

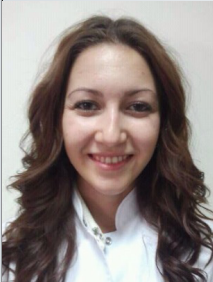
Geniş Periapikal Lezyonlu Dişlerde Endodontik Tedavi Yaklaşımı: 3 Olgu Sunumu



Prof. Dr. Mahir Günday
Marmara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Endodonti A.D.



Dr. Dilek Erbay Türkaydın
Marmara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Endodonti A.D.



Dt. Sema Sönmez
Marmara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Endodonti A.D.

Sement, periodontal ligament ve alveol kemiğinden oluşan periapikal dokuların çeşitli yaralanmalara karşı geliştirdikleri cevaplar vücuttaki diğer bağ doku cevaplarına benzemektedir. Bu cevaplar immuno enflamatuvar reaksiyon olarak belirtilmektedir. Periapikal dokularda apikal periodontitisinin gelişmesinde sadece enfekte pulpa varlığı değil var olan mikroorganizmaların toksinleri, metabolik ürünleri, kimyasal ajanlar, mekanik irritasyonlar, yabancı maddeler, travma ve konak savunması da rol oynamaktadır. Periapikal doku hastalıklarının kök kanallarındaki bakteri invazyonu ile doğrudan ilgili olduğu ve kök kanalları enfekte olmadığında periapikal iltihap da oluşmadığı ortaya konmuştur (1, 2). Bunun yanında devitalize olduğu halde enfekte olmamış dişlerde herhangi bir iltihabi yanıt gelişmediği tespit edilmiştir (3). Periapikal iltihapların sıklıkla karşılaşılan etyolojisinden biri de travmatik okluzyondur. Travmatik okluzyonda iltihap nedeni etkenin devamlı ve değişmez olmasından kaynaklanır. Bu tip uzun dönemli irritasyonlar apikal bölgede kemik rezorpsiyonuna neden olabilirler (4,5).

Bu vaka sunumlarının amacı, farklı etkenler sebebi ile periapikal bölgelerinde geniş apikal lezyonları olan dişlerde cerrahi müdahale olmaksızın doğru endodontik tedaviler ile iyileşmenin takip edilmesi ve gösterilmesidir.

VAKA SUNUMLARI

Vaka 1:

Sağ alt molar bölgesinde ağrı şikayeti ile Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim Dalı'na başvuran 36 yaşındaki bayan hastanın yapılan klinik ve radyografik muayenesi sonucunda 45 ve 46 no'lu dişlerinin apikalinde

sınırları belirgin radyolüsent alan ve yumuşak dokuda fistül bulunduğu görülmüştür. Kronik apikal apse tanısı konan hastanın kanal tedavisine başlanmıştır. 46 no'lu dişte mevcut olan başarısız kanal dolgusunun sökülmesini takiben 45 no'lu diş ile birlikte gerekli kök kanalı şekillendirmesi yapılarak bir hafta aralıklarla toplamda 5 kere Ca(OH)₂ ile pansuman yapılmıştır. Yumuşak doku fistülü kapandığında ve ilgili dişlerdeki semptomlar ortadan kalktığında kök kanalları AH Plus patı ve güta-perka ile doldurulmuştur. 8 aylık takip sonucunda 45 ve 46 no'lu dişlerin apikal lezyonlarında iyileşme görülmüştür.



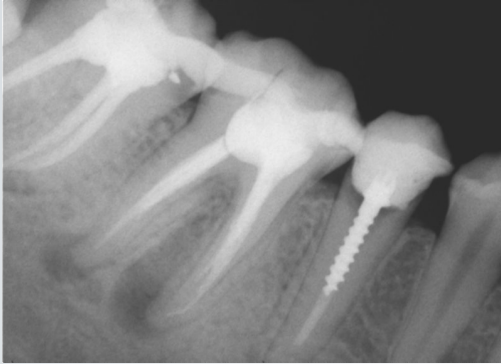
Resim 1: Vaka 1 başlangıç radyografisi



Vaka 1, 8 aylık takip radyografisi

Vaka 2:

Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim Dalı'na sağ alt molar bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile başvuran 25 yaşındaki erkek hastanın yapılan klinik muayenesinde 46 no'lu diş bölgesinde şişlik ve radyolojik muayenesinde 46 no'lu dişin apikalinde sınırları belirgin radyolüsent alan şişlik görülmüştür. Mevcut kök kanal dolguları sökülerek gerekli kök kanal şekillendirmesinin yapılmasının ardından 1 hafta arayla toplamda 6 kere Ca(OH)₂ uygulanarak pansuman yapılmıştır. İlgili dişin perküsyon has-



