

## KÖK REZORPSİYONU VAK'A TAKDİMİ

Gündüz Şekip BAYIRLI (\*)

Daha ziyade periodontal membran'dan başlayarak sement ve dentin dokularını rezorbe ettikten sonra pulpaya doğru ilerleyen kök erimelerine «dış rezorpsiyon» denir (5). Dış köklerinde iki çeşit dış rezorpsiyon «external resorption» görülür :

1. Dış rezorpsiyon «external resorption»: Umumiyetle kök ucunda veya kökün yan yüzeyinde oluşur.

2. Dış - iç «external - internal» resorption: Bu tip erime idyopatik veya dış orijinli iç rezorpsiyon olarak bilinir. Ekseriya kole bölgesinde başlar, sementi deler ve dentin dokusunu da eriterek pulpaya erişir (4).

Burada takdim edilecek vak'a Dış - iç rezorpsiyon vak'ası olduğundan, yalnız o konu işlenecektir.

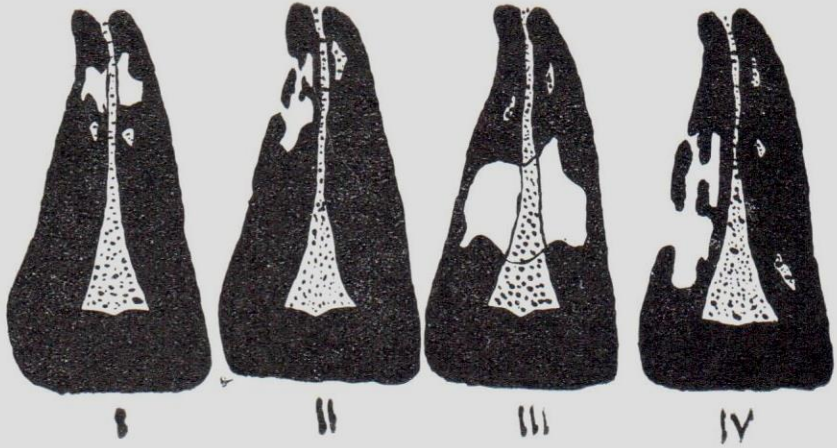
Dış - iç rezorpsiyon en çok 40 - 60 yaşları arasında görülür, erkeklerde daha fazladır (% 55,4) (4).

Başlangıçta hasta bir rahatsızlık hissetmez. İlerlemiş vak'alarda dişte ağrı vardır (3) erime çok ilerlerse diş kırılabilir.

Klinik muayenede ekseriya defektin bulunduğu yüzeye komşu bir periodontal cep vardır. Periodontal cebin içinde sonda ile yapılan mu-

---

(\*) İst. Uni. Dişhekimliği Fakültesi, Diş Hastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi  
1. Kürsüsü Öğretim Uyesi.



Resim : 1 — Dış - iç rezorpsiyonunun radyografide görünüşünün şemalarla izahı

yenede kök yüzeyinde düzensiz bir defekt bulunur. Bazan dişin kolesinde mantara benzer bir granülasyon dokusu büyümesi de görülebilir (4).

#### Histopatoloji :

Gelişme safhasında birbirini takibeden rezorpsiyon ve apozisyon devreleri olduğundan, lezyonun bulunduğu devreyle ilgili olarak çok değişik mikroskopik bulgular elde edilir. Goldman (3) rezorpsiyon ve apozisyonu üç safhaya bölerek incelemiştir:

Aktif olmayan «inactive» rezorpsiyonda çok çekirdekli dev hücreler mevcuttur fakat sayıları azdır ve «stroma» kollajenizedir.

Aktif rezorpsiyonda içinde osteoklast'lar dolu birçok lakünler görülür. Stroma damarlıdır, ödemlidir; plazma hücreleri ve lenfositler ile enfiltredir bazan polimorf çekirdekli nötrofiller görülür.

