

Tekli Dişeti Çekilmesinin Bağ Dokusu Destekli Modifiye Tünel Tekniği ile Kapatılması

Closure of Single Gingival Recession with Connective Tissue Supported Modified Tunnel Technique

Yusuf Ziya Yüncü^{1*}

1. Harran Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı/ Şanlıurfa, TURKEY.

*Corresponding author: Yüncü YZ, MSc, PhD, Asst. Prof. Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Harran University, Şanlıurfa, Turkey.
E-mail : yzyuncu@harran.edu.tr

Özet

Bu çalışmanın amacı tekli dişeti çekilmesine sahip hastaya uygulanan bağ dokusu greftinin kök yüzey kapanmasındaki etkinliğinin değerlendirilmesidir. Harran üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AB 'ye başvuran 38 yaşındaki bayan hastanın alt çene sol birinci keser dişinde Miller Sınıf 2 dişeti çekilmesine rastlanmış ve bağ dokusu grefti destekli modifiye tünel tekniği ile tedavisine karar verilmiştir. Cep derinliği (CD), klinik ataşman seviyesi (KAS), dişeti çekilme derinliği (DÇD), dişeti çekilme genişliği (DÇG), keratinize doku yüksekliği (KD) gibi periodontal parametreler başlangıçta ve 6. ayda değerlendirilmiştir. Post operatif 6. aydaki kök kapanma miktarı %85 olarak elde edilmiştir. Sonuç olarak dişeti çekilmesinin tedavisinde kullanılan bağ dokusu grefti destekli modifiye tünel tekniği açığa çıkan kök yüzeylerini örtmede başarılı bulunmuştur.

Olgu Raporu (HRU Int J Dent Oral Res 2022; 2(3): 192-195)

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu grefti, dişeti çekilmesi, modifiye tünel tekniği.

Abstract

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of the connective tissue graft to be applied to the patient with single gingival recession in root surface closure. Miller Class 2 gingival recession was found in the lower jaw left second incisor of a 38-year-old female patient who referred to Harran University Dentistry Periodontology Department, and it was decided to treat her with a modified tunnel technique supported by a connective tissue graft. Periodontal parameters such as plaque index (PI), gingival index (GI), probing depth (PD), clinical attachment loss (CAL), gingival recession depth (GR), and keratinized tissue width (KT) were evaluated at baseline and at 6 months. The root closure rate at the 6th postoperative month was 89%. As a result, the connective tissue graft-supported modified tunnel technique used in the treatment of gingival recession was successful in covering the exposed root surfaces.

Case Report (HRU Int J Dent Oral Res 2022; 2(3): 192-195)

Keywords: Connective tissue graft, gingival recession, modified tunnel technique.

Giriş

Dişeti marjininin mine sement sınırından apikale doğru göç etmesi dişeti çekilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bunun sonucunda kök yüzeyi açığa çıkarak ağız ortamıyla ilişki içerisinde olur (1,2). Dişeti çekilmesi oral hijyenin yeterli olduğu durumlarda vestibül yüzeylerde gözlenirken oral hijyenin yetersiz olduğu durumlarda tüm kök yüzeyleri boyunca görülebilmektedir (3).

Dişeti çekilmesinin çocuklarda görülme sıklığı %8 iken 50 yaş üstü bireylerde %100' e kadar ulaşmaktadır (4). Dişeti çekilmesinin nedeni multifaktöriyeldir (5).

İki tip dişeti çekilmesi vardır; bunlardan ilki periodontal sağlığın bozulması sonucu ortaya çıkan dişeti çekilmeleri, ikincisi ise mekanik faktörlere bağlı ortaya çıkan dişeti çekilmeleri (6). Ayrıca dişlerdeki çapraşıklıklar, dehisens varlığı (7), yetersiz keratinize dişeti varlığı (8), özellikle alt anterior bölgede gözlenen yüksel frenulum tutulumu (9,10), ortodontik tedavi (11), dişeti biyotipi ve fenotipinin ince olması (12,13) gibi durumlar dişeti çekilmesiyle ilişkilidir.

