

Vak'a Takdimi : Travma ile Mine - Dentini Kırılan Fakat Pulpa Odası Açılmamış Dişlerin Tedavisi

Doçent Dr. Gündüz BAYIRLI (*)

Mine veya mine ve dentini kırılmış fakat pulpa odası açılmamış dişler, Ellis (4) ve Ingle (7)'a göre ikinci sınıfa alınırlar. Bu sınıftaki vak'alar, bütün travmaya uğramış dişlerin % 60-70 i kadardır. Travmayı takiben kuron ve kökü sağlam olan dişler birinci sınıfı teşkil eder; bu hastalar darbe gelen dişin kuronu sağlam görünüşte olduğundan ekseriya dişhekimine müracaat etmeye lüzum görmedikleri için, birinci sınıftaki vak'a yüzdesi düşüktür.

Kırık çizgisi pulpa odasına yakınsa, dentin çok hassastır ve pembe bir renk görülür. Isı ve yiyecek tazkikiyle hasta ağrı hisseder. Kırılan dentin miktarı ne kadar azsa, ağrı da o kadar azdır.

Hasta geldiğinde, dikkatlice bir anamnez alındıktan sonra, bir radyografi yapılır. Bu radyografinin faydaları şunlardır :

1 — Kırık yüzeyi ile pulpa odası arasındaki mesafe hakkında tahmini bilgi verir.

2 — Kök ucunun teşekkül durumunu gösterir.

(*) İst. Üni. Dişhekimliği Fak. Dişhastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi I. Kürsüsü Öğretim Üyesi.

3 — Kök kırığı olup olmadığını belirtir.

4 — Bu radyografi saklanarak, ileride alınacak radyografilerle mukayese edilir.

Pulpa hassasiyet testleri yapılır ve netice kaydedilir. Bu ilk muayenede pulpanın reaksiyonu teşhis için ehemmiyetli değildir. Travma «Shok»u tesirinde olan pulpa, hiçbir reaksiyon göstermek (4, 5, 6, 7). Bu nedenle ilk muayenede, pulpanın canlı olup olmadığı hakkında bir karar verilmemlidir. Henüz kök teşekkülü tamamlanmamış dişlerde, bir müddet sonra pulpa canlılığının normale dönmesi mümkündür, fakat kök teşekkülü tamamlanmışsa fazla ümitlenmemek gerekir (4, 5, 7, 8). Bazan travmayı takiben canlılık kontrollerine pozitif reaksiyon gösteren pulpa, bir müddet sonra nekroze olabilir (1).

İlk muayenede hedef, keskin kırık kenarlarını düzeltmek ve açığa çıkan dentini örterek korumak olmalıdır. Pulpayı tahriş edici ilâçlar katiyen kullanılmalıdır.

Kırık az mine ile çok küçük dentini ihtiva ediyorsa, bir mölle kenarları düzeltilir. Komşu dişler de estetiği temin etmek için biraz möllenebilir. Böyle vak'ada hastada ağrı ve hassasiyet yoktur veya çok az vardır, zamanla geçer.

Kırılan dentin parçası büyükse veya kırık çizgisi pulpaya çok yakınsa : Açığa çıkan dentin yüzeyi steril tuzlu su veya saf su ile yıkılarak temizlenir. Dentin üzerine ya kalsiyum hidroksit patı (4), veya Çinko oksid-ojenol patı (7) konur. Kalsiyum hidroksit'in «methyl cellulose» ile hazırlanmış patı çabuk sertleştiği için tercih edilir (3, 4). Kalsiyum hidroksit patınının üzerine çabuk sertleşen siman konabildiği gibi, çinko-oksit-ojenol patı ile de kapatılabilir (9).

Böylece dentin korunur ve hastanın rahatsızlığı azalır.

Bilhassa çocuklarda dentin açıkta bırakılırsa, geniş dentin kanallarından mikroorganizmalar kolayca nüfuz ederek çürüğün başlamasına yol açarlar.

Çinko oksid-ojenol veya kalsiyum hidroksit patı konduktan sonra, dişe geçici bir selüloid kuron yapılır. Bu kuron şu şekilde hazırlanır :

Dişin büyüklüğüne uygun bir sellüloid kuron seçilir, üzerine geçirilerek koleli intibak ettirilir ve kapanışı uyandırılır. Dişlerin rengine uygun soğuk akril'den bir miktar bu selüloid kuronun içine konarak

dişin üzerine geçirilir ve yalnız iki dakika beklenir, daha fazla beklenirse açığa çıkan ısı pulpaya zarar verir. İki dakika sonunda, dişin üzerinden alınır kenarlardaki taşkın akril düzeltilir ve ağız dışında sertleşmesi beklenir. Ellis, plâstik kuronun vestibül yüzeyinde 9 No. bir yuvarlak frelze delik açılmasını tavsiye eder (4). İlerde hasta kontrole geldiğinde, vitalometre'nin ucu bu delikten sokularak mine ile temas eder ve hassasiyet kontrolü daha sıhhatli yapılmış olur. Sonra plâstik kuron dişin üzerine yapıştırılır.

