İstanbul Kent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (IKUSBD)
Istanbul Kent University Journal of Health Science (IKUJHS)
Vaka Sunumu / Case Report e-ISSN: 2822-6615

STAGE III GRADE C PERİODONTİTİS: 10 YILLIK İDAME PROTOKOLÜ İLE UZUN DÖNEM BAŞARI OLGU SUNUMU

STAGE III GRADE C PERIONDONTITIS: LONG-TERM SUCCESS WITH A 10-YEAR MAINTENANCE PROTOCOL: A CASE REPORT

Tülin CAKIR[1*], İlayda İLDAY[2], Akın CAKIR[3]

[1]İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul, Türkiye tulin.cakir@nisantasi.edu.tr, 0000-0002-6349-0938, *Sorumlu Yazar
[2] Bahçelievler Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye drilaydailday@gmail.com , 0000-0003-4987-8626
[3] Özel Muayehane (Diş Hekimi Akın Çakır Özel Muayenehanesi), İstanbul Türkiye dr.akincakir@gmail.com, 0009-0005-3255-7203

Geliş tarihi/Received : 07.12.2025 Kabul tarihi/Accepted: 29.08.2026 Yayın tarihi/Published: 07.10.2026

ÖZET

1999 sınıflamasında hızlı ilerleyen bir periodontal hastalık şeklinde tanımlanan agresif periodontitis, 2017 Dünya Periodontoloji Workshop'unda kabul edilen yeni sınıflandırma sisteminde, evreleme (Stage) ve derecelendirme (Grade) kriterlerine göre yeniden kategorize edilmiştir. Bu olgu sunumunda, Stage III, Grade C periodontitis tanısı konulan, 20'li yaşlardaki kadın hastanın 10 yıllık takip süreci ayrıntılı olarak değerlendirilmektedir. Hasta; ağız kokusu, diş eti kanaması ve çiğneme güçlüğü gibi şikayetlerle kliniğe başvurmuştur. Önceden başvurduğu merkezlerde dişlerinin çekimi uygun görülmüştür. Yapılan klinik ve radyografik değerlendirmeler sonucunda ileri düzey alveoler kemik kaybı ve inflamasyon tespit edilmiştir. Vakada ağırlıklı olarak cerrahi olmayan periodontal tedavi protokolü uygulanmış, takiben lokalize bir kemik içi defekt için kemik grefti ve mine matriks proteini (Straumann® Emdogain®) içeren rejeneratif cerrahi gerçekleştirilmiş ve uzun dönem idame tedavi protokolü sürdürülmüştür. Takip sürecinde yalnızca bir diş kaybı gözlenmiş olup, bu kaybın hastanın tedaviye geçici olarak ara verdiği pandemi döneminde başka bir merkezde yapılan müdahalelerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. On yıllık takip sonucunda, periodontal dokuların stabil kaldığı, inflamasyonun kontrol altına alındığı ve fonksiyonel bütünlüğün büyük ölçüde korunduğu saptanmıştır. Bu olgu; erken tanı, uygun tedavi planlaması ve profesyonel idame bakımının, ileri evre periodontitis olgularında dişlerin ağızda tutulması ve uzun dönem başarı için belirleyici unsurlar olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Agresif periodontitis, cerrahi olmayan periodontal tedavi, rejeneratif periodontal cerrahi, uzun dönem takip, Stage III Grade C periodontitis.*

ABSTRACT

Aggressive periodontitis, defined as a rapidly progressive periodontal disease in the 1999 classification, has been recategorized according to the staging and grading criteria in the new classification system adopted at the 2017 World Periodontics Workshop. This case report details the 10-year follow-up of a 20-year-old female patient diagnosed with Stage III, Grade C periodontitis. The patient presented to the clinic with complaints of significant gingival inflammation, advanced alveolar bone loss, tooth mobility, halitosis, and difficulty chewing. Previously, extraction of her teeth had been recommended at other centers. In this case, predominantly non-surgical periodontal treatment was applied, followed by a regenerative surgical approach using a bone graft and enamel matrix protein (Straumann® Emdogain®) for a localized intrabony defect, and a long-term maintenance treatment protocol was established. Only one tooth was lost during the follow-up period, and this loss was attributed to interventions performed during the patient's temporary treatment interruption. After ten years of follow-up, it was determined that the periodontal tissues remained stable, inflammation was controlled, and functional integrity was successfully preserved. This case demonstrates that early diagnosis, appropriate treatment planning, and regular maintenance care are key factors for long-term tooth retention and success in severe periodontitis cases.

