

# DİŞETİ ÇEKİLMELERİ

Ahmet EFEOĞLU

Dışeti çekilmesi, dişetin kök yüzeyini açıkta bırakarak apikale doğru yer değiştirmesidir. Dışeti çekilmelerini klinik olarak iki kısma ayırmak mümkündür:

a) **Görünür Dışeti Çekilmesi:** Serbest dışeti kenarı ile mine-sement sınırı arasındaki mesafedir.

b) **Gizli Dışeti Çekilmesi:** Serbest dışeti kenarı ile cep tabanı arasındaki mesafedir.

Görünür ve gizli dışeti çekilmelerinin toplamı gerçek dışeti çekilmesi miktarını verir. Bununla beraber, dışeti çekilmesi denince genellikle, serbest dışeti kenarı ile mine-sement sınırı arasındaki mesafe (görünür dışeti çekilmesi) akla gelir. Çünkü, serbest dışeti kenarı ile cep tabanı arasındaki mesafe (gizli dışeti çekilmesi) cep derinliği olarak kabul edilir. Dışeti çekilmelerine komşu dışeti iltihaplı veya iltihapsiz olabilir.

Dışeti çekilmeleri **Periodontitise Bağlı Dışeti Çekilmeleri** ve **Vestibüler Dışeti Çekilmeleri** olarak ki gruba ayrılabilir. Periodontitise bağlı dışeti çekilmeleri ilgili dişlerin tüm çevresini ilgilendirir. Periodontal hastalıkla birlikte destek alveol kemiği yüksekliği azaldığında dışeti de onunla birlikte apikale doğru çekilir.

Vestibüler Dışeti Çekilmeleri ise ilgili dişlerin vestibül yüzeylerini ilgilendirir. Etken periodontitis değildir. Genellikle dişetlerindeki iltihap klinik olarak belirgin değildir. Her iki tür çekilme de lokalize veya generalize olabilir.

## Dışeti Çekilmesinin Nedenleri:

**1. Yaşlanma:** Gottlieb'in, dişlerin pasif sürmesi sırasında yaşlanmayla birlikte dişetinde fizyolojik çekilmeler meydana gelebileceği düşüncesi kanıtlanamamıştır. Aynı zamanda, yeterli ve travmatik olmayan ağız hijyeni uygulamalarıyla diş-dişeti bağlantısının normal konum ve yapısının korunabileceği düşünülmektedir.

Araştırmalar, dışeti çekilmelerinin yaşlanmayla birlikte arttığını göstermektedir. Örneğin, Gorman (1967) 8-12 yaş arasındaki bireylerde % 8 oranında, 16-25 yaş arasındaki bireylerde % 62 oranında ve 46-86 yaş arasındaki bireylerde % 100 oranında dışeti çekilmesi saptamıştır. Bazı araştırmacılar, bu ve benzeri verilere dayanarak dışeti çekilmelerini yaşla ilişkili fizyolojik bir olay

olarak kabul ederler. Yaşlanmaya bağlı olduğu düşünülen dişeti çekilmeleri generalizedir ve “fizyolojik dişeti çekilmesi” veya “senil dişeti atrofisi” olarak adlandırılır. Bununla beraber, dişetin yaşlanmayla birlikte fizyolojik olarak apikale doğru yer değiştirme nedenleri ve mekanizması hakkında yeterli bilgiler henüz mevcut değildir. Dişetin zamanla apikale doğru yer değiştirmesi uzun süreli minör patolojik olaylara (örn. yüzeyel dişeti iltihabı) veya tekrarlayan minör baskılara (örn. fırçalama) bağlı olduğu düşünülebilir.

## **2. Diş Dizisindeki Bozukluklar:**

a) Dişlerin normal diş arkının dışında yer almaları: Diş vestibül pozisyonunda ise vestibül yüzeyinde, lingual pozisyonunda ise lingual yüzeyinde alveol kemiği ya çok incedir ya da bölgede dehiscence vardır. Böyle bölgelerdeki dişeti, mekanik baskılar veya iltihabi olaylar karşısında apikale doğru çekilmeye çok yatkındır.

b) Aşırı örtülü kapanış: Üst ön dişlerin kesici kenarlarının alt kesici dişlerin vestibülündeki dişetine mekanik baskısı bu bölgede dişeti çekilmesine neden olabilir.

## **3. İltihap:**

a) Uzun süreli kronik marjinal gingivitis vakalarında, ilgili bölgede eğer bir dehiscence mevcutsa, dişeti çekilmesi meydana gelebilir.

b) Kronik periodontitis vakalarında ise, dişeti destek alveol kemiği kaybına paralel olarak apikale doğru yer değiştirebilir.

