

## AKUT APİKAL ABSELİ DİŞLERİN TEK SEANSTA TEDAVİSİ\*

Gündüz Bayırlı<sup>1</sup> Sema Yıldırım<sup>2</sup>

Yayın kuruluna teslim tarihi : 16.8.1994

Yayına kabul tarihi :5.1.1995

### Özet

Bu yazıda iki adet akut apikal abseli dişin tek seansta tedavileri anlatılmıştır. İki genç hastada, akut apikal abseli, üst yan keser dişle üst orta keser dişin ayrı ayrı kanalları, temizlenip, sodyum hipoklorit ve hidrojen peroksitle yıkanarak genişletilmiş ve o seansta kök kanalı yoluyla drenaj sağlanmıştır. Her iki dişin kanalı da Laterai kondansasyon yöntemi ile "Calciobiotic Root Canal Sealer"la doldurulmuştur. Dolgudan sonra hastalara beş gün için antibiyotik verilmiştir. 24 saat sonra ve bir hafta içinde hastaların şikayeti olmamıştır. İki senelik kontrol sonunda periapikal lezyonların tümüyle iyileştiği, radyografilerde izlenmiştir.

Anahtar sözcük: Akut apikal apse.

### EFFECTIVE ONE-VISIT THERAPY FOR THE ACUTE PERIAPICAL ABSCESS.

#### Abstract

Two cases were presented involving acute periapical abscess. The teeth were treated using a single-visit endodontic protocol. None of the patients treated according to this protocol experienced exacerbations of presenting signs and symptoms after treatment. At the two years recall appointment, they were asymptomatic and showed radiographic evidence of complete healing.

Key word: Acute periapical abscess.

### GİRİŞ

Pulpitisli dişlerin tek seansta kanal tedavisinin başarılı olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (11). Periapikal lezyonlu dişlerin tek seans-taki kanal tedavileri incelemeleri de yapılmaktadır (15). Tek seansta kanal tedavisi araştırmalarının öncülerinden birinin Gürkan oluşu sevindiricidir (7). Gürkan 1955'de Atina'da yapılan Stomatoloji Kongresine "tek seansta gangren tedavisi" konusunda bir tebliğ vermiştir (7).

Tek seansta kanal tedavisi hem hastalar hem de diş hekimleri için oldukça caziptir. Her şeyden önce, zaman kazandırır. Özellikle stresli hastalar için tedavinin bir seansta tamamlanması, çok rahatlatıcıdır. Seanslar arasında olabilecek sızıntı tehlikesi yoktur.

Fox ve ark (6) 1970, bir seansta tedavi ettikleri 291 dişin sadece % 7'sinde tedaviden sonraki 24 saat içinde şiddetli ağrı olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmacıların önemle belirttikleri bir nokta, periapikal dokuları radyografide normal görünen dişlerdeki postoperatif ağrının, periapikal radyolüsent sahası bulunanlara kıyasla daha fazla olduğudur. Aradaki farkın % 5 seviyesine kadar yansıdığı, istatistik açıdan anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (6).

Saltanoff, (1978), tek seansta tedavi edilen 80 dişte % 15; çok seansta tedavi edilen 186 dişte de % 12 başarısızlık olduğunu açıklamıştır (14).

Rudner ve Olet, (1981) tek seansta tedavi edilen 98 dişte % 10,2; çok seansta tedavi edilen 185 dişte % 11.3 başarısızlık elde etmişlerdir (13).

Olet (8) 1983'de, tek seansta tedavi edilen 153 dişte ve çok seansta tedavi edilen 185 dişte, % 11 başarısızlık bulmuştur (8).

Alaçam (1985), 212 dişi tek seansta doldurarak postoperatif ağrı durumunu incelemiştir. Dört çeşit kanal dolgusu kullanılan bu araştırma-

\* Endodonti Derneği, I. İlimi Kongresi'nde tebliğ edilmiştir. 24 Nisan 1991, İstanbul

1 Prof Dr İ Ü Diş Hek Fak Endodonti Bilim Dalı

2 Dr İ Ü Diş Hek Fak Endodonti Bilim Dalı

nın sonucunda araştırmacı, vital pulpalı dişlerin tek seansta tedavisinden sonra çok az ağrı olduğunu ve ağrının dolgu çeşidiyle ilişkili olmadığını, bildirmiştir (1).

