

APIKAL REZEKSİYON YAPILMIŞ DIŞLERİN KLİNİK VE RADYOLOJİK OLARAK İNCELENMESİ

CLINICAL and RADIOLOGICAL EXAMINATION of APICAL RESECTIONED TEETH.

Tülin ÖZBAYRAK^(*), Nevin AKYÜZ^(**)

Anahtar Kelimeler: Apikal rezeksiyon, kemik iyileşmesi.

1984-1986 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'na apikal rezeksiyon operasyonu için başvuran 167 hastanın 143'ü üst çenede, 24'ü alt çenede olmak üzere toplam 180 ön dişine yapılmış olan apikal rezeksiyonun klinik ve radyolojik açıdan retrospektif olarak incelenmesi yapıldı. 167 hastadan %54'ü kadın, %46'sı erkekti. Operasyon geçiren hastaların en sık bulunduğu yaş grubu 20-30 yaşlar arasında idi. Bir sene sonra yaptığımız kontrollerde hastalarımızdan %96.7'sinde klinik, %95'inde ise radyolojik iyileşme tesbit edildi.

Sonuçlarımız diğer araştırmaların sonuçları ile karşılaştırıldı. Apikal rezeksiyonda başarısızlık nedenleri üzerinde duruldu.

Key Words: Apical resection, bone healing.

In this retrospective study, a total of 180 front teeth, belonging to 167 patients who had applied to Istanbul University, Faculty of Dentistry, Department of Oral Surgery for apical resection operation between years 1984 and 1986, have been clinically and radiologically examined. In 143 patients, the teeth for resection were on maxilla and in 24 patients, the teeth for resection were on mandibula. In 167 patients 54% of cases were women, 46% of cases were men. The patients who have been operated were mostly 20 to 30 years old. One year later, we observed clinical improvement in 96.7% of patients and radiological improvement in 95% of patients. Our results were compared with other investigations. The causes of failure of apical resection were mentioned.

Ön dişlerin estetik, fonasyon ve fonksiyon bakımından mümkün olduğu kadar uzun zaman ağızda bırakılmaları çok önemlidir. Ön dişlerin çeşitli travmalara diğer dişlerden daha fazla maruz kalmaları ve ön bölgelerde dişlerin nekrozuna neden olan estetik doğru maddelerinin kullanılması bu dişlerde arka dişlere göre daha sık apikal lezyonların meydana gelmesine neden olmaktadır. Konservatif tedavi yöntemleri ile tedavileri yapılamayan ve teknik olarak ameliyat indikasyonu olan ön grup dişlere apikal rezeksiyon (Kök ucu rezeksiyonu) uygulanır. Apikal rezeksiyon, hasta diş kökünün kanal tedavisi yapılarak kemik içindeki sağlam kısımdan kesilerek çıkartılması ve etrafındaki patolojik dokuların kürete edilmesidir. Özetlersek apikal rezeksiyon: 1- Lezyon içindeki nekrotik kök ucunun kesilmesi, 2- Ka-

nalın tam olarak doldurulması, 3- Apikal lezyonun bulunduğu bölgenin sağlam kısımlara kadar kürete edilmesidir (1, 5).

Apikal rezeksiyon indikasyonlarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- 1- Dişin apeksini içine alan kök boyunun 1/3 apikalini kapsayan periapikal doku lezyonlarında,
- 2- Travma sonucu köklerinin 1/3 apikal kısmı kırılmış dişler,
- 3- Apikalde bulunan gömük dişler,
- 4- Kök uçları eğri olan dişler,
- 5- Kök ucunda yan kanalların bulunması veya yanlışlıkla 1/3 apikal bölgede perforasyon yapılması,

(*) Prof. Dr. İ. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğr. Üyesi

(**) Doç. Dr. İ. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğr. Üyesi

6- Kanal tedavisi sırasında kanalda alet kırılmış dişler,

7- Kanalların kireçlenmesi ya da herhangi bir nedenle tıkanık olması,

8- Kök kanalının ve foramen apikalenin geniş olması,

9- Kanal tedavisi sırasında kanal dolgusunun taşkın yapılmış olması (1, 5)

Biz çalışmamızda, çeşitli nedenlerle apikal rezeksiyon geçirmiş olan dişlerde klinik ve radyolojik araştırma yaparak rezeksiyon ameliyatlarından alınan sonuçları irdelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda, I. Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalına 1984-86 yılları arasında başvuran, genel bir rahatsızlığı olmayan ve apikal rezeksiyon indikasyonu konmuş 167 hastada 180 dişle yapılan operasyonu klinik ve radyolojik açıdan retrospektif olarak inceledik.

