

## DERİN MİLLER SINIF II DİŞETİ ÇEKİLMELERİN ÇİFT CERRAHİ YÖNTEMLE TEDAVİSİ: BİR OLGU SUNUMU<sup>#</sup>

### TREATMENT OF DEEP CLASS II MILLER GINGIVAL RECESSIION DEFECTS WITH DOUBLE SURGERY PROCEDURES: A CASE REPORT<sup>#</sup>

Yrd.Doç.Dr.Mustafa TUNALI\*

Prof.Dr.Tamer ATAÖĞLU\*\*

Dr.Dt.Hakan ÖZDEMİR\*\*\*

#### ÖZET

Özellikle genç kişilerde, dişeti çekilmelerinin en önemli nedeni travmatik fırçalama sonucu oluşan doku hasarıdır. Yanlış fırçalama teknikleri sonucu oluşan çekilmeler genellikle klinik olarak sağlıklı dişeti bölgelerinde görülür. Dişeti çekilmesi sonucunda açıkta kalan kök yüzeyi ise temiz, düz ve parlaktır. Ayrıca kök yüzeyinde kama şeklinde defektler de göze çarpar.

Serbest bağ dokusu grefti ile çift papil flep ve semi-lunar koronale pozisyone flep tekniklerinin birlikte kullanımı derin Miller Sınıf II dişeti çekilmelerinde klinik olarak olumlu sonuçlar vermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dişeti çekilmesi, serbest bağ dokusu grefti, çift papil flep, semi-lunar koronale pozisyone flep

#### SUMMARY

Tissue trauma caused by traumatic toothbrushing is considered to be a dominating causative factor for the development of recessions, particularly in young individuals. Recessions resulting from improper toothbrushing techniques are often found at sites with clinically healthy gingiva and where the exposed root has a wedged defect, the surface of which is clean, smooth and polished.

Free connective tissue graft combined with a double papilla flap surgery and semi-lunar coronally repositioned flap methods leads to a significantly favorable clinical improvement of treatment of deep Class II Miller gingival recession defects.

**Key Words:** Gingival recession, free connective tissue graft, double papilla flap, semi-lunar coronally repositioned flap

#### GİRİŞ

Periodontolojide iltihabi periodontal hastalıklardan sonra karşılaşılan en önemli rahatsızlıklardan birisi mukogingival sorunlar olmuştur. Hastalarda, dentin hassasiyeti, kök çürükleri ve estetik kaygılar gibi problemlere yol açan dişeti çekilmeleri sonucu açığa çıkan kökleri kapatmak, periodontolojide önemli amaçlardan biri haline gelmiştir. Genç erişkin toplumun büyük çoğunluğunda görülen dişeti çekilmeleri, tek dişte, bir grup dişte veya ağızda yaygın olabilir. Dişin anatomisi ve malpozisyonu, mekanik travma, travmatik kötü alışkanlıklar, okluzal travma, ortodontik diş hareketi, lokal plak retansiyon faktörleri, periodontal hastalık ve sigara gibi etkenlere bağlı dişeti çekilmesi oluşabilir.<sup>1</sup> Dişeti çekilmeleri kadınlara kıyasla erkeklerde daha fazla görülmektedir. Oral hijyeni iyi olan bireylerde çoğunlukla dişlerin vestibul yüzeylerinde bir veya daha fazla diş etkileyen dişeti çekilmeleri, oral hijyeni iyi olmayan bireylerde ise ağzın bütün bölgelerinde ve daha yaygın olarak görülebilir. Dişeti çekilmesi sonucu estetiğin

bozulması, dentin hassasiyeti, kök çürükleri, kök aşınmaları, plak retansiyonu ve dişeti kanamasında artış gibi komplikasyonlar gelişebilir.<sup>3,4</sup>

Dişlerin fırçalanması dişeti sağlığı için önemli olsa da hatalı fırçalama teknikleri veya sert kıllı fırçaların kullanılması sonucu dişeti çekilmesi oluşabilir. Mekanik travmaya bağlı olarak oluşan bu tür dişeti çekilmeleri, sıklıkla alt ve üst çene kanin ve premolar bölgelerinde görülür.<sup>2,5</sup>

