

The importance of endodontic treatment time in apical resection: Case report

Apikal rezeksiyonda endodontik tedavi zamanının önemi: Vaka sunumu

Saim Yanık¹, Cihan Yıldırım¹, Ferhat Ayrancı², Şahin Büyükcıkırıkçı¹,
Mutan Hamdi Aras¹

¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Gaziantep, Gaziantep, Turkey

²Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Ordu, Ordu, Turkey

Abstract

Aim of this case is report to discuss advantages and disadvantages of endodontic treatment and apical resection in same session. 22 years old female patient who has pain, swelling and pus discharge in upper incisors referred to department of endodontics. The patient was referred to our clinic due to long term of treatment and shortness of patient's time. Endodontic treatment and surgery was performed in the same session. Fifteen month follow up of patient showed that wound is completely healed. During controls, no complication and recurrence were observed in patient. Today it has been discussed that endodontic treatment done before or during apical resection. Short term findings of patient are excellent, who underwent endodontic treatment and surgery in same session. In addition, patient is followed up in long term. Therefore, further studies are needed.

Keywords: apical resection; root canal treatment; endodontic surgery.

Özet

Bu vaka raporunun amacı kök kanal tedavisi ve apikal rezeksiyonun aynı seansta yapılmasının avantaj ve dezavantajlarının tartışılmasıdır. Üst çene kesici dişler bölgesinde meydana gelmiş olan ağrı, şişlik ve pü akıntısı şikâyeti ile endodonti kliniğine müracaat eden yirmi-iki yaşındaki bayan hasta, endodontik tedavisinin uzun süreli devam edecek olması ve hastanın zaman darlığının olması nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Hastanın kök kanal dolgusu, cerrahi işlem esnasında eş zamanlı olarak yapıldı. Hastanın yapılan 15 aylık takibinde yaranın tamamen iyileştiği görüldü. Kontroller esnasında hastada herhangi bir komplikasyon ve nüks görülmedi. Kök kanal dolgusunun, apikal rezeksiyonun endike olduğu vakalarda operasyon öncesi mi yoksa operasyon esnasında mı yapılması gerektiği günümüzde halen tartışılmaktadır. Kanal dolgusu ile cerrahi işlemin eş zamanlı yapıldığı hastamızda kısa dönemli bulguları oldukça iyi olup, hasta uzun dönemli olarak takip edilmektedir. Bu konuda daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: apikal rezeksiyon, kök kanal tedavisi, endodontik cerrahi.

Giriş

Endodontik tedavinin amacı; kök kanal sisteminden mikroorganizmaları uzaklaştırmak ve periapikal dokulara mikroorganizma ve ürünlerinin geçmesini engelleyecek etkili bir bariyer oluşturmaktır (1). Konvansiyonel kök kanal tedavisinin başarı oranı bazı araştırmacılar göre %73 ile %93 arasında değişmektedir (2). Genel olarak endodontik tedavinin klinik başarı kriterleri: 1-Semptomların yokluğu, 2-Şişlik, enfeksiyon bulgularının ve fistül yolunun olmayışı, 3- radyografik olarak iyileşmenin görülmesi,4- dişin normal fonksiyonuna devam etmesidir (1). Kanal tedavisi başarısız olduğu vakalarda kanal tedavisinin yenilenmesi (retreatment) gerekebilir. Retreatment bazı vakalarda (post veya kron varlığı, radyografik olarak kalıcı bir patolojinin varlığı) mümkün olmayabilir ve bu durumda endodontik cerrahi gerekli olabilir (3,4).

Endodontik cerrahi tedavi konvansiyonel kök kanal tedavisine cevap vermeyen periapikal lezyonlu dişlerde (5) veya ortograd retreatment uygulanmadığı durumlarda güvenilir bir methoddur (3). Eğer ortograd olarak kök kanalına giriş imkânsızsa, tedaviye rağmen iyileşme yoksa veya prognoz kötüye gidiyorsa cerrahi yaklaşım göz önüne alınmalıdır (6). Apisektomi enfekte veya zarar görmüş kök apeksinin kesilerek çıkartılması ve bitişik periapikal dokunun kürete edilmesini kapsayan cerrahi bir prosedürdür (7). Endodontik cerrahinin klinik başarısı literatürlerde %58 ile %96 arasında rapor edilmiştir (4). Endodontik cerrahinin en sık görülen başarısızlık sebebi kök k anal sistemi ile piradiküler dokular arasında yetersiz tıkamadır (8).