Resim 2: Vaka 2 başlangıç radyografisi



Resim 3: Vaka 2 bitim radyografisi

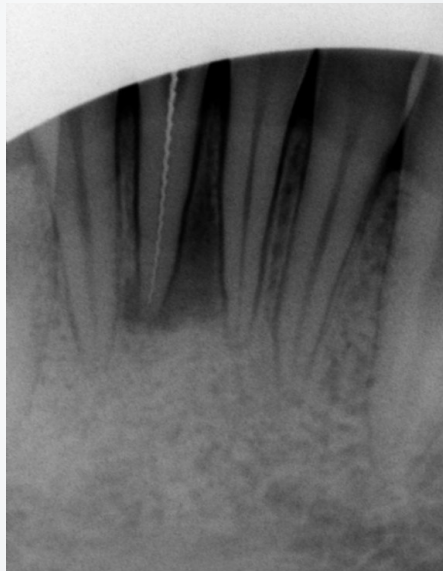


Vaka 2, 1 yıllık takip radyografisi

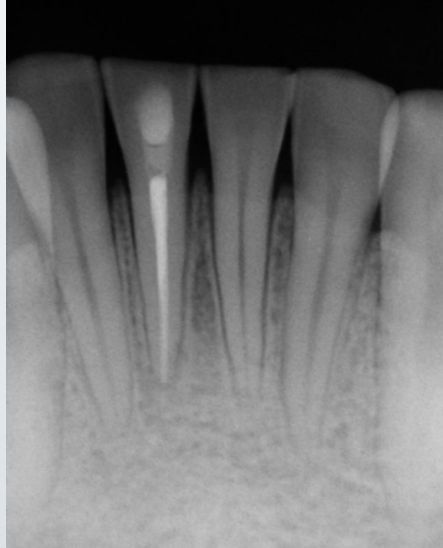
sasiyeti ve klinik semptomları ortadan kalktığında endodontik tedavi, güta-perka ve AH Plus patı kullanılarak tamamlanmıştır. 1 yıllık takip sonucunda ilgili dişin apikal alanında iyileşme görülmüştür.

Vaka 3:

Alt keserler bölgesinde şiddetli ağrı şikayeti ile Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim Dalı'na başvuran 56 yaşındaki erkek hastanın, sol alt santral kesici dişinde perküsyonda hassasiyet tespit edilmiştir. Dişte çürük lezyonu ya da herhangi bir restorasyona rastlanmamıştır. Radyografide ilgili dişte apikal periodontitis saptanmıştır. Etiyolojik olarak kronik travmaya bağlı pulpa nekrozu geliştiği düşünülmüştür. Kök kanal tedavisine başlanmıştır. Gerekli kök kanal şekillendirmesinin ardından 3 hafta boyunca Ca(OH)₂ ile pansuman yapılmıştır. Semptomların ortadan kalkmasını takiben güta-perka ve AH Plus pat ile kanal dolgusu yapılarak tedavi tamamlanmıştır. İlgili dişin 1 yıllık takibi sonucu alınan radyografide apikal lezyonda iyileşme görülmüştür.



Resim 4: Vaka 3 başlangıç radyografisi



Vaka 3, 1 yıllık takip radyografisi

BULGULAR

Etkilenen dişlerin ortalama 6 aylık takiplerde klinik değerlendirmelerde asemptomatik oldukları, perküsyonda hassasiyet ve yumuşak dokuda fistül bulunmadığı, mevcut fistülün tamamen kapandığı, radyografik değerlendirmelerinde periapikal lezyonlarda iyileşme meydana geldiği saptanmıştır. Dişler, ağızda herhangi bir cerrahi işlem görmeden sadece endodontik tedavi prosedürü ile fonksiyon görebilir bir şekilde sorunsuz olarak muhafaza edilmişlerdir.