**4. Yanlış Diş Fırçalama:** Dişlerin fırçalanması sırasında dişetlerine sürekli olarak aşırı baskı uygulanması dişeti çekilmesine neden olur. Böyle vakalarda hastanın plak kontrolü çok iyidir. Özellikle vestibül diş yüzeylerinde mikrobiyal plağa rastlanmaz. Çekilme olan bölgelerde, dişlerin vestibül yüzeylerinde aşınmalar görülür.

**5. Yüksek Frenum Tutunmaları:** Frenumun serbest dişeti kenarına çok yakın olması, dudak hareketleri sırasında yapışık dişetinde gerilemelere neden olur. Ayrıca, bu tür yüksek tutunmalar bölgedeki plak kontrolünü güçleştirerek iltihaba neden olabilirler.

**6. Periodontal Operasyonlar:** Periodontal ceplerin tedavisi, uygulanan tedavi tekniğine bağlı olarak değişen düzeylerde, dişeti çekilmesi ile sonuçlanır.

**7. Alışkanlıklar:** Dişler arasına kürdan veya toplu iğne gibi yabancı cisimlerin sürekli olarak sokulması ilgili bölgedeki dişeti papilinin apikale doğru çekilmesine neden olur. Ayrıca, bazı

bireylerde görülen ve psikosomatik faktörlere bağlanan dişetin tırnakla apikal yönde itilmesi olayı da dişeti çekilmesine neden olur.

**8. Aşırı Oklüzal Kuvvetler:** Bazı çalışmacılar, aşırı oklüzal baskıların dişeti çekilmelerine neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak, bu olayın mekanizması tam olarak açıklanamadığı için geçerliliği henüz tam değildir.

### **9. Diş Köklerindeki Morfolojik Değişiklikler:**

a) Diş köklerinin aşırı dışbükey olması, alveol kemiğinde dehiscence ve buna bağlı olarak dişeti çekilmesi meydana gelmesini kolaylaştırır.

b) Çok köklü dişlerde, köklerin dişin uzun eksenine ile yaptığı açının fazla olması yukarıdakine benzer bir duruma neden olur.

### **Dişeti Çekilmelerinin Sınıflandırılması:**

Dişeti çekilmeleri interdental papil yüksekliği ve çekilmenin derinliği esas alınarak şu şekilde sınıflandırılır (Miller 1985):

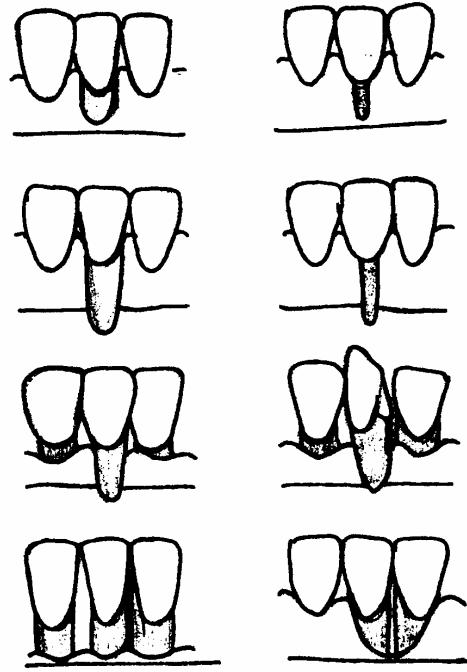
**1.Sınıf:** Dişeti çekilmesi mukogingival sınıra (MGS) ulaşmaz. İnterproksimal bölgelerde yumuşak ve sert doku kaybı yoktur. Dar veya geniş olabilir.

**2.Sınıf:** Dişeti çekilmesi MGS'a ulaşmış veya daha apikale uzanmıştır. İnterproksimal bölgelerde yumuşak ve sert doku kaybı yoktur. Dar veya geniş olabilir.

**3.Sınıf:** Dişeti çekilmesi MGS'a ulaşmış veya daha apikale uzanmıştır. İnterproksimal bölgelerde yumuşak ve sert doku kaybı vardır. İlgili dişte malpozisyon olabilir. Dar veya geniş olabilir.

**4.Sınıf:** Dişeti çekilmesi MGS'a ulaşmış veya daha apikale uzanmıştır. İnterproksimal bölgelerde ileri derecede yumuşak ve sert doku kaybı vardır. İlgili dişte malpozisyon olabilir.

1. ve 2. sınıf dişeti çekilmeleri günümüzde kullanılan tekniklerle tam olarak tedavi edilebilirler. 3. sınıf dişeti çekilmelerinde açık kök yüzeyleri kısmen dişeti ile örtülebilirler. 4. sınıf dişeti çekilmelerinde ise açık kök yüzeylerini günümüz teknikleri ile dişetiyle örtmek mümkün değildir.



Resim 1. Dişeti çekilmelerinin sınıflaması (Miller, 1985).

