

PERIAPİKAL RADYOLÜSENS GÖSTEREN DİŞLERİN ENDODONTİK TEDAVİSİ

Nilgün SEVEN* Zuhâl KIRZIOĞLU**

GİRİŞ

Periapikal lezyonlar esas olarak pulpa yaralanması, iltihabı, sekonder enfeksiyon, toksik dejenerasyon ve nekrozdan gelişir (10).

Kök ucu etrafındaki dokuların yabancı maddelere karşı reaksiyonu akut veya kronik şekillerde olabilir.

Periapikal patolojilerin en sık görülen şekli yaygın radyolüsens görüntüdür. Bunların % 75'i radyografik olarak görülebilir (10). Kronik apikal apse, kronik apikal periodontitisin ve apikal kistin, her üçünde radyografide radyolüsens bir görüntü verirler. Buna rağmen kronik apikal apse ve granulamun tedavisi aynı olduğundan teşhisde hata olsa bile pratikte büyük bir önem teşkil etmez (7).

Periapikal kist haricinde tüm lezyonlar kanal tedavisine cevap vermektedirler (2). Kanalların temizlenip negatif kültür alındıktan sonra doldurulduğu hallerde periapikal lezyonlar zamanla iyileşebilmektedirler. İki yıl süre içinde bu hastalar kontrol altında tutulup aralıklı radyografi alınarak klinik muayene yapılmalıdır. Diş, hastaya rahatsızlık veriyorsa ve radyografik görünüş ilk radyografiyle karşılaştırıldığında küçülüyorsa tedavinin başarılı olduğuna karar verilir. Kesin sonuç, için iki sene süresince kontrol altında tutulması önerilmektedir (3).

Ne yazık ki, ülkemizde benzer durumdaki dişler birçok meslektaşımız tarafından başarısız olunacağı veya tedavinin uzun zaman ala-

(*) Atatürk Üni. Dişhek. Fak. Diş Hast. ve Tedavisi Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

(**) Atatürk Üni. Dişhek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

çağı düşüncesi ile tedaviye alınmamaktadır. Bunun yerine cerrahi yöntemlere baş vurulması tercih edilmektedir. Bu nedenlerle değişik patlarla pansumanlarını yapıp ve rezorbe olmayan patlarla doldurduğunuz ve iki yıl süresince kontrol yapabildiğimiz 4 hastamızdaki başarı durumunu göz önüne sermek için bu olgu blirilimleri hazırlanmıştır.

Olgu 1 : 20 yaşında E.S. isimli kız öğrenci 1/12 no'lu dişlerinde önceden yapılmış silikat dolguların renk değişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Ağız hijyeni ve yumuşak dokuların durumu kötü idi. 12.3.1984 alınan radyografide (Resim 1) üç dişte de değişik büyüklükte periapikal radyolüsens saha gözlemlendi. Aynı seansta kanallar açıldı, kök kanalı genişletilip temizlendi. Oxpara patı antiseptik olarak süt kıvamında hazırlanıp steril paper pointslerle kanala uygulandı. Birkaç gün ara ile oxpara pansumanlarına devam edildi. Uygulama sırasında apikal sahaya yaklaşmaya bilhassa dikkat edildi. Kanaldan negatif kültür elde edilinceye kadar pansumana devam edildi ve daha sonra kanallar katı kıvamda hazırlanan oxpara ile dolduruldu. 6 ay aralıklarla kontrol edildi. 2 yıl sonra, Nisan 1986'da alınan radyografide lezyonun tamamen iyileştiği gözlemlendi.

Olgu 2 : S.Y. isimli 21 yaşında bir kız öğrenci 6.12.1984 yılında çene ucunda parestezi şikâyeti ile geldi. Yapılan klinik muayene ve çekilen radyografi sonucu 2.1/1 bölgesinde periapikal patoloji gözlemlendi. Ağız hijyeni ve yumuşak dokuların durumu iyi idi. Kanal pansumanlarını ve negatif kültürü takiben kanallar dolduruldu (Resim 2). İki yıl sonra alınan radyografide kanal patınının apikale yakın kısmında rezorpsiyon görülmesine rağmen lezyonun ortadan kalktığı gözlemlendi (Resim 2).

Olgu 3 : M.P. isimli 20 yaşında erkek, diş hekimliği öğrencisi. Rutin radyografik kontroller sırasında 1/2 no'lu dişinde apikal patoloji olduğunu tespit ederek 1 Ocak 1985'de kliniğimize başvurdu. Aynı tedavi uygulandı. 6 aylık kontrollere tabi tutuldu. 2 yıl sonra lezyonun tamamen kaybolduğu gözlemlendi (Resim 3).

