

DANIELE
CARDAROPOLI

PERİODONTAL PLASTİK VE REJENERATİF CERRAHİ



ÇEVİRİ EDITÖRLERİ:
NERMİN TARHAN
H. GENÇAY KEÇELİ



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ

edra
PUBLISHING



FONDAZIONE
GIUSEPPE
CARDAROPOLI
PER LA RICERCA E LA CURA IN
PARODONTOLOGIA

*Prof. Guiseppe Cardaropoli anısına,
Ağabeyim.
Çocukken futbola tutkumuzu paylaştık
Yetişkinlikte periodontolojiye
olan tutkumuzu paylaştık
Her zaman yanı başımda duracak*

DANIELE
CARDAROPOLI

PERİODONTAL PLASTİK VE REJENERATİF CERRAHİ

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ:

NERMİN TARHAN
H. GENÇAY KEÇELİ

Hacettepe Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

edra
PUBLISHING



FONDAZIONE
GIUSEPPE
CARDAROPOLI
PER LA RICERCA E LA CURA IN
PARODONTOLOGIA

PERİODONTAL PLASTİK VE REJENERATİF CERRAHİ

Türkçe 1. Baskı

Türkçe Telif Hakları 2024

ISBN: 978-975-277-968-6

Orijinal Adı: Pediodontal Plastic and Regenerative Surgery

Yayınevi: Edra

Yazarlar: Daniele Cardaopoli

Çeviri Editörü: Nermin Tarhan - H. Gencay Keçeli

Orijinal ISBN: 978-1-957260-07-5

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.
Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara
Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94
Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com





DANIELE CARDAROPOLI

Diş hekimi, Torino Üniversitesinde Periodontoloji Sertifikası. Yardımcı Profesör, Periodontoloji, Dişhekimliği Okulu, Catania Üniversitesi. SIdP (İtalyan Periodontoloji ve İmplantoloji Derneği) 'nin, EFP (Avrupa Periodontoloji Federasyonu)'nin, IAO (İtalyan Osseointegrasyon Akademisi)'nin, ve AO (Osseointegrasyon Akademisi)'nin aktif üyesi. ITI Fellow'u (Uluslararası İmplantoloji Ekibi), AAP (Amerikan Periodontoloji Akademisi)'nin Uluslararası üyesi. Amici di Brugg üyesi. PROED (Dişhekimliğinde Mesleki Eğitim Enstitüsü, Torino) Bilimsel Direktörü. Giuseppe Cardaropoli Periodonto-

lojide Araştırma ve Tedavi Vakfı Başkanı. Juventus Futbol Kulübünün Konsültan Diş Hekimi.

Boston, Harvard Diş Hekimliği Okulunda 'Harvard Periodontoloji ve İmplantolojide Uzun Dönem Kurs' Diploması ve Siena Üniversitesinde 'Biyomekanikte Mükemmellik' diploması almıştır. SIdP'nin 11. Ulusal Konferansında Goldman Ödülünü, SIDO'nun Uluslararası Konferansında Klinik Ortodontide Ulusal Ödülü kazanmıştır. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* ve *International Journal of Oral Implantology* dergilerinin editör kurulunda üye, *Journal of Clinical Periodontology*, *Journal of Periodontology*, ve *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* dergilerinde hakemdir. Ulusal ve uluslararası kongrelerde konuşmacıdır, İtalya, Avrupa, Amerika, Asya ve Avustralya'da sunumlar yapmıştır. Periodontoloji, implantoloji ve doku rejenerasyonu konularında uluslararası yayınların yazarıdır. Nevins M. ve Wang HH. (Quintessence Yayınları, 2019) 'İmplant Tedavisi: Klinik Yaklaşımlar ve Başarının Kanıtı' isimli kitapta 'Maksiller Ön Bölgede Optimal Estetik Sonucun Arayışı' başlıklı bölümün yazarıdır. 'İmplant Tedavisinde Yumuşak Dokular ve Pembe Estetik' (Quintessence Yayınları, 2018) isimli kitabın yazarıdır. Torino'da serbest diş hekimi olarak çalışmaktadır.

YAZARLAR

■ MYRON NEVINS

Editor of the *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*

Associate Clinical Professor in Periodontology, Harvard School of Dental Medicine, Boston

Former President of the American Academy of Periodontology

Gold Medal of the American Academy of

Periodontology Clinical Professor in Periodontology, University of Pennsylvania and Temple University

Practitioner in Swampscott, MA

■ MARIANO SANZ

Specialist in Periodontology at the University of California, Los Angeles

Full Professor, Chair of Periodontology, Complutense University, Madrid

Professor at the School of Dentistry, Oslo University

Director of the Master's Degree Course

in Periodontology, Complutense University, Madrid

Former President of the Spanish Periodontology

Society and President of the Osteology Foundation

Associate Editor of the *Journal of Clinical Periodontology*

■ Edward P. Allen

Former President of the Foundation of the American Academy of Periodontology, of the American Academy of Restorative Dentistry and of the American Academy of Esthetic Dentistry Section

Editor for the *Journal of Aesthetic Dentistry*

Gold Medal of the American Academy of

Periodontology Director of the Center for Advanced Dental Education, Dallas, TX

■ Serhat Aslan

Graduated in Dentistry and PhD in Periodontology at Ege University, Izmir, Turkey

Visiting Professor at the Department of Biomedical, Surgical and Dentistry Sciences of the University of Milan

Practitioner in Izmir, Turkey

■ Marcelo Camelo

Specialist in Periodontology,

Harvard School of Dental Medicine, Boston

Practitioner in Belo Horizonte, Brazil

■ Raffaele Cavalcanti

Doctor in Dentistry

PhD in Biotechnology associated to dental science

Active member and treasurer of the Italian Society of Periodontology and Implantology (SIIdP)

Adjunct Professor in Periodontology, University of Catania

■ Chia-Yu Jennifer Chen

Graduated in Dentistry at Kaohsiung Medical

University, Taiwan; Specialist in Dentistry and PhD

in Medical Sciences at the Harvard School of Dental Medicine, Boston; Instructor in Periodontology

at the Harvard School of Dental Medicine, Boston

■ David M. Kim

Specialist in Periodontology at the Harvard School of Dental Medicine, Boston

Associate Professor in Oral Medicine, Infection, and Immunity and Director of the Periodontology Division of the Post-graduate Programme

in Periodontology and of the Continuous Education Programme, Harvard School of Dental Medicine, Boston

■ Luca Landi

Graduated in Dentistry at the University of Rome "La Sapienza"

Specialist in Periodontology at the Boston University Diploma at the American Board of Periodontology

President of the Italian Periodontology

and Implantology Society (SIIdP)

Practitioner in Rome and Verona

■ **Silvia Masiero**

Graduated in Dentistry at the University of Milan.
Active member of the Italian Periodontology
and Implantology Society (SIIdP) and of the Italian
Academy Estehtic Dentistry (IAED)
Practitioner in Saronno (VA)

■ **Michael McGuire**

Diploma at the American Board of Periodontology
Assistant Clinical Professor, University of Texas,
Houstonm Former President of the American
Academy of Periodontology
Gold Medal of the American Academy
of Periodontology
Director of the McGuire Institute

■ **Fabio Vignoletti**

Diploma at the American Board of Periodontology
Master's Degree in Periodontology and PhD
in Periodontologyat Complutense University, Madrid
Contract researcher at Complutense University
of Madrid; Active member of the Italian
Periodontology and Implantology Society (SIIdP)
Practitioner in Verona

ÇEVİRİYE KATKIDA BULUNANLAR

■ **Prof. Dr. Aliye Akcalı**

Dokuz Eylül Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. Nilgün Özlem Alptekin**

Başkent Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. Tamer Ataoğlu**

İstinye Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. Zuhale Yetkin Ay**

Süleyman Demirel Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Doç. Dr. Nur Balcı**

İstanbul Medipol Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Dr. Öğr. Üyesi Selcen Özcan Bulut**

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. Şule Bulut**

Girne Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. Hare Gürsoy**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. M. Cenk Haytaç**

Çukurova Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Doç. Dr. H. Gencay Keçeli**

Hacettepe Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. Bülent Kurtiş**

Gazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Prof. Dr. Sermet Şahin**

Özel Muayenehane

■ **Prof. Dr. Nermin Tarhan**

Hacettepe Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı

■ **Uzm. Dt. Birtan Tolga Yılmaz**

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Dental Biyomalzemeler Anabilim Dalı
Özel Muayenehane (PerioKlinik)

TEŞEKKÜRLER

İlk teşekkürlerim kararlarımı her zaman destekleyen, düşüncelerimin ve projelerimin peşinden gitmem için bana zaman tanıyan eşim Lorena Gaveglia için. Ancak hepsi bu değil. Disiplinlerarası vakaları paylaştığım mükemmel ortodontistime de teşekkür ederim.

Çocuklarım, Luca ve Alessia'ya da teşekkür etmek isterim. Umarım çok sayıda taahhüt ile mesleğime kendimi adayarak onların zamanından aldığım için beni affederler.

Babam Tito'ya ve annem Anna Maria'ya benim için yaptıkları her şey için teşekkürler.

Bana klinik çalışmalarım ve bilimsel araştırmalarım her zaman ilham verdiği için özel teşekkürlerim, mentörüm Ron Nevins için. Büyük bir örnek.

Ofisimdeki tüm çalışanlarıma özel teşekkürler. Beni her zaman destekleyen ve her gün bana katlanan doktorlara, asistanlara, sekreterlere ve özellikle bu kitapta sunulan bazı vakalardaki iş birlikleri nedeniyle Alessandro Roffredo, Lorenzo Tamagnone ve Andrea De Maria'ya.

Bana periodontoloji aşkını bulaştıran Giuseppe Corrente'ye özel takdirlerim bulunuyor.

Saygı ve arkadaşlık gösteren, bu kitaba katkılarda bulunan meslektaşlarıma teşekkürler. Ron Nevins, Mariano Sanz, Pat Allen, Serhat Aslan, Marcelo Camelo, Raffaele Cavalcanti, Jennifer Chen, David Kim, Luca Landi, Silvia Masiero, Mike McGuire ve Fabio Vignoletti.

EDRA'nın bütün editör ekibine ve özellikle çıkardığı büyük iş için Paola Sammaritano'ya teşekkürler.

Son olarak, zaman içerisinde beni araştırma ve eğitimi sürdürmem konusunda cesaretlendiren bütün arkadaşlarım ve meslektaşlarıma teşekkürler.

