

## Alveoler kret defekti olgularında sabit bölümlü protez estetiğinin onley dişeti grefti ile artırılması: Bir olgu sunumu

Mine Öztürk Tonguç\*, Süha Türkaslan\*\*, Güliz Öngüç\*

\* Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji AD, Isparta, Türkiye.

\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi AD, Isparta, Türkiye.

### Özet

Alveoler kretteki lokalize defektler, bölgenin başarılı protetik rehabilitasyonunu engelleyerek, estetik ve fonetik problemlere neden olur ve oral hijyen uygulamalarını güçleştirir. Kısmi dişsiz kretlerin boyut olarak artırılması, final protetik restorasyonun başarısını arttırmaktadır. Yumuşak doku hacmini arttırmak için onley dişeti grefti kullanılması tedavi seçeneklerinden bir tanesidir. Bu olgu sunumunun amacı; üst çene ön bölgedeki alveoler kret deformitesi ve diş eksikliğinin başarılı periodontal ve protetik tedavisini ve uzun dönem sonuçlarını sunmaktır.

**Anahtar kelimeler:** alveoler kret defekti, onley dişeti grefti, protetik rehabilitasyon

### Abstract

#### Enhanced Esthetic of The Fixed Partial Denture with Onlay Gingival Graft in Case of Alveolar Ridge Defects: A Case Report

Localized defects of the alveolar crest impair prosthetic restoration of the damaged ridge area, causing esthetic and phonetic problems and oral hygiene complications. Augmentation of the partially edentulous ridge can significantly improve the results of the final prosthodontic rehabilitation. For enhancing soft tissue volume, the onlay gingival graft is one of the choice of treatment. The aim of this report is to present the successful periodontal and prosthodontic treatment of alveolar ridge deformity in maxillary anterior region and its long-term follow-up.

**Key words:** alveolar ridge defect, onlay gingival graft, prosthetic rehabilitation

### Giriş:

Sabit protez ve implant uygulamalarında alveoler kretin genişlik ve yüksekliği, restorasyonun estetik ve fonetik açıdan başarısını etkilemektedir. Alveoler kret deformiteleri periodontal hastalık, periapikal lezyonlar, tekrarlayan apseler, travmatik yaralanmalar, uygun olmayan diş çekimleri, implant başarısızlıkları, tümör ve konjenital hastalıklar nedeniyle oluşur.

Doku kaybı bukko-lingual ya da apiko-koronal kret boyutunu veya her ikisini birden azaltabilir. Krette oluşan değişiklikleri Seibert, horizontal ve vertikal yöndeki kayıplara göre üç sınıfta değerlendirmiştir (1,2):

SINIF1: Bukko-lingual doku kaybı ile birlikte apiko-koronal yönde normal kret yüksekliği

SINIF2: Apiko-koronal doku kaybı ile birlikte bukko-lingual yönde normal kret yüksekliği

SINIF3: Krette bukko-lingual ve apiko-koronal doku kaybı sonucu normal yükseklik ve genişlikte kayıp

Allen et al. (1985) ise; kretteki doku kaybı sınıflandırmasını, komşu krete göre defekt

**Yazışma Adresi/Corresponding:** Mine Öztürk Tonguç  
Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Doğu Yerleşkesi Çünür/ ISPARTA  
E-mail adresi: mine@dishek.sdu.edu.tr  
Tel: 0246 211 8799

Müracaat tarihi: 10.03.2011  
Kabul tarihi: 14.07.2011

derinliğini ölçerek şu şekilde değerlendirmiştir: krette 3mm den az kayıp minimal, 3- 6 mm kayıp orta derecede, krette 6 mm den daha fazla kayıp ise ciddi kret kaybı olarak tanımlanmıştır (3). Alveoler kret defektlerini yumuşak doku ile ya da sert doku ile greftleme teknikleri veya bu tekniklerin kombinasyonu ile düzeltmek mümkündür.

