Yumuşak Dokunun Estetik Tedavi Planındaki Yeri

Korkud DEMİREL1

Estetik açıdan periodontal değerlendirme:

“Sağlam kafa sağlam vücutta bulunur’’1

deyişi gibi estetik değerlendirme yapabilmek için önce

dokuların sağlıklı olması gerekmektedir. Diş eti kanamaları, mikrobiyal dental plak varlığı ve Diş

etinde iltihabi süreçten kaynaklanan renk ve yapı değişiklikleri bir taraftan estetik beklentilerin

karşılanmasını olanaksız kılmakta, diğer taraftan elde edilecek olası başarının zaman içerisinde

korunabilmesini imkansız hale getirmektedir. Estetik değerlendirmelere geçilmeden önce

söz konusu bölgede sondalanabilir cep derinliklerinin vestibül ve palatinal yüzlerde 3mm

yi geçmiyor olması, ara yüzlerde ise en fazla 4mm olması gerekmektedir. Diş eti sağlığının

değerlendirilmesinde ikinci aşamada sondalama sonrası cep içerisinden kanama olmaması ve

Diş eti kenarında renk değişikliği ve kanama bulunmaması gerekmektedir. Periodontal hastalığın

olduğu durumlarda estetik değerlendirmelere geçilmeden önce hastalığın ortadan kaldırılması

gerektiği unutulmamalıdır.

Dudakların sınırları ve gülme hattının seviyesi:

Normal gülme hattı kavramı gülümseme sırasında üst dudağın konumu belirler. Haliyle Diş eti

kenarının konumu gülümseme sırasında görülecek Diş eti miktarını etkileyecektir. Gülümseme

sırasında orta keser ve köpek dişlerinde diş eti kenarının dudak tarafından örtülmesi ve yan

keserlerde 1-2mm Diş eti kenarının açığa çıkması normal olarak kabul edilir (Resim 1a). Gülme

hattının zaman içerisinde apikale doğru konum değiştirdiği ve normal olan bir gülme hattının

zaman içerisinde düşük gülme hattına (Resim1 b) dönüşeceği unutulmamalıdır. Gülümseme

sırasında orta keser ve köpek dişlerinde diş etlerinin ortaya çıkması ise yüksek gülme hattı olarak

isimlendirilir (Resim 1c).

Diş etinin sınırları, simetrisi ve biyotipi:

Klinik kuronun en tepe noktasına Zenith noktası denilmekte ve bu nokta her zaman klinik kuronun

mesiyal-distal yönde orta noktasına denk gelmemektedir 2 (Resim 1). Diş eti kenarının oluşturduğu

çizgi orta hat rehber alındığında simetri oluşturmaktadır ve simetri orta hatta yaklaşıldığında

1

(Prof.Dr.), İstanbul Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Periodontoloji A.D.demirel@istanbul.edu.tr

Resim 1. a,b,c: Gülme hattının belirlenmesinde Vermillon hattı ile üst ön bölgede serbest diş eti kenarının ilişkisi

dikkate alınmaktadır. Normal gülme hattı yaşın ilerlemesi ile dikey yönde yer değiştirir.

INVITED AUTHOR

Yumuşak Dokunun Estetik Tedavi Planındaki Yeri

2

daha fazla önem kazanmaktadır. Diş eti kenarı biyotipine bağlı olarak derin kavisler çizebilir

veya daha ziyade düz bir çizgiyi andırabilir. Diş etinin biyotipi doku kalınlığının ölçülmesi ile

belirlenir ve ince, normal, kalın olmak üzere alt gruplara ayrılır (Resim 1). Diş etinin biyotipi

estetik uygulamalarda önemli olduğu kadar diş etinin sert fırçalama, subgingival kuron kenarı

sonlanması veya kötü ağız bakımı gibi kronik bir uyarana vereceği yanıtın tahmin edilmesinde

de önem taşımaktadır. İnce biyotipe sahip bölgelerde doku kronik irritasyona her zaman diş eti

çekilmesi ile yanıt verir.

İnterdental papil:

İnterdental papil alveol kemiği, dişlerin ara yüz duvarları ve birbirleri ile temas noktaları tarafından

oluşturulan boşluğu dolduran diş eti dokusudur. Ön dişlerde papilin varlığı dişler arasındaki temas

noktası ve alveol kemiği arasındaki mesafe ile yakından ilişkilidir 3 (Şekil 2). Özellikle protetik

uygulamalarda biyolojik sınırları zorlamadan papilin eksik olduğu bölgelerde interdental alanın

daraltılmasıyla papilin boşluğu doldurması sağlanabilir.

Resim 1. Klinik kuronun en tepe noktasına Zenith noktası denilmektedir. Şekilde siyah çizgi ile işaretlenen bu

noktalar orta keser dişlerde ve kaninlerde klinik kuronun orta noktasına denk gelmemekte, sadece yan keser dişlerde

her iki nokta çakışmaktadır.