Sonuna kadar.
Daniele

GİRİŞ

Diş ve dental implantları çevreleyen yumuşak ve sert doku defektlerinin rekonstrüksiyonu (yeniden inşası) klinik periodontolojinin en zorlayıcı yönlerinden biri olarak kalmaya devam etmektedir. Gingival ataçmanda ve keratize doku yüzeylerinde tahmin edilebilir bir artış, kemik defektlerinin tamiri ve kök kapanmasının artırılması, periodontal plastik cerrahi uygulamalarının önemli sonuçlarıdır. Bu kitap -Periodontal Plastik ve Rejeneratif Cerrahi- bir araya getirilirken Dr. Daniele Cardaropoli ve meslektaşları birçok farklı klinik senaryoyu dahil etmişler, diş ve dental implantlar çevresindeki yumuşak doku defektlerinin onarımında uzman yaklaşımları sağlamışlardır. Myron Nevins, Mariano Sanz, E. Pat Allen, David Kim, Luca Landi ve Fabio Vignoletti dahil olmak üzere dünya çapında uzmanlardan oluşan bir ekip bu kitaba katkıda bulunmuştur. Bu kitabın bölümleri periodontal hastalıkların etyolojisi ve tanısına ilişkin birçok en güncel rehberi de içerecek şekilde, birçok farklı konu ile ilgilenmiştir.

Düzgün bir değerlendirme ve hastalığın seyir ve sonuçları, hastaya ve defektin pozisyonuna göre düzgün bir protokolün uygulanabilmesinde belirgin bir etkiye sahiptir. Yaranın kinetiğini ve olası iyileşmesini etkileyebilecek lokal faktörlerin yanı sıra sistemik faktörlerin de değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Bu kitabın ikinci bölümü, periodonsiyumun başarılı tedavisi için cerrahi sırasındaki iyileşme evresindeki ve tedavi sonrasındaki enfeksiyon kontrolünün rolü ile ilgilidir. Yaranın tedavisi ve rejenere edilmiş dokuların idamesine yönelik bu bakış açısı, iyi bir yara stabilitesini artırmak ve hem estetik hem de fonksiyonel olan yüksek kalitede cerrahi sonuçları koruyabilmek/sürdürebilmek açısından hayatidir.

Bu kitabın üçüncü bölümü, kemik topografisi, bunların gelişimsel etyolojileri ve nasıl sınıflandırıldıkları da dahil olmak üzere, sert dokuların rolünü

incelemektedir. Dişler ve implantların çevresinde düzgün bir yumuşak doku rejenerasyonu için kemik yapısı ve yumuşak doku ara yüzü, yumuşak veya sert doku rekonstrüktif işlem protokolünün kullanımının tercihinde önemli bir yönlendirici güçtür. Takip eden iki bölüm daha fazla yara stabilitesi, cep tekrarının azaltılması ve iyileşmenin hızlandırılmasını sağlamak için uygulanabilecek farklı klinik kemik tedavilerini uygun rejeneratif modeller açısından kıyaslayarak analiz etmektedir. Analiz edilen tedaviler kemik greftleri, membranlar ve biyolojik ajanların kullanımını içermektedir.

Bu geleneksel (konvansiyonel) veya daha az morbidite ve hastalar için daha hızlı bir iyileşme sağlayan minimal invaziv cerrahi tipleri yumuşak ve sert doku rejenerasyonu için mükemmel fırsatlar sunmuştur.

Bu kitabın son bölümleri, yumuşak doku defektlerinin sınıflandırılmaları ve belirgin bir klinik senaryoya en uygun olarak belirlenen ilişkili protokolleri de içerecek şekilde özellikle yumuşak doku rejenerasyonu işlemlerine odaklanmaktadır. En son bölüm farklı tipte dişeti çekilmelerinin tedavisinde kullanılabilen periodontal plastik cerrahi işlemler ile ilgilidir.

Periodontal rekonstrüktif işlemlere böylesine kapsamlı bir yaklaşım üzerine inşa edilmiş olan bu kitap, tedavi planının akışının ve hastalara tedavi sağlanmasının düzenlenmesinde yüksek kalitede cerrahi işlemlerin resimlerini ve klinisyene periodontal yumuşak ve sert doku deformitelerinin tanısında ve yönetiminde yardımcı olabilecek görüntüleri sunmaktadır. Dr. Cardaropoli'nin kitabı biz profesyonellere ve öğrencilere, rekonstrüktif yaklaşımları daha iyi anlamamıza ve klinik tedaviyi geliştirmeye izin veren modern ve heyecan verici bir vizyon sağlamaktadır.

William V. Giannobile, DDS, MS, DMedSc

Dean and Professor

Department of Oral Medicine, Infection, and Immunity

Harvard School of Dental Medicine

ÖNSÖZ

«AH, MAJESTELERİ, İKİNCİSİ YOK»
Wight Adası, 22 Ağustos 1851





Okul kitaplarında periodontoloji, ‘periodonsiyum (Yunancadan $\pi\epsilon\rho\iota$ = çevre ve $\omicron\delta\omicron\upsilon\varsigma$ = diş) ve ilişkili patolojileri inceleyen diş hekimliği dalı’ olarak tanımlanır. Ancak Periodontoloji (bilinçli olarak büyük harf seçilmiştir) çok daha fazlasıdır. Periodontoloji tüm diş hekimliğinin merkezidir/odağıdır. Dişlerin destek dokularının sağlığının idamesi ve restorasyonu ile fonksiyonel tarafta olduğu kadar estetik tarafta da çalışmak, hastalarımızın dişlerinin bütünlüğünden emin olmanın en iyi yoludur. Periodontoloji bir felsefedir, mesleğimize yönelik bütüncül (entegre) bir yaklaşımdır. Bu nedenledir ki, 25 yıllık klinik ve didaktik etkinliklerden sonra arkadaşlarımın ve meslektaşlarımın cesaretlendirmelerine müteşekkir olarak periodontal cerrahi konusunda mevcut bilgiyi sistematik bir biçimde toplayan bir kitabı bir araya getirme gereksinimini hissettim.

Yıllar içerisinde tekniklerde ve materyallerde kaydedilen ilerlemeler becerilerimizin çıtasını yükseltirken yirmi yıl önce umutsuz olarak değerlendirilen dişler şimdi kurtarılabilmektedir.

Bu kitap, enfeksiyon kontrolü için enstümantasyon (*instrumentation*) tekniklerine, kemik defektlerinin düzeltilmesine yönelik işlemlere (rezektif, konservatif ve rejeneratif) ve yumuşak doku defektlerinin yönetimi için mukogingival cerrahinin tarif edilmesine ilerleyen yolda periodontal hastalığın klinik ve mikrobiyolojik özelliklerinden başlayan mantıklı bir güzergâh oluşturmaktadır. Tüm çalışmanın can alıcı noktası (*Editörün notu*), şüphesiz kemikiçi defektlerde rejeneratif cerrahi ve dişeti çekilmesinde onarıcı cerrahi bölümlerinde sunulmaktadır. Okuyucuya, kanıt temelinde, cerrahi tekniklerin açık ve kapsamlı bir biçimde, sayısız örnek teşkil eden klinik vakalar eşliğinde ve işlemleri adım adım tanımlayan yüksek kalitede çizimler ile tarif edildiği bir patikada rehberlik edilmektedir.

Birinin tedavi yaklaşımlarını hemen değiştirmesini mümkün kılacak yüksek ölçüde klinik bir çalışma. Tedavi yaklaşımlarının sürekli bir biçimde yumuşak doku yönetimi ve estetik bir odak ile yönlendirildiği bir kitap. Diş hekimliğine periodontal yaklaşımın hastaların tedavisinde her zaman kazanan bir silah/güç olduğu inancı ile.

DC

ÇEVİRİ EDITÖRLERİNİN ÖNSÖZÜ

Dünyamızdaki tüm çarpıcı değişiklik sürecine rağmen, kitaplar hayatlarımızın hep bir parçası olmuşlar ve bu özelliklerini hiç yitirmemişlerdir. Kimi zaman bilginin, kimi zaman mizahın, kimi zaman hayallerin, kimi zaman gerçeklerin, kimi zaman zorlukların, kimi zaman öykülerin ve masalların, kimi zaman aydınlıkların, kimi zaman başarıların, kimi zaman başarısızlıkların, yani aslında ‘hayatlarımızın bir yansıması’ olmuşlardır

Hayat bitmedikçe, öğrenme süreci bitmedikçe, kitapların hayatlarımızdaki yeri de bitmeyecektir. Öğrenme süreci açısından bakıldığında diğer bir çok disiplinde olduğu gibi dişhekimliğinde de ‘kişisel mesleki gelişim’ bir zorunluluktur ve kitaplar dişhekimlerinin mesleki anlamda güncel kalabilmeleri şeklinde tarif edilen bu kişisel mesleki gelişimin vazgeçilmez ve hiç vazgeçilmeyecek olan bir unsurdur.

Bu kitap sizlere dişhekimliğinin özel bir alanındaki güncel bilgileri ulaştırabilmek için geniş ve yetkin bir uzman dişhekimi grubu tarafından tercüme edilmiştir.

Bu uzun ve yorucu çalışmanın bir parçası oldukları için tüm bölüm tercüme yazarlarına içtenlikle çok teşekkür ederiz.

Bu kitabın birçok meslektaşımızın mesleki hayatlarına olumlu anlamda katkı sağlayabileceği fikri dahi yaşanan tüm yorgunluklara ve verilen tüm emeklere değer diye düşünüyor ve her birinizin uzun ve çok başarılı mesleki hayatları olmasını temenni ediyoruz.

Sevgi ve Saygılarımızla...