Kret rezorpsiyonunun aşırı olduğu durumlarda sert doku greftleri ile kret düzeltilmesi daha uygun iken, minimal veya orta dereceli kret defektleri, yumuşak doku greftleri ile düzeltilebilmektedir. Cerrahi yöntem tercihi, iyileşme sonrasında yapılacak protetik tedavi şekline de bağlıdır. Sabit parsiyel protez planlandığında yumuşak doku ile kret düzeltilmesi yeterli iken; implant uygulaması tercih edileceğinde sert doku ile kret düzeltilmesi gerekmektedir (4). Yumuşak doku greftleri ile kret düzeltilmesi, estetiğin düzeltilmesinin yanında parsiyel ve tam dişsiz hastalarda keratinize doku genişliğini arttırmada da kullanılabilir. Yeterli keratinize doku genişliği; dental implant başarı oranı, peri-implant mukoza sağlığı ve estetik sonuçlar açısından önemlidir (5). Keratinize dişetin yetersiz olması veya hiç olmaması durumunun, ilerideki kret düzensizlikleri üzerine etkisinin olmadığı da ileri sürülmektedir (6).

Alveoler kretin genişletilip yükseltilmesinde, otojen yumuşak doku grefti tekniklerinden serbest dişeti grefti, subepitelyal bağ dokusu grefti ve yüzeyi epitelle örtülü kalın bir bağ dokusu tabakası içeren onley dişeti grefti teknikleri kullanılabilir (4). Bu tekniklerin başarı oranlarının yüksek olması, hastanın kendi dokusu kullanıldığı için greft reddinin olmaması ve biyomateryal kullanılan tekniklere göre maliyetinin daha ucuz olması avantajlarıdır. Bu yöntemlerin bir takım dezavantajları da mevcuttur. Otojen doku kullanımının temel dezavantajı ikinci bir cerrahi bölgesi oluşturulmasıdır (7). Sıklıkla palatinal dokuda oluşturulan ikinci

cerrahi bölgesi, operasyon sonrası hasta konforunu önemli ölçüde azaltabilir. Cerrahiden sonra hastada ağrı ve hissizlik oluşabilir (7). Ek olarak anatomik ve bireysel farklılıklar da bu yöntemin kullanımını sınırlandırmaktadır. Verici dokunun kalitesi ve miktarı, palatinal kubbenin şekline, hastanın cinsiyetine ve yaşına bağlıdır. Palatal damar ve sinirlerin yerleşimleri, elde edilebilecek greftin total miktarını sınırlandırabilir (7).

Yukarıda bahsedilen dezavantajlarına ve sınırlılıklarına rağmen onley dişeti grefti ile kret düzeltilmesi günümüzde en çok tercih edilen ve en güvenilir yöntemlerden bir tanesidir. Bu olgu raporunun amacı; sağ üst birinci kesici bölgesindeki Seibert sınıf 3 kret defektinin, onley dişeti grefti ile tedavisini ve olgunun 5 yıllık takibi ile tedavinin uzun dönem sonuçlarını sunmaktır.

### **Olgu Sunumu:**

Endodontik problem nedeniyle sağ üst santral kesici dişini 6 ay önce kaybetmiş olan 39 yaşındaki kadın hasta, bölgenin protetik rehabilitasyonu için 2006 yılı Şubat ayında Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protez Anabilim Dalı Kliniği' ne başvurdu. Anamnezinde sigara kullanmadığı ve sistemik bir hastalığı olmadığı öğrenilen hasta, sağ üst santral diş eksikliği ve çekim bölgesindeki çökük görüntüden şikayetçiydi. Klinik muayenede, sağ üst santral kesici bölgesindeki alveoler krette, apiko-koronal yönde yaklaşık 6 mm, bukko-lingual yönde ise 5mm hacim kaybı tespit edilerek, orta derecede Seibert Sınıf 3 kret defekti tanısı konuldu. Ek olarak dişlerde dental florozis kaynaklı renklenme de izlendi (Resim 1). Hastanın dişsiz bölgenin yanı sıra komşu renklenmiş dişlerinin de rehabilite edilerek estetik sonuca mümkün olan en kısa sürede ulaşma isteği ile birlikte tedavinin



**Resim 1.** Üst çene kesici bölgesindeki Siebert sınıf 3 kret defekti

ekonomik boyutu da göz önüne alınarak, bölgenin protetik rehabilitasyonu için; implant destekli tek kron uygulaması yerine tam seramik sabit bölümlü protez uygulanması planlandı. Üst çene ön bölge estetiğinin optimal hale getirilmesi amacıyla Periodontoloji A.D.'dan değerlendirme istendi.