Olgu sunumu

Yirmi-iki yaşında bayan hasta, kliniğimize üst çene kesici dişler bölgesinde meydana gelmiş olan ağrı, şişlik ve pü akıntısı şikâyeti ile müracaat etmiştir.

Correspondence: Saim Yanık, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Gaziantep, Gaziantep, Turkey
Tel+90 342 360 96 00 saimyanik@hotmail.com

Received:30.10.2014 Accepted: 04.12.2014

www.gaziantepmedicaljournal.com

DOI: 10.5455/GMJ-30-168042



Hastamızın radyografik muayenesinde üstçene ön bölgesinde 11 ve 12 nolu dişlerin apikallerinde düzgün sınırlı radyolüsent alan saptandı (Resim 1).



Resim 1. Hastanın preoperatif radyografik görüntüsü

İntraoral muayenede ise; vestibülde ödem, şişlik ve palpasyonda serbest dişeti oluğundan pü akışı görüldü (Resim 2).



Resim 2. Hastanın preoperatif intraoral görüntüsü.

Yapılan vitalometrik muayenede 11 ve 12 nolu dişlerinin devital olduğu tespit edildi ve hasta endodonti anabilim dahna yönlendirildi. Endodonti kliniğinde hastaya kök kanal tedavisi başlanmış olmasına rağmen, tedavinin uzun süreli devam edecek olması, hastanın zaman darlığının olması ve buna bağlı olarak böyle bir tedaviyi reddetmesi nedeniyle hasta tekrar kliniğimize sevk edildi. Hastanın genel şikâyetleri göz önüne alınarak, hastaya kök kanal tedavisi ve endodontik cerrahi işlemlerinin aynı seansta yapılmasına karar verildi. Cerrahi işlem lokal anestezi altında bölgeden triangular flep kaldırılarak yapıldı. Dişlerin apikalinde yer alan lezyonun yüzeyi çelik rond frez ile açığa çıkarıldı ve lezyon enükle edildikten sonra 11 ve 12 no'lu dişlerin kökleri yaklaşık 3mm kadar apikal bölgeden fissür frez ile kesildi (Resim 3).



Resim 3. Kistin enükleasyonu ve köklerin rezeksiyonu.

Kavite kürete edilip, serum fizyolojik solüsyon ile irriye edildi. Kanama kontrol altına alındıktan sonra dişlerin koronal kavitelelerinden kanal eğeleri ile kök kanallarına girildi (Resim 4).

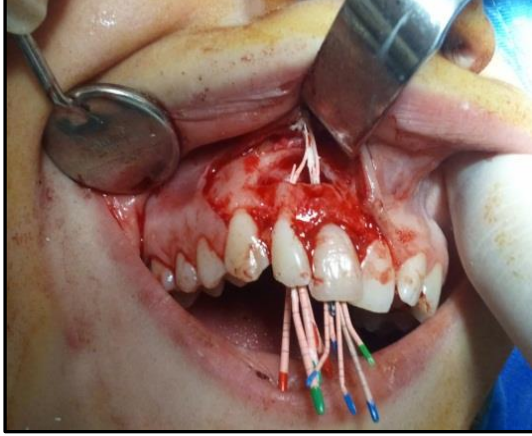


Resim 4. 15-60'a kadar olan hed ström tipi eğeler ile kanallar genişletilmesi.

15-60'a kadar olan hedström tipi eğeler ile kanallar genişletildi. Her eğeleme işleminden sonra kök kanallarına % 5'lik sodyum hipokloritle irriye edildi. Şekillendirme işlemi bittikten sonra 5ml %5'lik sodyum hipoklorit ile final irrigasyon yapıldı ve serum fizyolojik solüsyon ile yıkanıp paper pointler ile kanallar kurulandı. Kurulama işleminden sonra kök kanalları lateral kondansasyon tekniği ile gutta perka ve AH plus kanal dolgu malzemesi ile sıkı bir şekilde dolduruldu (Resim 5).