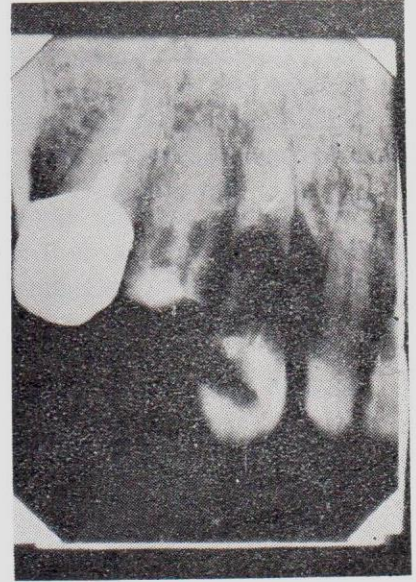
Çok aktif rezorpsiyonda ise granülasyon dokusunun içinde çok sayıda iltihabi hücreler bulunur, sert doku harabiyeti fazladır, pulpa daha çabuk tesir altında kalır ve tamir belirtisi ya hiç yoktur veya çok azdır (4). Lezyon daha da ilerlediği zaman iltihap, dejenerasyon veya pulpa nekrozu ekseriya görülür (3).

#### Radyografik görünüş :

Teşhis için en güvenilir vasıta radyografidir. Başlangıçta pulpa odasının ve kök kanalının dış hudutları ayırdedilebilir ve «radyolusent» defekt dişin normal anatomik yapılarının üzerine gelir. Lezyonun hacmi,



Resim : 2 — Üst sağ kanin kökünün koleye yakın kısmında ve dudak yüzünde bulunan bir dış - iç rezorpsiyon.



Resim : 3 — Bir sene sonra aynı dişten alınan radyografi. Rezorpsiyon çok ilerlemiş.

şekli, dış hududu, lokalizyonu ve radyolusentliği çok değişiktir. Yerine ve şekline göre dörde ayrılır (4). (Resim : 1) :

I. Dişin kök ucuna yakındır, kökün ya dudak yüzeyinde ya da dil yüzeyinde bulunur.

II. Dişin kök ucuna yakındır, kökün ya mezial ya da distal yüzeyinde bulunur.

III. Kökün koleye yakın kısmındadır, dudak veya dil yüzeyinde bulunur.

IV. Kökün koleye yakın kısmındadır; mezial veya distal yüzeyinde bulunur.

Radyografide iç rezorpsiyon «Internal resorption» ile karıştırmamak gerekir. Dış - iç rezorpsiyon iyi hududlu değildir, merkezi bir yerleşme göstermez. Halbuki, iç rezorpsiyon çok iyi hududludur, her tarafı aynı derecede radyolusent'dir ve merkezi olarak yerleşir (2, 6, 8). Dış - iç rezorpsiyon'da, ilerlemiş vak'alarda bir periodontal cep bulunur; böyle bir cep iç rezorpsiyonda yoktur (4, 6).

Vak'a :

36 yaşında bir dişhekimi olan G. Ş. üst sağ ikinci küçük azı dişinin tedavisi için kliniğimize müracaat etti. Alınan radyografide üst sağ kaninin kolesinde başlayan ve kökün ortasına kadar uzanan, hudutları muntazam olmayan radyolusent bir lezyon görüldü (Resim : 2).

Klinik muayenede kaninin mezialinde 4 mm. vestibül ve distalinde 6 mm. damak yüzeyinde de 3 mm. derinliğinde periodontal cep bulundu. Sonda ile yapılan muayenede kökün vestibül yüzeyindeki dentin ve sementin delindiği ve etrafında yumuşamış kısımlar bulunduğu anlaşıldı, Vitalometre ile yapılan kontrolde pulpanın canlı olmadığı görüldü. Üç sene önce dişe bir silikat dolgu yapılmıştı.

Radyografideki görünüşüne ve klinik muayenelere göre bir dış - iç rezorpsiyon «external - internal resorption» teşhisi kondu.

Dış - iç rezorpsiyonların tedavisi için cerrahi müdahale yapmak gerekir (1). Rezorpsiyon kökün vestibül yüzeyinde olduğu için vestibülden bir lambo kaldırılarak kök kanalı dolgusu yapılması ve rezorbe olan kısmın da çinko - oksid öjenol simanı ile kapatılması düşünüldü (1, 8).

Fakat hastamız cerrahi müdahaleden çekindiği için tedaviye razı olmadı.