Pekruhn, 1986, tek seansta tedavi ettiği 925 dişi bir sene sonra inceleyerek, % 5.2 başarısızlık bulmuştur. Aynı araştırmacı, 26 yılda diğer araştırmacılar tarafından yapılan başarı incelemeleri ortalamalarına göre başarısızlık oranının % 2.3 ile % 30 arasında değiştiğini genel ortalamanın % 13 olduğunu açıklayarak, tek seans tedaviden sonra başarının hiç de düşük olmadığını bildirmiştir (11).

Dalat ve Zaimoğlu, 1986 tek seansta doldurulan dişlerde ağrı yüzdelerinin çok seansta doldurulanlara kıyasla daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (41).

Trope, (16) 1991, periapikal dokuları normal olan, apikal periodontitisli ve daha önce kanal tedavisi yapılmış apikal periodontitisli 226 dişe tek seansta kanal tedavisi yaparak postoperatif ağrı ve şişlik durumunu incelemiştir. Periapikal dokuları normal olan dişler de hiç ağrı olmadığını, apikal periodontitisli dişlerde % 1,4 oranında ağrı olduğunu; daha önceden kanal tedavisi yapılmış apikal periodontitisli dişlerde en fazla % 13 ağrı olduğunu, bildirmiştir (16).

Southard ve Rooney (15), akut apikal abseli 19 hastanın dişlerini tek seansta tedavi etmişlerdir. Tedaviden bir sene sonra, radyografik ve klinik kontrollerde dişlerin normal olduğunu bildirmişlerdir.

Bu çalışma tek köklü ve tek kanallı ve akut apikal abseli dişlerin tek seansta yapılan tedavilerinin başarılı sonuçlar vermesi nedeni ile ilginç bulunmuştur.

## OLGU

1. Hasta 13 yaşında bir erkek çocuğ olup, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine 1987'nin Aralık ayında başvurmuştur. Fakülteye gelme nedeni üst sol keser dişlerin vestibül tarafından şişlik dişte yükselme hissi ve ağrı olmasıydı. Yapılan vitalometrik muayene sonucu üst sol orta ve yan keser dişlerin pulpasının canlı olmadığı görüldü. Periapikal radyografilerinde yan keser dişin kök ucunda geniş ve koyu renkli çevreye doğru ilerledikçe rengi açılan radyolüsent bir gölge saptanmıştır (Resim 1).

Hastanın dişine, basınç yapmadan ve dişin sallanmamasına gayret edilerek, yüksek devirli airotor'le endodontik kavite açıldı. Pulpa odasına ulaşıldıktan sonra tir nerfle kök kanalı boşaltıldı. Apse üzerine hafifçe palpe edilerek kanal yoluyla drenaj sağlandı. Cerahatin geldiği görüldü. Gerekli biyomekanik kanal preparasyonundan sonra % 5'lik sodyum hipoklorit ve H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ile yıkandı, kâğıt konlarla kanallar kurutuldu.