Prof. Dr. Nermin TARHAN
Doç. Dr. H. Gencay KEÇELİ

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

■ PERİODONTAL HASTALIKLARIN
ETYOPATOGENEZİ, TANISI VE
SINIFLANDIRILMASI

Çeviri: Dr. Selcen Özcan Bulut ve
Dr. Nermin Tarhan

PERİODONTAL HASTALIKLAR

Epidemiyoloji

Etyopatogenezi

Tanı

PERİODONTAL HASTALIKLARIN
SINIFLANDIRILMASI

KLİNİK VAKA

Kaynaklar

BÖLÜM 2

■ ETKENE YÖNELİK TEDAVİ,
ENFEKSİYON KONTROLÜ VE
YENİDEN DEĞERLENDİRME

Çeviri: Dr. Nilgün Özlem Alptekin ve Dr. Şule Bulut

GİRİŞ

ETKENE YÖNELİK TEDAVİ

Plağa bağlı gingivitisin etkene
yönelik tedavisi

Periodontitisin etkene yönelik tedavisi

Periodontal ceplerin

enstrumantasyon teknikleri

Lazer-destekli yardımcı tedavi

Rejeneratif tedavi öncesi etkene
yönelik tedavi

OLGU DEĞERLENDİRMESİ

KLİNİK VAKA

DESTEKLEYİCİ PERİODONTAL TEDAVİ

(S. Masiero)

TEKNİK VERİ SAYFASI

Kaynaklar

BÖLÜM 3

■ PERİODONTAL KEMİK DEFEKTLERİ:
ETYOLOJİ, TANI VE SINIFLANDIRMA

Çeviri: Dr. Zuhal Yetkin Ay ve Dr. Aliye Akcalı

ETYOLOJİ

SINIFLANDIRMA

TANI

EPİDEMİYOLOJİ

Kaynaklar

BÖLÜM 4

■ REZEKTİF VE KONSERVATİF
PERİODONTAL CERRAHİ

Çeviri: Dr. Bülent Kurtiş ve Dr. Sermet Şahin

GİRİŞ

REZEKTİF PERİODONTAL
CERRAHİ

Klinik kron boyu uzatma

Distal wedge

KONSERVATİF PERİODONTAL
CERRAHİ

KLİNİK VAKA

CERRAHİ İŞLEMLER

TEKNİK VERİ SAYFASI

Kaynaklar

BÖLÜM 5

■ REJENERATİF PERİODONTAL
CERRAHİ

Çeviri: Dr. Tamer Ataoğlu ve Dr. Nur Balcı

GİRİŞ

REJENERATİF PERİODONTAL

CERRAHİNİN ÖNGÖRÜLEBİLİRLİĞİ

REJENERATİF PERİODONTOLOJİDE CERRAHİ YÖNTEMLER	209
İnterdental papil insizyon teknikleri	209
Flep elevasyon teknikleri	222
REJENERATİF PERİODONTAL CERRAHİDE BİYOMATERYALLER	233
REJENERATİF PERİODONTAL CERRAHİDE SÜTÜR TEKNİKLERİ	234
REJENERATİF CERRAHİDE KARAR SÜRECİ	237
REJENERATİF PERİODONTAL CERRAHİ SONRASI DOKU İYİLEŞMESİ (M. Nevins, M. Camelo, C.Y.J. Chen, D.M. Kim)	238
CERRAHİ İŞLEMLER	245
TEKNİK VERİ SAYFASI	248
<i>Kaynaklar</i>	251

BÖLÜM 6

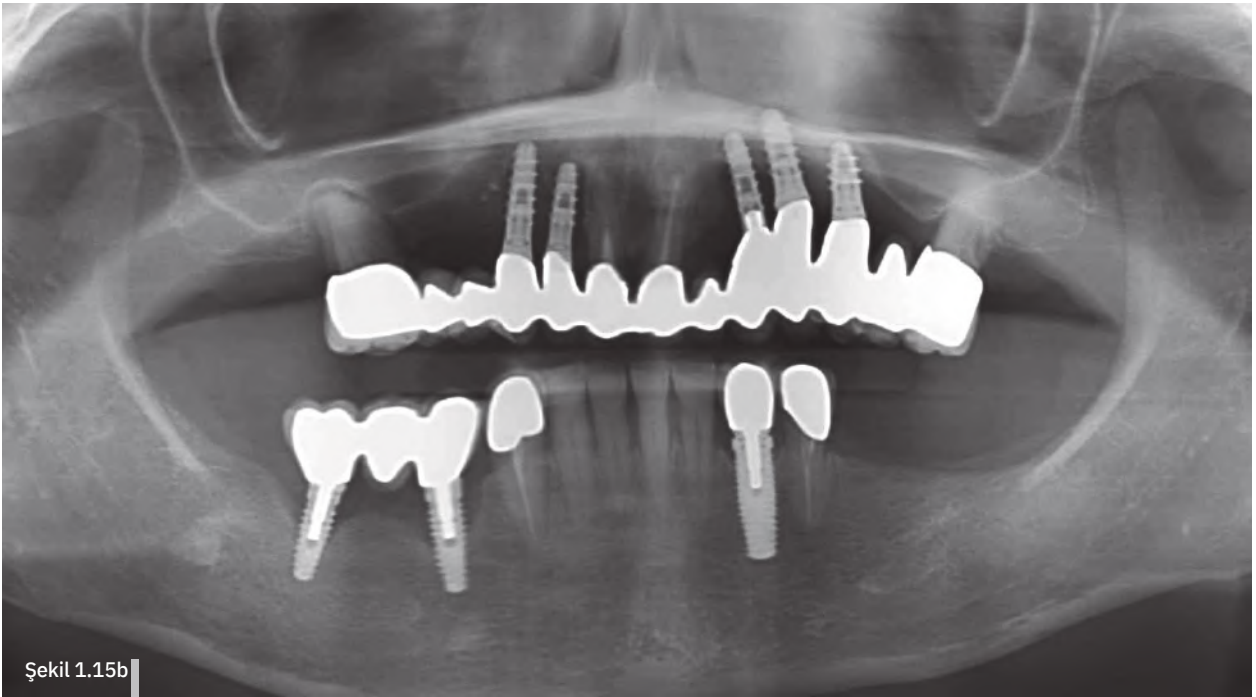
■ YUMUŞAK DOKULARDAKİ ANATOMİK DEFEKTLER VE REKONSTRÜKSİYON TEKNİKLERİ	255
<i>Çeviri: Dr. Hare Gürsoy ve Dr. M. Cenk Haytaç</i>	
GİRİŞ	256
NORMAL MUKOGİNGİVAL DURUM	258
PERİODONTAL FENOTİP	258
DİŞETİ ÇEKİLMESİ	260
DİŞETİ ÇEKİLMELERİNİN TEŞHİS VE SINIFLANDIRMASI	265
SERVİKAL LEZYONLAR	268
YAPIŞIK DİŞETİ	
YETERSİZLİĞİNİN TEDAVİSİ	272
YÜKSEK FRENÜLUM TEDAVİSİ	274
VESTİBUL DERİNLEŞTİRME	279
AŞIRI DİŞETİ GÖRÜNÜRLÜĞÜ (GUMMY SMILE) TEDAVİSİ	281
SERBEST DİŞETİ GREFTİ (R. Cavalcanti)	289
<i>Kaynaklar</i>	298

BÖLÜM 7

■ KÖK YÜZEYİ KAPATMADA PERİODONTAL PLASTİK CERRAHİ	301
<i>Çeviri: Dr. H. Gencay Keçeli ve Dt. Birtan Tolga Yılmaz</i>	
GİRİŞ	302
PERİODONTAL PLASTİK CERRAHİ TEKNİKLER	307
Serbest dişeti grefti	307
Koronale kaydırılan flep (KKF)	313
Laterale kaydırılan flep (LKF)	316
Tünel tekniği	319
Bilaminer teknik	321
Palatinal bölgeden greft elde edilmesi	326
PERİODONTAL PLASTİK CERRAHİDE BİYOMATERYALLER	326
AÇIK KÖK YÜZEYİNİN KİMYASAL VE MEKANİK DEBRİDMANI	331
DİŞETİ ÇEKİLMESİ TEDAVİSİNDE KARAR VERME SÜRECİ	331
CERRAHİ İŞLEMLER	337
KÖK KAPATMA İŞLEMLERİNDE YARA İYİLEŞMESİ (F. Vignoletti, M. Sanz)	343
KLİNİK VAKA	355
TEKNİK VERİ SAYFASI	369
<i>Kaynaklar</i>	370



Şekil 1.15a

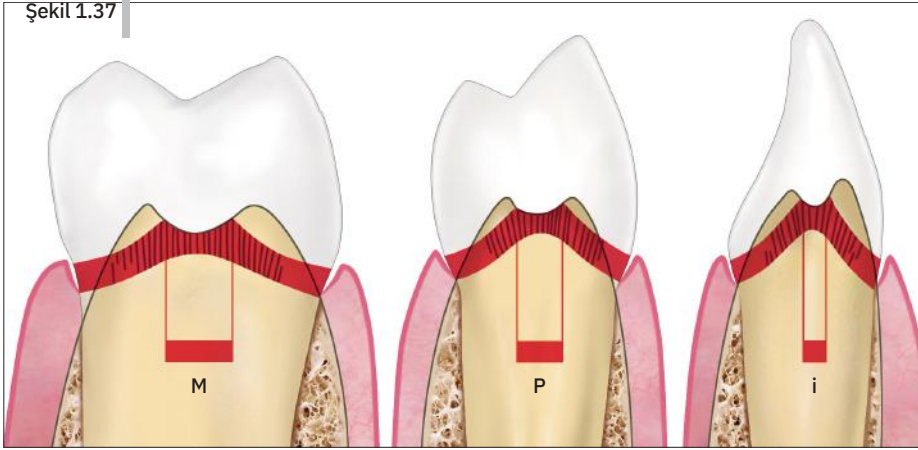


Şekil 1.15b

Şekil 1.15

58 yaşında erişkin kadın hasta, çok sigara içmektedir (40 yıldır günde yaklaşık bir paket). Periodontal hastalığa yatkınlık klinik olarak kendini göstermiş, sigara ile durum kötüleşmiş ve ayrıca belirgin peri-implantitis belirtileri ile implantları da etkilemiştir (a). Radyografik değerlendirme, implantların yanı sıra doğal dişlerde ilerleyici kemik rezorpsiyonunu göstermektedir (b)

Şekil 1.37



Şekil 1.37

İnterproksimal temas noktasının altında yer alan papiller col, ön diş bölgesinde daha dar, arka diş bölgelerinde daha geniştir.
(I = Kesici dişler; P = Küçük azı diş; M = Azı diş.)