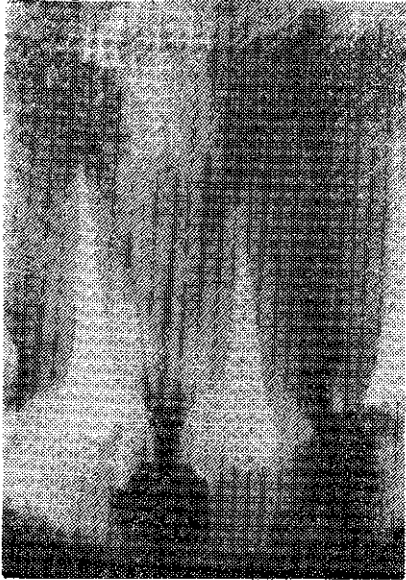
Olgu 4 : E.B. isimli 20 yaşında erkek diş hekimliği öğrencisi. 1/6 no'lu dişindeki çürük nedeniyle başvurdu. Klinik kontrollerde dişin nonvital olduğu belirlendi. Çekilen radyografide mesial kökte periapikal lezyon görülüp yapılan tedavi 2 yıl boyunca izlendi (Resim 4).



Resim 1. a) 1/1 no'lu dişler



Resim 1. b) 2 no'lu diş.



Resim 1. c) 1/1 no'lu dişlerin altı aylık kontrol filmi.



Resim 1. d) /2 no'lu dişin altıncı ay kontrolü.

PERİAPİKAL RADYOÜSENSİ VE ENDODONTİK TEDAVİ



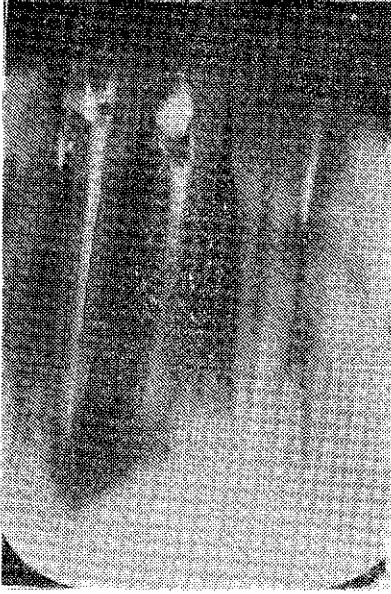
Resim 1. e) 15 ay sonra.



Resim 1. f)



Resim 1. g) 2 yıl sonra.



Resim 2. a) 6.12.1984



Resim 2. b) 2 yıl sonra.



Resim 3. a) 1.1.1985



Resim 3. b) 6 ay sonra.

PERİAPİKAL RADYOLÜSENSİ VE ENDODONTİK TEDAVİ



Resim 3. c) 1 yıl



Resim 3. d) 1,5 yıl



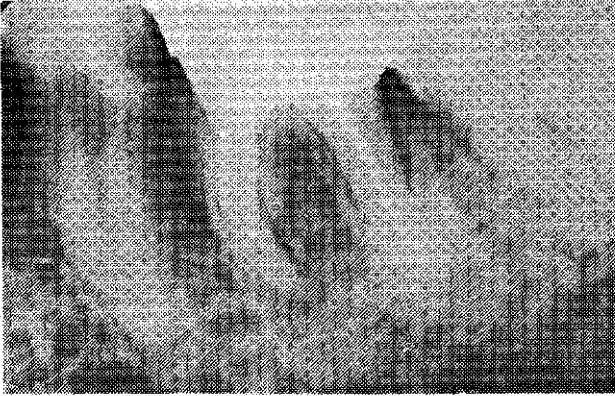
Resim 3. e) 2 yıl



Resim 4. a)



Resim 4. b) Doldurulduktan hemen sonra.



Resim 4. c) 2 yıl sonra.

TARTIŞMA

Periapikal lezyonların yalnızca cerrahi müdahale ile iyileşeceği inancı artık geçersizdir. Kesin kist tanısı konan olgular haricinde tüm periapikal lezyonlar endodontik tedavi ile iyileşebilmektedirler (2). Bu konuda önemli olan husus nekrotik dokuların kaldırılması, kanalların steril edilmesi ve sonra iyi bir şekilde doldurulup, kanal ile periapikal dokular arasındaki geçişin engellenmesidir. Böylece apikal iltihabın kaynağı ortadan kaldırılır ve iyileşme başlar (4, 12).

Konservatif veya cerrahi tedaviye karar vermede röntgendeki kemik yoğunluğu, alanın büyüklüğü, veya akut bir apsenin mevcudiyetinin belirlenmesi yeterli değildir. Çapı bir santimetre olan radyolüsens bir saha nadiren kist olabilir (1). Grossman, lezyonun büyüklüğü 6 mm veya daha genişse rezeksiyon yapılmasını veya periapikal küretaj ile enfekte dokuların ortadan kaldırılmasını önermektedir (8).