Keywords: *Aggressive periodontitis, nonsurgical periodontal treatment, regenerative periodontal surgery, long-term follow-up, Stage III Grade C periodontitis.*

GİRİŞ

Eski literatürde agresif periodontitis olarak bilinen ve erken yaşta hızlı ataşman ile kemik kaybıyla karakterize olan hastalıklar, 2017 Dünya Periodontoloji Workshop'unda güncellenen sınıflandırma sistemiyle yeniden düzenlenmiştir. Kronik formdan biyolojik olarak kesin bir ayrımı yapılamadığı için bu hastalıklar artık genel periodontitis başlığı altında evreleme (Stage I-IV) ve derecelendirme (Grade A-C) mantığıyla değerlendirilmektedir (Papapanou et al. 2018; Tonetti, Greenwell, ve Kornman 2018). Biz de bu olgu sunumunda, tarihsel literatürle uyum sağlamak ve klinik kavram karmaşasını önlemek adına agresif periodontitis terimini kullanmayı tercih ettik.

Bireylerde genellikle genç yaşta ortaya çıkan bu tablo, destek dokularda hızlı bir yıkıma yol açmakta ve zamanında müdahale edilmezse çoklu diş kayıplarıyla sonuçlanmaktadır. Hastalığın ilerlemesinde *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* ve *Porphyromonas gingivalis* gibi periopatojenlerin varlığı kadar, konağın immün yanıtındaki bozukluklar ve genetik yatkınlık da belirleyici bir rol oynamaktadır (Armitage 1999).

Tedavi sürecinin ilk basamağını her zaman oral hijyen eğitimi, risk faktörlerinin eliminasyonu ve cerrahi olmayan periodontal tedavi oluşturmaktadır (Jervøe-Storm et al. 2022). Başlangıç tedavisinden 6-8 hafta sonra yapılan yeniden değerlendirmede, iyileşmenin yetersiz kaldığı veya derin kemik içi defektlerin bulunduğu spesifik bölgeler için cerrahi faza geçilmektedir. Bu aşamada kaybedilen dokuların geri kazanılması hedeflendiğinden, kemik greftleri ve mine matriks proteini (Emdogain) gibi materyallerin kullanıldığı rejeneratif yaklaşımlar sıklıkla tercih edilmektedir (Alqahtani, Moorehead, ve Asencio 2023). Aynı zamanda, aşırı çiğneme kuvvetlerinin dengelenmesi ve gerekirse dişlerin splintlenerek stabilize edilmesi, periodontal iyileşmenin desteklenmesi ve başarısı açısından oldukça kritiktir (Sulijaya et al. 2024).

Tüm aktif tedavi aşamaları bittikten sonra idame fazı başlamaktadır. Hastalığın genetik ve immünolojik altyapısı düşünüldüğünde, nükslerin önüne geçebilmek ve elde edilen klinik başarıyı koruyabilmek için bu hastaların kısa aralıklarla, çok uzun yıllar boyunca takip edilmesi şarttır (Buchmann et al. 2002).

Bu doğrultuda makalemizin amacı; Evre III, Derece C periodontitis teşhisi konan ve çekim endikasyonu ile gelen genç bir hastada, ağırlıklı olarak uygulanan başarılı cerrahi olmayan başlangıç periodontal tedavisini ve takiben uygulanan kemik grefti ve mine matriks proteini destekli rejeneratif cerrahinin 10 yıllık klinik ve radyografik sonuçlarını sunmaktır.

YÖNTEM

1. Olgu Sunumu

Bu vaka raporunda Stage III, Grade C periodontitis tanısı konulan bir hastada, cerrahi olmayan periodontal tedavi ile başlatılan ve ardından lokalize flep cerrahisi, mine matriks proteini (Straumann® Emdogain®) ile eş zamanlı kemik grefti uygulamalarıyla desteklenen rejeneratif yaklaşımların uygulandığı vakanın uzun dönem takibi ve elde edilen klinik sonuçlar sunulacaktır.

2. Onam

Bu vakaya ait klinik verilerin ve görsellerin bilimsel platformlarda paylaşılması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Raporlama sürecinde kişisel ve tanımlayıcı tüm veriler gizlenmiş, hastanın mahremiyetinin korunmasına azami özen gösterilmiştir.

3. Tedavi Protokolü

Şiddetli diş eti iltihabı, dişlerde sallanma, kötü ağız kokusu ve çiğneme güçlüğü şikayetleriyle kliniğe başvuran 23 yaşındaki kadın hastanın dental muayenesi yapılmıştır. Başlangıç periodontal muayenesinde ortalama sondalanabilir cep derinliği 5,17 mm, ortalama klinik ataşman kaybı 5,1 mm ve sondalamada kanama oranı %100 olarak kaydedilmiştir. Klinik değerlendirmede 8-10 mm'ye varan derin periodontal cepler ve derece 2-3 diş mobiliteleri; radyografik değerlendirmede ise kökün orta üçlüsünü aşarak apikal üçlüye uzanan yaygın alveoler kemik kaybı ve vertikal kemik defektleri saptanmıştır. Olgu, tedavinin başlatıldığı dönemde geçerli olan sınıflamaya göre lokalize agresif periodontitis bulguları ile uyuşmaktadır. Alınan anamnezde sigara kullanımı ve diyabet tanısı olmadığı; ancak aile öyküsü olduğu belirlenmiştir.