Korkud DEMİREL

Aydın Dental - Year. 1 Number. 1 - 2015 (1-6) 3

Diş etlerinde sık karşılaşılan estetik sorunlar:

Estetik sorunların ortaya çıkmaması için restoratif işlemlerde öncelikle biyolojik prensiplere

dikkat edilmeli ve bireyin ağız bakımı işlemlerini gereğince yapması sağlanmalıdır. Ancak kötü

alışkanlıklar, aksamış ağız bakımı, iatrojenik nedenler ve gelişimsel nedenlerle de dişetlerinin

ve dolayısı ile ağızın görüntüsü istenmeyen değişimler göstermiş olabilir. Bu estetik sorunların

tedavisinde etyolojinin doğru saptanması tedaviden elde edilecek yararı arttıracaktır. Diş etlerinin

fazla görünmesi gelişimsel nedenlere iyi bir örnek oluştururken diş eti ve papil kayıpları zararlı

alışkanlıklar ve kötü ağız bakımı sınıfına girmektedir.

Diş etlerinin fazla görünmesi:

Dişetlerinin gülümseme sırasında fazlasıyla görünmesinin nedenleri incelendiğinde dört ana başlık

dikkat çekmektedir.

Üst dudak yetersizliği, fazla gelişmiş üst çene, gecikmiş pasif sürme, dikey boyut kompensasyon

sürmesi. Bunların arasında gecikmiş pasif sürme ve dikey boyut kompensasyon sürmesi kuron

boyu uzatma işlemleri ile değişen miktarlarda ortadan kaldırılabilir. İskeletsel bir sorun olan

maksillanın fazla büyük olması dikey yüz oranlarını etkilemekte ve orta yüz yüksekliğinin artmış

olması ile karakterizedir. Bu bireylerde sadece gülme sırasında dişetleri görünmekle kalmayıp

dinlenme halinde ve konuşurken de dişetleri dikkat çekmektedir.

İskeletsel bir sorun olması nedeni ile tedavisinde ortodontik ve ortognatik cerrahi yaklaşımlar önem

kazanmaktadır. Kuron boyu uzatma işlemleri ve protetik işlemler ile düzeltilmesi olanaksızdır.

Dişlerdeki malpozisyonlar dişetlerinin fazla görünmesinde diğer bir nedendir ve yaygın olduğu

olgularda ortodontik tedavi doğru yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Ancak bazı olgularda

özellikle tek dişi ilgilendiren minör malpozisyonlarda kuron boyu uzatma işlemi ve protetik

uygulamalarla sınırlı yarar elde edilebilir.

Yüksek gülme hattının en sık karşılaşılan nedenleri arasında gecikmiş pasif sürme

değerlendirilmelidir. Aktif sürme tamamlandıktan sonra diş eti kenarı apikale doğru yer değiştirir

ve mine sement sınırından 1 mm kuronalde veya tam sınır üzerinde nihai konumuna yerleşir 4. Bazı

bireylerde aktif sürmenin tamamlanmasına karşın diş eti kenarının bu apikale doğru migrasyonu

gerçekleşmez. Sonuç olarak bu bireylerde dişetlerinin fazla görünmesi estetik soruna yol açar

(Resim 2).

Resim 2. Tip1 gecikmiş pasif sürme olgusu. Dişlerde kare görüntü, iltihap olmamasına karşın diş eti kenarında

kalınlaşma bu tür olgularda tipik klinik bulgulardır.

Yumuşak Dokunun Estetik Tedavi Planındaki Yeri

4

Gecikmiş pasif sürme sonucu gerçekleşen bu estetik sorunun tedavisinde kuron boyu uzatma

cerrahisi uygulanmaktadır. Gecikmiş pasif sürme iki klinik tipe ayrılmaktadır 5

. Her iki tipte de

diş eti kenarı mine sement sınırının kuronalinde yer almakla birlikte Tip 1 gecikmiş pasif sürme

olgularında geniş bir yapışık diş eti şeridi olmasına karşın Tip 2 olgularında mukogingival sınırın

kuronalde yer alması nedeniyle yapışık Diş eti alanı daralmakta ve cerrahi işlem sırasında yapışık

diş eti miktarının korunmasına özen göstermek gerekmektedir.

Diş eti çekilmeleri:

Diş eti çekilmelerinin etyolojisinde kronik mekanik travma olabildiği gibi periodontal hastalık

sonucunda da diş eti çekilmeleri ile karşı karşıya kalınmaktadır. Etyolojisinden bağımsız olarak

diş eti çekilmelerinin sınıflamasında kullanılan bir sistem6

hem çekilmenin niteliğini belirlemekte,

hem de tedaviden sonra çekilmenin ne kadar kapatılacağı konusunda bilgi vermektedir (Resim 3).

Diş eti çekilmelerinin tedavisinde kullanılan yöntemler arasında saplı ve sapsız greft operasyonları,

yönlendirilmiş doku rejenerasyonu ve rezorbe olan biyomateryaller yaygın şekilde kullanılmaktadır.