TARTIŞMA

Geniş periapikal lezyonlu vakaların endodontik tedavisinin tamamlanmasından önce semptomların ortadan kalkması ve enfeksiyonun kontrol altına alındığından emin olunması için belli süreler boyunca Ca(OH)₂ uygulanarak pansuman yapılması başarıyı olumlu etkileyen bir faktördür (6). Apikal periodontitis ve kistler radyografik olarak çok benzer görüntüye sahip olduklarından doğru teşhiste radyografi dışında histopatolojik testlerin de kullanılması gerekmektedir. Geniş periapikal lezyonlarda geleneksel kök kanal tedavisi veya apikal rezeksiyon gibi cerrahi yöntemlerle tedavi konusunda kuvvetli bir görüş ayrılığı söz konusudur ancak yapılan birçok çalışmada 20 mm'ye kadar olan apikal lezyonların geleneksel kök kanal tedavisi ile iyileşme gösterdiği bildirilmiştir (7,8). Periapikal doku iyileşmesinde doğru ve eksiksiz yapılmış bir endodontik tedavinin gerekliliği dışında önemle üstünde durulan bir nokta da kural sızıntının engellenmesidir. Kural sızıntı mevcudiyetinde kök kanalı içine tükürük kaynaklı bakterilerin infiltrasyonu ile aynı periapikal lezyon tablosunun yeniden görülmesi veya doku iyileşmesinde bir ilerleme olmaması kaçınılmazdır (9). Periapikal lezyonların görülme sıklığı tedavi edilmemiş pulpa nekrozlu dişlerin varlığından çok başarısız endodontik tedaviler ve başarısız restorasyonlar ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (10). Periapikal lezyonların iyileşmesinde tek faktörün doğru ve eksiksiz yapılmış endodontik tedavi dışında kişiye bağlı yara iyileşme faktörleri de etkilidir. İmmun defektler ve yara iyileşmesini geciktiren hastalıklarda periapikal doku iyileşmesi beklenen şekilde gerçekleşmeyebilir (11).

SONUÇ

Geniş periapikal lezyonlu dişler, uygun yapılan kök

kanal tedavisi ile herhangi bir cerrahi işleme gerek duyulmaksızın tedavi edilebilmektedir. Geniş periapikal lezyonlu dişlerin tedavi planmasında cerrahi prosedürler düşünülmeden önce endodontik tedavi seçeneği mutlaka değerlendirilmelidir. Bu tip vakaların tedavisinde elde edilecek başarı endodontik tedavinin doğru ve uygun bir şekilde yapılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Tedavinin tamamlanacağı zamana kadar yapılan Ca(OH)₂ pansuman sayısı, dişin seanslar arası klinik muayenesi ve periyodik radyografik takibi periapikal lezyon iyileşmesinde hekimi başarıya götüren önemli faktörlerdendir.

KAYNAKLAR:

- 1) Korzen, BH, Krakow, AA, Gren DB: Pulpal and periapical tissue responses in conventional and monoinfected gnotobiotic rats. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 37:783, 1974
- 2) Möller AJR; Fabricius, L, Dahlen, G, Öhman, AE, Heyden, G: Influence on periapical tissues of indigenous oral bacteria and necrotic pulp tissue in monkeys. *Scand J Dent Res*, 89:475, 1981
- 3) Fabricius, L, Dahlen, G, Öhman, AE, Möller, AJR: Influence of combinations of oral bacteria on periapical tissues of monkeys. *Scand J Dent Res*, 90:200, 1982
- 4) Kvinnsland, S, Kristiansen, AB, Kvinnsland, I, Heyeraas, KJ: Effect of experimental traumatic occlusion on periodontal and pulpal blood flow. *Acta Odontol Scand*, 50:2121, 1992
- 5) Wesselink PR: The accidental detection of apical periodontitis. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 118(4):205-8, 2011
- 6) Paredes-Vieyra J, Enriquez FJ. Success Rate of Single- versus Two-visit Root Canal Treatment of Teeth with Apical Periodontitis: A Randomized Controlled Trial. *J Endod*. 38(9):1164-9, 2012
- 7) Mirkovi S, Tadi A, Durdevi Mirkovi T, Levakov A Comparative analysis of accuracy of diagnosis of chronic periapical lesions made by clinical and histopathological examination. *Med Pregl*, 65(7-8):277-80, 2012
- 8) Riccitiello F, Stabile P, Amato M, Rengo S, D'Ambrosio C. The treatment of the large periradicular endodontic injury. *Minerva Stomatol.*, 60(9):417-26, 2011
- 9) Ricucci D, Siqueira JF Jr., Recurrent apical periodontitis and late endodontic treatment failure related to coronal leakage: a case report. *J Endod.*, 37(8):1171-5, 2011
- 10) Chala S, Abouqal R, Abdallaoui F. Prevalence of apical periodontitis and factors associated with the periradicular status. *Acta Odontol Scand*. 69(6):355-9, 2011
- 11) Garlet GP, Horwat R, Ray HL Jr, Garlet TP, Silveira EM, Campanelli AP, Trombone AP, Letra A, Silva RM. Expression analysis of wound healing genes in human periapical granulomas of progressive and stable nature. *J Endod*. 38(2):185-90, 2012