### Periodontal Tedavi

Klinik ve radyografik periodontal muayenesi sonucu, hastada sağ üst santral kesici bölgesinde Siebert sınıf 3 alveoler kret defektinin yanı sıra, gingivitis de teşhis edildi. Öncelikle hastaya diş yüzeyi temizliğini içeren faz I periodontal tedavi uygulandı. Ayrıca kişisel oral hijyen alışkanlıkları değerlendirilerek, hastaya uygun diş fırçalama ve diş ipi kullanımı alışkanlığı kazandırıldı.

Alveoler kretteki horizontal ve vertikal kemik kaybı (Siebert sınıf 3) nedeniyle epitelle örtülü kalın bir bağ dokusu tabakası içeren dişeti grefti (onley greft) uygulanması planlandı (4). Başlangıç periodontal tedavisinden 1 hafta sonra hasta sağ üst ön bölgenin rekonstrüksiyonu için cerrahi tedaviye çağırıldı. Cerrahi öncesi hastanın ağzı % 0,2' lik klorheksidin diglukonat gargara (Klorhex, Drogan, İstanbul, TR) ile çalkalattırılarak, üst kesiciler bölgesine labialden infiltratif anestezi, palatinalden insisiv papil anestezi uygulandı. Defektin olduğu

bölgeye yarım kalınlık horizontal insizyon yapıldı. Ayrıca dişsiz kret tepesindeki epitel tabakası kaldırılarak bağ dokusu açığa çıkarıldı. Defektin distaline vertikal serbestleştirici insizyon yapılarak, yarım kalınlık flep kaldırıldı ve alıcı yatak hazırlandı. Palatinal alanda, sağ üst kanin dişin distali ile ikinci premoların distali arasında kalan bölgeden kalın bir bağ dokusu tabakası içeren 10x8x8 mm ebatlarında onley dişeti grefti elde edildi (Resim 2). Greft alınması sırasında palatinal artere zarar vermemeye özen gösterildi. Kret yüksekliğini arttırmak için, greftin epitel içeren kısmı en koronalde yer alacak şekilde ve labio-lingual kret genişliğini arttırmak için ise greftin bağ dokusu içeren kısmı yarım kalınlık flebin içinde kalacak şekilde, greft alıcı bölgeye yerleştirildi ve 4.0 ipek sutur ile yerine sabitlendi (Resim 3). Alıcı bölge ve verici bölgede kanama kontrolü sağlandıktan sonra her iki yara bölgesi de periodontal pat ile korundu.



**Resim 2.** Defektin tedavisi için palatinal dişetinden alınan onley greft

Postoperatif olarak hastaya %0,12 klorheksidin diglukonat ve %0,15 benzidamin hidroklorür içeren ağız spreyi (Kloroben, Drogan, İstanbul, TR) ile etodolak içeren analjezik (Etol Fort Tablet, Nobel İlaç, İstanbul, TR) reçete edildi. Operasyondan sonra ilk gün her iki saatte bir 5 dakika soğuk kompres uygulaması ve 10 gün boyunca fiziksel aktivite ve sporun kısıtlanması önerildi.



**Resim 3.** Greftin alıcı bölgeye yerleştirildikten sonraki görünümü

Suturlar operasyondan 10 gün sonra alındı (Resim 4). İyileşme komplikasyonsuz ve başarıyla gerçekleşti. Operasyondan sonra, defekt bölgesinin renk ve görünüm olarak tamamen iyileşmesi iki ayda tamamlandı.



**Resim 4.** Suturlar alındıktan sonra greft yerleştirilen bölgenin görünümü

### Protetik Tedavi

İki aylık iyileşme periyodunun ardından, her iki dental arka da % 35' lik karbamid



