

KÖK KANALLARI HEDSTRÖM EĞELERLE DOLDURULAN 2 PREMOLAR VE 2 MOLAR DIŞIN TEKRARLAYAN KANAL TEDAVİLERİ: OLGU SUNUMU

RETREATMENT OF 2 PREMOLAR AND 2 MOLAR TEETH OBTURATED WITH HEDSTRÖM FILES: A CASE REPORT

Dt. Görkem ÖZBİLEN*
Yrd. Doç. Şehnaz YILMAZ**

Yrd. Doç. Ayşin DUMANİ**
Prof. Dr. Oğuz YOLDAŞ***

Makale Kodu/Article code: 1282

Makale Gönderilme tarihi: 07.09.2013

Kabul Tarihi: 30.10..2013

ÖZET

Endodontik başarısızlıklar yetersiz aseptik kontrol, uygun olmayan giriş kavitesi, temizleme, şekillendirme ve tıkama yetersizlikleri ve gözden kaçan kanallar, iyatrojenik yanlışlıklar, kök kanal tedavisi sonrası koronal dolgunun kaybı ile kök kanal sisteminin tekrar enfeksiyonu sonucunda oluşabilir. Endodontik iyatrojenik problemlere kanal içi düzensizlikler, kök perforasyonları, furkasyon perforasyonları, strip perforasyon ve kırık alet varlığı dahil edilebilir. Bu hatalara ek olarak kanalların uygun şekilde ve uygun materyalle doldurulmaması da iyatrojenik bir hatadır. Bu makalede uygun olmayan tıkama materyali kullanılarak yapılmış yetersiz çalışma boyuna sahip apikal lezyonları bulunan 2 küçük azı ve 2 büyük azı dişin tekrarlayan kök kanal tedavileri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İyatrojenik hata, Tekrarlayan kök kanal tedavisi, Periapikal lezyon, Masseran kiti.

ABSTRACT

Endodontic failures may arise from inadequate aseptic control; unsuitable entrance cavity; inadequacies in cleaning, shaping and sealing; overlooked canals; iatrogenic mistakes; loss of coronal filling after root canal treatment and repetitive infection in root canal system. Intracanal irregularities, root perforations, furcation perforations, strip perforation and separated instruments can be included in endodontical iatrogenic problems. In addition to these problems, failure in obtaining the canals and material is also an iatrogenic fault. In this article, repetitive root canals of 2 premolar and 2 molar teeth which have been made by inappropriate sealing material and which consist of apical lesions with inadequate working length have been presented.

Key Words: İatrojenik problemler, Re-treatment, Periapical lesion, Masseran kit.

GİRİŞ

Başarılı bir endodontik tedavi için kök kanallarının tam olarak boşaltılması, dezenfeksiyonu ve sızdırmaz bir şekilde doldurulması önem taşımaktadır. Preparasyon sonrası kanal içinde kalabilen ya da korondan veya lateral dallanmalardan kanal içine sızabilecek mikroorganizmaların, kök kanal sistemini yeniden kontamine etmesini önlemek için kök kanallarının inert bir materyalle hermetik olarak doldurulması önem taşır.

Endodonti literatürü, tedavi edilmiş olguların kötü sonuç vermesini bazı faktörlere bağlamıştır.¹⁻³ Bunlar ısrarcı veya kanala sonradan giren mikroor-

ganizmaların neden olduğu enfeksiyonlar, kök dışı enfeksiyonlar, yabancı cisim reaksiyonları, gerçek kistlerin varlığı ya da iyatrojenik hatalar nedeniyle karşımıza çıkabilmektedir.^{2,4-6} Bazı durumlarda kök kanalları iyatrojenik hatalara bağlı olarak kök kanal eğeleri ve lentülo gibi kırık endodontik aletlerle tıkanabilir.^{7,8} Bu olgu sunumunda hekim tarafından bilinçli olarak kök kanalları Hedström eğelerle doldurulan 2 premolar ve 2 molar dişin tekrarlayan kanal tedavilerinin ve restorasyonlarının tamamlanmasını takiben 3 aylık kontrol sonucu bildirilmiştir.