Dişeti çekilmelerinin tedavisinde serbest dişeti grefti, bağ dokusu grefti, rotasyonel flepler (laterale pozisyone flep, oblik rotasyonel flep, çift papilla flebi), koronale ilerletilmiş flep, çift lateral köprü flebi ve yönlendirilmiş doku rejenerasyonu gibi periodontal plastik cerrahi teknikleri kullanılmaktadır. Dişeti çekilmesinde tedavi sonuçları, pratik olarak periodontal sonda kullanılarak elde edilen milimetrik ölçümlerle değerlendirilir.<sup>1,2</sup>

#### OLGU SUNUMU

26 yaşındaki kadın hasta kliniğimize üst çenede 13 ve 23 dişlerin vestibul bölgelerinde dişeti çekilmeleri ile başvurdu. Hastada herhangi bir sistemik hastalık

\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi Periodontoloji Bölümü, İstanbul

\*\* Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD, Konya

\*\*\* Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD, Sivas

<sup>#</sup>Türk Periodontoloji derneğinin düzenlediği 38. Bilimsel Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur. (9-11 Kasım 2006, İstanbul)

yoktu ve kliniğimize geliş nedeni estetik problemler ve çekilme bölgelerindeki dişlerde oluşan aşırı hassasiyetti. Maksiller kanin bölgelerinin muayenesinde, dişlerin vestibul yüzeylerinde derin Miller Sınıf II dişeti çekilmeleri, klinik olarak sağlıklı dişetleri ve çekilmeler olan diş köklerinde abrazyon defektleri tespit edildi (Resim 1,2).



**Resim 1:** Cerrahi öncesi 13 nolu diş bölgesi



**Resim 2:** Cerrahi öncesi 23 nolu diş bölgesi

Fırça travması dişeti çekilmelerinin nedeni olarak belirlendi. 7mm dişeti çekilmeleri 13 ve 23 diş bölgelerinde, ortalama 1.7 mm sondalama cep derinliği ile beraber belirlendi. Dişeti çekilmelerini oluşturan mekanik nedenin eliminasyonu için hastanın fırçalama yöntemi değiştirildi. Kök yüzeyi örtülmesi amacıyla ilk cerrahi serbest bağ dokusu grefti ile çift papil flep cerrahisi tekniğiyle yapıldı. Birinci cerrahiden 8 hafta sonra çekilme bölgelerine semi-lunar koronale ilerletilmiş flep cerrahisi uygulandı.

Serbest bağ dokusu grefti ile çift papil flep cerrahisi sonrasında çekilme bölgelerinde ortalama 5mm klinik ataşman kazancı ölçüldü. 13'nolu diş bölgesinde 4.5mm

(%64.3 kök örtülmesi) ve 23'nolu diş bölgesinde 5.5mm (%78.6 kök örtülmesi) (Resim 3,4).



**Resim 3:** Birinci cerrahi sonrası 13 nolu diş bölgesi



**Resim 4:** Birinci cerrahi sonrası 23 nolu diş bölgesi

Semi-lunar koronale ilerletilmiş flep uygulamasından sonra kök örtülmesi 13'nolu diş bölgesinde %93, 23'nolu diş bölgesinde %100 olarak ölçüldü (Resim 5,6, Tablo 1). Hastanın her iki çekilme bölgelerindeki estetik ve hassasiyet şikayetleri giderildi. Bölgelerdeki ortalama sondalama cep derinliği 1.3mm' ölçüldü.