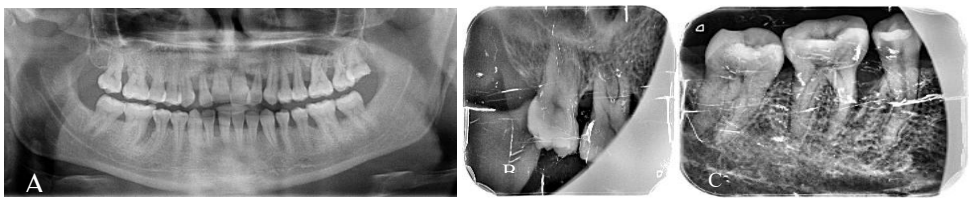
Bu veriler doğrultusunda vaka, 2017 Dünya Periodontal ve Peri-implant Hastalıklar Sınıflaması'na göre yeniden değerlendirilmiştir (Tonetti et al. 2018). Hastada >5 mm klinik ataşman kaybı, sondalanabilir cep derinliklerinin ≥ 6 mm olması ve mevcut vertikal kemik defektleri gibi kompleksite kriterleri göz önüne alınarak Evre III (Stage III) olarak evrelendirilmiştir. Etkilenen bölgelerin dağılımı dikkate alınarak generalize olarak tanımlanmıştır. Derecelendirme (Grading) aşamasında ise, en şiddetli yıkımın olduğu bölgedeki radyografik kemik kaybı yüzdesinin hastanın yaşına (23) oranı (Kemik kaybı % / Yaş) hesaplanmış ve bu değerin > 1.0 olduğu (hızlı ilerleme belirteci) saptanmıştır. Yıkım miktarının mevcut biyofilm miktarı ile orantısız olması ve hesaplanan ilerleme hızı gerekçesiyle vaka Derece C (Grade C) olarak sınıflandırılmıştır.

Tedavi protokolü şu şekilde uygulanmıştır:

Hazırlık ve Cerrahi Olmayan Faz: İlk seansta detaylı bir şekilde değerlendirilen hastaya oral hijyen eğitimi verilmiş ve davranışsal danışmanlık sağlanmıştır (Resim 1 ve Resim 2'de hastanın başlangıç seansında alınan fotoğrafları ve panoramik röntgeni gösterilmiştir). Resim 2.B'de 17 numaralı dişteki, Resim 2.C'de ise 46 numaralı dişteki 9 mm ölçülen sondalanabilir cep derinliğinin radyografik görüntüsü yer almaktadır. Kök yüzeyi debridmanı işlemi haftada 1 seans olacak şekilde toplam 4 seansta tamamlanmıştır (Jervøe-Storm et al. 2022). Hasta, cerrahi olmayan periodontal tedavi bittikten 8 hafta sonra yeniden değerlendirilmiş ve patolojik periodontal cep derinliklerinde belirgin bir azalma gözlenmiştir (Resim 3).



Resim 1. *Periodontal tedavi öncesi ağız içi görüntüleri*



Resim 2. *A: Periodontal tedavi öncesi OPG, B:17 numaralı dişin periapikal görüntüsü, C: 46 numaralı dişin periapikal görüntüsü*



Resim 3. *Cerrahi olmayan periodontal tedaviden tamamlandıktan 8 hafta sonra alınan ağız içi görüntüler*



Resim 4.*Gingivektomi işlemi, periodontal sondalama ile cep derinlikleri belirlenmesi, eksternal bevel insizyon tekniği ile gingivektomi işleminin gerçekleştirilmesi*

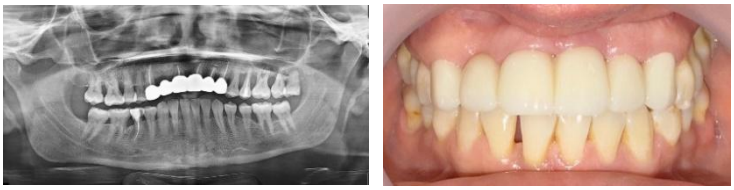
Cerrahi Faz: Hasta cerrahi olmayan periodontal tedavi tamamlandıktan sonra düzenli aralıklarla kontrol seanslarına çağrılmış ve detaylı klinik muayeneler gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte maksiller kesici dişlere yapılan gingivektomi işlemi ile santral dişlerde simetri sağlanmıştır (Resim 4). Gingivektomi işlemi şu şekilde gerçekleştirilmiştir; cerrahi planlanan bölgeye lokal anestezi