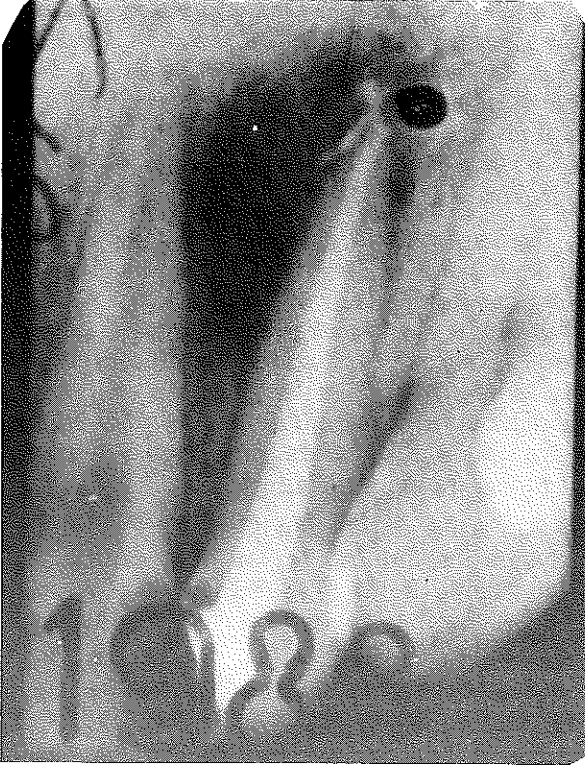
Bir kalsiyum hidroksit patı olan CRCS ile lateral kondansasyon sistemi uygulayarak kök kanalı dolgusu yapıldı (Resim 2). Siman kaide ve kompozit dolgu yapılarak restoratif tedavisi tamamlandı. Hastaya antibiyotik ve analjezik verilerek 5 gün kullanılması önerildi. 24 saat, üç ve beş gün sonra hastanın klinik muayeneleri yapıldı. 24 saat sonra şişlik oldukça azalmıştı, ağrı şikâyeti yoktu. Üç gün sonra hiç şişlik kalmadı.

Altı aylık periodik tetkiklerimizde periapikal radyografiler alınarak lezyon bölgesinin küçüldüğü izlendi (Resim 3). İki yıl sonraki radyografilerinde başarılı bir periapikal iyileşmenin gerçekleştiği görüldü (Resim 5).

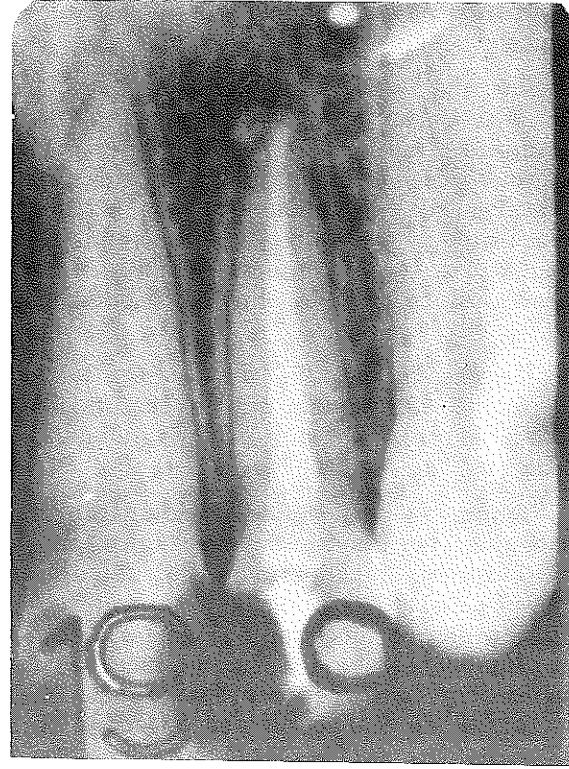
Resim 1. Üst sağ yan keser dişten tedaviye başlamadan önce alınan radyografide periapikal lezyon görülmüyor.



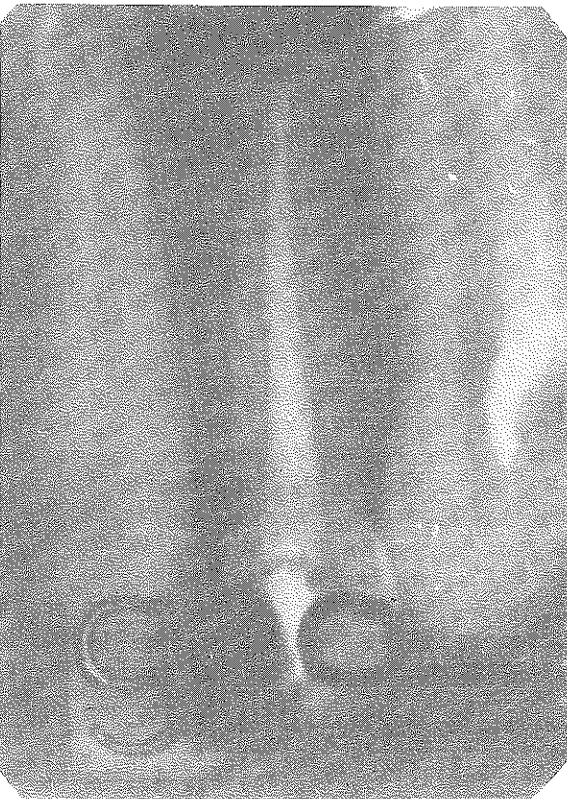
**Resim 2. Kamul calciobiotic root canal sealer ve Q,P ile doldurulduktan sonra alınan radyografi**



