

ÜST ORTA KESİCİ DİŞTE TİP III DENS İNVAGİNATUS'UN ENDODONTİK TEDAVİSİ: OLGU RAPORU

ENDODONTIC TREATMENT OF A MAXILLARY CENTRAL INCISOR WITH TYPE III DENS INVAGINATUS: A CASE REPORT

Mesut Enes ODABAŞ¹ Haluk BODUR²

ÖZET

Bu olgu raporunda tip III dens invaginatus'u olan üst orta kesici dişin cerrahi olmayan endodontik ve protetik tedavisi sunulmaktadır. Hastada ağrı ve lokalize şişlik şikayet bulunmaktadır. Bu olgu cerrahi olmayan endodontik yöntem ile tedavi edilmiştir. 2 yıllık takip sonrasında diş asemptomatik olarak kalırken, radyografik olarak periapiakal lezyonda küçülme tespit edilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Tip III dens invaginatus, üst orta kesici diş, kök kanal tedavisi

SUMMARY

In this case report, non surgical and prosthetic treatment of a maxillary central incisor with type III dens invaginatus is reported. The patient presented with pain and localized swelling. This case was treated by non-surgical root canal treatment. At follow up examination after two years, the tooth was asymptomatic but radiographically did not show any repair of the lesion.

Key Words: Type III dens invaginatus, maxillary central incisor, root canal treatment

Makale Gönderiliş Tarihi : 19.01.2010

Yayına Kabul Tarihi : 05.04.2010

¹Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, Dr.

²Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, Doç. Dr.

GİRİŞ

Dens invaginatus, genellikle diş gelişimi sırasında dental papillanın içeri doğru katlanması sonucu oluşan bir malformasyondur. Bu tip malformasyon ilk olarak 1794 yılında Ploquet tarafından balina dişinde keşfedilmiştir⁶. Dens invaginatus, insan dişin de ise ilk defa 1856 yılında ‘Socrates’ isimli dişheki mi tarafından tanımlanmıştır. Daimi üst keser dişler de daha sık rastlanan dens invaginatus, her iki dentisyonda da görülür^{6,7}.

Dens invaginatus’un ilk sınıflandırması Hallet (1953) tarafından yapılmıştır. En sıklıkla kabul gören sınıflandırma ise Oehlers (1957) tarafından yapılan sınıflandırmadır. Oehlers’in sınıflandırmasında dens invaginasyonun 3 farklı tipi vardır⁹.

Tip I. İnvaginasyonun mine-sement sınırını geçmeden sadece kron da olması

Tip II. İnvaginasyonun kökte ‘blind sac’ sonu kapalı bir şekilde pulpa ile ilişkili veya ilişkili olmadan sonlanması

Tip III. İnvaginasyonun kök boyunca olup, kök ucunda veya periodontal bölgede ikinci bir foramen oluşturmasıdır.

Dens invaginatus’un profilaktik tedavi yöntemleri foramen sekumun fissur örtücü veya doldurucu bir rezin ile kapatılmasıdır¹⁰. Konservatif veya profilaktik tedavi sonrası radyografik ve klinik kontrollerin düzenli olarak yapılması oldukça önemlidir. Özellikle tip III dens invaginatusda bakterilerin periodontal ligamente penetre olabilmeleri için gerekli geçiş yolu bulunmaktadır. Bunun da sonucu olarak periodontal bölgede patolojik lezyonlar oluşabilmektedir. İnvaginasyon olgularında özellikle de tip III invaginasyonda 1970 yılların ortalarına kadar tedavi seçeneği olarak çekim veya apikal cerrahi önerilmiştir. Dens invaginatus’da cerrahi olmayan endodontik tedavi yöntemi ilk olarak Hovland ve Block⁵ tarafından rapor edilmiştir. Endodontik tedavinin başarısız veya imkansız olduğu durumlarda ise apikal cerrahi tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Şayet invaginasyon supernumere dişde oluşmuşsa veya ilgili diş endodontik veya apikal cerrahi yöntemi ile tedavi edilemiyorsa dişin çekimi önerilmektedir^{4,8,11}.

Bu olgu raporunda tip III dens invaginatus’u ve periapikal lezyon olan üst yan keser dişin cerrahi olmayan endodontik ve protetik tedavisini sunulmaktadır.

