

## **Çoklu Diş Eti Çekilmelerinin Modifiye Tünel ve Modifiye VISTA**

### **Teknikleri ile Tedavisi: Bir Vaka Raporu**

#### **Treatment of Multiple Gingival Recessions with Modified Tunnel and Modified VISTA Techniques: A Case Report**

**Dicle Altında<sup>1</sup>, Hacer Şahin Aydın<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji AD, Türkiye*

**ÖZET:** Diş eti çekilmesi (DÇ), diş eti kenarının travma, inflamasyon veya çeşitli anatomik faktörler nedeniyle mine-sement sınırına göre apikale doğru yer değiştirmesidir. Böylece tek veya birden çok dişin labial veya lingual/palatinal kök yüzeylerinin açığa çıkmasına neden olur. Periodontolojinin uzun dönem hedeflerinin arasında da bu kök yüzeyleri kapatmak yer almaktadır. DÇ dentin hassasiyeti, kök çürükleri ve oral hijyenin idame ettirilememesine neden olabileceği gibi yarattığı estetik problemler, hastayı hekime getiren nedenlerin başında yer almaktadır. Protetik ve restoratif yöntemlerle tedavi edilebilmekle beraber kabul edilebilir biyolojik sonuçlara sahip oldukları için cerrahi yöntemler DÇ için tercih edilmektedir. Cerrahi yöntemle bağ dokusu grefti (BDG) ilavesinin tam kök kapamada en iyi sonucu sağlayacağı bildirilmiştir. BDG'nin kullanıldığı koronale ve laterale pozisyone flepler, çift papil flebi, semilunar flep gibi flep tasarımlarının yanında son dönemlerde papiller bütünlüğe saygı duyacak şekilde çeşitli flep tasarımları önerilmiştir. Modifiye tünel ve modifiye vestibüler insizyon subperiostal tünel erişimi (VISTA) teknikleri bunlardan ikisidir. Bu vaka raporunda bağ doku grefti ile bu iki teknik kullanılarak, hassasiyet ve estetik şikayetlerle kliniğimize başvuran hastanın maksiller bölgedeki iki taraflı çoklu DÇ'in tedavisi ve 9 aylık takibi sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diş eti çekilmesi, bağ doku grefti, mukogingival cerrahi

**ABSTRACT:** Gingival recession (GR) is the displacement to apical shift of the gingival margin respect to the enamel-cementum junction due to trauma, inflammation or various anatomical factors. Thus, it causes the labial or lingual/palatinal root surfaces of single or multiple teeth to be exposed. One of the long-term aims of periodontology is to cover these root surfaces. As GR may cause dentin sensitivity, root caries and failure to maintain oral hygiene, the aesthetic problems they create are among the main reasons that bring the patient to the physician. Although they can be treated with prosthetic and restorative methods, surgical methods are preferred for GR because they have acceptable biological results. It has been reported that the addition of the connective tissue graft (CTG) to surgical method will provide the best result to achieve complete root closure. In addition to flap designs such as coronally and laterally positioned flaps, double papillary flaps, semilunar flaps in which CTG is used, various flap designs have recently been proposed to respect papillary integrity. Modified tunnel and modified vestibular incision subperiosteal tunnel access (VISTA) techniques are two of them. In this case report, the treatment of bilateral multiple GR in the maxillary region of the patient who applied to our clinic with sensitivity and aesthetic complaints using these two techniques with CTG and 9-month follow-up is presented.