Kanalların pansumanında antibiotikler, kimyasal antiseptikler kullanılabilir. Bununla birlikte Grahnen ve Krasse (1963), yeterli mekânik temizleme ile ilaç kullanmaksızın başarılı sonuçlar alınabildiğini bildirmişlerdir (1). İlaçlar kullanılırken periapikal dokuların zarar görülebileceği unutulmamalıdır. Akut ve semptomatik lezyonlarda özellikle etken olan koklar, çubuklar, filamentöz formlar ve spiroketlere etkili olan bu ilaçların canlı apikal dokularıda ortadan kaldırılabilceği düşünülmelidir (1, 11).

Periapiks, uyarılar karşısında son derece değişebilen ve aktif fizyolojisi olan bir sahadır. İltihabi nedenle yıkılan dokular periodontal membran ve çevre sert dokuların yenileyici faaliyetleri ile rejenere olabilirler. Yeni kemik ve sement yapabilirler. Fakat tedavi edilmezlerse iltihabi problem ilerleyerek zamanla mevcut epitel kalıntılarının proliferasyonuna ve daha sonraları apikal kistlere yol açabilecektir (6).

Özellikle kronik apikal periodontitis (granulom) klinik belirti vermediği için tesadüfen röntgende görülür. İçinde kök kanalındaki enfekte maddeler nedeniyle bir granülasyon dokusu olduğundan dikkatle yapılan kanal temizliğini takiben, iyice doldurulursa granulomun iyileştiği belirtilmektedir. Bu iyileşme altı ayda bir kontrol edilerek, başarısızlık söz konusu olursa o zaman periapikal cerrahiye baş vurulması tavsiye edilmektedir. Kronik apikal periodontitisler, bu şekilde

tedavi edilmezlerse hemen hemen hepsi apikal kist olarak karşımıza çıkarlar ve tedavileri zorlaşır (6, 9, 12).

Apikal kistler de kronik apikal periodontitisin çoğu özelliklerine sahiptirler. Kronik apikal periodontitis ve apikal kist arasındaki farklılıkları yalnızca röntgenografik bulgular ve klinik temellere dayanarak belirlemek imkânsızdır (4, 9, 13). Büyük lezyonlar arasında kistlerin insidansı daha fazla olmasına rağmen, biopsi alınmadıkça ve mikroskop altında incelenmedikçe bu görüntüleri hassasiyetle teşhis etmenin imkânsız olduğu bildirilmiştir (13).

Kronik apikal periodontitis gibi apikal kistlerde yavaş ilerler ve asemptomatiktirler. Bunlar röntgende iyi sınırlı radyolüsens görüntü verirler (10). Nadiren her ikiside bir bezelye büyüklüğünden daha geniş boyutlara ulaşabilirler. Etrafındaki beyaz çizgi ayırıcı olarak düşünülmez. Apikal kist terimi zaman içinde radiküler kist olarak değerlendirilmiştir (9, 12). Bhaskar son olarak 2348 radyolüsens görüntüyü analiz ettiğinde % 48,1'inin kronik ve süpüratif apikal periodontitis, % 42,7 sinin apikal kist, % 3,6 sinin residüel kist ve geri kalan kısmını apikal skar, sementoma, apikal apse, cholesteatoma ve giant cell lezyon olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca diğer araştırmacılar da bütün periapikal lezyonların % 65 - 90 kadarının dental granulum olduğunu tahmin etmektedirler. Lezyonun maxillada mandibulaya nazaran daha fazla ve genellikle hayatın üçüncü dekadında görüldüğü bildirilmiştir (5, 9).

Fagositik hücreler tarafından periapikal kemiğin yıkımından dolayı nonvital pulpalı bu dişlerde radyolüsen saha mevcuttur. Kemiğin kompozisyonuna benzerliği nedeniyle, sement ve dentinde de destrüktif hücrelerin diş dokularını yıkmasıyla kök rezorbsiyonu ortaya çıkmaktadır. Bu durum Bhaskar ve Rappapart'un çalışmalarıyla ortaya konulmuştur (14). Bu nedenle büyük periapikal radyolüsens gösteren dişlerin hemen tedavi edilmesi gerekir. Apikal problemlili dişlerde kanal doldurulmasının apexden 0,5 - 1,5 mm kısa olması önerilmektedir (2).