### **Dişeti Çekilmelerinin Meydana Getirdiği Sorunlar ve Tedavileri :**

**1. Estetik Bozukluk:** Çeşitli nedenlerle meydana gelen dişeti çekilmeleri bazı bireylerde estetik sorunlar doğurabilir. Bu sorunlar açığa çıkmış kök yüzeylerinin uygun cerrahi yöntemlerle dişeti ile örtülmesiyle aşılabılır. Cerrahi olarak dişetiyle örtülemeyen dişeti çekilmeleri, ki bunlar 3. ve 4. sınıf lokalize veya generalize dişeti çekilmeleridir, dişeti maskeleriyle tedavi edilebilir. Dişeti maskesi, diş ve dişetlerinin üzerine yerleştirilen ve sağlıklı dişeti dokusunu taklit eden epitezlerdir. Sıcak pembe akrilikten yapılabildiği gibi silikon esaslı maddelerle de (örn. Gingivamoll) yapılabilir.

**2. Aşırı Dentin Duyarlılığı:** Dişeti çekilmesine bağlı olarak açığa çıkan kök yüzeyleri çoğunlukla sement ile örtülü değildir. Dentin açığa çıkmıştır. Bunun nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

a) Bilindiği gibi dişlerin % 5-10'unda mine-sement birleşimi tam değildir. Minenin apikalindeki bir kısım dentin dokusu sementle örtülü değildir.

b) Ağız ortamına açılan kök yüzeyi üzerindeki sement, periodontal membrandan yoksun olduğu için nekroze olur ve dış ortamdaki çeşitli etkenlerle yer yer ortadan kalkar.

c) Açığa çıkan kök yüzeyi üzerindeki sement periodontal tedavi sırasında ortamdaki tümüyle uzaklaştırılmış olabilir.

d) Aşırı sert fırçalamanın, sementi tümüyle ortadan kaldırdığı hatta dentinde de madde kayıplarına neden olduğu bilinmektedir.

Bu sayılan nedenlerle dış ortamla ilişkiye geçen dentin tubuluslarının ağzı kapanmamışsa aşırı duyarlılık söz konusu olur. Bu şekildeki dentin dokusu termal, kimyasal ve mekanik uyarılara karşı çok hassastır.

Bu arada, plak kontrolünün de dentin duyarlılığı üzerinde etkili olduğunu belirtmek gerekir. Diş üzerindeki mikroorganizmaların dentin tubulusları içine penetre olmaları pulpada iltihabi reaksiyona neden olabilir. Bu şekildeki pulpa dokusu uyarılara karşı daha hassastır.

Estetik, çürük ve iltihap gibi başka komplikasyonların bulunmadığı dişeti çekilmelerine bağlı dentin duyarlılığının tedavisi yalnızca duyarlılığın giderilmesine yönelik olmalıdır. Böyle bir tedavi topikal ilaç uygulamalarıyla yapılır. Eğer ilaçlarla başarı sağlanamıyorsa, açık kök yüzeylerinin cerrahi bir uygulama ile dişeti ile örtülebilir.

**3. İltihap:** Dişeti çekilmeleri ile birlikte iltihap olayı, etkenin cinsine bağlı olarak tedavi edilir.

İltihap, hastanın plak kontrolünün yeterli olmamasına bağlı olarak ortaya çıkmışsa, periodontal başlangıç tedavisi yapılır.

İltihap, aşırı dentin duyarlılığına bağlı olarak ortaya çıkmışsa, duyarlılığın tedavisi yoluna gidilir.

İltihap, vestibül derinliğinin yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkmışsa, uygun bir cerrahi teknikle vestibül derinliği artırılır.

**4. Kök Çürüğü:** Dişeti çekilmelerine bağlı olarak açığa çıkan kök yüzeylerinde çürüklere de raslanabilir. Bunlar dolgu uygulamaları ile tedavi edilirler.

#### **Kaynaklar:**

1. Addy M and Dowell P. Dentin hypersensitivity - A review, *Clinical and in vitro evaluation of treatment agents. J Clin Periodontol.* 1983; 10: 351.
2. Carranza FA. *Glickman's Clinical Periodontology. 7th edn. W.B.Saunders, Philadelphia, 1990.*
3. Gorman WJ. Prevalance and Etiology of Gingival Recession. *J. Periodontol.*, 1967; 38: 316.
4. Grossman LE. The treatment of hypersensitive dentin. *J. A. D. A.*, 1935; 22: 592.
5. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int. J. Periodontol. Rest. Dent.*, 1985; 5: 9.
6. O'Leary TJ, Drake RV, Crump P and Allen NF. The incidence of recession in young males - a further study. *J Periodontol.* 1971; 42:264.
7. Ramfjord SP and Ash MM. *Periodontology and Periodontics. W. B. Saunders, Philadelphia, 1979.*