**Resim 4. Tedavinin bitiminde bir yıl sonra alınan radyografide, periapikal lezyonun iyileştiği görülüyor.**



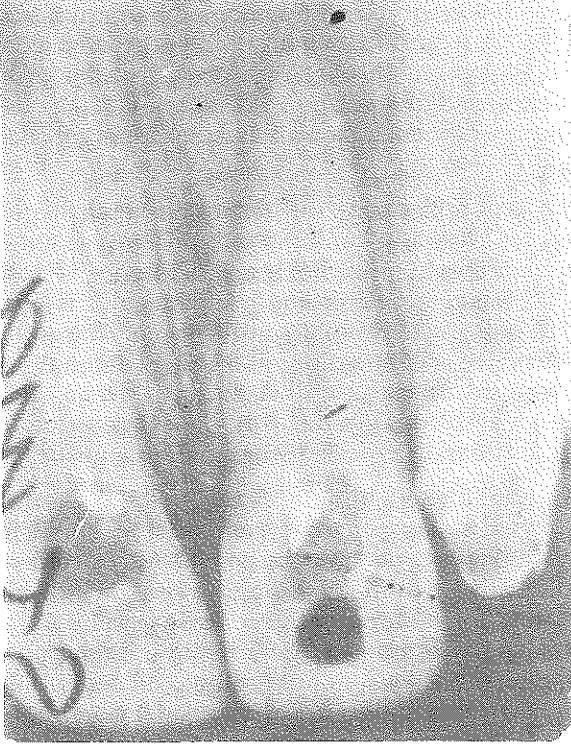
**Resim 3. Tedaviden altı ay sonra alınan radyografi**



**Resim 5. Tedaviden iki yıl sonraki**



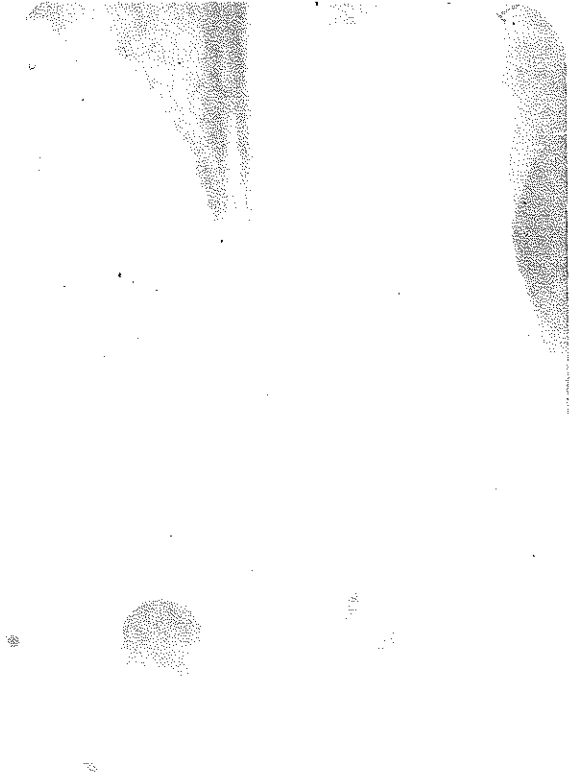
Resim 6. Üst sol orta keser diştten tedaviye başlamadan önce alınan radyografide geniş bir periapikal lezyon görülüyor.