Dişeti çekilmesi günümüz kliniğinde sık karşılaşılan periodontal problemlerin başında gelmektedir. Bu durumun tedavisi, etkenin saptanması ve ortadan kaldırılmasını da içeren oldukça kompleks ve titizlik gerektiren bir prosedür gerektirmektedir. Tedavi başarısını arttırmak için dişeti çekilmesinin sınıflandırılması gerekmektedir. Günümüz klinik pratiğinde rutin kullanılan sınıflandırma Millerin 1985 yılında yapmış olduğu sınıflandırmadır (14).

Bu sınıflamaya göre ;

I. Sınıf: Dişeti çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmamıştır. İnterdental bölgede kemik ve yumuşak doku kaybı yoktur. Uygun cerrahi teknik ile tam kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

II. Sınıf: Dişeti çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve yumuşak doku kaybı yoktur. Uygun cerrahi teknik ile tam kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

III. Sınıf: Dişeti çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve/veya yumuşak doku kaybı bulunmaktadır. Uygun cerrahi teknik ile kısmen kök yüzeyi kapanması beklenebilir.

IV. Sınıf: Dişeti çekilmesi mukogingival birleşime ulaşmış veya apikaline geçmiştir. İnterdental bölgede kemik ve/veya yumuşak doku kaybı bulunmaktadır. Dişeti ileri derecede malpozisyon vardır. Kök yüzeyi kapanması beklenmez.

Dişeti çekilmeleri sonucunda ortaya çıkan dentin hassasiyeti, kök çürükleri, kaybolan estetik, keratinize doku kayıpları, yapılacak olan tedaviler ile başarılı bir şekilde yok edilebilmektedir. Bu amaçla laterale pozisyona flepler, bağ dokusu greftleri, serbest dişeti greftleri, yönlendirilmiş doku rejenerasyonları, dermel matriks uygulamaları gibi çeşitli teknikler geliştirilmiştir. Açığa çıkan kök yüzeylerinin kapatılmasında bağ dokusu greftleri altın standart olarak kabul edilse de ikinci bir cerrahi sahaya ihtiyaç duyulması ve çoklu çekilmelerin tedavisinde yeterli miktarda elde edilememesi gibi dezavantajları vardır (15).

Olgu Sunumu

Kliniğimize başvuran 38 yaşındaki bayan hastadan alınan anamnez sonucunda herhangi bir sistemik hastalığının bulunmadığı ve sigara kullanmadığı öğrenilmiştir. Klinik muayene sonucunda hastanın sol alt birinci keser dişinde Miller sınıf 2 dişeti çekilmesi olduğu tespit edilmiştir (Resim 1) Başlangıç periodontal tedaviden sonra hasta tekrar değerlendirilmiş ve operasyona karar verilmiştir. Operasyon için hastamızdan sözlü ve yazılı onay alınmıştır. Operasyon öncesi ilgili dişin cep derinliği (CD), klinik ataşman seviyesi (KAS), dişeti çekilme derinliği (DÇD), dişeti çekilme genişliği (DÇG), keratinize doku yüksekliği (KD) ölçülmüştür (Tablo 1). İlgili bölgede keratinize doku kalınlığı 1mm olarak ölçülmüştür ve lokal anesteziyi takiben intrasülküler insizyonlar atılmıştır. İnsizyonlar mukogingival birleşim hattına doğru mezial ve distal dişeti konturunu takip edecek şekilde devam etmiştir. Daha sonra tünel seti ile açık olan kök yüzeyinin mezial ve distalinde yer alan keratinize doku serbestleştirilmiştir. Bu esnada periostu da içine alacak şekilde tam kalınlıkta doku bölgede serbest hale getirilmiştir. Kök yüzeyindeki smear tabakası gracey küretler ile kazınarak uzaklaştırılmış ve serum fizyolojik ile bolca yıkanmıştır. Daha sonra sol üst çene palatinal bölgeden, hazırlanan alıcı yatağa uygun boyutlarda subepitelyal bağ dokusu grefti elde edilmiştir. Elde edilen bağ dokusu tünel içerisine yerleştirilerek horizontal matres sütür ile sabitlenmiştir (Resim 2). Eleve edilen mezial ve distal bölgede yer alan, çekilmenin her iki tarafındaki keratinize dişeti dokusu ise basit süturlar ile birbirine yaklaşacak şekilde pozisyonlandırılmış ve bu şekilde açık kök yüzeyi kapatılmıştır. İşlem sonrası hastaya post operatif önerilerde bulunulmuş ve %12 klorheksidin içeren gargara reçete edilmiştir. Operasyonu takiben 10. günde dikişler alınmış ve yara iyileşmesinin sorunsuz gerçekleştiği görülmüştür (Resim 3). Operasyon sonrası