Kök apeksinden çıkan guttaperkalar kesilip alındıktan sonra kemik kavitesi serum fizyolojik solüsyon ile irriye edildi. Operasyonun sonunda flep tekrar yerine getirilip suture edildi. Çıkarılan specimen histopatolojik inceleme için Gaziantep

Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı araştırma laboratuvarına gönderildi. Hastadan postoperatif kontrol filmi alındı ve bir hafta sonra kontrole çağırıldı. Yapılan kontrol muayenesinde hastanın ağrı şikâyetinin geçtiği ve vestibül yüzeyindeki şişliğin kaybolduğu gözlemlendi. Histopatolojik tanı radiküler kist olarak rapor edildi.



Resim 5. Kök kanalları lateral kondansasyon tekniği ile gutta perka ve AH plus kanal dolgu malzemesi ile sıkı bir şekilde doldurulması.



Resim 6: Hastanın 15. ayda alınan panoramik filmi.



Resim 7: Hastanın 15. ayda alınan periapikal filmi.

Hasta 1-3-6-12 ve 15. aylarda kontrollere çağırıldı. Hastanın yapılan 15 aylık takibinde yaranın tamamen iyileştiği görüldü (Resim 6-7-8). Ayrıca bu kontroller esnasında hastada herhangi bir komplikasyon ve nüks görülmedi.



Resim 8: Hastanın 15. ayda alınan intraoral kontrol filmi.

Tartışma

Periapikal sorunu çözmede cerrahi olmayan tedavi yetersiz ya da olanaksız olduğunda çekime karşı tek seçenek cerrahi yaklaşımdır. Gittikçe gelişen endodontik tedavi yöntemlerine karşın apikal rezeksiyon hala günümüz diş hekimliğinde sıklıkla uygulanan bir yöntem olarak önemini korumaktadır (6).

Endodontik tedavi sonrası oluşan komplikasyonların tedavisi zordur çünkü periapikal lezyonlar genellikle mekanik, farmako-kimyasal ve irrigasyon prosedürlerine iyi cevap vermezler. Bu yüzden başarılı bir iyileşmenin sağlanması için çeşitli geleneksel intra kanal tedavi yöntemleri değerlendirilmiştir (9). Periradikuler lezyon bulunan retreatment yapılmış dişlerde başarısızlığın sebebi apikal foramen ve kök yüzeyindeki nekrotik doku içerisinde bulunan mikroorganizmalardır (10). Yapılan birçok çalışma da bakteri plağı ve bakteri biofilmi üzerine vurgu yapmıştır. Ayrıca bakterilerin haricinde mantar ve mayalar da vurgu yapılan diğer mikroorganizmalardır (10).

Apisektomi veya apiakal küretaj mikroorganizmaların tamamen uzaklaştırılmasının yetersiz olduğu kök kanal tedavisi sonrasında tavsiye edilmektedir. Periapikal cerrahi sonrası klinisyenlerin ana hedefi periapikal bölgede kemik ve sement depozisyonu ve periodontal ligament hücrelerinin rezeke edilmiş kök yüzeyine atışmanı ile tamir edilmesidir (11). Apikal rezeksiyon sonrası meydana gelen başarısızlıklar; mikro sızıntı ve rezeksiyon alanı yakınında mikroorganizmaların kalmasıdır (12).

Endodontik tedavide kanal dolum materyalinin ana amacı periapikal bölgeye kök kanal sisteminden gelen bakteri göçünü ve ürünlerinin difüzyonunu engelleyecek bir bariyer oluşturmaktır (13).

