüşüne göre bu dişlerde görülen aslında bir çürük olayıdır. Fakat bu görüşe KRONFELD (12) karşı çıkmıştır ve kanısınca kemik içinde tamamiyle gömük bir diştin çürüme-

(*) İ. Ü. Dişhekimiği Fakültesi, Diş Hastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi Kürsüsü.

(**) Bu çalışmanın bir bölümü Zentrum für Zahnmedizin der JLU-Giessen'de tamamlanmıştır.

(***) Daha geniş literatür dişlerde görülen rezorpsiyonların en geniş biçimde anlatıldığı kitaptan elde edilebilir (3).

si için hiç bir neden yoktur. Üçüncü bir düşünüşe göre ise gömük dişlerin etrafında ortaya çıkan iltihabi olaylar bu rezorpsiyonlara neden olur (4, 8, 14, 15). Komşu dişlerin periapikal infeksiyonları, gömük dişlerin pericoronaritleri, hematogen yolla bir infeksiyon sonucu veya bir kist nedeni ile rezorpsiyona mukavim birleşik mine epitelinin harabiyeti ve komşu bağ dokusunun rezorptif bir karakter alması sonucu bu dişlerde rezorpsiyonlar görülür (3, 4, 6). Bu görüşe göre ilk şart ya yukarıda sıralanan nedenlerle birleşik mine epitelinin harab olması veya normal olarak ileri yaşlarda involusyona uğramasıdır (3). Bundan sonra dişin rezorbe olması, koruyucu özellikteki birleşik mine epitelinin ortadan kalkmasının tabii bir sonucudur (3, 4). Diğer bir görüşe göre ise (6) : Tamamen gömük dişlerde bile az da olsa bir sürme olayı görülür. Bu da dişin etrafındaki dokularda değişikliklere ve kronu çevreleyen kemikte rezorpsiyonlara yol açar; sürme tenözenzi zayıf olduğunda kemiği rezorbe eden doku uzun zaman kronun etrafında mevcudiyetini muhafaza eder ve uygun bir durumda sadece kemiği değil aynı zamanda dişi de rezorbe edebilir. Bu bölgede sonradan oluşan bir denge halinde bağ dokusu formatif karakter kazanır ve rezorpsiyon kavitelerine sert doku teşekkülü görülür (6).

BOCK (2) yaptığı araştırmada retine dişlerin pulpalarının hiç bir zaman normal bir yapıya sahip olmadıklarını ve farklı tipte regresif değişiklikler gösterdiklerini saptamıştır. HOPPE ve ANDRULEIT (7) ise gömük dişlerin pulpalarında vakaların % 80'inde retiküler atrofi görüldüğünü bildirmişlerdir.

Bu dişlerin rezorpsiyonundan osteoklastlar mes'uldür. (3, 13). Bazan iltihaba bağlı olarak ortaya çıkabilen asit ortamda minenin osteoklastik rezorpsiyona benzer bir görünümde tahrib olduğu; kanımızca, daha doğrusu erozyona uğradığı bildirilmiştir (4). Rezorpsiyon olayı hiç bir zaman devamlı olarak sürmez ve belirli duraklamalar gösterir (7, 13, 16). Rezorpsiyonun durduğu devre esnasında da bir tamir olayı görülür (3, 13). Rezorpsiyon ve tamir olayına aynı dişte aynı anda değişik bölgelerde raslanabilir (3, 5, 8, 14). Rezorbe olan diş dokusunun yerine demet, spongiöz veya lamelli kemik ya da osteosement tamir dokusu olarak çökelebilir (3, 5, 7, 11, 13, 15, 16).

VAKA :

İnsan dişlerinde florasan mikroskopuyla tetrasiklin-depolarının araştırıldığı bir çalışmada, bir meslekdaşın gönderdiği 9 yaşındaki bir