OLGU BİLDİRİMİ

11 yaşında kız çocuğu 21 no’lu dişinde ağrı ve estetik şikayet ile kliniğimize başvurmuştur. Hastadan alınan tıbbi anamnezde herhangi bir sistemik bulguya rastlanılmamıştır. Oral hijyen durumu orta seviyede olup 21 no’lu dişi ile ilgili yumuşak dokuda kızarıklık ve fistül varlığı tespit edilmiştir. Diğer yumuşak dokular ise sağlıklı olarak bulgulanmıştır. Hastanın karma dentisyonda olduğu tespit edilmiştir. Hastanın ağızında 53, 54, 63, 64, 73, 74, 83, 84 ve 16, 15, 11, 12, 15, 16, 36, 35, 32, 31, 41, 42, 45, 46 no’lu dişleri bulunmaktadır. Hastanın oklüzyonu normaldir.

21 no’lu dişin klinik muayenesinde perküsyonda hassasiyet tespit edilmiştir. 11 no’lu diş vitalite testlerine (termal ve elektrik) pozitif cevap verirken 21 no’lu dişde negatif cevap alınmıştır. Herhangi bir travma hikayesine rastlanılmamış ve ilgili dişin periodontal muayenesinde 3 mm’den kısa normal cep derinliği tespit edilmiştir. Klinik olarak 21 no’lu diş kronunun tam olarak oluşmadığı, 11 no’lu dişde ise mine defektleri olduğu tespit edilmiştir (Resim 1).

Radyografik değerlendirmede 11 no’lu dişin bulguları normal iken 21 no’lu dişte kök ucuna kadar ilerleyen invaginasyon ve periapikalde izlenen radyolüseni tespit edilmiştir (Resim 2). Radyolojik ve klinik muayene sonucu 21 no’lu dişte tip III dens invaginatus teşhisi konmuştur. Yapılacak tedavi ile ilgili hastanın karşılaşacağı olumlu ve olumsuz yönler anlatılarak hastadan ve ebeveyninden onay alındıktan sonra tedaviye başlanılmıştır.

Dişin tedavisi sırasında yeterli miktarda kron yapısı bulunmadığı için rubber-dam uygulaması yerine izolasyon için pamuk rulo kullanıldı. Lokal anestezi uygulamasından sonra 21 no’lu dişin giriş kavitesi açıldı. Biri mezial konumlu diğer ikisi distal konumlu olan toplam 3 adet kanal ağızı tespit edildi. Kanal aletleri tespit edilen 3 kanala yerleştirilerek dişin radyografisi alındı (Resim 3). İrrigasyon solüsyonu olarak % 5’lik sodyum hipoklorit kullanıldı. Kanallardan iki tanesi #40 diğeri ise dar bir kanal olduğundan #25



Resim 1. 11 ve 21 no'lu dişin klinik görüntümü



Resim 2. 11 ve 21 no'lu dişin radyografik görüntüsü: 21 no'lu dişe ait invaginasyon

boyuta kadar prepare edilerek genişletildi. Kök kanalları paper point ile kurutulduktan sonra pulpa odasına pamuk pelet konularak diş geçici restorasyon olan Cavit (ESPE, Almanya) ile kapatıldı. Bir hafta sonra kalsiyum hidroksit (Kalsin®, Türkiye) ile pansuman yapıldı. Üç hafta sonra hastanın semptomları geçti ve fistül yolu kapandı. Kalsiyum hidroksit kanallardan uzaklaştırılarak kanallar lateral kondensas-

yon yöntemi kullanılarak ile guta perka ve AH 26® (Dentsply, Amerika) (Resim 4) patı ile dolduruldu. Kanalların doldurulmasından sonra protetik restorasyona tutuculuk sağlaması amacıyla en geniş kanala prefabrike kanal postu yerleştirildi. Estetik ve daha sonradan yapılan restorasyonun renklenme olasılığından dolayı üst yapı olarak porselen kron yapılmasına karar verildi. Daha sonra silikon esaslı bir ölçü materyali ile dişin ölçüsü alınarak porselen kron yapıldı. Porselen kron kompozit alt yapıya etkili bir yapıştırma materyali olan rezin siman, (Panavia, Kuraray Dental, Japonya), kullanılarak yapıştırıldı (Resim 5). Hasta altı aylık takip periyodlarıyla kontrole çağrıldı. 2 yıllık takip sonucunda radyografik olarak periapikal lezyonun boyutunda herhangi bir değişme olmadığı ancak klinik olarak semptomsuz olduğu bulgulandı (Resim 6).