İki orta keser veya bir orta keserle bitişindeki yan keser kırılmışsa, akrilik kuronlar birbirine akrille yapıştırılarak ağza konur. Beklemek için gerekli olan sekiz hafta müddetinde tek bir geçici kuronun, ağızda durması ekseriya güçtür. Hatta retansiyon için kırık dişin bitişindeki sağlam bir dişe bile geçici akrilik kuron yapılarak ikisi birbirine yapıştırılabilir (4).

İlk tedavinin bu şekilde tamamlanmasını takiben hastaya iki ay sonra gelmesi söylenir. Bu arada herhangi bir ağrı hissettiği takdirde hemen bize müracaat etmesi gerektiği de hatırlatılmalıdır.

İki ay sonraki ikinci muayenede, pulpanın hassasiyet ve dişin hareketlilik testleri yapılarak bir radyografi alınır. Geçici kuronu çıkarmağa lüzum yoktur, vestibül yüzdeki delikten vitalometrenin ucu sokulur. Ingle (7)'a göre, bu ikinci muayenede pulpa canlıysa, geçici akrilik kuron çıkarılarak hastanın yaşına göre uygun bir kuron yapılır. Ellis (4)'e göre, ikinci muayenede pulpa canlı olsa bile, prognoz yine şüphelidir. Bazı vak'alarda pulpada dejenerasyon çok yavaş olmakta bir seneden fazla bir zamanda pulpa boşluğu kısmen veya tamamen kireçlenmektedir.

Bununla beraber, pratikte ilk muayeneden iki ay sonra yapılan vitalometrik kontrole göre pulpa hakkında kati karar verilir. Pulpa nekroze ise kök kanalı tedavisi yapılır, canlı ise yalnız estetik bakımdan dişe uygun kuron takılır.

Diş kırığı ikinci sınıfa uyan hastaların bir çoğu kurondaki kırık büyük değilse, travmayı takiben hemen dişhekimine gitmezler (2). Birkaç gün ağrı olur, bu ağrı zamanla azalır. Hasta gençse, pulpa kolayca mikroorganizmaların tesirinde kalır, nekroze olur, periapikal lezyon teşekkül eder nihayet abse meydana gelince hasta dişhekimine gitmek zorunda kalır.

Travmayı takiben ekseriya, yukarda izah edildiği gibi, pulpada bir şok olur ve pulpa geçici olarak hassasiyet kontrollerine reaksiyon göstermez. Pek ender vak'ada travmayı takibeden günlerde pulpa canlılık testlerine cevap verdiği halde zamanla nekroze olur. Bu yazıda takdim edilen vak'a, pulpanın travmayı takiben canlı olduğu halde, daha sonra nekroze olması bakımından enteresandır.

Vak'a :

12 yaşında bir erkek çocuk. İlk müracatından (18.10.1971) iki gün önce düşerek üst dişlerini sandalyeye vurmuş. Üst sağ orta keser dişinin kesici kenarından itibaren krunun 1/3 i kadar mine ve dentin kırılmış fakat pulpa odası açılmamıştır. Dişinde hiç ağrı olmadığını söyledi.

Alınan radyografide üst sağ orta keser dişin kökü sağlam, periapikal dokuları normal görüldü. Kök teşekkülü tamamlanmıştır (Resim 1).



Resim : 1 Travmada iki gün sonra alınan radyografi. Foramen apikale teşekkül etmiş, periapikal dokular normal görülüyor.

Yapılan vitalometrik kontrolde pulpa canlı bulundu; normalden daha yüksek derecede reaksiyon gösteriyordu. Kırık kısımda bir kavite açılarak retansiyon yeri hazırlandı. Tabana kalsiyum hidroksit üzerine de çinko oksit-öjenol patı konarak kapatıldı. Hastaya, vitalometrik kontrollerin 6-8 hafta devam edeceği, bu nedenle konan dolgu maddesi düşerse hemen gelmesi, düşmezse onbeş gün sonra tekrar gelmesi, söylendi.

Hasta tam 8 ay sonra (5.6.1972) ikinci muayene için geldi. On beş gün önce abse yapmış, yüzü şişmiş, daha sonra inmiş. Geldiğinde fistülize olmuştu. (Resim : 2)



Resim : 2 Travmadan sekiz ay sonra alınan radyografi, üst sağ orta keser dişte periapikal lezyon görülüyor.

Pulpa odası açıldı. Kanaldan cerahat geliyordu. Antiseptik pansumanlar yapıldı, ikinci defa antiseptik tatbikinden sonra cerahat kesildi (15.6.1972).