**Resim 5:** İkinci cerrahi sonrası 13 nolu diş bölgesi



Resim 6: İkinci cerrahi sonrası 23 nolu diş bölgesi

Tablo 1. Başlangıç ve tedavi sonrası dişeti çekilmeleri

Diş No	13	23
Başlangıç dişeti çekilmesi miktarı	7 mm	7 mm
İlk cerrahi sonrası dişeti çekilmesi miktarı/% örtülme	2.5 m/%64.3	1.5 m/%78.6
İkinci cerrahi sonrası dişeti çekilmesi miktarı/% örtülme	0.5 m/%93.2	0 mm/%100

## TARTIŞMA

Geleneksel mukogingival cerrahi, esas olarak yapışik dişetinin korunmasını ve yeniden teminini amaçlar<sup>6</sup>. Mukogingival cerrahi sadece keratinize dişeti genişliğini arttırmaya çalışmayan, aynı zamanda açığa çıkan köklerin kapatılmasını da hedefleyen bir yöntemdir. Bu amaçla, günümüze kadar açığa çıkan köklerin kapatılmasında çeşitli teknikler uygulanabilme imkanı bulabilmişlerdir. Açığa çıkan köklerin kapatılmasında her ne kadar çeşitli yöntemler kullanılsa da, klasik mukogingival cerrahi yöntemler arasında en çok kullanılan yöntemler subepitelyal, subpedikül bağdokusu greftleri ve serbest dişeti greftleri olmuştur. Serbest dişeti greftlerinde her ne kadar bazı araştırmacılar tarafından başarılı sonuçlar elde edilse de<sup>7</sup>, bağdokusu greftlerinin kanlanması hem alttaki dokudan hem de üzerindeki flepten gelmesi, çevre dokular ile renk ve kontur uyumunun daha iyi olması, verici sahada daha az hassasiyete yol açması ve alıcı sahada daha düzgün bir iyileşme sergilemesi bu tekniği serbest dişeti greftlerine göre daha başarılı yapmaktadır<sup>8</sup>. Buna rağmen, derin Miller Sınıf II dişeti çekilmelerinde tek başına serbest bağ dokusu grefti yönteminin kullanılması yeterli sonuç veremeyebilir. Bu tür derin çekilmelerde ikinci cerrahi yöntem olarak alıcı bölge gerektirmeyen semi-lunar koronale pozisyone flep tekniğinin kullanılması düşünülebilir.

## SONUÇ

Derin Miller Sınıf II dişeti çekilmelerinde Serbest bağ dokusu grefti ile çift papil flep ve semi-lunar koronale pozisyone flep tekniklerinin birlikte kullanımının tek cerrahi yöntemle göre daha olumlu sonuçlar verdiğini düşünüyoruz.

## TEŞEKKÜR

Semi-lunar koronale ilerletilmiş flep uygulaması konusundaki bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan Dr. Dt. Zübeyde ÖZGÜR'e teşekkürü bir borç biliriz.

## KAYNAKLAR

1. Ataoğlu T, Gürsel M (1999) Periodontoloji, 49-156, 3. baskı, Damla Ofset AŞ, Konya.
2. Baker P (2002) The management of gingival recession, Dent Update, 29, 114-126.
3. Özgür Z (2004) Dişeti çekilmesi tedavisinde çift lateral köprü flebi ile yönlendirilmiş doku rejenerasyonu tekniği kombinasyonunun etkinliğinin klinik değerlendirilmesi S Ü Sağ. Bil. Enst. Doktora Tezi Çalışması, Konya.
4. Tugnait A and Clerehugh V (2001) Gingival recession-its significance and management, J Dent, 29, 381-394.
5. Wennström JL (1996) Mucogingival Therapy, Ann Periodontol, 1, 671-701.
6. Pini, Prato, G., Clauser, C., Cortellini, P.: Periodontal plastic and mucogingival surgery. Periodontology 2000 9:90-105, 1995.
7. Laney, J.B., Saunders, V.B., Garnick, J.J.: a comparison of two techniques for attaining root coverage. J Periodontol 63:19-23, 1992.
8. Jahnke, P.V., Sandifer, J.B., Gher, M.E., Gray, J.L., Richardson, A.C.: Thick free gingival and connective tissue autografts for root coverage. J Periodontol 64:315-322, 1993.

## Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr.Mustafa Tunalı

Haydarpaşa GATA

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Diş hekimliği Bölümü

Üsküdar/İstanbul

Tel : 0 532 777 25 70

E-posta : mustafatunali@hotmail.com