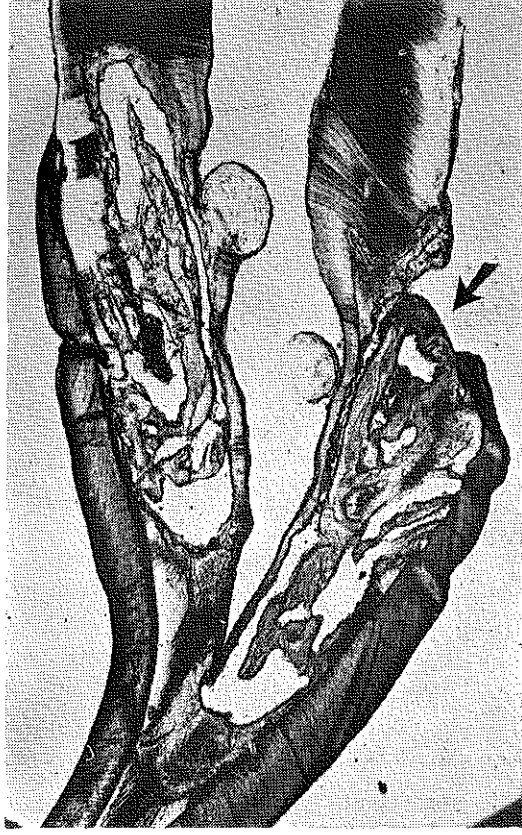
kız çocuğuna ait, gömük üst sol cırtta keserden hazırlanan bileme preparatlarında ileri derecede rezorpsiyonlara raslanması üzerine, bu preparatlar histolojik olarak incelendi. Fakat bu vaka hakkında; hazırlanan preparatlar ve dişhekimi ile kişisel görüşmeden başka bir materyel toplamak mümkün olmadı. Gömük dişlerde görülen rezorpsiyonlar daha önce de belirttiğimiz gibi pek ender değildir. Buna rağmen, görüşümüze göre bu vaka dişin kısa zamanda ileri derecede rezorpsiyona uğraması nedeni ile enteresandır. Ayrıca elimize geçen literatürden gömük dişlerde rezorpsiyonlara en erken 17 yaşında (14) coğunlukla 30 (7,8) veya 40 (3, 6, 7) yaşından sona raslandığı anlaşılmaktadır.

BULGULAR VE TARTIşMA

Gömük dişlerde minenin diş yüzünde rezorpsiyonlar görüldüğü ve rezorpsiyon kavitesinde sonradan oluşan tamir dokusuyla, dişlerin kemikle kaynaştıkları ve bu nedenle çekimlerinin zor olduğu bildirilmiştir (3, 8, 9). Bize bildirildiğine göre bu vakada böyle bir komplikasyonla karşılaşılmamıştır. Bileme preparatlarında minenin diş yüzünde herhangi bir rezorpsiyon belirtisine ve dişin ankilozel olduğuna işaret eden bir bulguya raslanmıyor (Resim 1). Yalnız vestibülde minenin hipoplastik teşekkül ettiği (Resim 2) ve palatinal yüzeyde dentine doğru hafif bir invaginasyon yaptığı görülüyor (Resim 1). Vaka konusu olan dişin vestiblnden ve mine sement sınırının hemen altından başlayan rezorpsiyon olayının kron dentininde ileri derecede harabiyete neden olduğu preparatların ilk tetkikinde ortaya ıktı (Resim 1-2-3). Burada rezorpsiyonun başladığı dişin boyun bölge -sinin literatürde rezorpsiyonlara karşı özelikle zayıf bir yer olduğu, bir «locus minoris resistentiae» teşkil ettiği bildirilmektedir (3, 5, 15). Dişin ileri derecede rezorbe olmasına rağmen 1. Resimde görülebileceği gibi pulpa odasını çevreleyen ince bir dentin tabakasının mevcudiyeti ve devamlılığını koruması literatürdeki bulgulara uyar (1, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 14, 15). Coğu kez pulpa odasını saran dentin tabakalarının rezorpsiyona karşı özel bir mukavemeti olduğu bildirilmiştir. Bunun nedenlerini ZILKENS (15) şöyle sıralar :

a. Pulpanın vücudun en yüksek bazik reaksiyon gösteren dokularından biri pH 7,44) olması nedeni ile asit teşekkülü ile ilerleyen rezorpsiyon olayına karşı bir tampon etkisinin olması.

b. Pulpaya yakın dentin tabakaları daha iyi bir şekilde beslenedikleri için kolayca rezorbe edilemedikleri.