Şekil 1.38a



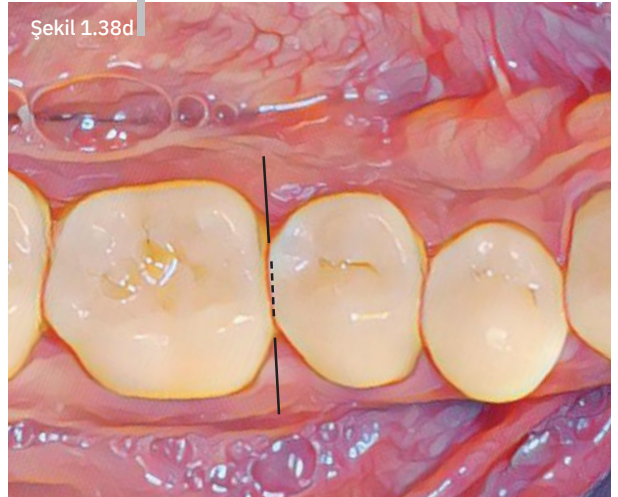
Şekil 1.38b



Şekil 1.38c



Şekil 1.38d



Şekil 1.38

Dişeti morfolojisine göre, interdental papil dar tabanlı daha uzun (a,b) veya geniş tabanlı daha düzleştirilmiş (c,d) bir şekle sahip olabilir.

Şekil 1.48d



Şekil 1.48e



Bireysel genetik periodontitis riski

Test numarası		Cinsiyet	
Hasta		Örneğin alındığı gün	
Hastanın doğum tarihi		Dişhekim muayenehanesi	
Lokus		İnterlökin 1β +3954	
Sonuç		POZİTİF	
Lokus		İnterlökin 1β -511	
Sonuç		POZİTİF HETEROZİGOT	
Lokus		İnterlökin 1β -889	
Sonuç		NEGATİF	
Lokus		İnterlökin 1 RN	
Sonuç		POZİTİF HETEROZİGOT	
BİREYSEL GENETİK PERİODONTİTİS RİSKİ		RİSK 3	

Risk 3: Analize tabi tutulan lokuslarda, proenflamatuar sitokinlerin aşırı üretimi ve enflamasyonun yoğunluğunun zayıf kontrolü ile değişen enflamatuar yanıtla önemli ölçüde ilişkili olan çoklu DNA varyasyonları bulunmuştur. Bireysel genetik bileşen, periodontal patolojiye YÜKSEK genetik yatkınlık olasılığını göstermektedir.

IL-RN: Pozitifliği literatürde implant kaybıyla daha sık ilişkilendirilen interlökin antagonist reseptörlerinin aktivitesine ilişkin belirtecin pozitif olması tedaviye kontrendikasyon oluşturmaz ancak değerlendirilmesi gereken bir risk faktörüdür.

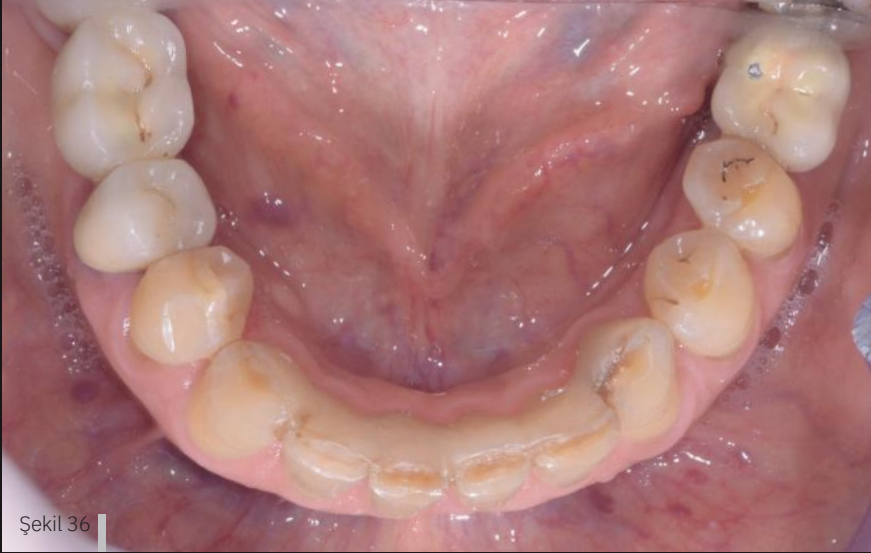
Şekil 1.48

Periodontal mikrobiyolojik inceleme, cebe bir steril kağıt kon yerleştirilerek subgingival bakteri plağı örneği alınarak gerçekleştirilmektedir (a). Kağıt konlara ek olarak, bu testi gerçekleştirmek için kullanılan kit, tıbbi geçmiş dosyasıyla birlikte laboratuvara gönderilmek üzere steril test tüpünü içermektedir (b). Rapor (burada bir örnek verilmiştir) periodontal-patojenleri ve bunların kantitatif analizini göstermektedir (c). Genetik test, dökülen hücreleri toplamak için steril bir pamuklu çubuğun yanak iç epiteline 2 dakika sürülmesiyle yapılmaktadır (d). Kit, sürüntüler ve laboratuvara gönderilecek çantayı içermektedir (e). Rapor (burada bir örnek verilmiştir) hastanın periodontal risk düzeyini göstermektedir (f). PD = periodontal hastalık.

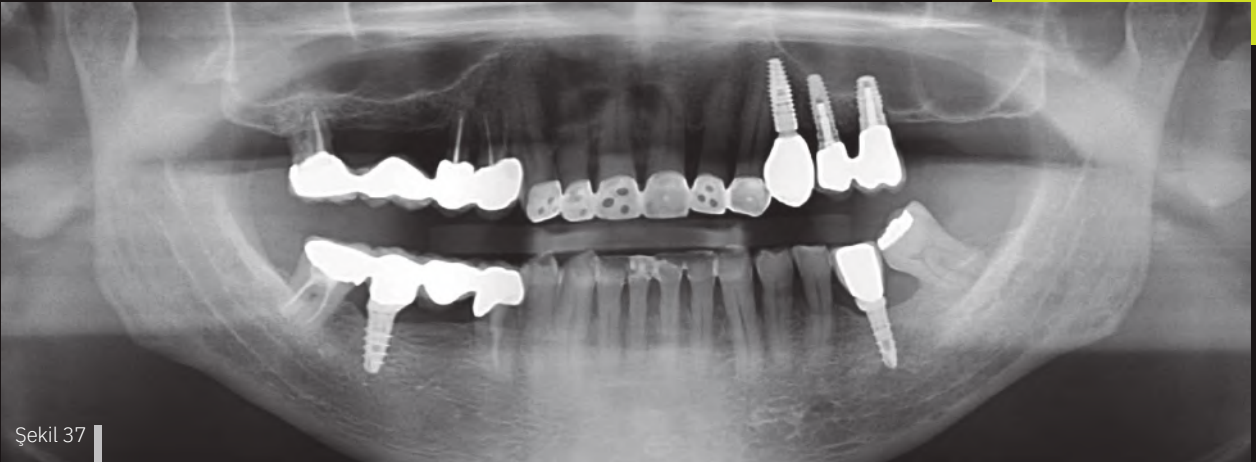
Şekil 1.48f



Her iki çenedeki *Maryland* splintler yeniden simante edilmiştir ancak hala işlev görebilmektedir (**Şekil 35 ve 36**). Panoramik radyografi ayrıca, 15 yıllık takibi olan implantlardaki de dahil olmak üzere marjinal kemik seviyelerinin stabilitesini göstermektedir (**Şekil 37**).



15 yıllık takip



Cerrahiden 6 Ay sonra



Şekil 21

Ameliyattan 6 ay sonra elde edilen sonuç, ön gruptaki dişeti profillerinin uyum ve simetrisinin yeniden kazanılmasıyla iyi bir estetiğin elde edildiğini göstermektedir (**Şekil 21**).

Ortodontik tedaviden 8 yıl sonraki kontrol, hasta motivasyonu devam etmekte ve 3 ayda bir bakım seanslarına gelmektedir (**Şekil 22**).



Şekil 22

8 yıllık takip



Şekil 2.9a



Şekil 2.9b



Şekil 2.9c

Şekil 2.9a-c

Evre III-IV periodontitis tanısı olan hasta.

Bakteriyel enfeksiyon, periodontal dokularda önemli ve belirgin bir enflamasyona neden olmaktadır **(a)**. Enfeksiyon kontrolü, etkene yönelik tedavi yoluyla enflamasyonu çözmeyi mümkün kılmaktadır **(b)**. Sonuçların uzun vadede korunması için hasta bir idame protokolüne alınmaktadır **(c)**.

etkene yönelik tedavinin ayrılmaz parçasıdır, uygun olmayan protetik kenarlar veya çıkıntılı restorasyonlar gibi durumlar hastanın yeterli plak kontrolünü zorlaştırabilir. Örneğin, eski protetik restorasyonların değiştirilmesi veya bunların kenar uyumu düzgün olan geçici restorasyonlarla yer değiştirilmesi kök enstrumantasyon seanslarından önce yapılmalıdır ve kavramsal olarak bu aşama etkene yönelik tedavinin en ayrılmaz parçasını oluşturmaktadır. Aynı şekilde, genelde plak oluşumuna neden olabileceği için kayıp ve umutsuz dişlerin çekimi, bu aşamada yapılmalıdır.



Şekil 2.12h



Şekil 2.12i

Şekil 2.12a-zn Devamı

Tüm ağız dezenfeksiyon girişimi, daha sonra ilave lazer uygulaması ile birlikte van Winkelhoff yöntemi ile sistemik antibiyotik uygulaması altında 24 saat içinde tüm ceplerin enstrumantasyonu ile uygulanmaktadır. İlk günde, ilk yarım çenenin enstrumantasyonu (h) supragingival biyofilmin uzaklaştırmasıyla (i) başlamaktadır.



Şekil 2.12l



Şekil 2.12m



Şekil 2.12n



Şekil 2.12o



Şekil 2.12p



Şekil 2.12q

Cepler ultrasonik (l) ile enstrumante edildikten sonra, subgingival eritritol toz (m) uygulanıp lazer kullanılmaktadır. Spesifik olarak, 300µm fiber kullanılarak Nano Yag lazer ile her bir cebe 60 saniye boyunca uygulanmaktadır (n). Cepler daha sonra hidrojen peroksit (o) ve klorheksidin (p) ile irriga edilmekte ve ardından hyaluronik asitten zengin jel (q) uygulanarak koruma sağlanmaktadır. Dördüncü yarım çene aynı seansta enstrumante edilmektedir (r).