167 hastanın 99'u kadın, 68'i erkekti. Hastaların 143'ü üst çene, 24'ü alt çenesindeki ön dişlerinden apikal rezeksiyon ameliyatı olmuştu.

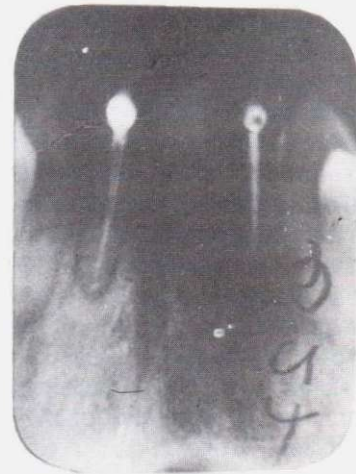
Apikal rezeksiyonlar lokal anestezi altında, lezyonun lokalizasyonuna ve mukozanın durumuna göre insizyon şekli seçildikten sonra mukoperiosteal flap kaldırıldı. Önceden açılıp genişletilmiş kanallar asit fenik, H₂O₂ ve alkoole temizlenip kurutulduktan sonra siman ve gutta-perka ile operasyon esnasında dolduruldu. Lezyon bölgesi iyice kürete edildikten sonra at-ravmatik 3-0 ipek iplikle insizyon yeri kapatıldı. Operasyondan sonra medikal tedavi ile postoperatif yakınmalarını önüne geçilerek bir hafta sonra diğışler alındı. Hastalara 15 gün sonra sürekli bir dolgu mad-desi ile kuran kısmındaki kanal ağzının doldurulması gerektiği anlatıldı.

Yukarıda anlatılan şekilde apikal rezeksiyon operasyonu geçirmiş hastaları en az bir sene sonraya çağırarak operasyonu yapılmış dişlerin klinik ve radyolojik bulgularını değerlendirdik.

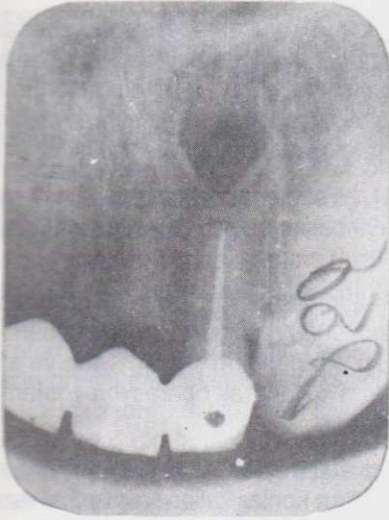
BULGULAR

Apikal rezeksiyon geçirmiş hastalarımızdan biri bir yıl sonra yaptığımız kontrolde, aşırı sallantı yüzünden diğşini çekirmek zorunda kaldığını belirtti. Üç hastada operasyon alanında fistül görülerek operasyonları yenilendi. İki hasta ise operasyon bölgelerinde künt bir ağrı ile hassasiyetten yakındılar. 174 hastada klinik olarak bir yakınma yoktu.

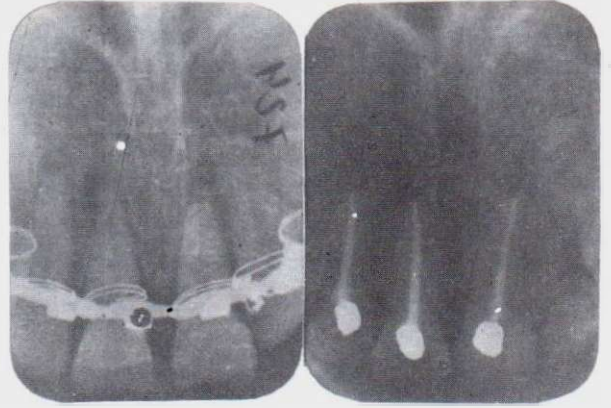
Radyolojik olarak 180 hasta incelendiğinde 18 diğşte ameliyat yerinin kemikle tam dolmadığı görüldü. Kemikte tam iyileşme olmayan 18 olgudan birinde kök kanalı içinde kanal aletinin kırılmış ve kanalın tam olarak dolmamış olduğu saptandı. İki hasta operasyondan sonra sürekli dolgularını yaptırmamış olduklarından kanal içindeki simanın rezorbe olduğu diğer iki hastada kanalların tam olarak dolmamış ya da sonradan rezorbe olduğu radyografik kontrollerde görüldü. Dört hastada kanalların tamamıyla doldurulmuş olduğu halde kemikte iyileşmenin tam olmadığı, perio-dontal aralığın geniş kaldığı izlendi. Resim (1, 2). Dokuz diğşte ise kanal dolgusu tam olarak yapılmış kök