**Keywords:** Gingival recession, connective tissue graft, mucogingival surgery

Sorumlu Yazar: Öğr. Gör. Uzm. Dt. Dicle Altındal, e mail: dtdicle@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 28 Eylül 2020; Kabul Tarihi: 12 Ekim 2020

## GİRİŞ

İnsidansının gençlerde yaklaşık olarak % 54 ve orta yaş yetişkinlerde % 100 olduğu diş eti çekilmesi (DÇ) (1), kök yüzeyinin açıkta kalmasına eden olacak şekilde diş eti kenarının apikale yer değiştirmesi olarak tanımlanır (2). Periodontal hastalık, travmatik diş fırçalama alışkanlığı, ortodontik tedavi, yüksek frenulum bağlantısı, uygun olmayan restorasyonlar, yaş ve dişlerde malpozisyonlar gibi birçok etiyolojik sebebe bağlı olarak gelişen bu durum, estetik endişelerin yanında hipersensivite, kök çürükleri, keratinize diş etinin azalması ve plak birikimi gibi sorunlara yol açabilir (1-3). Serbest diş eti grefti (SDG) (4) veya yönlendirilmiş doku rejenerasyonu (YDR) (5) ile yapılan mukogingival prosedürler, bağ doku grefti ve/veya mine matriks proteinleri ile (BDG)/(MMP) yapılan koronale pozisyonel flepler (KPF) (6) ile diş eti çekilmelerini tedavi etmek mümkün olabilmektedir. Son dönemlerde papiller bütünlüğü koruyan çeşitli cerrahi operasyonlar önerilmiştir. Allen ve Zabalegui, marjinal insizyonlardan kaçınmak için papil bütünlüğünü bozmadan çoklu diş eti çekilme alanında supraperiosteal zarf tekniğini kullanarak mukozal bir tünel oluşturmuşlardır (7-9). Daha sonra papiller dokuların dahil edildiği sulkuler kesiler yoluyla mukoperiosteal-mukozal tünel oluşturarak bu tekniğin bir modifikasyonu sunulmuştur (10,11). Zuhr ve arkadaşları ise mikro cerrahi aletler ve modifiye sütür uyguladıkları cerrahi modifikasyonları tanımlamışlardır (12). Modifiye tünel tekniği (MTT), dikey kesilerden kaçınma ve papili kesmeme gibi avantajlarından dolayı diş eti çekilmesinin tedavisi için önerilmiştir. Bu da bölgenin vaskülarizasyonuna ve yumuşak doku greftini kapatmak için flebin koronal yer değiştirmesine katkıda bulunmuştur. Minimal invaziv bir yaklaşım olan vestibüler insizyon subperiosteal tünel erişimi (VISTA) maksiller

anterior frenulumda giriş insizyonun yapılmasını ve ardından bir subperiosteal tünelin kaldırılması esasına dayanır (13). Bu tekniğin modifikasyonu olarak frenulum bölgesinden ayrı bir bölgede vertikal insizyon atılmaktadır.

Bu vaka raporunun amacı, çoklu diş eti çekilmesine sahip ve bundan kaynaklı olarak estetik ve hassasiyet şikayetleri ile kliniğimize başvuran bayan hastada konservatif bir yaklaşım ile MTT ve modifiye VISTA tekniklerinin 9 aylık sonuçlarını değerlendirmektir.

## OLGU

Dicle Üniversitesi Periodontoloji Anabilim Dalı'na başvuran 27 yaşında, sistemik olarak sağlıklı bayan hastanın klinik ve radyolojik muayenesinde derin periodontal ceplerin, ataşman ve kemik kayıplarının olduğu görüldü. Hastanın maksiller bölgedeki diş eti çekilmelerinden estetik olarak rahatsız olduğu ve diş hassasiyeti yaşadığı öğrenildi. Sert fırçalama alışkanlığı olan hastanın öncelikle başlangıç periodontal tedavi ile oral hijyeni düzeltildi. Doğru fırçalama tekniği ile sert fırçalama alışkanlığını terk etmesi adına belli bir süre beklendi. Ardından maksiller sağ anterior bölgeye modifiye tünel, sol maksiller anterior bölgeye ise modifiye VISTA tekniği planlandı. Yeterli keratinize dokuya sahip bu bölgelerde 12 nolu dişte 1 mm, 13 nolu dişte 3 mm ve 14 nolu dişte 2 mm diş eti çekilme derinliği (ÇD) mevcuttu (Şekil 1). 21, 22, 23 ve 24 nolu dişlerde sırasıyla 1, 2, 4 ve 2 mm DÇ olduğu görüldü (Şekil 2). Ayrıca 23 nolu dişte mevcut rotasyonun DÇ'nin bir başka sebebi olabileceği düşünüldü. Hastaya onam formu okutulup imzalatıldıktan sonra Maxicaine Fort (80 mg/2ml+ 0,02 mg/2ml) enjeksiyonluk çözelti içeren ampul ile lokal anestezi sağlandı.