Resim 8. Tedaviden altı ay sonra alınan radyografide her iki diştin periapikal dokuları görülüyor.



Resim 7. Kanal Calciobiotic root canal sealer ve gutta percha ile doldurulduktan sonra alınan radyografi.



Resim 9. Tedavinin bitiminden oniki ay sonra alınan radyografide, periapikal lezyonun iyileştiği görülüyor.





Resim 10. Tedavinin bitiminden 18 ay sonra alınan radyografi, Periapikal dokular normal.



İkinci hasta 16 yaşında erkek lise öğrencisidir. Fakültemiz Endodonti Kliniğine 1989 yılının Kasım ayında üst ön orta keser dişlerinde ağrı olduğu için müracaat etmiş; yaptığımız klinik muayenede üst sol orta keser dişin apeks hizasında şiş olduğu görüldü. Yaptığımız vitalometrik muayene sonucunda her iki orta keser dişin pulparlarının canlı olmadığı anlaşıldı. Periapikal radyografide üst sol orta keser dişin kök ucunda geniş koyu radyolusent bir gölge görülmüştür (Resim 6). 1.ci vakada olduğu gibi aynı şekilde iki orta keser dişin endodontik tedavi işlemleri yapıldı ve kanal guta perka ve CRCS ile lateral kondansasyon yöntemiyle dolduruldu. Restoratif tedavisi tamamlanarak, antibiyotik ve analjezik verilerek beşgün kullanılması önerildi antibiyotik olarak penisilin veya Eritromisin tercih edildi. 24 saat, üç ve beş gün sonraki kontrollerimizde periapikal radyografiler alınarak klinik muayene yapıldı. Hastanın hiç ağrı şikâyeti olmadı. Üç gün sonra şişlik tümüyle kayboldu. Altı ay ara ile alınan radyografilerde periapikal lezyonun iyileştiği görüldü (Resim 7,8,9).

## TARTIŞMA

Klinik ve radyografi muayenelerden, her iki dişte de başarılı bir iyileşme olduğu anlaşılmıştır. Tabii, akut apikal abseli bir dişin tek seansta tedavisi, ilk bakışta alışlagelmişin çok dışında; sanki imkansızmış gibi görünür fakat konuyu, daha derin tartıştığımızda, bunun olabilirliği ortaya çıkaracaktır.

Akut apikal abseli dişlerin bilinen alışlagelmiş tedavisi, kök kanalını açık bırakıp, absenin drenajı için bir süre beklemektir. Bence ve ark, 1980, kanalı açık dişlerin ilk kapanışta % 10'inin akut hale geçtiğini bildirmişlerdir (3). August (2) daha önce açık bırakılmış akut apikal abseli dişleri aynı seansta genişletip kapatmıştır. Daha önce kanalı açık bırakılıp da, aynı seansta genişletilip doldurulan dişlerde % 94 başarı elde etmiştir (2).

Kanalın açık bırakılıp kanal tedavisi seanslarının uzatılması hem hasta hem de dişhekimi için zaman kaybına neden olur. İkinci ve en önemli sakıncası da bir dişin kök kanalının kendi içinde bir bakteri florası vardır ve vücut savunması bu flora ya karşı hazırlanmıştır. Kanal açık bırakıldığında, ağız ortamından yeni mikroorganizmalar kanala girer ve onların yeni ürünlerine karşı yeni bir savunma gerekir (17).

Southard ve Rooney 1984, ondokuz hastanın tek veya iki kanallı dişlerini akut apikal abseli oldukları halde, tek seansta tedavi etmişlerdir. Bu araştırmacılar, ilk seansta hem kanalı temizleyip doldurmuşlar, hem de yumuşak dokuda ensizyon yapmışlar ve apseyi iyice boşaltmışlardır. Biz, yaptığımız iki akut apikal abse tedavisinde, hiç ensizyon yapılmadan durumu incelemek istedik. Çünkü pratikte her abseli dişe ensizyon yapılmaz, ensizyon yapmanın belirli esasları vardır. Sonuçta da, ensizyon yapmaksızın, akut apikal abseli dişlerin iyileştiğini izledik.