**Resim 5.** Restorasyonun simantasyonundan sonra fasialden görünüm



**Resim 6.** Restorasyonun simantasyonundan sonra palatinalden görünüm

peroksit (Opalescence, Ultradent Products Inc., Utah, USA) ile beyazlatma işlemi uygulandı. Sağ üst lateral ve sol üst santral ve lateral kesici dişler champher basamakla prepare edildi. Ardından vinil polisiloksan içerikli ölçü materyali (Zetaplus/Oranwash L, Zhermack, Germany) ile üst çenenin tam ark ölçüsü elde edildi. Alınan ölçüye geliştirilmiş tip 4 dental alçı (GC Fujirock EP; GC Corp, Tokyo, Japan) döküldü. Bölümlü zirkonyum oksit destekli tam seramik köprü hazırlandı. Protez marjinleri subgingival olarak bitirildi. Protez destek dişlerin üzerine yerleştirilerek, marjinal uyum, okluzal ilişkiler ve estetik sonuçlar değerlendirildi. Hastanın da görüşü alındıktan sonra, protez pomzalandı ve klorheksidin diğluronat solusyon uygulandı. Kron iç yüzeyleri yüksek grenli alumina partikülleri (Type 100, KaVo EWL blasting medium, white; KaVo Dental GmbH) ile ve 2-bar basınçla aşındırıldı. Ardından kendi kendine sertleşen rezin siman (UniCem, 3M-ESPE) ile simante edildi (Resim 5, 6).

İdameye alınan hasta ilk 3 ay boyunca her ay, daha sonra 6 ayda bir kontrollere alınarak oral hijyen, greft uygulanan bölgenin durumu ve protezin uyumu açısından değerlendirildi. Gerektiğinde başlangıç tedavisi tekrarlandı. Operasyondan 5 yıl sonra, klinik olarak kret yükseklik ve genişliğinde başlangıçta elde edilen durumun aynen korunduğu, protez uyumunda yada hastanın



periodontal sağlığında herhangi bir bozulma olmadığı belirlendi (Resim 7).



**Resim 7.** Beşinci yıl kontrolünde dişeti ve restorasyonun görünümü

### Tartışma

Periodontal plastik cerrahi; fonksiyonel ve estetik sonuçlar elde etmek için, gingival ve alveoler mukozada anatomik, gelişimsel veya travmatik deformitelerin düzeltilmesi olarak tanımlanır (8). Yumuşak doku ile kret yükseklik ve genişliğinin artırılması teknikleri, özellikle ön bölgede sabit protetik restorasyonun estetiğini ve keratinize doku genişliğini arttırmak için kullanılabilir. Bu olgu sunumunda, Siebert sınıf 3 kret defektinin tedavisi için, yumuşak doku ile kret düzeltilmesi tekniklerinden onley dişeti grefti uygulanmasının 5 yılı kapsayan uzun dönem sonuçları sunulmaktadır.

Kret defektlerinin restorasyonu için subepitelyal bağ dokusu grefti uygulamalarında, operasyon sonrası ödem ve kanama oranının %70 olduğu bildirilmekte ve sigara kullanımının bu oranı 3 kat arttırdığı ileri sürülmektedir (9). Cerrahi süresinin uzamasının; doku hasarını arttırarak, intertisyel bölgeye sıvı geçişinin artışına ve konak enflamatuvar/doku hücrelerinden biyolojik mediatör salınımına neden olarak, enflamasyonu arttırdığına da dikkat çekilmektedir (9). Bu olguda, cerrahi sırasında greft alınan ve uygulanan bölgelerde aşırı kanama, doku rüptürü veya hematom gibi

komplikasyonlar meydana gelmemiştir. Cerrahi bölgesinde iyileşme süresince kanama ve ödeme de rastlanmamıştır. Hastanın sigara kullanmaması, operasyon sırasında kanama kontrolünün doğru ve uygun bir şekilde yapılması ve cerrahi süresinin optimal sınırlarda olması, operasyon sonrasında hasta konforunu arttırmaya yardımcı olmuştur.

Onley dişeti greftinin aynı yöntemle yerleştirilen geleneksel bağ dokusu greftine göre avantajı; epitelle örtülü kısmın tıkaç oluşturarak alttaki bağ dokusunu korumasıdır (10). Verici bölgede sekonder olarak iyileşecek, açık yara yüzeyi oluşturulması nedeniyle, morbidite oranı bağ dokusu greftine göre yüksektir (10).

Onley dişeti greftinin, yara bölgesinde sıkı tıkaç sağlayarak, mukogingival birleşimin yeri değişmeksizin immediate implant yerleştirilmesine, kemik konturun düzeltilmesine, bölgeye kemik grefti uygulanmasına ve dolayısıyla sorunsuz kemik grefti iyileşmesine olanak sağladığı bildirilmektedir (10). Labial dişetin kalınlaşması da ek avantajıdır. Sonuçta elde edilen üç boyutlu hacim artışı sabit bölümlü protez yada implant destekli restorasyonların estetiğini arttırmaktadır. Bu teknik kret korunumu için de avantaj sağlar (10).

