

**KÖK UCU ENFEKSİYONLARINDA CERRAHİ MÜDAHALE
REZEKSİYON APİCAL**

Diş Tbb. Altan Alkın (*)

Rezeksiyon Apical; özellikle üst kesici dişlerin, periapical bölgelerinde meydana gelen iltihabî tazahürleri kesin olarak temizlemesi nedeni ile, bu dişlerin daha uzun müddet ağızda muhafaza edilebilmelerini temin açısından çok önem taşıyan bir cerrahi müdahale şeklidir.

— Konservatif diş tedavilerinin iyi netice vermediği veya kök ucunun ileri derecede rezorbsiyona uğradığı durumlarda,

— Diş köklerinin aşırı derecede eğri veya dar olduğu hallerde,

— Kireçlenme nedeni ile kanalda alet kırılmasının meydana geldiği zamanlarda,

— Kök ucunda büyük granülomların mevcudiyetinde,

Periapical bölgede oluşan iltihabî alanı temizlemek gayesi ile yapılan cerrahi müdahale —Apical Rezeksiyon— daima % 90 iyi netice vermektedir.

Rezeksiyonun % 90 iyi netice vermesiyle birlikte, dişin ağır iltihaplı olduğu hallerde dahi yapılan tek müdahale ile derhal neticeye gidilebilmesi çok önemlidir.

Ayrıca bakımlı dişlere sahip ağızlarda, ön dişlerin olabilen bazı nedenler yüzünden çekilmemesi için yapılan rezeksiyon; bugün pek çok kişi tarafından arzu edilen ve aranan bir işlem olmuştur.

En çok rezeksiyon yaptığımız vak'alar diş kökünde meydana gelen granülomları temizlemek nedeniyledir.

Granülasyon dokusu, başlangıçta bol kapillerli retiküler bağ dokusu ve iltihap yuvaları ihtiva eder. Yeni enfeksiyonlar meydana gelmediği takdirde; granülom dokusu; etrafında bağ dokusundan meydana gelmiş bir kapsül içine girmiş olur. Bu kapsül içinde gene bazı doku erimeleri meydana gelebilir. Neticede granülom ya iyi bir şekilde kapsüle olur veyahut ta kemik dokusu içine doğru genişler.

(*) Şişli Çocuk Hastanesi Diş Hastalıkları ve Protez Bölümü.

Kronikleşmiş periapical granülasyonlu iltihapların difüz ilerleme gösterdikleri hallerde sınırları yoktur. Yani çevreleri bağ dokusundan yapılmış bir halka ile çevrili değildir.

Buna mukabil solit granülomların etrafının bir kapsül ile çevrilmiş olduğu göze çarpar ki bu da rezorptif nitelikte belirlenmiş bir granülasyon dokusudur.

Vak'aların pek çoğunda bu kapsülün muhteviyatı şöyledir;

Reticüler karakterde mezankim hücrelerinden oluşmuş içinde lökositler, lenfositler, endotel hücreleri, lipoid hücreleri, plazma hücreleri ve makrafajların bulunduğu bir dokuyu çevreleyerek bir kapsül görünümü kazanmıştır. Histolojik durum yaşa enfeksiyonun şiddetine göre değişebilir.

Solit granülomlardan başka epitel ihtiva eden granülomlarda, iltihabî bir irritasyon neticesi eger Malassez epitel hücrelerinde bir proliferasyon başlarsa, proliferen epitel dokusu küçük veya büyük bağ dokusu kısımlarını çevreler ve neticede bir zaman sonra bağ dokusunun da erimesi ile kistler teşekkül ederler.

Granülomlardaki bakteri mevcudiyeti bugüne kadar belirgin olarak saptanamamıştır.

(Spriller — Sproketler — Stafilokok)

Ve diğer bazı etkenlerle de meselâ Tromatik - Şimik - Allerjik irritasyonlar neticesi gene granülomların meydana geldiği görülmüştür.

Apical-Rezeksiyonun uygulanacağı bir dişin çene-diş yapısı bakımından ne gibi bir durumda olduğunu kısaca belirtmekte fayda vardır.