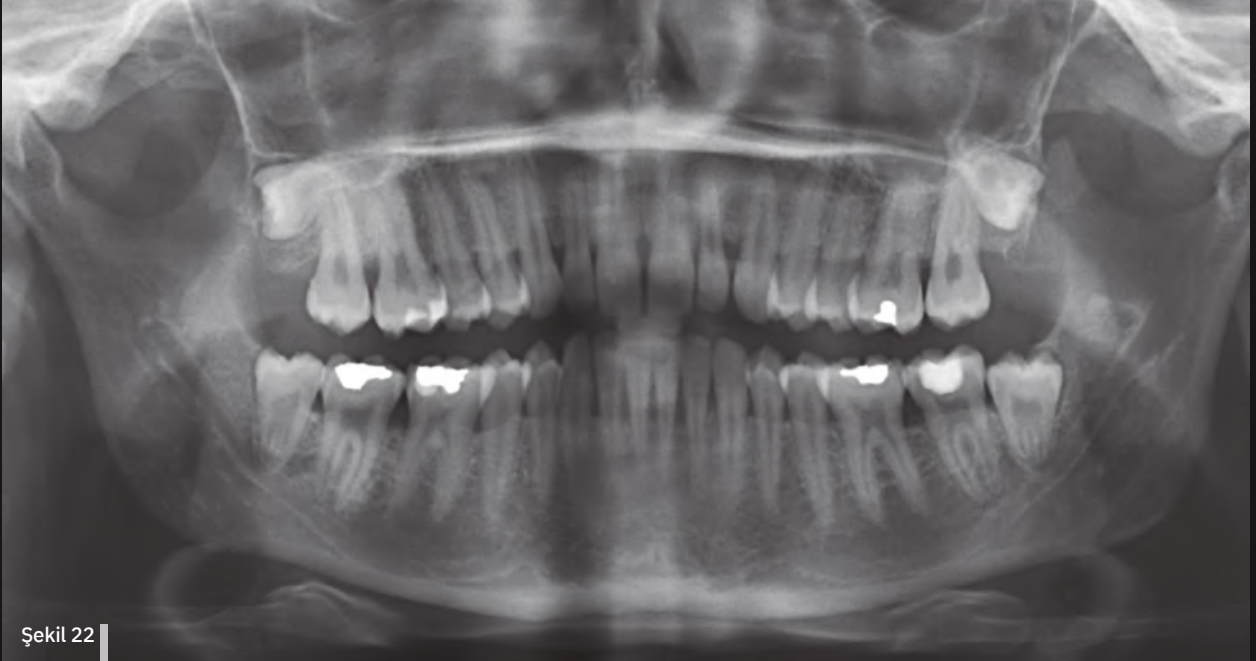
Şekil 2.12r

KLİNİK VAKA 1

YARIM ÇENENİN ENSTRÜMANTASYONU

42 yaşında Evre II Periodontitis hastası. Başlangıç ağız içi bulgularında, özellikle interproksimal alanlarda optimal subgingival plak kontrolü ve marjinal dokularda hafif enflamasyon (**Şekiller 1-5**).





Şekil 22

Tedaviden 12 ay sonra 3.idame fazında radyografik görüntülerde kemikte yeniden mineralizasyon görülmektedir (Şekil 22).

2 yıllık takip

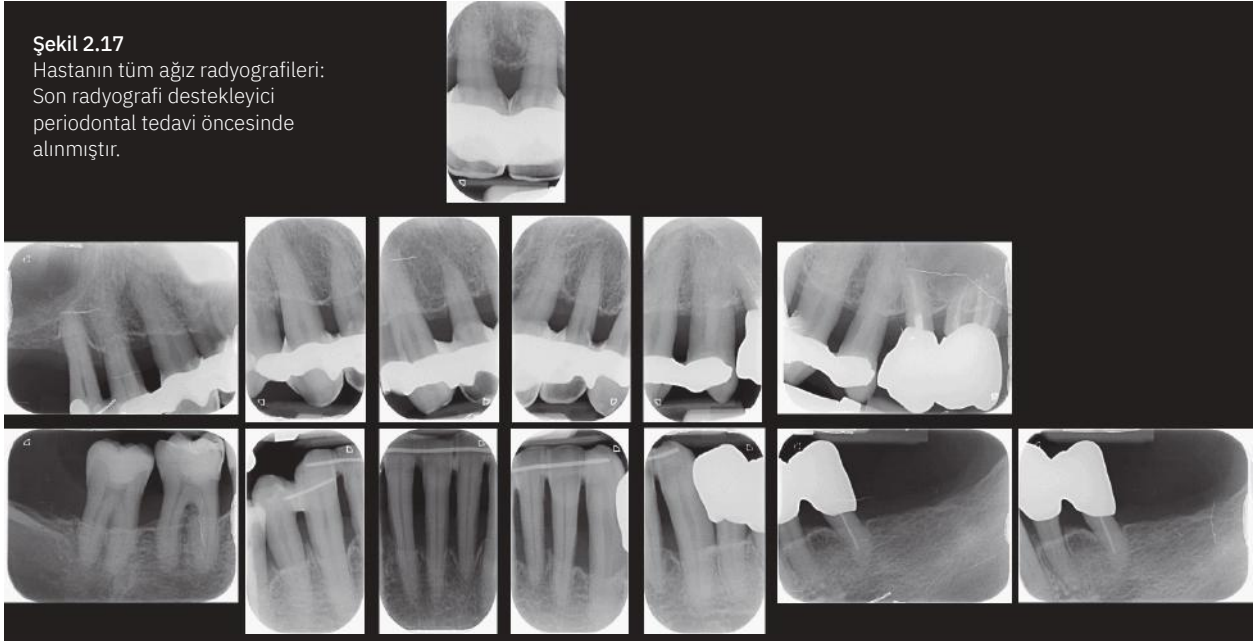


Şekil 23

Periodontal durumun 2 yıl sonra bile stabil olduğu görülmektedir (Şekil 23).

Şekil 2.17

Hastanın tüm ağız radyografileri:
Son radyografi destekleyici
periodontal tedavi öncesinde
alınmıştır.

**Şekil 2.18**

Biyofilm uzaklaştırmadan önce destekleyici periodontal tedavi sırasında hastadan alınan ağız içi fotoğraf.

**Şekil 2.19**

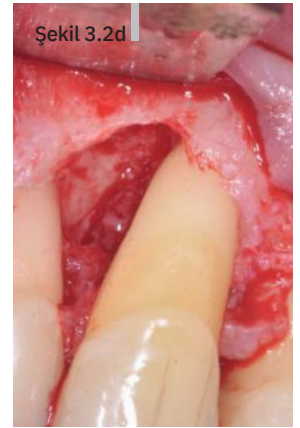
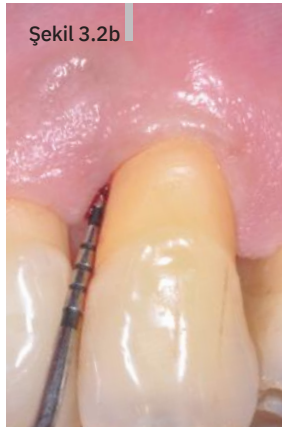
Hasta fotoğrafı. Plak boyama ajanı kullanımı esastır.

- Hastanın ağız bakım performansının değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması, (Şekil 2.19)
- Değiştirilebilir risk faktörlerinin değerlendirilmesi ile hastanın prognostik profilindeki değişikliklerin kaydedilmesi, (PKR (Periodontal Kayıt Randevusu), Şekil 2.20-2.26).
- Subgingival ve supragingival diş taşları ile plağın profesyonel ve mekanik uzaklaştırılması (PMPU), plak retansiyonuna neden olan kırık ya da uygun yapılmamış restorasyonların uzaklaştırılması, sekonder okluzal travmanın ve mobilitenin kontrolü, (Şekil 2.27 ve 2.28), eğer gerekli ise antimikrobiyal ajanların kullanılması,
- Yalnızca gerekli görülen rutin takip seanslarında x-ray alınması,
- Klinik değerlendirme sonrası düzelmenin olmadığı, yeniden değerlendirmenin gerekli olduğu, klinik değerlendirme ile objektif gözlemlerin karşılaştırıldığı durumlarda x-ray alınması (Şekil 2.29).
- Risk faktörlerinin eşlik ettiği durumlarda davranış değişikliğinin motive edilmesi (Tütün kullanımı, diyabet, kilo veya diyet gibi risk faktörlerinde bakteriyel plağın uzaklaştırılmasında oral hijyen önerileri ve kontrolleri uygun olmalıdır, (Şekil 2.30).



Şekil 3.1a-c Devamı

Orta kesici dişlerin kök yüzeylerindeki plak ve diş taşı varlığı, apikal yönde göç ederek dişeti dokusunun şeklini ve konumunu değiştirmiştir (b). Aynı bölgenin ağız içi radyografisi, periodontal enfeksiyonun apikal yönde ilerlemesinin sonucu olarak kemik defektlerinin varlığını vurgulamaktadır (c).



Şekil 3.2

Periodontal hastalığı olan erişkin hasta. Sol üst kanin dişin mezialinde 9 mm derinliğinde bir cep mevcuttur (a, b). Ağız içi radyografisi mezial kemik defektinin varlığını göstermektedir (c). Açık flep intraoperatif görüntüsü, mezial tarafta önemli bir rezorbsiyonun varlığını doğrulamaktadır (d).



Şekil 3.3

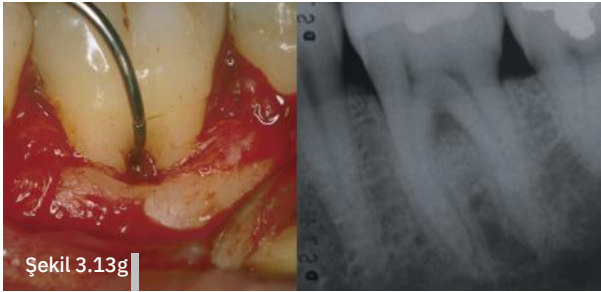
Periodontal hastalığı olan erişkin hasta. Üst orta kesici dişin 7 mm sondlama derinliği olan mezial bölgesi (a,b). Radyografi, söz konusu bölgede hastalığın ilerlemesi için bir risk faktörü olan kemik içi bir defektin varlığını göstermektedir (c).



Şekil 3.13e



Şekil 3.13f



Şekil 3.13g

Şekil 3.13 Devamı

Sirkumferensiyel defekt (e), kombine defekt (f), inter-radiküler defekt (g).

Sirkumferensiyel kemik defektinin radyolojik tanısında açılı kemik defekti hattının koronalinde hem mezial hem de distalde radyolusent bir alan mevcuttur.