Şekil 1: 12,13, 14 nolu dişlerin başlangıç görüntüsü



Şekil 2: 21,22,23,24 nolu dişlerin başlangıç görüntüsü

Ardından mikrocerrahi bistüri ucu ile sağ bölgedeki dişler etrafına sulkuler insizyon atıldı ve yarım kalınlıkta bir tünel oluşturuldu. İnterproksimal papiller bütünlüğü ayırmadan flebin hareketliliği sağlandı. Hastanın sağ damak bölgesinden tek insizyon tekniği ile yalnızca bir horizontal insizyon atılarak yarım kalınlıkta bir kapak kaldırıldı ve bağ doku grefti elde edildi. Ardından rezorbe olabilen 5/0 kılavuz dikişlerle bağ doku grefti tünel içine yerleştirildi. 6/0 rezorbe olmayan poliamid askı süturlarla koronale yönlendirilen flep ayrıca kompozitler aracılığı ile kronlara sabitlendi. Sol maksiller bölgeye de aynı cerrahi prosedürler ile başlandı. İnterasulkular insizyonları takiben mukogingival hattı aşan ve çekilmenin olduğu dişlerden bir diş uzakta olacak şekilde vertikal



Şekil 3: Sol damak bölgesinden alınan bağ doku grefti



Şekil 4: Sağ maksiller bölgedeki diş eti çekilmelerinin 9. ay görüntüsü

insizyon atıldı. Bu dikey insizyon hattından tünel aletleri ile girilerek modifiye VISTA tekniği uygulandı. Yine sol damak bölgesinden 'trap door' tekniği iki vertikal ve bir horizontal insizyonla yarım kalınlıkta bir kapak kaldırıldı. Buradan alınan bağ doku grefti rehber dikişler aracılığı ile tünele yerleştirildi (Şekil 3). Flep, askı süturlar ve kompozitler ile krona asılarak koronal olarak ilerletildi. Her iki cerrahi operasyondan sonra antibiyotik, analjezik ve antiseptik gargara reçete edildi. İlk hafta boyunca hastadan plak kontrolünü gargara ile sağlaması, sekizinci günden itibaren ise sadece beyaz fırçalama ile oral hijyenine devam etmesi istendi. Hastanın süturları 14. gün alındı. Alıcı ve verici sahalar sorunsuz iyileşti. Hasta 3., 6., ve 9. aylarda kontrole çağırıldı. Hastanın 6. ay kontrolünde çekilmelerin kabul edilebilir düzeyde kapandığı, hassasiyetin tamamen geçtiği ve estetik beklentilerin karşılandığı görüldü. Dokuzuncu ay kontrolünde ise genel olarak dokuların stabil kaldığı ve özellikle 23 ve 24 nolu dişlerdeki çekilmenin 6. aya göre daha iyi bir seviyeye ulaştığı tespit edildi (Şekil 4 ve

5). 23 ve 24 nolu dişlerde sırasıyla klinik ataçman kazancı 3 mm ve 1.5 mm olarak kaydedildi.