Serbest dişeti ve bağ dokusu grefti gibi tekniklerle kret düzeltilmesi vakalarının çoğunda, bölgenin konturunun tamamen düzeltilmesi için, ikinci bir cerrahi işleme ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir (4). Ancak bu vakada ikinci cerrahiye gerek kalmadan kret yükseklik ve genişliği %100'e yakın oranda restore edilirken, çevre mukoza dokusu ile renk ve kontur farkı oluşmamıştır.

Hasta, tedaviden sonra idame programına alınıp, 6 aylık periodlarla değerlendirilmiştir. Cerrahi sonrası değerlendirme seanslarında, hastanın oral hijyeni ve uygulanan greftin olası renk, kontur ve hacim değişiklikleri değerlendirilmiştir. Hastanın greft

uygulamasından sonraki tüm kontrol seanslarında, greft uygulanan bölgede, yumuşak dokuda hacim kaybı ve renk değişikliği olmadığı görülmüştür. Ayrıca ilk aydan itibaren kazanılan hacim artışının 5. yılın sonuna kadar değişmeden kaldığı tespit edilmiştir. Otojen greftler özellikle de bağ dokusu greftleri ile arttırılan yumuşak doku hacminin, bir süre sonra tekrar azaldığı ve bu azalmanın en fazla cerrahiden sonraki 4.- 14. haftalar arasında görüldüğü bildirilmektedir (7). Ancak literatürde kret defektlerinin otojen yumuşak doku greftleri ile tedavisine yönelik 1 yıldan daha uzun süreli takip periyodlarını içeren çalışma ya da olgu raporu bulunmamaktadır.

Bu olgu raporunda otojen dişeti grefti ile kret deformitelerinin tedavisinde en uzun dönemli sonuç sunulmaktadır.

Bu olguda, alveoler kret deformitesini içeren Siebert sınıf 3 defektin tedavisinde onley dişeti grefti, 5 yılı kapsayan uzun bir periyodda başarılı sonuçlar vermiştir ve tam seramik sabit bölümlü protezin fonksiyonel ve estetik olarak başarısını arttırmıştır. Alveoler kret deformitesi olan ve sabit bölümlü protez planlanan hastalar için, onley dişeti grefti uygulaması estetik, ekonomik ve uzun dönemde başarı vaad eden bir yöntem olabilir.

#### **Kaynaklar:**

1. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts.Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships. *Compend Contin Educ Dent* 1983; 4: 549-562.
2. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts.Part I. Technique and wound healing. *Compend Contin Educ Dent* 1983; 4: 437-453.
3. Allen EP, Gainza CS, Farthing GG, et al. Improved technique for localized ridge augmentation. A report of 21 cases. *J Periodontol* 1985;56: 195- 199.

4. Prato GPP, Cairo F, Tinti C, et al. Prevention of alveolar ridge deformities and reconstruction of lost anatomy: a review of surgical approaches. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2004;24: 434-445
5. Adell R, Lekholm U, Rockler B. et al. Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures: (I). A 3-year longitudinal prospective study. *The International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1986;15: 39–52.
6. Esposito M, Grusovin MG, Maghaireh H, et al. Interventions for replacing missing teeth: management of soft tissues for dental implants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; issue:3 article no: CD006697 DOI:10.1002/14651858
7. Thoma DS, Benic GI, Zwahlen M, et al. A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques, *Clin Oral Impl. Res* 2009; 20 (Suppl. 4): 146–165.
8. The American Academy of Periodontology. Consensus report: Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996; 1: 702–706.
9. Griffin TJ, Cheung WS, Zavras AI, et al. Postoperative complications following gingival augmentation procedures. *J Periodontol* 2006; 77: 2070-2079
10. Stimmelmayer M, Allen AP, Reichert TE, et al. Use of combination epithelized-subepithelial connective tissue graft for closure and soft tissue augmentation of an extraction site following ridge preservation or implant placement: description of techniques. *Int J Periodont Rest Dent* 2010; 30: 375- 381