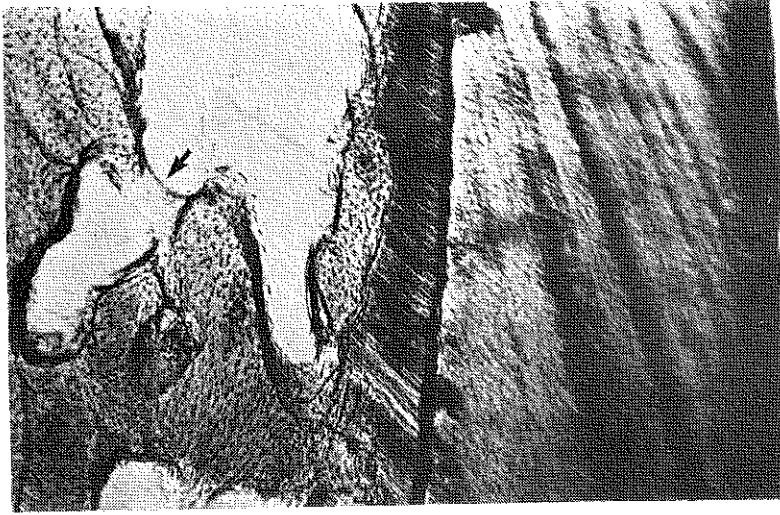


Resim 1 — Dişin genel görünümü. Rezorpsiyon olayı zervikalden dişin içine doğru genişlemiş (ok). İlerlemiş rezorpsiyona rağmen pulpa odasının etrafında ince bir dentin tabakası kalmış. Bu ince dentin tabakasının pulpa odasına bakan yüzeyi düzgün olmasına rağmen dış yüzeyinde Howship lakünleri görülüyor. Pulpada iki dentikel ve rezorpsiyon bölgesinde oluşmuş yeni kemik dokusu.

ZILKENS'in (16) fikrine göre bütün bu şartların yerine gelebilmesi için pulpanın vital olması gereklidir. Şayet pulpa atrofik veya nekrotik ise rezorpsiyon olayının pulpa odasına kolayca ulaştığı görüşün süavunur. KRONFELD (11) ise kireçleşme derecesinin bu olayda daha önemli bir rol oynadığını ve rezorpsiyonların pulpaya ancak belirli bir uzaklığa kadar yaklaştığını ve nisbeten daha az kalifiye olmuş pulpayı çevreleyen dentin tabakalarında durduğunu belirtir. Pulpaya yaklaşan rezorpsiyon olayının yavaşladığını gösteren bir belirti de, pulpa yüzeyinde çoğunlukla sekonder dentin teşekkülünün görülmesidir (8).



Resim 2 — Dentin ve rezorpsiyon alanında oluşmuş kemik dokusu. Dentinde enterglobüler alanlar ve minenin hipoplastik olarak teşekkül ettiği görülüyor. Orjinal büyütme 35x



Resim 3 — Kron dentini ileri derecede rezorbe edilerek periferde ince bir tabaka halinde kalmış. Rezorpsiyon yüzeyinde oluşmuş ve yeni oluşan kemik dokusu (ok). Orjinal büyütme 35x

Burada da dentinin pulpaya bakan yüzeyinde, polarize edilmiş ışığı kalsifiye olmuş dentine oranla daha kuvvetli olarak çift kırın



Resim 4 — Bir merkez etrafında konzantrik lameller halinde teşekkül etmiş dentikel pulpa odasını rezorpsiyon alanından ayırıyor. Burada pre-dentinin ince bir tabaka halinde görülüyor. Orjinal büyütme 35x

ince, mineralize olmamış bir predentin tabakası bulunmaktadır (Resim 4). «Mineralize olmuş dentinde kollagenin relatif olarak positif olan çift kırması ile apatitin relatif olarak negatif olan çift kırması birbirlerini kompanse ederler. Halbuki kireçleşmemiş veya az kireçleşmiş dokularda çift kırılma tamamen kollagene bağlıdır». Seri preparatlarda pulpa odasında biri serbest diğeri yapışık olmak üzere iki dentikelin bulunduğu görülüyor (Resim 1-4). Dentikeller az sayıda kanalcıklar ihtiva ediyorlar ve bir merkez etrafında konzantrik lameller halinde teşekkül etmişler (Resim 4). Buradaki dentikel teşekkülü rezorpsiyon olayına karşı pulpanın bir reaksiyonu olarak kabul edilebilir. (5,8). Enterasan olarak 4. resimde görülen dentikel, pulpa odasını aktif rezorpsiyon bölgesinden ayıracak bir şekilde teşekkül et-

miştir. Kanımızca ince bir predentin tabakasının görülmesi pulpanın henüz aktif olduğuna ve dentikel teşekkülünün pulpa dokusunun zararına bir oluşum olduğu gerçeği kabul edilirse, buradaki dentikel (Resim 4) pulpanın her şeye rağmen intakt kalabilmeye çalıştığını belirler.