*Çukurova Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

** Çukurova Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Ana Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

*** Çukurova Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Ana Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

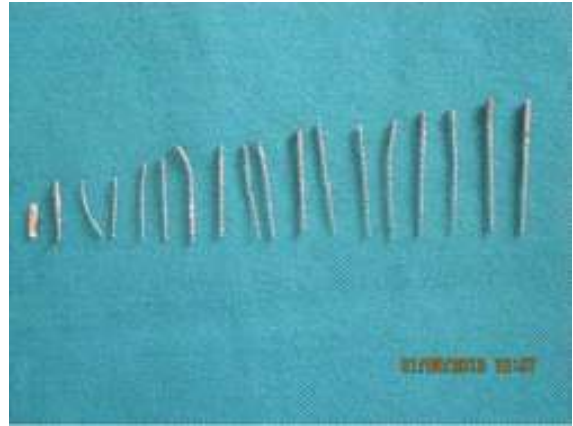


OLGU SUNUMU

Sistemik bir rahatsızlığı bulunmayan 22 yaşındaki bayan hasta, Çukurova Üniversitesi Endodonti A.D. kliniğine mevcut restorasyonlarındaki sorunlar nedeniyle başvurmuştur. Radyolojik inceleme sonrası hastanın sol üst birinci küçük azı, sol üst ikinci küçük azı, sağ üst ikinci büyük azı ve sağ alt ikinci büyük azı dişlerinin kök kanallarının farklı boyutta, uç kısmı kesilmiş hedstrom eğeler yerleştirilerek doldurulduğu saptanmıştır. Ayrıca, sol üst birinci küçük azı, sol üst ikinci küçük azı ve sağ üst ikinci büyük azı dişlerde periapikal lezyon varlığı tespit edilmiştir (Resim 1). Alınan anamnez sonrasında hastanın bu tedavileri 3 yıl önce yaptırdığı ve klinik bir semptom oluşturmadığı öğrenildi. Hastanın kalan diş sayısı ve yapılacak protetik restorasyonları da değerlendirilerek hastanın kök kanal tedavisi görmüş bütün dişlerinin kanal tedavilerinin yenilenmesine karar verildi. Hasta yapılacak olan tedaviler konusunda Helsinki Deklarasyonu prensiplerine⁹ uygun olarak bilgilendirilip 'aydınlatılmış onam formu' imzalatıldı. Bu amaçla hastaya lokal anestezi uygulandıktan sonra ilgili dişlere lastik örtü yerleştirildi. Önceden yapılan kök kanal tedavisi sırasında kök kanalına yerleştirilmiş olan farklı çap ve uzunluktaki hedstrom eğeler Masseran kiti (MicroMega, Bescon, Fransa) kullanılarak çıkarıldı (Resim 2). Kök kanal boyları K-tipi eğe ve apeks bulucu (Root ZX mini, J Morita Corp., Tokyo, Japonya) kullanılarak belirlendi ve kanallar nikel-titenyum (NiTi) döner alet kullanılarak (Reciproc, VDW, München, Almanya) genişletildi. Kanala vidalanarak yerleştirilmiş olan farklı çaptaki Hedstrom eğelerin kanal duvarlarında çeşitli düzensizlikler oluşturduğu göz önüne alınarak etkili irrigasyon ve buna bağlı dezenfeksiyonun sağlanması için kanallar genişletildi. İrrigasyon için %2.5 NaOCl ve serum fizyolojik çözeltileri kullanıldı. Kanallar guta-perka ve kanal patı (AH Plus, Dentsply, Almanya) kullanılarak lateral kondenzasyon tekniği ile dolduruldu ve kompozit dolgu (Tetric N Ceram, Ivoclar Vivadent, Lihtenştayn) ile restore edildi. (Resim 3). Hastanın 3 ay sonraki kontrol randevusunda herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi ve radyolüsent alanlarda küçülme olduğu gözlemlendi (Resim 4).



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.

TARTIŞMA

Kök kanallarının vertikal ve lateral olarak sızdırmaz bir şekilde doldurulması gerekliliği birçok çalışmada ortaya konmuştur. Kanal eğeleriyle kök kanal dolgusu yapımı, hermetik bir tıkama sağlayamayacağı için güncel endodontik tedavi yaklaşımlarına uymamaktadır. Kabul edilebilir standartlarda yapılmadığında kök kanal tedavisi genellikle başarısızlığa uğramaktadır. İdeal bir kök kanal tedavisine kök kanal sisteminin yeterli genişletilmesi, dezenfeksiyon prosedürlerinin uygulanması ve apikal daralmanda sonlandırılması ile üç boyutlu olarak doldurulmasıyla ulaşılır. Kök kanal dolgusu tam ve eksiksiz tıkama sağlamazsa, doku sıvıları bakterilerin üremesi için uygun besin kaynağını oluşturmaktadır.¹⁰ Hastamızın kök kanalları farklı boyutlarda tutucu kısmı olmayan farklı uzunlukta hedstrom eğelerle, pat kullanılmadan doldurulmuştur.