uygulamasını takiben, periodontal sondalama ile cep derinlikleri belirlenmiştir. Cep eliminasyonu ve doku şekillendirilmesi gereken bölgelerde eksternal bevel insizyon tekniği kullanılarak gingivektomi yapılmıştır. Bu teknikte bistüri, diş yüzeyine yaklaşık 45° açıyla tutulmuş; işaretleme amacıyla oluşturulan kanama noktaları referans alınarak cep duvarı apikal yönde uzaklaştırılmıştır (Newman et al. 2018). Takip seanslarında sondalanabilir cep derinliklerinde önemli derecede sığlaşma kaydedilmiş ve periodontal dokulardaki enfeksiyon tablosu ortadan kalkmıştır. Hastanın yaşı, sistemik durumu ve cerrahi olmayan periodontal tedaviye verdiği klinik yanıt göz önünde bulundurularak, sadece 46 numaralı dişteki inatçı vertikal kemik içi defekt için lokalize rejeneratif periodontal cerrahi planlanmıştır. Cerrahi işlem lokal anestezi altında gerçekleştirilmiştir. Sulküler insizyonu takiben tam kalınlıklı mukoperiostal flep kaldırılarak defekt alanı görünür hale getirilmiştir. Granülasyon dokusu tamamen uzaklaştırılmış, kök yüzeyi ve kemik içi defekt titizlikle debride edilmiş, ardından cerrahi saha steril serum fizyolojik ile irigasyon yapılmıştır. Defekt alanı temizlenip görünür hale getirildikten sonra kanama kontrolü sağlanmıştır. Rejeneratif prosedür kapsamında 0,25–1 mm partikül boyutuna sahip deproteinize bovin kaynaklı ksenogreft (Bio-Oss® Small Granules; Geistlich Pharma AG, Wolhusen, İsviçre) ile mine matriks türevi protein (Straumann® Emdogain®) birlikte uygulanmıştır. Rejeneratif yaklaşımın tercih edilmesinde defektin vertikal kemik içi morfolojisi belirleyici olmuştur. Uygulanan biyomateryallerin stabilitesi ve defektin yapısı göz önüne alınarak ek bir bariyer membran kullanımına gerek duyulmamıştır. Greft materyali ve mine matriks türevi protein uygulamasını takiben flep primer kapanış sağlayacak şekilde dikilmiştir. Oklüzal düzenlemeler ve splintleme ile iyileşme döneminde dişlerin stabilizasyonu sağlanmıştır. Cerrahi sonrası hastaya antibiyotik, analjezik ve klorheksidin gargara reçete edilmiş; postoperatif bakım ve oral hijyen talimatları ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Hasta bir hafta sonra dikişlerin alınması amacıyla kontrole çağrılmıştır. Kontrol seansında süturlar uzaklaştırılmış, yara iyileşmesi değerlendirilmiş ve idame periodontal tedavi kapsamında takip randevusu planlanmıştır. Periodontal dokularda stabilite sağlandıktan sonra hasta protetik rehabilitasyon amacıyla protetik diş tedavisi kliniğine yönlendirilmiştir (Resim 5).



Resim 5. *Protetik aşamada geçici dişler ve hastanın ilk daimî restorasyonu*

İdame Fazı: Detaylı oral hijyen eğitimi verilen hasta, COVID-19 pandemisi sebebiyle mecburen ara verilen iki yıllık süreç haricinde, düzenli aralıklarla kontrollere çağrılarak titizlikle izlenmiştir. Tedavinin 10. yılındaki son kontrol seansında ağız içi fotoğraflar alınmış (Resim 6) ve klinik ölçümler yeniden gerçekleştirilerek kayıt altına alınmıştır (Tablo 1).



Resim 6. *Başlangıçtan 10 sene sonra alınan ağız içi görüntüler ve radyografi*

Tablo 1. *Başlangıç ve 10. sene takip ölçümleri*

Parametre	2015 (Başlangıç)	2025 (10. Yıl Kontrolü)
Plak İndeksi	1,583	0,617
Gingival İndeks	2,20	0,537
Ortalama Sondalanabilir Cep Derinliği (mm)	5,17	2,6
Sondalamada Kanama	%100	%16
Klinik Ataşman Kaybı (mm)	5,1	3,7