Bir sene sonra aynı diştten tekrar radyografi alındı. Mezialdeki cep 6 mm. olmuştu ve burada dikey kemik rezorpsiyonu görülmüyordu (Resim : 3). Lezyon meziale doğru genişlemişti. Hastamız bu defa tedaviye razı oldu. Cerrahi müdahale için randevu verildi; bu randevuya geldiği gün dişin kuron kısmı elindeydi; bir gün önce diş kırılmıştı. Kök kısmı da çekilerek patolojik tetkik için, Dişhekimliği Fakültesi Patoloji Kürsüsüne verildi.

11.5.1971 tarih ve 40/71 protokol numaralı rapora göre : Yapılan kesitte pulpa ile periodontal aralığı birleştiren geniş dentin rezorpsiyonu, rezorpsiyon bölgesine dıştan içe doğru giren ve üzeri epitelle örtülü granülasyon dokusu, nekrotik pulpa ve iltihabi hücreler görülmüştür.

Münakaşa :

Vak'a radyografideki görünüşü, klinik muayene ve histopatolojik tetkiklere göre tipik ve çok nadir görülen bir dış - iç «external - internal rezorpsiyon» dur. Sebebi belli değildir.

Bir sene içinde sür'atle ilerleyerek, dişin kırılmasına yol açmıştır. Goldman (3) in tasnifine göre çok aktif rezorpsiyon sınıfına girer.

Rezorpsiyon çok ileri olduğu halde hasta, bu dişinde hiç ağrı hissetmemiştir; komşu dişlerin tedavisi için alınan radyografide tesadüfen görülmüştür. Manisalı (7) 50 rezorpsiyon vak'asından yalnız 9 (% 18) inde hastaların hissettiğini bildirmiştir.

Rezorpsiyon bölgesindeki granülasyon dokusunun üzerinde epitel görülmüştür, bu da Manisalı (7) nın bulgularına uymaktadır.

Dış - iç rezorpsiyon vak'alarında, rezorpsiyonun kök yüzeyinden başlayıp preentin tabakasına muayyen bir mesafeye kadar yaklaştığı

ve sonra durduğu bildirilmiştir (7). Manisalı (7) sebebi belli olmayan 14 dış rezorpsiyon vak'asından 11 tanesinde rezorpsiyonun pulpaya yakın durduğunu 3 ünün ilerlediğini tesbit etmiştir (7). Buradaki vak'a-da dış rezorpsiyon pulpaya yakın durmayıp ilerlemiştir, bu bakımdan ender görülen vak'alardandır.

Böyle vak'aların ilerleme derecesi bilinmediğinden, görüldüğünde derhal tedavi edilmesi gerekir.

#### S U M M A R Y

This case report deals with an external - internal resorption. A 36 - year old man had a broken maxillary right second premolar. The radiograph showed a greatly expanded transparent surface on the root of the maxillary canine (Fig : 2). This case was diagnosed as an external - internal resorption.

The tooth was checked roentgenographically after one year. The second radiograph revealed a larger transparent surface. It was including almost the entire root and reducing the dentin to a very thin lamelle (Fig : 3). Next day, this tooth was broken. The root was extracted and examined histologically.

#### L İ T E R A T Ü R

- 1 — BAYIRLI, G. Ş. : Endodontik Periodontal Tedavi, D. D, 3 : 371 - 382, 1972.
- 2 — GIULIANI, R. and MARMANI, L. : Several Cases of Internal Pulp Granuloma, Quintessence International, 0488/21-23, 1971, (November).
- 3 — GOLDMAN, H. M. : Spontaneous Intermittent Resorption of Teeth, J. A.D.A. 49 : 522 - 532, 1954.

- 4 — GORLİN, R. J. and GOLDMAN, H. M. : Thoma's Oral Pathology, Vol. one, ed. 6. St. Louis, 1970, The C. V. Mosby Company, pp : 207 - 210.
- 5 — GÜRKAN, S. İ., BAYIRLI, G. Ş. ve SANDALLI, P. : Diş Hastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi, 1972, Bozak Matbaası.
- 6 — INGLE, J. I. : Endodontics, Philadelphia, 1965, Lea and Febiger, pp : 339 - 340.
- 7 — MANİSALI, Y. : Dişlerde Görülen Rezorpsiyonların Histo'ojik İncelemesi, İ. Ü. Dişhek. Fak. D, 2 : 5 - 27, 1968.
- 8 — NICHOLLS, G. : Endodontics, Bristol, 1967, Jonh wright and Sons Ltd.