Hastanın kliniğimize başvurma nedeni mevcut restorasyonlarında oluşan kırıklar ve sekonder çürüklerdir. Hastamızın sol üst birinci küçük azı, sol üst ikinci küçük azı ve sağ alt ikinci büyük azı dişlerinde semptomsuz periapikal lezyonlar mevcuttur ve kanal eğeleriyle kök kanal dolgusu üç yıl önce yapılmıştır. Eğelerle kanal dolgusu yapıldıktan sonra hastaya kompozit restorasyonlar yapılmıştır. Bu sürede koronal restorasyonlardaki kenar sızıntısı periapikal lezyonların oluşmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca kanal tedavisi yapılırken dentinin derinliklerine yerleşmiş, şekillendirme ve dezenfeksiyon tekniklerinden etkilenmeyen kısımlarda kalan mikroorganizmaların sayılarının artması da periapikal lezyon oluşumuna neden olan başka bir faktör olarak göze çarpabilir. Bununla birlikte bu mikroorganizmalar ilk tedavi yapıldığında zaten mevcut olan lezyonun devamlılığını korumasına neden olabilir.

Endodontik tedavinin özellikle uzun dönem başarısını değerlendirmede koronal sızıntının önlenmesi ve koronal restorasyonun kalitesi oldukça önemli bir etkidir.¹¹ *İn-vitro* ve *in-vivo* araştırmalar göstermiştir ki; endodontik tedavi sonrasında oluşan koronal sızıntı bakteriyel penetrasyona izin vermekte ve kanalın yeniden kontamine olup başarısızlığa uğramasına neden olmaktadır.^{12,13} Ray ve Trop¹² un çalışmasına göre iyi koronal restorasyon ve iyi endodontik tedavi sonucu çok az periapikal iltihabi lezyon oluştuğu ve kötü koronal restorasyon ve kötü

endodontik tedavi sonrasında %18.1 başarı görüldüğü bildirilmiştir. Kötü endodontik tedaviyi izleyen radyografik olarak iyi yapılmış daimi restorasyonların başarı oranının %67.6 olduğu bildirilmiştir.

Kök kanal tedavilerini takip çalışmalarında %85-96 başarı oranları rapor edilirken, literatür bilgileri apikal periodontitisli dişlerin tekrarlayan tedavilerdeki başarısının düşük olduğunu göstermektedir.^{14,15} Yenilenen tedavi olgularının prognozunun zayıf olması kök kanal tedavisi başarısız olan olgulardaki mikrofloranın eliminasyonundaki zorluklarla ilişkili olabilmektedir.¹¹ Hastanın kök kanalları çok az genişletildiği için kanal tedavisi tekrarı yapılırken konikliği artmış ve apikal genişliği artırılmış bir preparasyon yapıldı ve yeterli irrigasyon yapıldıktan sonra tek seansta kök kanal tedavileri bitirildi. Bu vakada kök kanal tedavilerinin yenilenmesi sonrasında akut alevlenme reaksiyonu görülmedi. Bazı çalışmalarda tedavi tekrarlarında oluşabilecek alevlenme oranının ilk defa kanal tedavisi yapılacak olanlara göre belirgin bir biçimde fazla olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁻¹⁸ Akut alevlenmedeki etkenler tedavi öncesi ağrı¹⁹, randevu sayısı²⁰, pansuman materyallerinin kullanımı²¹ ve diş lokalizasyonu²² gibi faktörlerdir. İyi bir kök kanal dolgusunu takiben hemen yapılan sızdırmaz bir koronal dolgu kök kanal sisteminin yeniden enfekte olmasını önlemektedir. Hastamızın 3 ay sonraki kontrol röntgeninde periapikal lezyonların küçüldüğü ve iyileşme saptandığı görülmüştür.

Kök kanal dolgusu başarısı kanalların tam olarak boşaltılmasına ve dezenfeksiyonuna, bakterilerin yoğunluğuna, yan kanallara, smear tabakası miktarına, uygulanan tekniğe, iyi bir kanal dolgusuna, iyatrojenik hatalara, hekimin uygulanan tekniğe hâkimiyetine, teknikle ilgili yeterli araç gereç bulunmasına, yenilikleri takip etmesine ve çalışma özenine bağlıdır.