Kombine kemik defektinin radyolojik tanısında koronal bölgede tek duvar kemik defektini gösteren radyolusent alan mevcuttur, apikale doğru farklı derecelerde radyoopasite iki- ve üç-duvarlı kemik defektlerini göstermektedir.

İnter-radiküler kemik defektinin radyolojik tanısında furkasyon bölgesinde tutulum sınıf I ve II ise kısmi radyolusent (açık gri ya da koyu gri) alanlar bulunmaktadır.

İnter-radiküler kemik defektinin radyolojik tanısında eğer furkasyon tutulumu sınıf III ya da throu-

gh-and-through ise furkasyon bölgesinde tam radyolusent (*tümüyle siyah*) alan bulunmaktadır.

Flep operasyonu sırasında periodontal kemik defektlerinin cerrahi olarak ve periapikal ve panoramik radyograflar ile değerlendirilmesi kıyaslandığında, kesin olarak gözlenen:

- minör kemik kayıplarının (1-4 mm) radyografik olarak saptanması oldukça sınırlıdır, özellikle başlangıç lezyonlarında daha da güçtür (1-2 mm);
- periapikal radyograflar panoramik filmlere göre özellikle başlangıç lezyonlarında gözlenen kemik kaybını teşhis etmede daha etkilidir;
- panoramik radyograflar kemik kaybını daha az gösterme eğilimindedir, ancak intraoral olanlar yerleşim (ark, diş, bölge) ve şiddetten bağımsız olarak daha kesindir;
- radyografik değerlendirme erken periodontitiste kemik yıkımını olduğundan daha az gösterme eğilimindedir, orta formlarda daha kesin gösterirken, şiddetli periodontitiste daha fazla kemik yıkımı gösterme eğilimindedir;
- her iki radyografik yöntem şiddetli periodontitis grubunda uyumludur, hafif gruplarda daha fazla sapma gösterir;
- periapikal radyograf panoramik radyografa göre periodontal kemik lezyonunun değerlendirilmesinde anlamlı olarak daha kesinlik gösterir (Pepelassi ve Dimanti-Kapioti, 1997).

Kemik defektlerinin teşhisinde konvansiyonel radyografinin potansiyeli değerlendirildiğinde, kemik desteğinin radyografik olarak teşhisinde maalesef kısıtlı kalmaktadır. Periapikal radyograflarda ise defektin teşhis edilebilmesi duvar sayısı, vestibül-lingual genişliği ve derinliği ile ilişkilidir. Panoramik radyograflarda ise bu durum vestibül-lingual genişlikle ilişkilidir (Pepelassi ve ark., 2000).

Sınırlamalara rağmen, her durumda kesin radyolojik tanı; cerrahi planlama, prognoz, sonuçların değerlendirilmesi, kemik içi defektlerinin tedavisinin takibinde önemlidir (Cardaropoli ve ark., 2001; Corrente ve ark., 2003). Defektin radyografik açısı kemik içi defektlerin tedavisinde tedavi etkinliği açısından prognoz ile ilişkili bir göstergedir (Tsitoura ve ark., 2004).

Klinik kron boyu uzatma

Periodontal rezektif cerrahinin ilkeleri, koronal kök kırıkları veya yıkıcı subgingival çürükler nedeniyle zarar görmüş dişlerin rehabilitasyonunda da uygulanmaktadır. Bu durumlarda, kemik dokusu ile sağlıklı diş marjini arasında en az 3 mm'lik bir mesafenin korunması ilkesine bağlı kalarak, biyolojik genişlik seviyesi değiştirilerek periodontal desteği modifiye etmek gerekebilmektedir (Şekil 4.8a-g). Kırık veya çürük lezyonu kemik dokusuna yakın olduğunda, biyolojik genişliğe yer açmak ve söz konusu dişin konservatif iyileşmesine izin vermek veya protezde (ferrule) etkisi oluşturmak için kemik dokusu daha apikalde konumlandırılmalıdır. Genel olarak, klinik kron boyu uzatma işlemi aşağıdaki durumlarda endikedir (Şekil 4.9a-i ve 4.10a-e):

- subgingival çürükler;
- kron veya kron+kök kırıkları;

- tamamlanmamış pasif erüpsiyon;
- gingival hiperplazi;
- pre-protetik uzatma

Kron boyu uzatmanın kontrendikasyonları şu şekilde sıralanabilir:

- dişin konumu ve düşük estetik değeri;
- risk taşıyan periodontal durumlar;
- elverişsiz kron/kök oranı;
- alveoler krete göre kırığın/çürüğün aşırı apikale uzanması;
- aşırı osteotomi yapılması gerekiyorsa komşu dişlerin zarar görme riski;
- furkasyonun açığa çıkması;
- anatomik limitasyonlar (örn. maksiller sinüs);

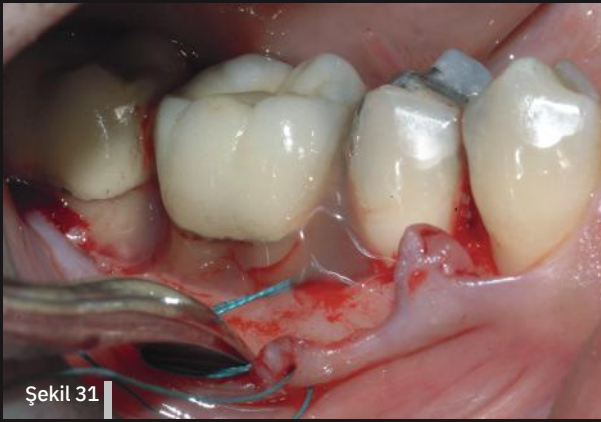


Şekil 4.8

Klinik kron boyu uzatma. Protetik rehabilitasyona tabi tutulan üst ikinci premolar (a). Rezidüel diş dokusu kenarı subgingival pozisyonda iken, serbest dişeti kenarı ile kemik tepesi arasındaki mesafe 3 mm'dir (b). Keratinize dokuda vestibüler ve palatal olarak submarjinal bir insizyon ve intrasulküler bir insizyon yapılmaktadır (c). Yumuşak doku tam kalınlık flep kaldırılmıştır (d). Sağlıklı diş kenarı ile kemik tepesi arasında 3 mm'lik bir boşluk oluşturmak için 1 mm'den fazla kemik dokusu uzaklaştırılmıştır (e). Flep apikale sütüre edilmiştir (f, g).



Şekil 28-30 Dördüncü yarım çenede 2. küçük azı dişi ile 1. büyük azı dişi arasında 6 mm derinliğinde bir krater defekti, ayrıca 1. azı dişte vestibüler furkasyon tutulumu ve 1. azı dişi ile 2. azı dişi arasında bir kemik defekti daha bulunmaktadır.



Şekil 31 ve 32 Amelogenin (Emdogain, Straumann) kullanılarak rejeneratif işlem gerçekleştirilmiştir.



Şekil 33 Cerrahiden 12 ay sonra yapılan son kontrol, hasta tarafından mükemmel plak kontrolü sağlandığını göstermektedir.



Şekil 23a



Şekil 23b

Şekil 23a,b İki haftalık iyileşme. Hem interproksimal hem de bukkalde yeni doku oluşumu görülmektedir. Bu aşamada, hastanın plak temizliğini ve yumuşak doku iyileşmesini desteklemek için interproksimal bir fırçanın kullanımı konusunda talimat verilmelidir.



Şekil 24a



Şekil 24b

Şekil 24a,b Bu görüntüler, cerrahiden yaklaşık 12 ay sonraki klinik durumu göstermektedir. Hasta maddi imkansızlıklar nedeniyle son restorasyonu ertelemiştir ve üzerine metal yapı ile güçlendirilmiş geçici bir restorasyon yapılmıştır. Dişeti dokusunun sağlıklı görünümü, 46 numaralı dişte keratinize dişeti bandının artması, bukkal ve lingual taraftaki kalınlaşmış doku dikkat çekicidir. Mükemmel plak kontrolü de gözlenmektedir.



Şekil 25

Şekil 25 İşlemden 1 yıl sonra sağ alt yarım çenenin periapikal radyografisi. Kemik kret formunda iyileşme, 46 nolu dişteki mezial defektin kemik içi komponentinde azalma ve lamina dura oluşumunun bazı belirtileri tespit edilebilmektedir.

GİRİŞ

Rejeneratif cerrahi teknikler, kemik içi komponenti 4 mm'ye eşit veya daha büyük olan periodontal defektlerin tedavisinde endikedir (Laurell, 1998) (Şekil 5.1). Bu nedenle, orta ve derin ceplerin, sondlama derinliğini azaltarak ve klinik ataçman kazanarak ortadan kaldırılması arayışıyla, periodonsiyumun yeniden oluşturulması için kullanılmaktadır. Diğer cerrahi uygulamalardan farklı olarak, rejeneratif periodontal cerrahinin amacı, periodontal cebin yumuşak doku



Şekil 5.1

Şekil 5.1

Rejeneratif periodontal cerrahi işlemi için seçilmiş, 7 mm kemik içi izole olmayan defektin klinik görüntüsü.



Şekil 5.2a



Şekil 5.2b

Şekil 5.2a-zg

62 yaşında periodontal hastalığı olan bir hasta. Sol üst lateral kesici dişte cerahatli eksüda varlığını ve iki santral kesici diş arasındaki diastemanın boyutunu gösteren frontal görüntü (a). Başlangıçta sondlamada, 14 mm'lik bir cebin varlığı saptanmıştır (b).

çekilmesi olmadan veya minimum seviyede çekilme ile kapatılmasını sağlamaktır. İdeal olarak, sondlama derinliğindeki azalma, klinik ataçmandaki kazançla eşleşmelidir. Histolojik açıdan amaç, yeni sement ve alveoler kemik oluşumuyla birlikte periodontal ligamentin rejenerasyonu ve böylece dişi destekleyen dokuların sağlıklı durumlarına dönüştürülmesidir. “Yeni ataçman” kavramı, periodontal ligamentten yoksun kalmış kök yüzeyinin, içine kolajen liflerin girdiği yeni sement oluşumu yoluyla, bağ dokusu ile yeniden birleşmesini ifade etmektedir. Doku rejenerasyonu belirli bir doku tipinin iyileşmesini uyarmak için bir anatomik bölgenin mekanik bariyerler kullanılarak izolasyonunu gerektirmektedir. Periodontolojide, derin periodonsiyumun rejenerasyonu olasılığına dair bilimsel kanıtlar, 1980'lerin başında Sture Nyman'ın deneysel çalışması sayesinde elde edilmiştir. Yeni bir periodontal ataçman elde etme olasılığı, selüloz es-

Basitleştirilmiş papil korumalı teknik

Interdental aralık genişliğinin 2 mm'den az olması durumunda basitleştirilmiş korumalı tekniğin kullanılması önerilmektedir (Cortellini ve ark. 1999). Bu yöntem, interdental aralıkta, hem vestibül hem de lingualde interdental col bölgesinden geçmeyen, alttaki kemik defektinin eğimine paralel oblik insizyondan oluşmaktadır.