TARTIŞMA

Bu olguda sunulan 21 no'lu dişin radyografik incelemesinde invaginasyonun kök boyunca olup, kök ucunda veya periodontal bölgede birden fazla bir fo-



Resim 3. Kök kanallarında 3 adet K tipi eğe



Resim 4. Kök kanallarının gutta-perka ve AH 26 ile doldurulması

kabilmektedir. Genellikle kanalları lokalize etmek veya doldurmak sıklıkla karşılaşılan problemlerin başında gelmektedir.

Dens invaginatus izlenen dişlerde kanalların mekanik temizliğin tam olarak yapılmasının zor olması nedeniyle genellikle kalsiyum hidroksit gibi kimyasal bir ajanın kullanımı önerilmektedir. Bu nedenle bu olguda kalsiyum hidroksitin bakterileri elimine etme özelliğindende faydalanılarak kanal dolgusu yapılmadan önce kalsiyum hidroksit pansumanı yapılmıştır. Genellikle bu tip olgularda ısıtılmış guta perka veya termoplastik teknik önerilse de bu olgunun kanal dolgusunda lateral kondensasyon tekniği tercih edilmiştir^{1,3}.

Bu yaş grubu olgularda sıklıkla önerilen üst yapı seçeneği kompozit rezin restorasyondur. Bu olguda 21 no'lu dişin restorasyonunda porselenin estetik avantajından faydalanmak nedeniyle kompozit rezine alternatif olarak porselen kron tercih edilmiştir. Ancak restorasyon seçeneği olarak porselen kron uygulaması belirlenirken dikkatli bir oklüzyon değer-



Resim 5. Porselen kron ile estetiğin sağlanması

ramen oluşturması nedeniyle Oehlers⁹'in sınıflandırdığı tip III dens invaginatus teşhisi konulmuştur. Bu tip olgularda kök yapısının kompleks yapısından dolayı kök kanal tedavisinde bir çok problem ortaya çı-



Resim 6. 21 no'lu dişin 2 yıllık takip radyografisi

lendirilmesi birlikte büyüme ve gelişim dinamikleri göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu tip olgularda başarı kriteri, semptomların ortadan kalması veya periapikal lezyonun iyileşmesi olarak tanımlanabilir. Ancak madde kaybına bağlı olarak kök kırık riski çok fazladır. Bununla beraber, yeterli sayıda uzun süre takipli geleneksel endodontik tedavi yöntemini rapor eden olguların bulunmaması, başarı oranları hakkında tam bir bilgiye sahip olamamıza neden olmaktadır^{2,3}.

Sonuç olarak bu olguda kompleks kök yapısına sahip olan tip III dens-invaginatus'a cerrahi olmayan kök kanal tedavisi başarılı bir şekilde uygulanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Chen YH, Tseng CC, Harn WM. Dens invaginatus. Review of formation and morphology with 2 case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 86: 347-352, 1998.
2. Girsch WJ, McClammy TV. Microscopic removal of dens invaginatus. *J Endod* 28: 336-339, 2002.
3. Goncalves A, Goncalves M, Oliveira DP, Goncalves N. Dens invaginatus type III: report of a case and 10-year radiographic follow-up. *Int Endod J* 35: 873-879, 2002.

4. Harnisch H. Apicoectomy in dens in dente. *Quintessence Int (Berl)* 1: 21-22, 1970.
5. Hovland EJ, Block RM. Nonrecognition and subsequent endodontic treatment of dens invaginatus. *J Endod* 3: 360-362, 1977.
6. Hulsmann M. Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment considerations. *Int Endod J* 30: 79-90, 1997.
7. Ikeda H, Yoshioka T, Suda H. Importance of clinical examination and diagnosis. A case of dens invaginatus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 79: 88-91, 1995.
8. Kulild JC, Weller RN. Treatment considerations in dens invaginatus. *J Endod* 15: 381-384, 1989.
9. Oehlers FA. Dens invaginatus (dilated composite odontome). I. Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 10: 1204-1218, 1957.
10. Rotstein I, Stabholz A, Heling I, Friedman S. Clinical considerations in the treatment of dens invaginatus. *Endod Dent Traumatol* 3: 249-254, 1987.
11. Teplitsky P, Singer D. Radicular anomaly of a maxillary canine; endodontic treatment. *J Endod* 13:81-84, 1987.

Yazışma Adresi

Dr. Mesut Enes Odabaş

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Pedodonti Anabilim Dalı, Ankara

e-posta: mesut@gazi.edu.tr

boş