Kullanılan yöntemler arasında subepitelyal bağ dokusu greftinin başarısı en yüksek olarak

belirlenmekte ve doku renk uyumunun en iyi olduğu bilinmektedir 7-8 (Resim 4).

Resim 3. Diş eti çekilmelerinin sınıflaması:

a) Tip1. Diş eti çekilmesi mukogingival sınıra ulaşmamıştır ve interdental alanda yumuşak doku ve alveol kemiği kaybı

görülmemektedir. Bu tip çekilmelerde kök yüzeyinin cerrahi yöntemlerle tamamen kapatılması beklenir.

b) Tip 2. Diş eti çekilmesi mukogingival sınıra kadar ulaşmış veya geçmiştir ancak interdental alanda yumuşak doku ve alveol

kemiği kaybı görülmemektedir. Bu tip çekilmelerde de kök yüzeyinin cerrahi yöntemlerle tamamen kapatılması beklenir.

c) Tip 3. Diş eti çekilmesi mukogingival sınıra kadar ulaşmış veya geçmiştir. İnterdental alanda yumuşak doku veya alveol kemiği

kaybı mevcuttur veya kök yüzeyinin örtülmesini engelleyebilecek kadar konum bozukluğu vardır. Bu tip çekilmelerde de kök

yüzeyinin cerrahi yöntemlerle tamamen kapatılması beklenmez ve kısmi örtülme elde edilebilir.

d) Diş eti çekilmesi mukogingival sınıra kadar ulaşmış veya geçmiştir. İnterdental alanda yumuşak doku veya alveol kemiği

kaybı görülmekte ve/veya kök yüzeyinin örtülmesine engel miktarda dişte konum bozukluğu vardır. Bu tip çekilmelerde de kök

yüzeyinin cerrahi yöntemlerle kapatılması beklenmez.

a b c d

Korkud DEMİREL

Aydın Dental - Year. 1 Number. 1 - 2015 (1-6) 5

İnterdental papil kayıpları:

Estetik periodontal zorluklar arasında en önemli yeri tutan ve aynı zamanda da tedavisi en güç

olan sorunların başında papil kayıpları gelmektedir. Papil kayıplarının etyolojisinde periodontal

hastalıklar başı çekmekte ardından hatalı protetik uygulamalar ve hastanın kürdan kullanmak

gibi kötü alışkanlıkları gelmektedir. Papil kayıplarının ortadan kaldırılmasında periodontal veya

protetik yöntemlerden biri veya her ikisinin beraber kullanılması tercih edilebilir (Resim 5).

Periodontal teknikler içerisinde papilin hacmini arttırmaya yönelik sapsız doku greftleri

kullanılırken alveol kemiğin hacmini arttırmaya yönelik kemik dokusu greftleri nadir de olsa

kullanılmaktadır.

Resim 4. Tip 2 Diş eti çekilmesi. Her ne kadar çekilme mukogingival sınırı aşmış olsa da interdental alanda

yumuşak ve sert doku kaybı olmaması tedavide tam başarıyı mümkün kılmıştır. Subepitelyal bağ dokusu grefti

ile örtülen kök yüzeyi tedaviden 7 yıl sonra da, 15 yıl sonra da diş eti ile örtülü kalmış ve diş eti konumu hiç

değişmemiştir.

Resim 5. Papil kayıplarının tedavisinde sıklıkla subepitelyal bağ dokusu greftleri kullanılmasına karşın başarı herzaman elde edilememektedir. Başarıyı olumsuz etkileyen faktörlerin başında ince diş eti biyotipi gelmektedir.

6

KAYNAKÇA

[1] Atatürk MK, https://www.tbmm.gov.tr/kultursanat/me\_ata\_soz.htm 27 Aüustos 2015.

[2] Allen EP. Surgical crown lengthening for function and esthetics. Dent. Clin. North Am.

1993; 37: 163-179.

[3] Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to

the crest of bone on the prescence and asbsence of the interproximal dental papilla. J

Periodontol 1992;63: 995-996.

[4] Itoiz ME, Carranza FA. The gingiva. In: Carranza FA, Newman MG. Clinical periodontology

8th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996:12-29.

[5] Coslet JG, Vanarsdall RL, Weisgold A.. Diagnosis and classification of delayed passive

eruption of the dentogingival junction in the adult. Alpha Omegan 1977; 70: 24-28

[6] Miller PD. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodont. Rest Dent.

1985 ; 5: 8-13.

[7] Efeoğlu A, Demirel K, Okan E: Diş eti çekilmelerinin tedavisinde kullanılan cerrahi

yöntemlerin değerlendirilmesi Academic Dental 2001; 3: 20-26.

[8] Yaman D, Demirel K, Aksu S, Basegmez C. Treatment of Multiple Adjacent Miller Class

III Gingival Recessions with a Modified Tunnel Technique: A Case Series. Int J Periodontics

Restorative Dent. 2015 Jul-Aug;35(4):489-97. doi: 10.11607/prd.2049.