1. ay ve 6. ayda hasta kontrol seanslarına çağrılarak klinik periodontal parametreler ölçülmüştür (Tablo 1) (Resim 4,5). Elde edilen veriler sonucunda dişeti çekilme derinliği operasyon öncesi ve 6. ay kontrol seansında ölçülerek kök kapanma yüzdesi hesaplanmıştır (16). Bu hesaplama için kullanılan formül:

$$\frac{\text{DÇD operasyon öncesi değeri} - \text{DÇD operasyondan sonra 6. Ay}}{\text{DÇD operasyon öncesi değeri}} \times 100$$

Tablo 1.

	Operasyon Öncesi	Operasyon Sonrası 6. ay
CD	1 mm	1 mm
KAS	8 mm	2 mm
DÇD	7 mm	1 mm
DÇG	2.5 mm	1.5 mm
KD	1 mm	6 mm

CD: Cep Derinliği, KAS: Klinik Ataçman Seviyesi, DÇD: Dişeti Çekilme Derinliği, DÇG: Dişeti Çekilme Genişliği, KD: Keratize Doku Yüksekliği



Resim 3



Resim 4



Resim 5



Resim 1



Resim 2

Tartışma

Dişeti çekilmelerinin bağ dokusu grefti ile tedavisinde koronale pozisyone flepler, laterale pozisyone flepler ve tünel destekli uygulamalar kullanılmaktadır. Biz vakamızın tedavisinde dişeti çekilme genişliğinin ve keratinize doku kalınlığının elverişli olması nedeniyle bağ dokusu destekli modifiye

tünel tekniğini tercih ettik. Mandibular anterior bölgede bukkal kemik ve keratinize doku kalınlığı genellikle incedir (17). Mukogingival cerrahi tekniğinin seçiminde kaybedilen kemik miktarı, çekilmenin mukogingival hatta uzanıp uzanmaması, çekilmenin derinliği ve genişliği önemli rol oynar (18). Tünel tekniğinin en önemli avantajlarından birisi flep kaldırılmadığı için yerleştirilen greftde meydana gelecek rezorpsiyonun minimal seviyede tutulmasıdır. Ayrıca post-op iyileşme greftin beslenmesinin iyi olması nedeni ile daha başarılı olmaktadır (19,20).

Kök yüzeyi kapatılması işleminin sonuçları ile doku biyotipi yakından ilişkilidir. Dişeti kalınlığının başlangıç değeri, kök yüzeyinin tamamen kapatılmasında en önemli faktör olarak görüldüğünü söyleyen çalışmalar yapılmıştır, kalınlığı 1,5 mm'nin altında olan dişetini ince biyotipte dişeti, kalınlığı 2 mm ve üzerinde olan dişetini ise kalın biyotipte dişeti olarak tarif etmiştir. Aynı çalışmalar kök yüzeyi kapatılması işleminde dişeti kalınlığının en az 0,8- 1,2 mm olmasının işlemin başarısını arttırdığı rapor edilmiştir (21,22).

Bağ dokusu greftinin başarılı olabilmesi için greftin canlılığını koruyabilmesi gerekmektedir (23). Greftin beslenmesi başlangıçta diffüzyon şeklinde olmaktadır. Diffüze olan sıvı, greftin beslenmesini ve hidrasyonunu sağlamaktadır. Uyguladığımız bu teknikte greftin beslenmesi ve canlılığını koruması için uygun koşullar sağlanmıştır.