SONUÇ

Kök kanallarındaki kırık alet ve yabancı cisimler enfeksiyon odağı oluşturabilecekleri için kanal tedavisi sırasında kök kanallarından çıkarılmalıdır. Günümüzde kanal eğeleriyle kök kanal dolgusu yapımı hermetik bir tıkama sağlamayacağı ve bu tip cisimlerin kök kanalında bırakılmasının dişin prognozunu olumsuz etkilemesi nedeniyle tercih edilmemektedir.



KAYNAKLAR

1. Nair PNR, Henry S, Cano V, Vera J. Microbiological status of apical root canal system of human mandibular first molars with primary apical periodontitis after 'one visit' endodontic treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodon* 2005;99:231-52.
2. Nair PNR, Sjögren U, Krey G, Kahnberg K-E, Sundqvist G. Intraradicular bacteria and fungi in root-filled, asymptomatic human teeth with therapy-resistant periapical lesions: a long-term light and electron microscopic follow-up study. *Journal of Endodontics* 1990;16:580-8.
3. Lin LM, Skribner JE, Gaengler P. Factors associated with endodontic treatment failures. *Journal of Endodontics* 1992;18:625-7.
4. Sjögren U, Happonen RP, Kahnberg KE, Sundqvist G. Survival of *Arachnia propionica* in periapical tissue. *Int Endod J* 1988;21:277-82.
5. Simon JH, Chimenti RA, Mintz GA. Clinical significance of the pulse granuloma. *J Endod* 1982;8:116-9.
6. Nair PNR. New perspectives on radicular cysts: do they heal? *Int Endod J* 1998;31:155-60.
7. Fors UGH, Berg JO. Endodontic treatment of root canals obstructed by foreign objects. *Int Endod J* 1986;19:2-10.
8. İnan U, Kalyoncuoğlu E. Üst çene büyük ağız dişinin palatinal kanalındaki yabancı cisim. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg* 2009;19:37-40.
9. <http://www.wma.net//e/policy/b3.htm>.
10. Molander A, Reit C, Dahlen G, Kvist T. Microbial status of root-filled teeth with apical periodontitis. *Int Endod J* 1998;31:1-7.
11. Peker İ, Alkurt MT. Endodontik tedavi görmüş bir grup hastadaki endodontik tedavilerin kalitesi ve periapikal durumun değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Diş Hek Fak Derg* 2009;19:1-7.
12. Ray HA, Trope M. Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical of the root filling and the coronal restoration. *Int Endod J* 1995;28:8-12.
13. Heling H, Gorfil C, Slutzky H, Kopolovic K, Zalkind M, Goldberg TS. Endodontic failure caused by inadequate restorative procedures: Review and treatment recommendations. *Journal of Prosthetic Dentistry* 2002;87:674-78.
14. Seltzer S, Bender IB, Turkenkopf S. Factors affecting successful repair after root canal therapy. *Journal of the American Dental Association* 1963;67:651-62.
15. Strindberg LZ. The dependence of the results of pulp therapy on certain factors: an analytical study based on radiographic and clinical follow-up examinations. *Acta Odont Scand* : 1956, p.1-175.
16. Torabinejad M, Kettering JD, McGraw JC, Cummings RR, Dwyer TG, Tobias TS. Factors associated with endodontic interappointment emergencies of teeth with necrotic pulps. *J Endodon* 1988;14:261-6
17. Imura N, Zuolo ML. Factors associated with endodontic flare-ups: a prospective study. *Int Endod J* 1995;28:261-5
18. Trope M. Flare-up rate of single visit endodontics *Int Endodod J* 1991;24:24-26.
19. Siqueira JF, Roças IN, Favieri A, Machado AG, Gahyva SM, Oliveria CM, Abad EC. Incidence of post operative pain after intracanal Procedures based on an antimicrobial strategy. *J Endodon* 2002;28:457-60
20. Albashaireh ZS, Alnegrish AS. Postobturation pain after single and multiple visit endodontic therapy. *J Dent* 1998;26:227-32.
21. Trope M. Relationship of intra-canal medicaments to endodontic flare-ups *Endod Dent Traumatol* 1990;6:226-9.
22. Alaçam T, Tinaz AC. Interappointment emergencies in teeth with necrotic pulps. *J Endodon* 2002;28:375-7.

Yazışma Adresi

Aysin Dumani
Çukurova Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Endodonti Ana Bilim Dalı
Öğretim Görevlisi, Adana, Türkiye
Faks numarası : +90 322 3387331
Telefon numarası: +90 322 3386354
Email: adumani@cu.edu.tr