Şekil 5: Sol maksiller bölgedeki diş eti çekilmelerinin 9. ay görüntüsü

### TARTIŞMA

Diş eti çekilmesi, aynı zamanda "gingival atrofi" veya "periodontal çekilme" olarak da bilinmektedir (14). Diş eti kenarının apikal olarak hareket ederek kök yüzeyini açıkta bırakacak şekilde hareket etmesi olarak tanımlanmakta olan DÇ estetik problemler, kök hassasiyeti ve kök çürüklerine yol açtığı gibi plak birikimine de neden olabilmektedir (2). Estetik kaygılardan ve aşırı kök duyarlılığından yakınan hastalarda mukogingival cerrahi operasyona başlamadan önce etiyolojik faktörler tespit edilmeli ve en ön görülebilir yöntem tercih edilmelidir. Oldukça hassasiyet gerektiren tekli veya çoklu diş eti çekilmelerinde bağ doku grefti, altın standart olarak kabul edilmiştir (15). Ayrıca subepitelyal bağ dokusu grefti, ilerde çekilme riskini azaltmak için DÇ bölgelerinde diş eti dokularının kalınlığını artırmak için de kullanılabilir. Vaka raporumuzda BDG kullanılarak hem doku kalınlığının artışı hedeflemiş hem de uzun dönem kök kapama başarısı artırılmak istenmiştir.

Birkaç farklı kök kapama tekniği interdental papillere dikey kesiler atmadan potansiyel olarak postoperatif morbiditeyi azaltıp estetik sonuçları artırabilmektedir. MTT, vertikal kesilerden kaçınma ve papili kesmeme gibi avantajlarından dolayı diş eti çekilmesinin tedavisi için önerilmiştir. Bu da bölgenin vaskülarizasyonun artmasına ve yumuşak doku greftini kapatmak için flebin

koronal yer değiştirmesine katkıda bulunur. Konservatif karakterli ve gelişmiş estetik sonuçlara sahip tünel tekniğinin avantajları arasında iyi bir kan desteği (8), hızlı iyileşme (8) ve azalmış postoperatif morbidite (16) sayılabilir. Bir diğer teknik olan VISTA tekniğinde ise erişim daha geniştir ve tek bir vestibüler insizyon alttaki alveolar kemiğe alet erişimini kolaylaştırır. Bu şekilde uzaktan yapılan kesi, tedavi edilen dişlerin diş etinin travmatize olma olasılığını azaltır. VISTA'nın başarısı için kritik olan durum ise interdental papillerin anatomik bütünlüğünün korunması ve koronal ilerletme sırasında diş eti marjının gerginliğinin azaltılmasını sağlayan dikkatli bir subperiostal diseksiyondur (13).

Mandibular alt bölgede Miller sınıf 1 diş eti çekilmelerin tedavi edildiği bir çalışmada MTT'in ortalama kök kapama oranının % 93,87 olduğu, hassas anterior mandibulada kök kapamada başarılı sonuçlar verdiği ve keratinize doku miktarını artırabildiği bildirilmiştir (17). Tünel tekniğinin koronale pozisyonel flep ile karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise bağ doku grefti ile birlikte uygulanan tünel tekniğinin, Langer ve Langer tekniğine göre daha yüksek miktarda kök kapama ve klinik ataçman kazancı ile sonuçlanabileceği öne sürülmüştür (18).

Zaman, cerrahi sonrası sonuçların stabilitesi üzerindeki etkisi sadece kök kapsama prosedürlerinin değil (19), aynı zamanda periodontal rejenerasyonun da ilgi konusu olmuştur (20). Bazı yazarlar 6 aylık verilerin kök kapsama prosedürlerinin 3 yıllık sonuçlarını önceden tahmin edebileceğini bildirmiştir. Özellikle BDG'nin flebe eklenmesinin, "creeping attachment" olarak bilinen bir fenomenle diş etinin koronal göçüne katkıda bulunabileceği düşünülmüştür (21). Vakamızda uzun takiple yapılan operasyonlarla bu fenomenle diş eti kenarının koronal göçü ve marjinal dokunun stabilitesi gözlemlenmiştir.