TAKİP VE SONUÇLAR

Hasta, aktif periodontal tedavinin tamamlanmasının ardından düzenli aralıklarla destekleyici periodontal tedavi seanslarına çağrılmıştır. Kontrol seanslarında radyolojik takip yapılmış, oral hijyen motivasyonu yenilenmiş ve gerekli görülen bölgelere diş ile kök yüzeyi debridmanı işlemleri uygulanmıştır. Periodontal klinik ölçümler başlangıçta (2015) ve 10. yıl kontrolünde (2025), periodontoloji uzmanı T.Ç. tarafından, Williams tipi periodontal sonda (PW6, Hu-Friedy, Chicago, IL, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ölçümler her dişin meziyobukkal, midbukkal, distobukkal, meziyolingual/palatinal, midlingual/palatinal ve distolingual/palatinal olmak üzere altı bölgesinden kaydedilmiştir. Plak indeksi (Silness ve Löe) ve gingival indeks (Löe ve Silness) esas alınarak değerlendirme yapılmıştır. Sondalanabilir cep derinliği, diş eti kenarı ile periodontal cebin tabanı arasındaki mesafe; klinik ataşman düzeyi ise mine-sement sınırı ile periodontal cebin tabanı arasındaki mesafe olarak milimetre cinsinden ölçülmüştür. Sondalamada kanama, sondalama sonrasında kanama görülen bölgelerin toplam değerlendirilen bölgelere oranı (%) olarak hesaplanmıştır. Olgu sunumu niteliğindeki bu çalışmada formal bir değerlendirici kalibrasyonu yapılmamıştır; ancak ölçüm farklılıklarını sınırlandırmak amacıyla başlangıç ve takip ölçümleri aynı klinisyen tarafından gerçekleştirilmiştir.

Başlangıç ve 10. yıl kontrollerinde kaydedilen Plak İndeksi, Gingival İndeks, ortalama sondalanabilir cep derinliği, sondalamada kanama oranı ve ortalama klinik ataşman kaybı değerleri karşılaştırmalı olarak Tablo 1'de sunulmuştur. Bulgular incelendiğinde periodontal klinik parametrelerde oldukça belirgin ve istikrarlı bir iyileşme gözlenmiştir. 10 yıllık takipte ortalama plak indeksi 1,583'ten 0,617'ye, gingival indeks ise 2,202'den 0,537'ye gerilemiştir. Ortalama sondalanabilir cep derinliği 5,17 mm'den 2,6 mm'ye düşerken sondalamada kanama oranı %100'den %16'ya inmiştir. Ortalama klinik ataşman kaybı ise 5,1 mm'den 3,7 mm'ye azalmıştır.

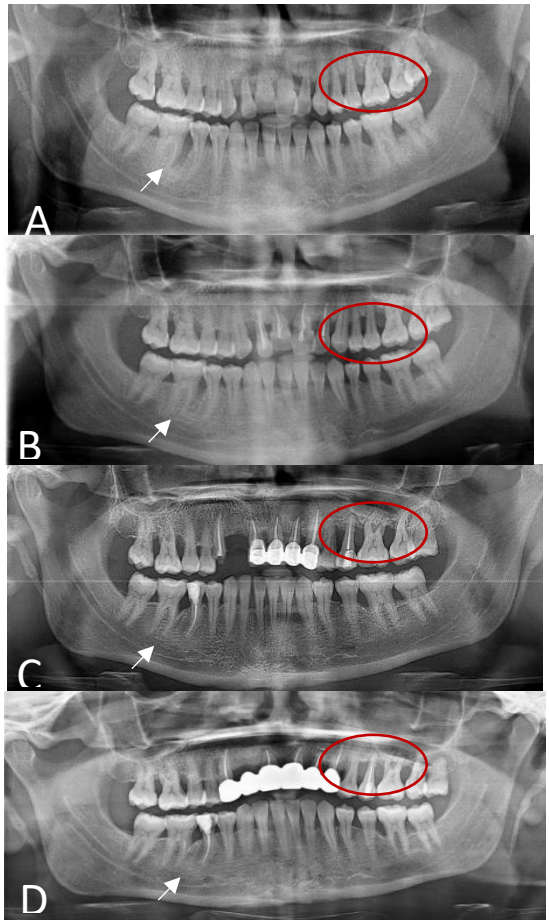
On yıllık takip sürecinde hastanın yalnızca bir dişi kaybedilmiştir. Bu diş kaybı, hastanın COVID-19 pandemisi sebebiyle iki yıl süreyle tedavisine ara verdiği ve mecburen başka bir merkezde takip edildiği dönemde meydana gelmiştir. Başlangıçta 24, 25, 26 ve 27 numaralı dişlerde ileri düzeyde sert ve yumuşak doku kaybı bulunmasına ve başlangıçta çekim endikasyonu konulmasına rağmen, uygulanan başarılı cerrahi olmayan (konservatif) yaklaşımlar sayesinde takip süresince bu bölgelerde hiçbir diş kaybı yaşanmamıştır. Hasta söz konusu dişleri ile sorunsuz bir şekilde fonksiyonel çiğneme yapabilmektedir. Vakaya ait tüm tedavi ve takip süreçleri Tablo 2'de kronolojik olarak özetlenmiştir.