Sonuç olarak kısaca belirtebilir ki : Histolojik preparatların ayrıntılı olarak tetkikinden sonra dıştan başlayan rezorpsiyonun (Resim. 1) en az karşı koyma gördüğü yöne doğru genişleyerek kron dentinini tahrib ettiği sonra palatinal tarafta köke doğru genişlediği kanısındayız.

Ö Z E T

Bu çalışmada gömük üst sol orta keserde rezorptif olayların görüldüğü bir vaka takdim edildi.

S U M M A R Y

In this report resorptive processes in an impacted upper left incisor has been presented.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Bock, O.** : Resorption an einem retinierten oberen Eckzahn. Dtsch. zahnaerztl. Z. 10 : 544-548, 1955.
- 2 — **Bock, O.** : Histologische Untersuchungen über die Pulpa retinierter Zaehne. Dtsch. zahnaerztl. Z. 17 : 1513-1521, 1962.
- 3 — **Bouyssou, M., Lepp, F. H., Zeroli, C.** : Résorptions Dentaires et Biologie Osseuse. Sciences et Lettres, Liège, 1965. Bölüm 5, «Les résorption de dents incluses et les problèmes connexes. L'origine des kystes dentigères.», S : 484-538 (ing. özetine göre).
- 4 — **Franklin, C. D.** : Ankylosis of an unerupted third molar by inostosis of enamel. Brit. dent.J. 133 : 346-347, 1972.
- 5 — **Hammer, H.** : Umbauvorgaenge an Zapfenzaehnen. Dtsch. Zahn-, Mund-u. Kieferheilk. 2 : 606-618, 1935.
- 6 — **Hauenstein, K. und Kühn, A.** : Kritische Studien zur Frage der Resorption an bleibenden Zaehnen. Dtsch. zahnaerztl. Wschr. 40 : 509-516, 1937.
- 7 — **Hoppe, W. und Andruleit, J.** : Über Umbauvorgaenge an retinierten Zaehnen. Dtsch. zahnaerztl. Z. 16 : 1002-1009, 1961.

- 8 — **Kantorowicz, A.** : Histologische Befunde an retinierten Zaehnen. Dtsch. Mschr. Zahnheilk. 28 : 809-825, 1910.
- 9 — **Keil, A.** : Schmelz-Knochen-Verwachsung nach Resorption an retinierten Zaehnen. Dtsch. zahnaerztl. Z. 13 : 1013-1019, 1958.
- 10 — **Kotanyi, E.** : Histologische Befunde en einem retinierten Milchmolaren und einem retinierten Weisheitszahn. Z. Stomat. 29 : 764-777, 1931.
- 11 — **Kronfeld, R.** : Spielt die Qualitaet der Hartsubstanzen bei der Resorption eine Rolle. Z. Stomat. 25 : 1099-1109, 1927.
- 12 — **Kronfeld, R.** : Histopathology of the Teeth and Their Surrounding Structures. Lea & Febiger, Philadelphia, 1943.
- 13 — **Manisali, Y.** : Dişlerde görülen rezorpsiyonların histolojik incelenmesi. Dişhekimliği Dergisi 2 : 5-27, 1968.
- 14 — **Posselt, P. und Lorber, C. G.** : Neuere histologische Untersuchungen zum Problem des retinierten Zahnes als Fokus. Dtsch. zahnaerztl. Z. 29 : 1085-1088, 1974
- 15 — **Scheff, J.** : Retention; Rudimentaerzaehne; Verwachsung des Zahnbeins mit dem Knochen. «SCHEFF, J. : Handbuch der Zahnheilkunde, Band I., Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1922, S : 578-618»
- 16 — **Zilkens, K.** Zur Resorption am Zahne. Dtsch. zahnaerztl. Z. 7 : 461-466, 1952.