Bu işlem tüm klinik durumlarda kullanılabilmekte ve karşı taraftaki papile zarar vermeksizin interdental aralıktan papilin hareketlendirilmesini mümkün kılmaktadır (Şekil 5.7a-q).



Şekil 5.7a-q

Basitleştirilmiş papil korumalı teknik. Sağ santral kesici dişte derin periodontal problem, 9 mm sondlama derinliği ve kanama (a).



Şekil 5.7b



Şekil 5.7c



Şekil 5.7d



Şekil 5.7e



Şekil 5.7f



Şekil 5.7g



Şekil 5.7h

Ağız içi radyografide derin kemik defekti varlığı (b). Nedene yönelik tedaviden sonra, yüzeysel enflamasyonun (c) çözüldüğü not edilmiş ve cerrahi tedaviye geçilmiştir. Mükemmel debridman (g) için interdental bölgede (d), oblik bir kesi atılarak tam kalınlık flep (e) kaldırılmış ve papilin palatinal komponenti (f) çevrilmiştir. Kemik defekti, sıgır kaynaklı kemik grefti (*BioOss Collagen, Gesitlich*) (h) ile doldurulmuştur.

devamı >



Şekil 5.11i



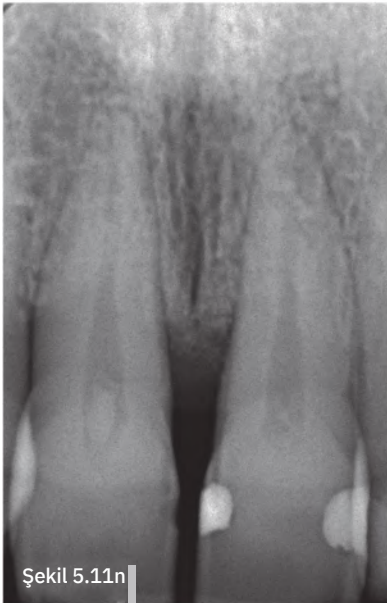
Şekil 5.11l



Şekil 5.11m

Şekil 5.11a-q Devamı

Defekt kolajenli biyomateryal (BioOss Collagen, Geistlich) ile doldurulmuş ve modifiye Laurell Gottflow tekniği kullanılarak rezorbe olmayan suture (PTFE 6/0, Omnia) ile kapatılmıştır (l). Yara yüzeyine hyaluronik asit ve aminoasitlerden zengin jel sürülmüştür (Aminogam Gel, Professional Dietetics) (m).



Şekil 5.11n



Şekil 5.11o



Şekil 5.11p



Şekil 5.11q

Cerrahi sonunda alınan radyograf, biyomateryallerin defekt içindeki adaptasyonunu göstermektedir (n). Hastaya 12 ay süren intrüzyon ve mezializasyon hareketleriyle sabit ortodontik tedavi uygulanmıştır. Ortodontinin bitiminden 12 ay sonraki takip görüntüsü, 2 mm'lik fizyolojik sulkusun varlığını (p), defektin radyolojik dolumunu (q) ve estetik açıdan mükemmel sonucu göstermektedir (o). (Ortodontik tedavi: Dr. L. Gaveglia, Turin).

Modifiye minimal invaziv cerrahi teknik (M-MIST)

Flebin boyutunu daha da küçültmek adına, defekte yalnızca vestibülden erişim alanı oluşturmak mümkündür (Cortellini ve Tonetti, 2009). Basitleştirilmiş papil korumasını takiben, vestibuler tarafta, mezial ve distal olmak üzere iki adet intrasulkuler insizyon

atılırken palatal bölgede diğer papilleri içermeyen tek bir insizyon oluşturulmaktadır. Minimal vestibüler flep, defekt enstrümantasyonunu sağlamak için tam kalınlıkta kaldırılırken, palatinalde papil ve flep intakt tutulmaktadır (Şekil 5.12a-zi).



Şekil 5.13i



Şekil 5.13l



Şekil 5.13m



Şekil 5.13n

Şekil 5.13a-n Devamı

Daha sonra iğne kontak noktasının altından geçerek damak tarafındaki düğüm halkasının içinden geçmekte (i) ve vestibüler olarak geriye giderek düğüm bağlanmaktadır (l). Bir yıl sonra yumuşak dokuların iyileşmesi optimaldir (m) ve defekt radyolojik olarak defekt dolumu gerçekleşmiştir (n).

REJENERATİF CERRAHİDE KARAR SÜRECİ

Buraya kadar yapılan analizler ışığında rejeneratif periodontal cerrahide insizyon hatları, fleplerin elevasyonu ve yumuşak dokuların sutureasyonu açısından farklı yöntemlerin olduğu görülmektedir. Tam olarak bu yüzden cerrahi aşamaya yaklaşırken doğru kararı verebilecek kritik yeteneğe sahip olmak çok önemlidir. Bu nedenle teşhis önemli bir adımdır. Defektin gerçek üç boyutlu anatomisini bilmek veya hayal etmek doğru terapötik seçimde yol gösterici olacaktır.

İnsizyon tekniği

Basitleştirilmiş papil korumalı insizyon, papil genişliğinden bağımsız olarak hemen hemen tüm vakalarda kullanılabilen bir seçenektir. Yalnızca interdental aralık 2 mm'den büyük olduğunda, orijinal veya modifiye papil korumalı insizyonunun kullanılması düşünülmelidir.

Flep elevasyon tekniği

Sadece vestibülden yaklaşımla defektin tamamen temizlenme olasılığı varsa, SFA veya M-MIST gibi bir elevasyon tekniği tercih edilmelidir.

Defekt sadece vestibüler girişten temizlenemiyorsa, MIST yaklaşımı önerilmektedir.

Biyomateryal seçimi

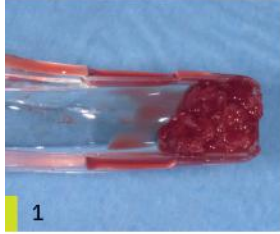
Defekt morfolojisi korunaklı bir yapıya (dar ve çok duvarlı) sahipse sadece kemik greftleri ve/veya amelogeninler kullanılmalıdır. Bununla birlikte defekt yapısı korunaklı değilse mutlaka membran kullanılmalıdır.

Sütür tekniği

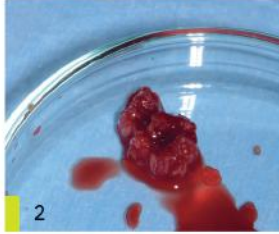
Papil genişse horizontal çapraz matress sütür önerilmektedir. Bununla birlikte, papil dar olduğunda, modifiye edilmiş Laurell-Gottlow sutureunun kullanımı endikedir. PTFE tercih edilen materyaldir.

TEKNİK VERİ SAYFASI 5.1

BİYOMATERYALLER



1



2



3



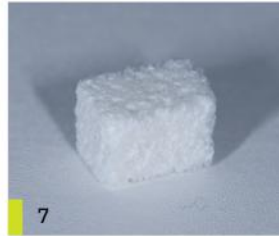
4



5



6



7



8

Şekiller 1-2: Kemik kazıyıcı ile alınan otojen kemik.

Şekiller 3-4: Özel ekipmanlarla (Smart Dentin Grinder, Kometa Bio) çekilmiş dişten üretilen otolog dentin.

Şekil 5: Kemik bankasından alınan FDBA.

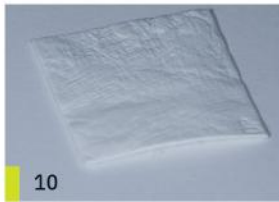
Şekil 6: Hayvan kaynaklı kemik. Granül formundaki deproteinize sığır kemiği (BioOss 0,25-1 mm, Geistlich).

Şekil 7: %10 domuz kolajeni (BioOss Collagen, Geistlich) ile karıştırılmış deproteinize sığır kemiği.

Şekil 8: Trikalsiyum fosfat formundaki sentetik kemik (Bone Ceramic, Straumann).



9



10



11



12



13



14



15

Şekil 9: Titanyum destekli PTFE membran (NeoGen, Neoss).

Şekil 10: Domuz kökenli kolajenden üretilmiş rezorbe olabilen membran (BioGide, Geistlich).

Şekil 11: Domuz kökenli mine matriksinden sentezlenen amelogenin (Emdogain, Straumann).

Şekil 12: Steril %24 EDTA (PrefGel, Straumann).

Şekil 13: Rh-PDGF (Gem 21, Lynch Biologics).

Şekil 14: İnsan kaynaklı fibrin yapıştırıcı (Tisseell, Baxter).

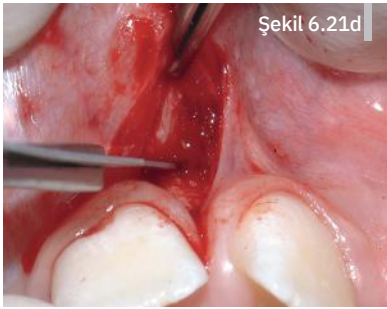
Şekil 15: Hyaluronik asit ve amino asitlerden zengin jel (AminoGam Gel, Professional Dietetics).





Şekil 6.21

Frenektomi. Gelişme çağındaki genç bir hastada papil tepesine tutunan frenilum (a) 1:100.000 adrenalin içeren lokal anestezinin bölgeye, dokuların şişmemesi ve çevre dokularla anatomik ilişkisinin bozulmaması için çok yavaş verilmesini takiben, frenilum bağlantı bölgesinin yanından ve frenilum mukozası ile keratinize dişeti/alveoler mukoza sınırından bağlantı bölgesine yönelecek şekilde 15C bistüri ucu ile yapılan iki adet V şeklinde açılı insizyon (b,c).