Tözüm ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada bağ dokusu destekli tünel tekniği ile %95 'e varan kök yüzey kapatılması elde etmiştir (24). Bizim vakamızda da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Sonuç

Post operatif 6. aydaki kök kapanma miktarı %85 olarak elde edilmiştir. Bu olgudan elde edilen sonuçlar dahilinde bağ dokusu destekli modifiye tünel tekniğinin açığa çıkan kök yüzeyini örtmede başarılı olduğu sonucuna varılabilir.

Kaynaklar

1. Wennström JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996; 1:671-701.
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4:1-6.
3. Serino G, Wennström J. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects. *J Clin Periodontol* 1994; 21:57-63.
4. Woolf C. The prevalence and etiology of gingival recession. *Periodontol Abstr.* 1969 ;17:45-50.
5. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession type defects: A Cochrane systematic review. *J Periodontol* 2010; 81:452-78.
6. Serino G, Wennström J. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects. *J Clin Periodontol* 1994; 21:57-63.
7. Löst C. Depth of alveolar bone dehiscences in relation to gingival recessions. *J Clin Periodontol* 1984; 11:583-589.
8. Ericsson I, Lindhe J. Recession in sites with inadequate width of the keratinized gingiva. An experimental study in dog. *J Clin Periodontol* 1984; 11:95-103.
9. Wennström JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996; 1:671- 701.
10. Gorman WL. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol* 1967; 38:316-22.
11. Reidlich M, Shoshan S, Palmon A. Gingival response to orthodontic force. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999; 116:152-8.
12. Olsson M, Lindhe J. Periodontal characteristics in individuals with varying form of upper central incisors. *J Clin Periodontol* 1991; 18:78- 82.
13. Eger T, Müller HP, Heinecke A. Ultrasonic determination of gingival thickness. Subject variation and influence of tooth type and clinical features. *J Clin Periodontol* 1996; 23:839-845.
14. Müller HP, Eger T. Masticatory mucosa and periodontal phenotype. *Int J Periodontics Rest Dent* 2002; 22:172-183.
15. Andrade PF, Grisi MFM, Marcaccini AM, Fernandes PG, Reino DM, Souza SLS, Taba M, Palioto DM, Novaes AB. Comparison between micro- and macrosurgical techniques for the treatment of localized gingival recessions using coronally positioned flaps and enamel matrix derivative. *J Periodontol* 2010; 81:1572-1579.
16. Nemcovsky CE, Artzi Z, Tal H, Kozlovsky A, Moses O. A multicenter comparative study of two root coverage procedures: Coronally advanced flap with addition of enamel matrix proteins and subpedicle connective tissue graft. *J Periodontol.* 2004; 75:600-607.
17. Chay SH, Rabie ABM: Repositioning of the gingival margin by extrusion. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2002; 122:95-102.
18. Agrawal N, Rosaiah K, SSV. Prasad Periodontal Plastic Surgery for Cosmetic Root Coverage: A Case Report. *People's Journal of Scientific Research* 2010; 3:27-30
19. Huang LH, Neiva RE, Wang HL. Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure. *J Periodontol* 2005; 76:1729- 1734.
20. Azzi R, Etienne D, Takei H, Fenech P. Surgical thickening of the existing gingiva and reconstruction of interdental papillae around implant-supported restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent.* [Case Reports]. 2002; 22(1):71-7.
21. Zühr O, Fickl S, Wachtel H, Bolz W, Hürzeler MB. Covering of gingival recessions with a modified microsurgical tunnel technique: case report. *Int J Periodontics Restorative Dent.* [Case Reports]. 2007; 27(5):457-63.
22. Claffey N, Shanley D. Relation ship of gingival thickness and bleeding to loss of probing attachment in shallow sites following nonsurgical periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1986; 13:654-657.
23. Kauvar AS, Thoma DS, Carnes DL, Cochran DL. In vivo angiogenic activity of enamel matrix derivative. *J Periodontol,* 2010; 81:1196- 1201.
24. Tözüm TF, Keçeli HG, Güncü GN, Hatipoğlu H, Sengün D. Treatment of gingival recession: comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. *J Periodontol* 2005; 76:1842-8.