Resim - 1, 2 Rezeksiyon operasyonundan sonra kemikte tam iyileşme olmamış bölgenin radyolojik görünümü

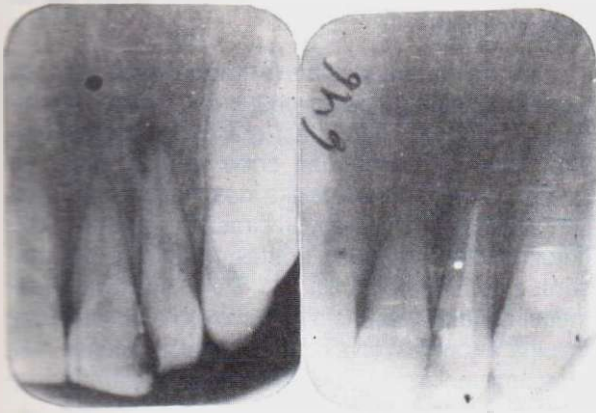


Resim - 3 Kök ucundan uzak bölgede radyolusent bir alanın radyolojik görünümü.

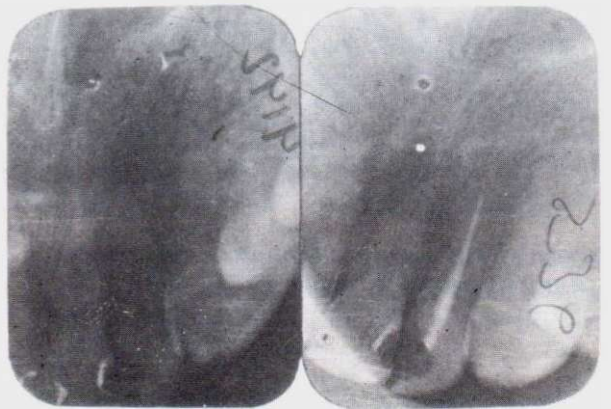


Resim - 5 Üst orta kesici ve yan kesici bir dişin operasyondan önceki ve 1 yıl sonraki radyolojik görünümü.

ucu kesilmiş ancak, kök ucundan uzak bir bölgede radyolusent bir alanın kaldığı, kemikle dolmadığı gözlemlenmiştir. Resim (3). Bu hastalarda lamina dura teşekkülü gözlemlenmemiştir. Kök ucu kemikle tamamiyle kapanmıştır ve hastalarda hiçbir klinik yakınma yoktur. 162 apikal rezeksiyonlu dişin kök ucu tamamiyle kemikle dolmuş ve iyileşme tamamlanmıştır. Resim (4,5,6,7,8.).



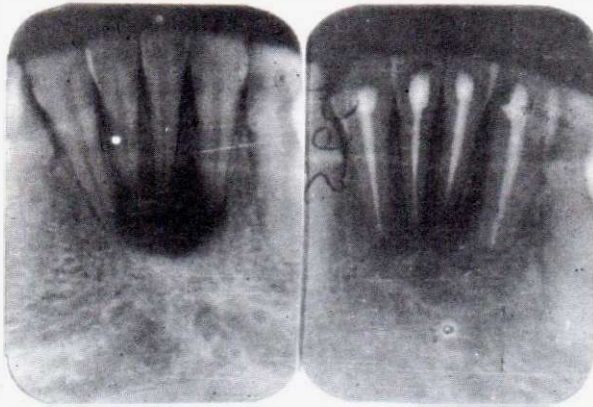
Resim - 4 Üst yan kesici dişin apikal rezeksiyon operasyonundan önceki ve 1 yıl sonraki radyolojik görünümü.



Resim - 6 Üst yan kesici dişin operasyondan önce ve 1 yıl sonraki radyolojik görünümü.



Resim - 7 Apikal rezeksiyon geçirmiş dişlerin operasyondan önceki ve 1 yıl sonraki radyolojik görünümü



Resim - 8 Alt ön grup dişlerin apikal rezeksiyondan önce ve 1 yıl sonraki radyolojik görünümleri

TARTIŞMA

19. Yüzyılda Partsch'ın bugünkü operasyonu tekniğini ortaya atmasından sonra çeşitli araştırmacılar operasyondan sonra görülen komplikasyonları ortadan kaldırmak ve daha başarılı operasyonlar için birçok çalışmalar yapmışlardır.