Kök kanal dolgusunun apikal rezeksiyonun endike olduğu vakalarda operasyon öncesi mi yoksa operasyon esnasında mı yapılması gerektiği günümüzde halen tartışılmaktadır. Bazı klinisyenler kök kanal tedavisinin eğer önceden yapılmadıysa operasyon esnasında, yapıldıysa da operasyondan önce sökölüp tekrar operasyon esnasında doldurulması gerektiğini savunmuştur. Kök kanalının operasyon esnasında irriga edilip mikro sızıntıyı etkili şekilde engelleyecek bariyeri oluşturmak için bunun şart olduğunu savunmaktadırlar (14). Bunun tersini savunan araştırmacılar ise kanama probleminin kanal kurutma işlemini zorlaştırdığını ve bu yüzden operasyon öncesi kanal dolum işleminin yapılması gerektiğini söylemektedirler (14). Bu tartışmalı görüşlere rağmen immedat kanal tedavisinin yararlı bir girişim olduğu savunulmaktadır (14). Vakamızda tek seansta eş zamanlı olarak hem endodontik kanal dolgusunun hem de apikal rezeksiyon işleminin yapıldığı bu tedavi alternatifi sunulmuştur. Endodontik tedavi her ne kadar travmatik bir tedavi olsa dahi, özellikle apikal bölgede geniş lezyonlara sahip dişlerin tedavisi uzun zaman alabilmektedir. Apikal bölgedeki kronik enfeksiyonun tam olarak tedavi edilemediği durumlarda ise kanal dolgusu yapılması halinde kanalın tam olarak kurutulamamasına bağlı olarak ideal bir kanal tedavisi her zaman sağlanamayabilir (14). İşte bu gibi durumlarda kanal dolgusu ile cerrahi işlemin eş zamanlı yapıldığı tedavi alternatifi gündeme gelebilmektedir. Bazı kliniklerde de kullanılan bu tedavi alternatifi ile tedavi edilen hastamızın kısa dönemli bulguları oldukça iyi olup, hasta uzun dönemli olarak takip edilmektedir. Bu konuda daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Sjögren U, Hägglund B, Sundqvist G, Wing K. Factors affecting the long term results of endodontic treatment. J Endod 1990; 16:498-504.

2. Goldfein J, Speirs C, Finkelman M, Amato R. Rubber Dam Useduring Post Placement Influences the Success of Root Canal-treatedTeeth. J Endod 2013;39(12):1481-4.
3. El-Swiah JM, Walker RT. Reasons for apicectomies: a retrospective study. Endod Dent Traumatol 1996;12:185-91.
4. Rapp EL, Brown CE Jr, Newton CW. An analysis of success and failure of apicoectomies. J Endod1991;17:508-12.
5. Hibst R, Keller U Experimental studies of the application of the Er:YAG laser on dental hard substances: I. Measurement of the ablation rate. Lasers Surg Med1989;9:338-44.
6. Brown, D C. Advances in Endodontik Surgery. Part I Dental Update, September 1995.
7. Arisu HD, Sadik B, Bala O, Turkoz E. Computer-assisted evaluation of micro leakage after apical resection with laser and conventional techniques. Lasers Med Sci 2008;23:415-20.
8. Gutmann JL, Pitt FTR. Management of the resected rootend: a clinical review. Int Endod J 1993;23:273-83.
9. Araki A.T, Ibraki Y, Kawakami T, Lage-Marques J.L, Er:YAG Laser Irradiation Of The Microbiological Apical Biofilm. Braz Dent J 2006; 17(4): 296-99.
10. Lin LM, Pascon EA, Skribner J, Gaengler P, Langeland K. Clinical, radiographic and histopathological study of endodontic treatment failures. Oral Surgery Oral Med Oral Pathol1991;71:603-11.
11. Fayad MI, Hawkinson R, Daniel J, Hao J. The effect of CO2 laser irradiation on PDL cell attachment to resected root surfaces. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;97:518-23.
12. Samaranayake LP, Stassen LF, Still DM. A microbiological study of pre and postoperative apicoectomysites. Clin Oral Investig 1997;1:77-80.
13. Gartner AH, Dorn SO. Advances in endodontic surgery. Dent Clin North Am 1992;36:357-79.
14. Koyuncuoğlu, B. Apikal Rezeksiyon olgularında YDR Tekniği, Ege Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2000.

How to cite:

Yanık S, Yıldırım C, Ayrancı F, Büyükçırkıcı Ş, Aras M H. The importance of endodontic treatment time in apical resection: Case report. Gaziantep Med J 2015;21(3):211-214.