Hasta yine uzun müddet gelmedi, dört ay sonra (3.10.1972) geldiğinde geçici dolgu maddesi yerinde duruyordu. Tekrar antiseptik pansumanlar yapıldı. Kök kanalı iyodoformlu pat ve Güta-perka ile dolduruldu. (Resim : 3), jaket kuron yapıldı.



Resim : 3 Kök kanalı doldurulduktan sonra alınan radyografi.

Münakaşa :

Bu vak'ada hasta, travmayı takiben iki gün sonra muayene edildiğinde, pulpa normalden daha yüksek derecede reaksiyon göstermiştir. O halde, travma tesiriyle pulpada bir değişiklik olmuş, reaksiyon kabiliyeti azalmıştı. Bu durumda iki yol düşünülebilirdi: Pulpa ya kendini müdafaa ederek hayatiyeti normale dönecekti, veya harabiyet ilerliyerek pulpa nekroze olacaktı.

Foramen apikale teşekkül etmiş olduğu için pulpanın kendini müdafaa ederek hayabiyetinin normale dönmesi daha uzak bir ihtimaldi.

Hasta onbeş gün sonra tekrar gelip muayene olsaydı, bu ikinci kontrol, kati olmasa bile bu konuda biraz daha aydınlatıcı bilgi verirdi. Pulpanın, ikinci kontrolde, birinci kontroldakinden daha yüksek rakamlarda reaksiyon göstermesi, nekroze doğru gitmekte olduğu fikrini kuvvetlendirecekti.

Bu dişin foramen apikalesi tamamen teşekkül etmiş olduğu için, pulpa zengin kollateral beslenme imkânlarının yokluğu nedeniyle, nekroze olmuştur. Netice, «kök teşekkülü tamamlanmış dişlerde pulpanın canlılığının normale dönmesi için fazla ümitlenmemek gerekir» (4, 7, 8) görünüşüne uymaktadır.

Hasta randevusuna vaktinde gelmeyip, sekiz ay geç gelmekle, dişinin ileri derecede harabiyetine yol açmıştır. İkinci muayene için, dişinin abse yapmasını beklemiştir. Diş abse yapmasaydı, belki yine gelmiyecekti. Travmayı takiben ekseriya, hastaların dişhekimine gitmeye mecbur kalmadıkları vak'alarda, daha üzücü periapikal hastalık görülmektedir. Ball (1) bir vak'ada, hattâ kök teşekkülü henüz tamamlanmadığı halde, travmayı takiben 9 ay sonra akut bir apikal abse teşekkül ettiğini bildirmiştir.

S U M M A R Y

The patient H. V., a boy aged 12, fractured the maxillary right central incisor, two days previously.

The clinical investigation showed that the maxillary right central incisor presented fractured enamel and dentin but the pulp was not exposed.

Roentgenograms revealed that the root and the periapical tissues were intact.

In the first examination, the pulp was vital. A cavity was prepared; the exposed dentine was protected with calcium hydroxide covered by Zinc oxide-eugenol paste. The patient was asked for fortnight, but he did not come. He come for examination after eight months. He had an abscess originating from the maxillary right central incisor.

The pulp cavity was widely opened in the line of the root canal, the necrotic pulp contents were removed and the canal walls cleaned with reamers. Conservative treatment was carried out according to accepted endodontic principles. The root canal was filled with iodoform paste overfillings, and gutta-percha points.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Ball, J. S.** : Apical Root formation in a Nonvital Immature permanent incisor, report of a case, Brit. dent. J., 116 : 166-167, 1964.
- 2 — **Bayırlı, G. Ş.** : Dişlerine travma gelen hastaların dişhekimine ilk müracaat zamanları, İstanbul I. Uluslararası Dişhekimliği Haftası, 3-8 Aralık, 1973, İst.
- 3 — **Berk, H.** : Maintaining vitality of injured permanent anterior teeth, J. A. D. A. 49 : 391, October, 1954.
- 4 — **Ellis, R. G.** : The Classification and treatment of injuries to the teeth of children, fourth ed., The Year Book Publishers, Chicago, 1960, P : 43-57.
- 5 — **Finn, S. B.** : Clinical Pedodontics, Third ed., W B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1967.

- 6 — **Gürkan, S. İ., Bayırlı G. Ş., Sandallı, P.** : Diş Hastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi, Bozok Matbaası, İstanbul, 1972, P : 559-569.
- 7 — **Ingle, J. I.** : Endodontics, Lea and Febiger, Philadelphia, 1965, P. : 566-611.
- 8 — **McDonald, R. E.** : Pedodontics, The C. V. Mosby Com. St. Louis, 1963.
- 9 — **Prophet, A. S., Rowbatham, T. C., and James, P. M. C.** : Symposium Traumatic Injuries of the teeth, Brit, dent., J., 116 : 377-385, 1964.