Tablo 2. *Tedavi ve Takip Zaman Çizelgesi*

Zaman	Klinik Süreç
2015	Başlangıç klinik ve radyografik değerlendirmeler yapıldı; periodontal tanı konuldu.
Aktif tedavi dönemi (2015)	Oral hijyen eğitimi ve motivasyonu verildi; diş ve kök yüzeyi debridmanı uygulandı.
Cerrahi tedavi dönemi	46 numaralı dişin meziyalindeki 9 mm'lik kemik içi defekt rejeneratif periodontal cerrahiyle tedavi edildi.
Destekleyici tedavi dönemi	Hasta düzenli kontrollere çağrıldı; klinik ve radyografik takip, oral hijyen motivasyonu ve gerekli bölgelerde debridman yapıldı.
Pandemi dönemi	Hasta iki yıl süreyle merkezimizdeki kontrollere ara verdi ve başka bir merkezde takip edildi. Bu dönemde bir diş kaybedildi.
Pandemi sonrası–2025	Destekleyici periodontal tedaviye ve düzenli kontrollere devam edildi.
2025	Onuncu yıl klinik ve radyografik değerlendirmeleri yapıldı.

Son değerlendirmede 25 numaralı dişin mobilitesi fonksiyonel sınırlar içerisinde stabil olarak kaydedilmiş olup, ilgili diş klinik olarak asemptomatiktir. Ayrıca 46 numaralı dişin meziyalinde başlangıçta 9 mm olarak ölçülen sondalanabilir cep derinliği, rejeneratif cerrahi sonrasında 2 mm'ye gerilemiş ve takip süresince bu bölgedeki periodontal stabilitenin korunduğu saptanmıştır. 10. sene

kontrol seansında alınan ağız içi klinik görüntüler Resim 6'da, tedavi süresince elde edilen panoramik radyografiler de Resim 7'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Bulgular, uygulanan non-invaziv ağırlıklı aktif periodontal tedavinin, hastanın katılımıyla birleştiğinde inflamasyonun kontrol altına alınmasına ve periodontal dokuların uzun süre korunmasına önemli ölçüde katkı sağladığını desteklemektedir.



Resim 7. *Hastanın 10 yıllık tedavi ve takip süreci boyunca alınan panoramik radyografik görüntüleri (A: 2015 - Başlangıç OPG, B: 2016 - 12 ve 22 numaralı dişlere yapılan kanal tedavisi sonrası alınan OPG, C: 2024 - OPG, D: 2025 - 10. Yıl Kontrol OPG).*

TARTIŞMA

Bu vaka, Evre III, Derece C periodontitis tablosunda erken müdahale ve multidisipliner bir yaklaşımın, başlangıçta çekim planlanan dişlerde dahi cerrahi olmayan tedavi ile uzun dönem periodontal stabilizasyonu destekleyebileceğini göstermektedir. Dört seanslık kök yüzeyi debridmanı işleminin ardından diş eti inflamasyonu gerilemiş, dişlerdeki mobilite azalmış, halitozis ortadan kalkmış ve patolojik cep derinliklerinde önemli derecede sığlaşma kaydedilmiştir. Bu veriler, güncel literatürde cerrahi olmayan periodontal tedaviden beklenen klinik kazanımlarla tam bir uyum içindedir (Citterio et al. 2024). Ayrıca son yıllarda cerrahi olmayan tedaviye destek amacıyla hyaluronik asit kullanımının

popülaritesi hızla artmaktadır ve çalışmalar, özellikle ileri evre olgularda hyaluronik asit uygulamasının doku iyileşmesini destekleyebileceğini göstermektedir (Olszewska-Czyz, Michalak, ve Dudzik 2024; Eliezer et al. 2019).

Kemik greftleri, membranlar ve mine matriks proteinleri kaybedilen dokuların geri kazanılması amacıyla sıklıkla yararlanılan biyomateryallerdir (Cortellini and Tonetti 2015; Miron, Dard, and Weinreb 2015). Sculean ve ark., rejeneratif tekniklerin (Emdogain ve greft kombinasyonu) ataşman kazancını %50-70 oranında artırabildiğini raporlamışlardır (Sculean et al. 2006). Literatürde biyolojik büyüme faktörleri (PDGF, FGF-2, BMP) ve trombositten zengin fibrin (PRF) gibi ek ajanların da rejeneratif sonuçları olumlu etkileyebileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Hoffmann, Beaumont, and Zafiropoulos 2007; Miron et al. 2017). Bizim vakamızda da lokalize flep cerrahisi esnasında kemik grefti (ksenogreft) ve mine matriks proteini (Straumann® Emdogain®) birlikte kullanılmış ve kontrol seanslarında kemik içi defektin başarıyla tedavi edildiği, uzun dönem (10 yıl) takip sürecinde ise elde edilen tüm klinik kazanımların nüks olmaksızın korunduğu izlenmiştir.