### SONUÇ

BDG uygulanan bu vakada dokuz ay sonra hasta şikayeti minimum düzeye inmiş ve estetik olarak kabul edilebilir görüntüye



ulaşmıştır. Çoklu DÇ'lerin tedavisinde MTT ve modifiye VISTA teknikleri ile skar oluşumunun olmaması bir avantaj sağlamıştır. Altıncı ayda kök kapamada 23 ve 24 nolu dişlerdeki 1 mm'lik nüksün olması uzun dönemli takibin önemini göstermiştir. Dokuzuncu ay kontrolünde ise 'creeping attachment' fenomeni ile diş eti kenarları koronal yönde hareket etmiştir. Sonuç olarak MTT veya VISTA teknikleri, estetik bölgede çoklu DÇ'lerin tedavisinde etkili bir cerrahi teknik olabileceği düşünülmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol* 2000. 2015;68(1):333-368.
2. Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol*. 1967;38(4):316-322.
3. Pini Prato G, Clauser C, Tonetti MS, Cortellini P. Guided tissue regeneration in gingival recessions. *Periodontol* 2000. 1996;11(1):49-57.
4. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics*. 1968;6(4):152-160.
5. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2002;29(3):178-194.
6. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2014;41(15):44-62.
7. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. II. Clinical results. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1994;14(4):302-315.
8. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int Periodontics Restorative Dent*. 1994;14(4):216-227.
9. Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J, Gil J, Sanz M. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: A clinical report. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1999;19(2):199-206.
10. Azzi R, Etienne D, Takei H, Fenech P. Surgical thickening of the existing gingiva and reconstruction of interdental papillae around implant-supported restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2002;22(1):71-77.
11. Azzi R, Etienne D. Recouvrement radicaire et reconstruction papillaire par greffon conjonctif enfoui sous un lambeau vestibulaire tunnelise et tracte coronairement. *J Parodontol Implantol Orale*. 1998;17:71-77.
12. Zuhr O, Fickl S, Wachtel H, Bolz W, Hürzeler MB. Covering of gingival recession with a modified microsurgical tunnel technique: A case report. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2007;27(5):457-463.
13. Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and platelet-derived growth factor BB. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2011;31(6):653-660.
14. Fiorellini JP, Kim DM, Ishikawa SO. Clinical features of gingivitis. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA (eds). *Carranza's Clinical Periodontology*, ed 10. St Louis: Saunders. 2007:224-231.
15. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018;45(S20):S190-S198.
16. Santamaria MP, Neves F, Silveira CA, et al. Connective tissue graft and tunnel or trapezoidal flap for the treatment of single maxillary gingival recessions: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2017;44(5):540-547.
17. Thalmair T, Fickle S, Wachtel H. Coverage of Multiple Mandibular Gingival Recessions Using Tunnel Technique with Connective Tissue Graft: A Prospective Case Series. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2016;36(6):859-867.
18. Tözüm TF, Keçeli HG, Güncü GN; Hatipoğlu H, Sengün D. Treatment of gingival recession: comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. *J Periodontol*. 2005;76(11):1842-1848.

19. Pini Prato GP, Magnani C, Chambrone L. Long-term evaluation (20 years) of the outcomes of coronally advanced flap in the treatment of single recession-type defects. *J Periodontol.* 2018; 89(3):265–274.
20. Cortellini P, Buti J, Pini Prato G, Tonetti MS. Periodontal regeneration compared with access flap surgery in human intra-bony defects 20-year follow-up of a randomized clinical trial: tooth retention, periodontitis recurrence and costs. *J Clin Periodontol.* 2017;44(1):58–66.
21. Pini-Prato GP, Cairo F, Nieri M, Franceschi D, Rotundo R, Cortellini P. Coronally advanced flap versus connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recessions: a split-mouth study with a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol.* 2010;37(7):644–650.

Öğr. Gör. Uzm. Dt. Dicle Altındal "Çoklu Diş Eti Çekilmelerinin Modifiye Tünel ve Modifiye VISTA Teknikleri ile Tedavisi: Bir Vaka Raporu Van Diş Hekimliği Dergisi 2020;1 (1);48-53