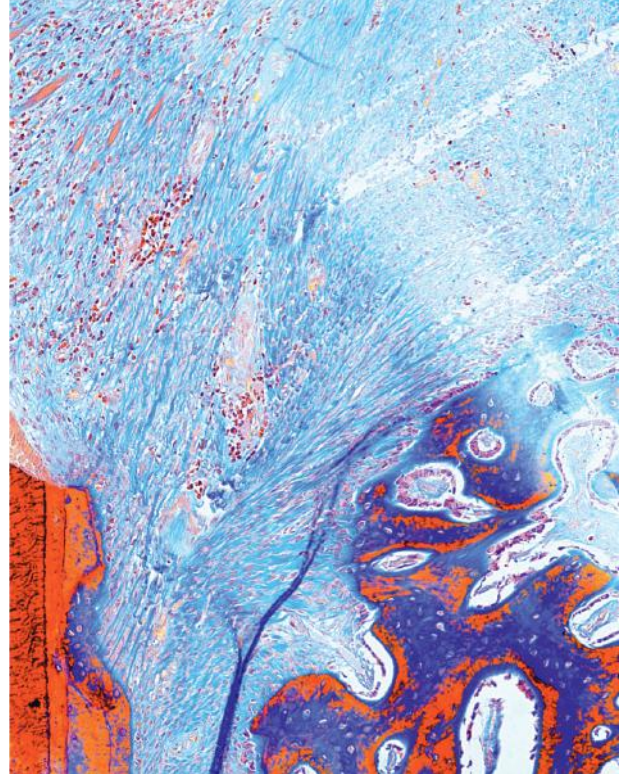
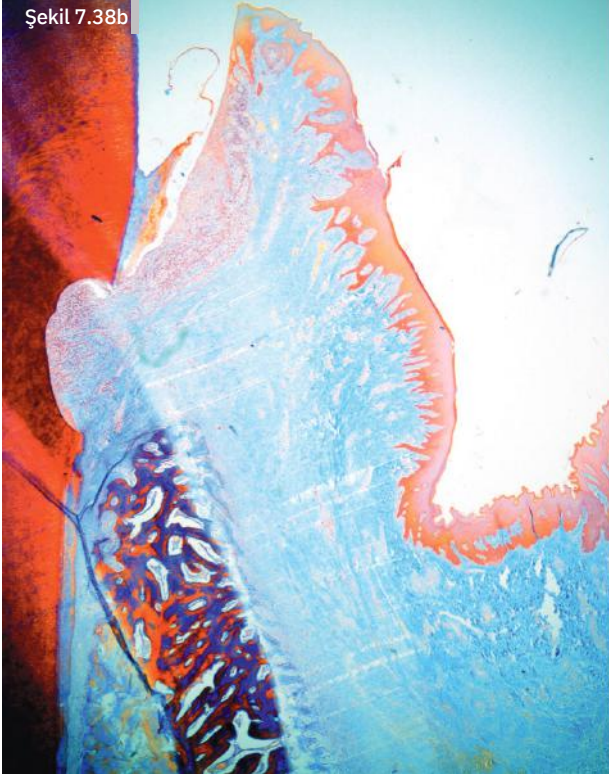


Frenilum bu aşamada elmas şeklinde açılmakta ve dudak yukarıya doğru çekilerek kas bağlantılarının uzaklaştırılması amacıyla bistüriyle derin supraparosteal insizyonlar gerçekleştirilmektedir (d). Doku apiko-koronal yönde basit süturlar ile kapatılmaktadır. Alveol mukozasında bulunan apikal bölge primer olarak iyileşirken, yapışık dişeti bölgesi sekonder iyileşmeye bırakılmaktadır (e). İki hafta sonra, dokuların iyileşmesi tamamlanmıştır (f).

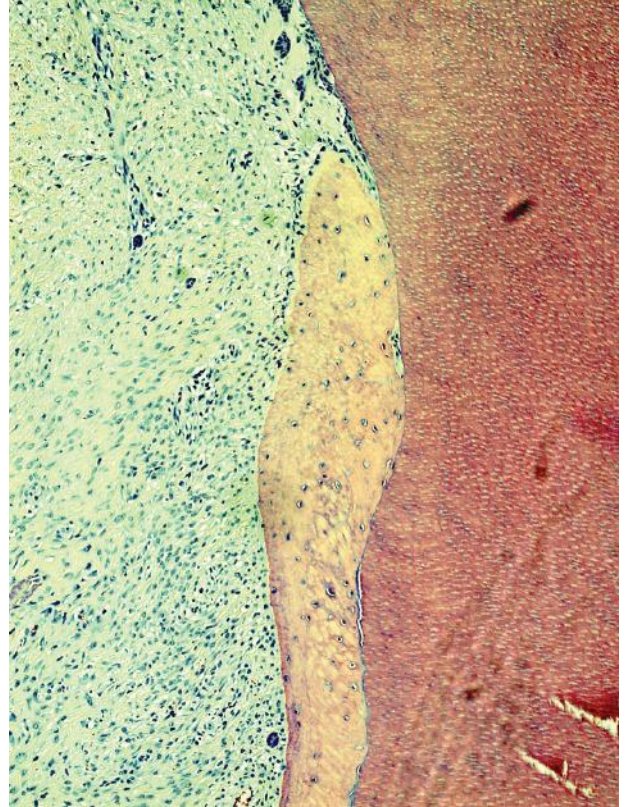
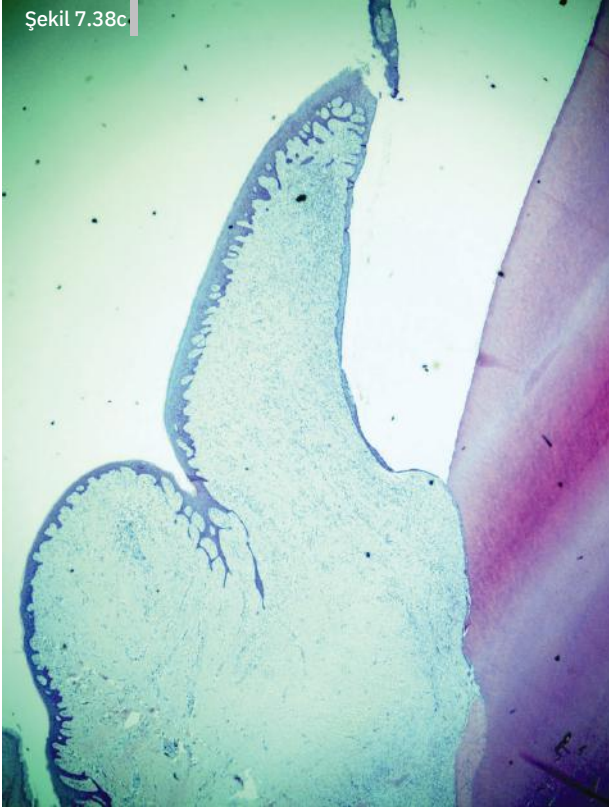


İyileşme sonrası diğer daimi dişlerin sürmesini takiben ortodontik tedavi tamamlanmıştır. Orta hatta papilin interproksimal bölgeyi tamamen doldurduğu gözlenmektedir. Frenilum tespit edilmemiştir, sadece alveol mukozası seviyesinde az miktarda skar dokusu bulunmaktadır (g).

Şekil 7.38b



Şekil 7.38c



PERİODONTAL PLASTİK VE REJENERATİF CERRAHİ

DANIELLE CARDAROPOLI:

*M. Nevins, M. Sanz, E.P. Allen, S. Aslanl, M. Camelo, R. Cavalcanti, C.Y.J. D.M. Kim,
L. Landi, S. Masiero, M. McGuire, F. Violelli'nin işbirliği ile*

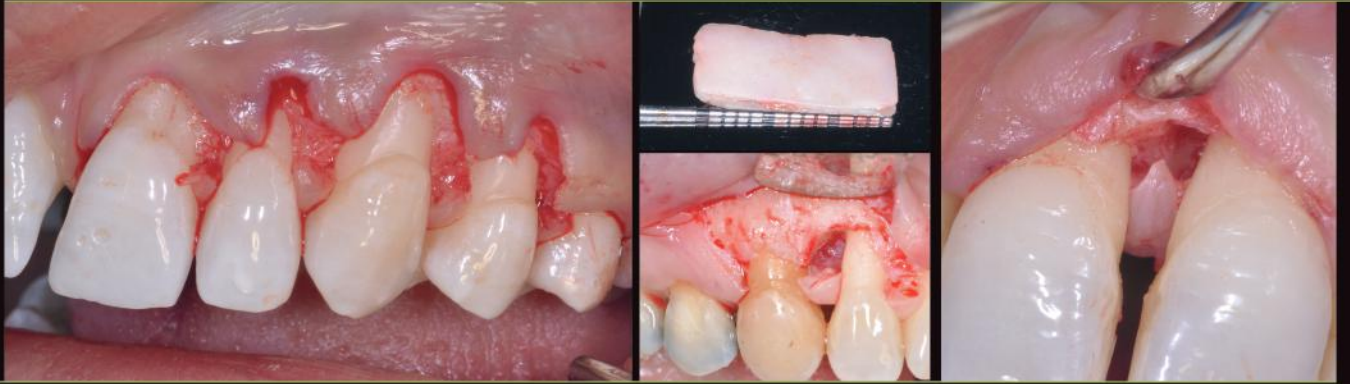
Periodontoloji diş hekimliğinin merkezidir. Diş destekleyen dokuların sağlığını sürdürebilmek ve restore edebilmek, onların hem estetik hem de fonksiyonel bütünlüklerinden emin olabilmekten en iyi yoldur.

Bu kitap, periodontal cerrahide en güncel bilgileri sistematik olarak bir araya getirmiştir.

Tüm çalışmanın atan kalbi, yetkili ve yetkin katkılar ile kemik içi defektlerin rejeneratif cerrahisi ve dişeti çekilmelerinin plastik cerrahisi bölümleri tarafından yansıtılmıştır.

Okuyucuya, cerrahi tekniklerin ve işlemlerin adım adım tarif edilebilmesi için yaratılan sayısız örnek klinik vaka ve yüksek kalitede çizimler, açık, kapsamlı ve kanıt temelli bir patikada rehberlik edilecektir.

Bir kişinin tedavi yaklaşımlarını hemen değiştirmesini mümkün kılacak şey büyük ölçüde klinik çalışmadır. Bu eser tedavi seçeneklerinin yumuşak doku yönetimi ve estetik odaklı yaklaşımla sürekli olarak yönlendirilebildiği bir çalışmadır.



ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTAPBEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-968-6



9 789752 779686