Southard ve Rooney, yumuşak doku ensizyonu ve yeterli drenaj yapıldıktan sonra, periapikal doku basıncının azalacağını ve böylece içine alınımayan kanalın kuru olarak genişletilebileceğini ileri sürmektedirler. Biz de, kök kanalı yolu ile, periapikal eksüdayı boşaltarak basıncı azaltmağa çalıştık.

Weine, (17) 1989 baskısı olan endodonti kitabında, akut apikal abseli dişler için eskiden geçerli olan tedavi yönteminin değiştiğini, bildirmektedir. Weine'a göre, bugün geçerli olan tedavi kanalı açık bırakmak değil, ilk seansta kanalı açarak,

cerahati iyice drene etmektir. Kanal açıldıktan sonra sabırla beklenerek drenajın yapılması gerekir; bu işlem 15 dakika ve nihayet bir saat kadar bir süre alacaktır. Ancak eksüda iyice boşaltıldıktan sonra kanal kapatılır. İki beş gün arasında hasta tekrar çağrılır (17).

Bu tedavi yönteminden, bizimkinin farkı, kalandan eksüdanın iyice boşaltılmasından sonra, kanalın doldurulmasıdır. Pratik tedavide, birçok dişhekimi, akut apikal abseli dişin kanalını temizleyip, kapattuktan iki üç gün sonra hasta geldiğinde absenin tamamen kaybolduğunu, birçok kez izlemiş olabilir.

Kök kanalı temizlendikten sonra, doldurulmadığı halde, periapikal lezyonların iyileştiği, bazı araştırmacılar tarafından bildirilmiştir. Weine (17), 1972, üst sol ikinci küçük azının kanalının genişletilip, beş hafta sonra radyografi alındığında, radyolusent gölgenin kaybolduğunu bildirmiştir (17). Donnely (5) 1990, periapikal lezyonu olan bir üst sağ yan keser dişin, kanalının temizlenip genişletildikten üç sene sonra, kanal doldurulmadığı halde, periapikal lezyonun tamamen iyileştiğini, radyografilerle göstermiştir (5).

O halde, asıl sorun kök kanalının içindeki mikroorganizmalar ve nekrotik artıklardan kaynaklanmaktadır. Akut apikal abseli dişlerde de kök kanalı temizlenince, periapikal dokuların iyileşmesi gerekir.

Akut apikal abseli dişlerde diğer bir sorun, antibiyotik kullanılmasının gerekli olup olmadığı ve hangi antibiyotüğün kullanılacağıdır. Southard ve Rooney, bazı hastalarda penisilin ve alerjisi olanlarda eritromisin kullanmışlardır (15). Fakat bir farmakolog olan Pallas yeterli drenaj yapıldıktan sonra, antibiyotik kullanmağa gerek olmadığını, bildirmiştir (9).

Weine (17) 1989, akut apikal abseli bir dişte yeterli drenaj yapılabilmisse, antibiyotik vermeğe gerek olmadığını, fakat drenaj yapılmıyorsa veya yeterli değilse antibiyotik verilmesi gerektiğini, açıklamıştır (17).

Biz de bu dişlerde, yalnız kök kanalı yolu ile drenaj yapıldığı ve yeterli olmadığı için, antibiyotik vermeği gerekli gördük.

Tek seansta kanal tedavilerinde en önemli problemin, postoperatif ağrı olduğu ileri sürülmüştür. Fakat yapılan araştırmalarda çok seanslı tedavi ile kıyaslandığında bu ağrının çok olmadığı izlenmektedir: Pekruhn (10), 1981, tek seans ve çok seansla doldurulan dişlerde postoperatif ağrılı günlerin toplamını kıyaslamış arada bir fark bulamamıştır (10). Roane ve ark. (12), 1983, tek seanstan sonra ağrının çok seanslı tedavilerden sonrakinin yarısı kadar olduğunu, bildirmişlerdir (12). Olet (8) 1953, postoperatif rahatsızlık bakımından tek seansla çok seans arasında herhangi bir fark bulamamış; postoperatif rahatsızlıkların kanal aletinin foramen apikaleyi geçmesi veya taşkın dolgu nedeniyle olduğunu belirtmiştir (8).