Başlangıç seansından itibaren sol üst çenedeki dişlerde ileri derecede doku kaybı bulunmasına ve önceki kliniklerde çekim kararı verilmesine rağmen, bu bölgede herhangi bir diş kaybı yaşanmamış olması cerrahi olmayan tedavi protokolümüzün etkinliğini yansıtmaktadır. Hasta söz konusu dişlerle sorunsuz bir şekilde fonksiyonel çiğneme yapabilmektedir. Tedavi süreci boyunca alınan panoramik radyografiler de (Resim 7) ilgili bölgelerdeki stabilitenin radyografik olarak korunduğunu doğrulamaktadır. Bu bulgular ışığında, hastanın idame programına gösterdiği yüksek uyumun, periodontal inflamasyonun kontrol altına alınmasına ve doku yıkımının sınırlandırılmasına önemli katkı sağladığı değerlendirilmiştir (Buchmann et al. 2002; Ferrarotti et al. 2020). Hastanın pandemi nedeniyle bizim kliniğimizde tedaviye ara verdiği iki yıllık süreçte dış merkezde bir dişini kaybetmesi, periodontolog tarafından yürütülen profesyonel ve düzenli takibin hastalığın seyrindeki kritik önemini bir kez daha vurgulamaktadır (Lang and Tonetti 2003).

Yüksek risk grubundaki genç bir hastada, ağırlıklı olarak cerrahi olmayan yaklaşımlarla sağlanan bu 10 yıllık klinik başarı, nitelikli bir periodontal tedavi ve sonrasındaki idame fazının değerini net bir şekilde ortaya koymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu vaka raporu; erken tanı, cerrahi olmayan periodontal tedavi, doğru endikasyonlu spesifik rejeneratif yöntemler ve düzenli idame protokolünün, hastanın tedaviye yüksek uyumuyla birleştiğinde Evre III, Derece C periodontitisli olgularda uzun dönem stabilizasyona önemli ölçüde katkı sağlayabileceğine işaret etmektedir. Uygulanan cerrahi olmayan periodontal tedavi ile inflamasyon başarıyla kontrol altına alınmış, sondalanabilir cep derinliklerinde anlamlı sığlaşma ve ciddi klinik

ataşman kazancı elde edilmiştir. Mevcut lokalize kemik içi defektin yönetiminde tercih edilen flep cerrahisi, kemik grefti ve mine matriks proteini kombinasyonu ise periodontal dokulardaki rejeneratif iyileşmeyi desteklemiştir. Takip sürecinde hastanın tedaviye ara verdiği dönemde başka bir merkezde yaşanan tek diş kaybı; profesyonel idame bakımının sürekliliğinin, hasta kooperasyonunun ve klinik takibin tedavi başarısındaki vazgeçilmez rolünü bir kez daha vurgulamaktadır. Elde ettiğimiz bu 10 yıllık başarılı veriler, ileri evre ve çekim endikasyonlu periodontitis vakalarının titiz bir planlama ve cerrahi olmayan konservatif yaklaşımlara ağırlık verilerek uzun yıllar boyunca ağızda tutulabileceğini kanıtlamaktadır.

KAYNAKÇA

Alqahtani, A. M., Moorehead, R., & Asencio, I. O. (2023). 'Guided Tissue and Bone Regeneration Membranes: A Review of Biomaterials and Techniques for Periodontal Treatments', *Polymers*, 15(16), 3355. https://doi.org/10.3390/polym15163355.

Armitage, G. C. (1999). 'Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions', *Annals of Periodontology*, 4(1):1–6. https://doi.org/10.1902/annals.1999.4.1.1.

Buchmann, R., Nunn, M. E., Van Dyke, T. E., & Lange, D. E. (2002). 'Aggressive Periodontitis: 5-Year Follow-up of Treatment', *Journal of Periodontology*, 73(6), pp.675–683. https://doi.org/10.1902/JOP.2002.73.6.675.

Citterio, F., Kanmaz, B., Baima, G., Romano, F., Buduneli, N., & Aimetti, M. (2024). 'Pocket Closure in Stage III-IV Grade C Periodontitis: A Multilevel Analysis Following Non-Surgical Periodontal Therapy', *International Journal of Dental Hygiene*, 22(3), pp.547–553. https://doi.org/10.1111/IDH.12688.

Cortellini, P., & Tonetti, M. S. (2015). 'Clinical Concepts for Regenerative Therapy in Intrabony Defects', *Periodontology*, 2000, 68(1), pp.282–307. https://doi.org/10.1111/PRD.12048.

Eliezer, M., Imber, J. C., Sculean, A., Pandis, N., & Teich, S. (2019). 'Hyaluronic Acid as Adjunctive to Non-Surgical and Surgical Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Clinical Oral Investigations*, 23(9), pp.3423–3435. https://doi.org/10.1007/S00784-019-03012-W.