Sonnabend (10), apikal rezeksiyonun başarısında röntgen kontrolü üzerinde durmuş, bu operasyonda röntgenin, indikasyonda kanal dolgusunun incelenmesinde ve operasyondan 1 yıl sonra iyileşmenin kontrolünde gerekli olduğunu ifade etmiştir.

Archer (1), iyi bir kanal dolgusu ve kökün rezeksiyonu ile %99 başarı sağlanabileceğini belirtmiştir.

Becker ve arkadaşları (2), 1975-85 yılları arasında yapılmış olan 9000 rezeksiyon operasyonunu istatistiksel olarak değerlendirmişlerdir. Titan ve aliminyum seramik kon kullanarak operasyon yöntemlerini karşılaştırmışlardır.

Trippler ve arkadaşları (11), 1981-85 yılları arasında standart titan konlar kullanarak apikal rezeksiyon yapmışlar ve %90 başarı sağlamışlardır.

Mohr, Tetsch ve Schaudig (8), 1979-83 yılları arasında 799 hastanın 956 dişine gümüş konlar kullanarak apikal rezeksiyon yapmışlar, bu hastalarda klinik başarı oranı %77,8, radyolojik başarı oranını ise, %69 olarak saptamışlardır.

Sauer ve arkadaşları (9) ise, apikal rezeksiyonda farklı kanal dolgu maddelerini karşılaştırmışlardır.

Lindemann, Kopp ve Hoffmeister (7) yaptıkları araştırmada, 1070 olguda kanalları apikal rezeksiyondan önce, 1508 olguda ise operasyon sırasında doldurmuşlardır. Operasyondan önce yapılan kanal dolgularında başarısızlık oranı %34,6, operasyon sırasında yapılan kanal dolgularında ise %18,8 olarak kaydetmişlerdir.

Khoury ve arkadaşları (4), apikal rezeksiyonda kanal dolgusunun operasyondan önce ya da operasyon sırasında doldurulması arasında karşılaştırma yapmışlar, operasyondan önce yapılan dolgunun operasyon süresini 20 dakika kısalttığını ve %53 başarı sağlandığını, operasyon sırasında kanalların doldurulması ise, iyileşmeyi ağırlaştırdığını, ve %45 başarı olduğunu belirtmişlerdir. Bu hastalarda iyileşmenin daha ağır olmasını, operasyon süresinin uzamasına ve operasyon sırasında kanalda bulunan mikroorganizmaların kaviteye girmesine bağlamaktadırlar.

Kanal dolgusunun operasyondan önce ya da operasyon sırasında yapılması terdidi çeşitli yazarlar tarafından araştırılmış ve hala da bu konuda çalışmalar yapılmaktadır. Her iki durumda avantajlı ve dezavantajlı yanları bulunmaktadır. Biz kliniğimizde kanal-

Operasyon sırasında doldurmaktayız. Ancak bazı özel durumlarda diğer şeklide uygulamaktayız. Kopp ve arkadaşları (6) 1974-85 yılları arasında yaptıkları çalışmada apikal rezeksiyon komplikasyonları ve başarısızlıklarını incelemişlerdir. Yazarlara göre, operasyon sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların oranı %5,8 olarak belirtilmiş. Komplikasyonları sinüs yaralanması, sinüs açılması, burun perforasyonu, kanama ve yara iyileşme bozuklukları olarak belirtmişler. Yara iyileşme bozuklukları %12 oranında görülmüş. Diyabet gibi çeşitli riskli hastalarda ise bu oran arttığı saplanmıştır. Yazarlar, komplikasyonların ortaya çıkmasında rezeksiyon alanının genişletilmesi rezeksiyon şeklinin, dişin sallantısının ve diğin eğiliminin etkili olduğunu savunmuşlardır. Hastanın yaş ve cinsiyetine özgü bir komplikasyonun ortaya çıkması dâhil söylemişlerdir.

Bumberger ve arkadaşları (3), 9446 olgu üzerine gerçekleştirilen istatistiksel çalışmada apikal rezeksiyon operasyonunun %54 oranında kadınlarda, %46 oranında ise erkeklerde yapılmış olduğunu, yaş ortalaması olarak en sık %37 oranında 21-30 yaşları arasında uygulandığını belirtmişlerdir. Yazarlar bu operasyonun en çok üst çene (%73,3) ve ön bölgede orta bölgede (%16) yapıldığını söylemişlerdir.