Soltanoff, 1978, şiddetli preoperatif enflamasyonun, çok seans tekniğine kıyasla tek seansla, postoperatif ağrıyı arttırdığı hipotezini ortaya atmıştır (14). Southard ve Rooney, kendi çalışmalarının bu hipotezi desteklemediğini belirtmişler ve yaptıkları işlemin ağrıyı azalttığını ileri sürmüşlerdir (15).

Bizim bu iki hastamızda da ağrı olmamıştır.

Bu dişlerde, akut apikal abseli oldukları için, kök ucuna fazla basınç yapılmaması düşüncesiyle tek kon yöntemi uygulanmıştır. Diğer guta-perka yöntemlerinde, kök ucuna fazla basınç yapılmaktadır.

İki olgu ancak bir tedavi yönteminin incelenmesidir. Bunlara bakarak, tüm akut apikal abseli dişleri tek seansta tedavi edebileceğimizi ileri sürmek doğru değildir. Bu konuda daha pekçok araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu belki de gelecekte bu tip tedavilerin incelenmesi için araştırmacılara cesaret verecektir.

## KAYNAKLAR

1. Alaçam T. Incidence of postoperative pain following the use of different sealers in immediate root canal filling. *J Endodon* 1985; **11**: 135-73.
2. August DL. Managing the abscessed open tooth: Instrument and close. *J Endodon* 1982; **2**: 364-6.
3. Bence R, Meyers RD, Knoff R.V. Evaluation of 5000 endodontic treatments: Incidence of the opened tooth. *Oral Surg* 1980; **49**: 82-4.
4. Dalat D, Zaimoğlu, L. Tek ve çok seansta uygulanan kanal tedavilerinde ağrı insidansı, *G Ü Dişhek FD* 1986; **3**: 47.
5. Donnely LC. Resolution of a periapical radiolucency without root canal filling. *J Endodon* 1990; **16**: 394-5.
6. Fox J, Atkinson JS, Dinin AP, Greenfield E, Hechtman E, Reeman CA, Salkind CJ. Incidence of pain following one visit, endodontic treatment. *Oral Surg* 1970; **14**: 123-30.
7. Gürkan Sİ. Treatment of pulp gangrene one Sitting, Second Panhellenic. Odonto - Stomatologie Congress, Athens, September, 1955.
8. Oliet S. Single-Visit Endodontics: A clinical Study. *J Endodon* 1983; **9**: 147-52.
9. Pallasch TJ. Pharmacology for dental students and practitioners. Philadelphia. Lea and Febiger 1980: 248.
10. Pekruhn RB. Single - Visit endodontic therapya preliminary clinical study. *J Am Dent Assoc* 1981; 873-7.
11. Pekruhn RB. The incidence of failure following single-visit endodontic therapy. *J Endodon* 1986; **12**: 68-72.
12. Roane JB, Dryden JA, and Grimes EW. Incidence of postoperative pain after single and Multiple-Visit endodontic procedures *Oral Surg* 1983; **55**: 68-72.
13. Rudner WL, Oliet S. Single-Visit endodontics: a concept and a clinical study compend continuing Educ 1981; **2**: 63-8.
14. Soltarnoff W. A comparative study of the Single-visit and the multiple-visit endodontic procedure *J Endodon* 1978; **9**: 278-81.
15. Southard DW, Rooney TP. Effective one-visit therapy for the acute periapical abscess. *J Endodon* 1984; **10**: 580-3.
16. Trope M. Flare-up rate of single-visit endodontics. *Int Endodon J* 1991; **24**: 24-7.
17. Weine FS. Endodontic therapy St Louis CV. Mosby Co, 1972: 256 and 1989: 200-1.

## Yazışma adresi:

Prof Dr Gündüz Bayırh  
İ Ü Diş Hek Fak  
Endodonti Bilim Dalı  
34390 Çapa - İstanbul