Ferrarotti, F., Giraudi, M., Citterio, F., Fratini, A., Gualini, G., Piccoli, G. M., Mariani, G. M., Romano, F., & Aimetti, M. (2020). 'Pocket Elimination after Osseous Resective Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Journal of Clinical Periodontology*, 47(6), pp.756–767. https://doi.org/10.1111/JCPE.13281.

Heitz-Mayfield, L. J. A., & Lang, N. P. (2013). ' Surgical and Nonsurgical Periodontal Therapy. Learned and Unlearned Concepts', *Periodontology*, 62(1), pp.218–231. https://doi.org/10.1111/prd.12008.

Herrera, D., Sanz, M., Jepsen, S., Needleman, I., & Roldán, S. (2002). 'A Systematic Review on the Effect of Systemic Antimicrobials as an Adjunct to Scaling and Root Planing in Periodontitis Patients', *Journal of Clinical Periodontology*, 29 Suppl 3, pp.132–136. https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.29.s3.8.x.

Hoffmann, O., Beaumont, C., & Zafiropoulos, G.-G. (2007). 'Combined Periodontal and Implant Treatment of a Case of Aggressive Periodontitis', *The Journal of Oral Implantology*, 33(5) pp.288–292. https://doi.org/10.1563/1548-1336(2007)33[288:CPAITO]2.0.CO;2.

Jervøe-Storm, P. M., Eberhard, J., Needleman, I., Worthington, H. V., & Jepsen, S. (2022). 'Full-Mouth Treatment Modalities (within 24 Hours) for Periodontitis in Adults', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD004622. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004622.PUB4.

Lang, N. P., & Tonetti, M. S. (2003). 'Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT) ', *Oral Health & Preventive Dentistry*, 1(1), pp.7–16.

Miron, R. J., Dard, M., & Weinreb, M. (2015). 'Enamel Matrix Derivative, Inflammation and Soft Tissue Wound Healing', *Journal of Periodontal Research*, 50(5), pp.555–569. https://doi.org/10.1111/JRE.12245.

Miron, R. J., Zucchelli, G., Pikos, M. A., Salama, M., Lee, S., Guillemette, V., Fujioka-Kobayashi, M., Bishara, M., Zhang, Y., Wang, H. L., Chandad, F., Nacopoulos, C., Simonpieri, A., Aalam, A. A., Felice, P., Sammartino, G., Ghanaati, S., Hernandez, M. A., & Choukroun, J. (2017). 'Use of Platelet-Rich Fibrin in Regenerative Dentistry: A Systematic Review', *Clinical Oral Investigations*, 21(6), pp.1913–1927. https://doi.org/10.1007/S00784-017-2133-Z.

Newman, M. G., Takei, H., Klokkevold, P. R., & Carranza, F. A. (2018). Newman and Carranza's Clinical Periodontology (13th ed.). Elsevier.

Olszewska-Czyz, I., Michalak, E., & Dudzik, A. (2024). 'A Three-Month Clinical Trial on the Efficacy of Hyaluronic Acid Adjunctive Non-Surgical Therapy for Periodontitis in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus'*Biomedicines*, 12(11), 2516. https://doi.org/10.3390/biomedicines12112516.

Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., Flemmig, T. F., Garcia, R., Giannobile, W. V., Graziani, F., Greenwell, H., Herrera, D., Kao, R. T., Kebschull, M., Kinane, D. F., Kirkwood, K. L., Kocher, T., Kornman, K. S., Kumar, P. S., Loos, B. G., Machtei, E., Meng, H., Mombelli, A., Needleman, I., Offenbacher, S., Seymour, G. J., Teles, R., & Tonetti, M. S. (2018). 'Periodontitis: Consensus Report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions', *Journal of Periodontology*, 89 Suppl 1, pp.173–182. https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721.

Sculean, A., Schwarz, F., Miliauskaite, A., Kiss, A., Arweiler, N., Becker, J., & Brecx, M. (2006). 'Treatment of Intrabony Defects with an Enamel Matrix Protein Derivative or Bioabsorbable Membrane: An 8-Year Follow-up Split-Mouth Study', *Journal of Periodontology*, 77(11), pp.1879–1886. https://doi.org/10.1902/JOP.2006.060002.

Sulijaya, B., Hutomo, D. I., Jesson, A., Rahdewati, H., & Tadjoedin, F. M. (2024). 'Periodontal Status in Periodontitis Patients with Temporary Periodontal Splint: A Retrospective Study', *The Open Dentistry Journal*, 18(1). http://dx.doi.org/10.2174/0118742106313216240620110123.

Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2018). 'Staging and Grading of Periodontitis: Framework and Proposal of a New Classification and Case Definition', *Journal of Periodontology*, 89 Suppl 1, pp.S159–172. https://doi.org/10.1002/JPER.18-0006.