Bizim araştırmamızda da %59 oranında kadın hastaların bulunması ve operasyonun en sık 20-30 yaşları arasında yapılmış olması, %74 oranında üst çene ön bölgede uygulanmış olması Bumberger ve arkadaşlarının çalışmaları ile paralellik göstermektedir.

Apikal rezeksiyonda başarısızlık nedenlerini kısaca aşağıdaki gibi özetleyebiliriz.

- 1- Yanlış indikasyon konulması,
- 2- Yanlış ameliyat tekniğinin uygulanması,
- 3- Kanalda alet kırılması, kanal tedavisinin tam ve iyi yapılmaması,
- 4- Yetersiz veya fazla kökün rezekte edilmesi,
- 5- Taşmış olan kanal dolgu patlarının, kist, granülom gibi patolojik oluşumların iyi kürete edilmemesi, kemik kavitesi içinde bırakılması,
- 7- Operasyon esnasında komşu dişlere zarar verilmesi, sinüs, burun perforasyonları,
- 8- Hastanın postoperatif bakıma önem vermemesi.

Apikal rezeksiyonda başarısızlık nedenlerini ortadan kaldırmak için röntgen kontrolü şarttır. Apikal rezeksiyonda röntgen filmine indikasyon koymak için, kanal dolgusunun incelenmesinde ve rezeksiyondan sonra iyileşmenin kontrolü için ihtiyaç vardır.

SONUÇ

Çalışmamızda %96,7 oranında klinik, %95 oranında ise radyolojik iyileşme tesbit edildi. Bu nedenle apikal rezeksiyon tedavisinin uygun vakalarda seçilecek iyi bir yöntem olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

- 1- Archer, H. : *Oral and Maxillofacial Surgery*, 5. Ed., Philadelphia, London, Toronto, W. B. Saunders Comp., 391-399, 1975.
- 2- Böcher, S., Tetsch, P., Karcher, R., Trippler, S. : Statistische Auswertung von 9000 Wurzelspitzenresektionen, *Dtsch Zahnärztl Z* 42, 226-227, 1987.
- 3- Bumberger, U., Kunde, V., Hoffmeister, B. : Statistische Erhebungen zu 9448 Wurzelspitzenresektionen, *Dtsch Zahnärztl Z* 42, 224-225, 1987.
- 4- Aboury, F., Schulte, A., Becker, R., Hahn, T. : Prospektive Vergleichsstudie zwischen prä- und intraoperativen Wurzelspitzenresektionen, *Dtsch Zahnärztl Z* 42, 248-250, 1987.
- 5- Riley, H. C., Seward, G. R., Kay, L. W. : *An Outline of Oral Surgery*, Part 1, Bristol, John Wright and Sons Ltd., 168-169, 1975.
- 6- Kopp, St., Hoffmeister, B., Bumberger, U. : Komplikationen und Mißerfolge der Wurzelspitzenresektionen: eine Auswertung von 3281 Fällen, *Dtsch Zahnärztl Z* 42, 228-230, 1987.
- 7- Lindemann, U., Kopp, St., Hoffmeister, B. : Die Ergebnisse der präoperativen und intraoperativen Wurzelspitzenresektion im Vergleich, *Dtsch Zahnärztl Z* 42, 245-247, 1987.
- 8- Mohr, P., Tetsch, P., Schaudig, D. : Langzeitergebnisse nach Wurzelspitzenresektionen mit intraoperativen apikalen Silberstiftfüllungen, *Dtsch Zahnärztl Z* 42, 274-276, 1987.

- 9- Sauer, H. R., Burring, K. F., Fritzsche, C. U., Lentrodt, J.: Rasterelektronen und auflichtmikroskopische Vergleichsuntersuchungen zur Randspaltkonfiguration verschiedener Verschlusstechniken bei der Wurzelspitzenresektion., Dtsch Zahnärztl Z 42, 254-257, 1987.
- 10- Sonnabend, E.: Zur röntgenologischen Beurteilung und Kontrolle der Wurzelspitzenresektion., Dtsch Zahnärztl Z 21; 21; 1275-1280, 1966.
- 11- Trippler, S., Tetsch, P., Schmitt, H. J.: Fünfjährige klinische Erfahrungen mit genormten apikalen Titanstiften bei Wurzelspitzenresektionen., Dtsch Zahnärzte 42, 277-279, 1987.

YAZIŞMA ADRESİ

Prof. Dr. Tülin ÖZBAYRAK

AĞIZ, DIŞ ÇENE HASTALIKLARI

ve TEDAVİSİ ANABİLİM DALI

34390 ÇAPA – İST.