Apikal radyolüsenslerin büyük bir kısmı kronik apikal periodontisttir. Bu nedenle çok sayıda endodontist cerrahi bir girişim yapılmaksızın % 85 - 90 arasında başarı kaydetmektedirler (7). Bazı kistlerinde iyileşme mekânizması henüz tartışmalı olmasına rağmen, rutin endodontik tedaviye cevap verdikleri belirtilmektedir. Bu vak'alarda tav-

siye edilen metod enstrümanın apikal foramenden radyolüsensin ortasına doğru çok az ilerletilmesidir. Bir işlemin sadece çok küçük endodontik aletlerle iki veya üç kez yapılması tavsiye edilmektedir. Aksi halde kistin genişlemesine yol açabileceği bildirilmiştir (4, 7).

Görüldüğü üzere periapikal radyolüsenslerin büyük bir çoğunluğu endodontik tedaviye cevap vermektedir.

Bizim olgularımızda da periapikal lezyonlar sadece endodontik tedaviyle iyileşmiştir. Bu nedenle, diş hekimleri olarak hasta için daha travmatik olan cerrahi işlemlere baş vurmadan önce kanal tedavisi denenmesinde yarar görmekteyiz. Yaptığımız olgular genellikle genç yaş grubundaki hastalardır. İyileşmede şahsın reparatif ve rejeneratif potansiyelleride rol oynamış olabilir. Bu durumun belirlenebilmesi için geniş kapsamlı araştırmalara gerek olduğu kanısındayız.

Ö Z E T

Bu çalışmada apikal patoloji gösteren dişlerde öncelikle endodontik tedaviye başvurmanın yararı belirtildi. Apikal kist harici radyolüsens gösteren lezyonlarda iyi yapılan kanal sterilizasyonunu takiben kanal rezorbe olmayan patlarla dolduruldu. 6'şar aylık kontroller, 2 yıl boyunca sürdürüldü.

Sonuçta tedavinin başarılı olduğu gözlemlendi. Bu nedenle apikal cerrahiye başvurmadan önce periapikal radyolüsens gösteren olgularda kanal tedavisi denemek yararlı olacaktır.

SUMMARY

THE ENDODONTICAL TREATMENT OF THE TEETH WHICH SHOW PERIAPICAL RADIOLUCENCY

In our research we tried to show the benefits of the endodontic treatment in teeth affected periapically. The root canals were filled with unresorbable canal filling pastes after thorough sterilization of the root canals of the periapically affected teeth, excluding periapical cysts.

Our research programme continued for two years with radiographic examinations in every six months. Since our research reached to a successful conclusion we adrocate the root canal therapy before every single surgical procedures in teeth affected periapically.

KAYNAKLAR

- 1 --- Bazcı, Ş.B., Tekkök, İ.H. : Klinik Uygulamada Endodonti. Ankara, 1981.
- 2 --- Bayırlı, G. : Akut Apikal Periodontitis Tedavisi. Türk Diş Tabipleri Cemiyeti Bülteni, 31 -34, İstanbul, 1984.
- 3 --- Bayırlı, G. : Endodontik Tedavi. Taş Matbaası, İstanbul, 1985.
- 4 --- Bhaskar, S.N., General, B. : Nonsurgical Resolution of Radicular Cysts. Oral Surg., 34 (3), Sept. 1972.
- 5 --- Bhaskar, S.N. : Synopsis of Oral Pathology. The C.V. Mosby Company., St. Louis, 1977.
- 6 --- Cengiz, T. : Endodonti. S. 183, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1979.
- 7 --- Cohen, S., Burns, R.C. : Pathways of the Pulp P : 305, The C.V. Mosby Company. St Louis, 1980.
- 8 --- Grossman, L.I. : Endodontic Practice, 8nd Ed., Lea and Febiger, Philadelphia, 1974.
- 9 --- Ingle, J.I., Beveridge, E.E. : Endodontics. P : 434., Lea and Febiger, Philadelphia, 1976.
- 10 --- Mitchell, D.F., Standish, S.M., Fast, T.B. : Oral Diagnosis. Oral Medicine. P : 235., Lea and Febiger. Philadelphia, 1971.
- 11 --- Nair, P.N.R. : Light and Electron Microscopic Studies of Root Canal Flora and Periapical Lesions., 13 (1), 29-39, Jan. 1987.
- 12 --- Weine, F.S. : Endodontic Therapy. 134-274. The C.V. Mosby Company. St. Louis, 1982.
- 13 --- Wuehrmann, A.H., Manson-Hing, L.R.M. : Dental Radiology. 313-324, The C.V. Mosby Company., St. Louis, 1977.
- 14 --- Zegarelli, E.V., Kutscher, A.H., Hyman, G.A. : Diagnosis of Diseases of the Mouth and Jaws. P. : 102., Lea and Febiger., Philadelphia, 1978.