Çoğu kez kök ucu nekroze olup, periodontiumunu kaybetmiştir. Periodontiumdan ayrılarak çıplak kalmış olan kökün seman kısmı beslenemiyen yabancı bir cisim durumuna gelir. İltihap nedeni ile enfekte olduğu takdirde hiç bir zaman iyileşme meydana gelemez. Ve pürüzlü olan çıplak seman yüzeyi bakteriler için iyi bir ortam teşkil ederler. Ve böylece orası daimî bir enfeksiyon ve irritasyon kaynağı olur. Ancak yerinde bir müdahale ile yapılan Apical Rezeksiyon neticesi olarak bu enfeksiyon kaynağı tamamen temizlenebilir.

Rezeksiyona hazırlık olarak ilk evvelâ hasta dişin röntgen resmini almak daima faydalıdır. Röntgende dişin kök doğrultusunu rezorbsiyon sahasını ve yanlardaki dişlerle olan münasebetlerini tesbit etmek mümkündür.

Anestezi, her zaman diş çekmek için kullandığımız anestezi mad-deler ile temin edilir. Rejiyonal ve terminal anestesi birlikte uygulanacak olursa hiç acısız, rahatça çalışmamız sağlanmış olur. Ancak çalışma sahasında iyi bir aneminin temini için lokal olarak vasokonst-riktör maddeler de yapmak yerinde olur.

Kullanacağımız enstrümanların ve tamponların steril olması lâ-zımdır. Her ne kadar ağızda, hele kök ucu rezeksiyonunda tam bir asepsi sağlamanın söz konusu olmayacağı malûmsa da gene de bütün kaidelere dikkat etmemiz yerinde bir harekettir.

Anestezi yapıldıktan sonra rezeksiyona başlamadan evvel dişin kanalı açılır ve iyice temizlenerek genişletilir. Ve kanal doldurma iş-lemine hazırlanır.

Kanalın açılması bitirilerek müdahale sahası iyodize edildikten sonra vestibül tarafından dudak ekarte edilir. Ve sonra mucoza ile periostun kaldırılmasına sıra gelir.

Ensizyon, dik açılı lambo ensizyonudur. Köşelerinin diş açığı şek-linde kesilmesinin nedeni, sonradan dikiş sırasında lambonun kolay-ca eski yerine dikilebilmesi içindir.

Lambo hiç olmazsa iki komşu dişin ortalarına gelecek kadar ge-niş tutulmalı ve dişetine paralel seyretmelidir. Fakat hiç bir zaman dişeti cebinin tam üzerinden geçmemelidir.

Mucoza ve periostun kesilmesinden sonra lambo ince bir raspar-torium'la kemikten ayrılır ve küt bir ekartörle tahribe uğramadan yukarıya doğru itilir.

Kemik yüzeyi açığa çıkarıldığında, iltihabî olayın meydana gel-diği yerde, genellikle yüzeye yakın kısımda bir perforasyonun mevcu-diyeti göze çarpar. Ve bu perforasyon odağının varlığı bizim müda-haleye başlama noktamızı tayin etmek bakımından çok önem taşır. Bu nokta frezlerle büyülterek esas iltihap odağına inilir ve granülom yuvası daha büyük rond frezlerle iyice genişletilir. Granülasyon do-kusu dikkatlice kürete edilir. Bu orada diş kökünün bulunarak, diş kanalından sokulan bir kanal sondunun opexten dışarıya çıkıp çıkma-dığının da tesbiti şarttır.

İşlemin devamında diş kökünün rezorbsi yana uğrıyan kısımla-rının dikey olarak kesilip çıkarılması ve retansiyon yerlerinin residive meydan vermemesi için tekrardan iyice kürete lâzımdır.

Sonra kemik kavitesine gazyodofom sıkıştırılarak konular ve kanal dolgusu yapılmaya başlanır.

Kanal dolgusu olarak siman veya gümüş kon kullanılır. Donma müddetinin sonunda gaz iyodoform kaviteden çekilerek, dolgunun apexten dışarı çıkıp çıkmadığı kontrol edilir.

Böylece ameliye tamamlandıktan sonra, dikiş konmadan evvel operasyon sahası steril bir eriyik ile —% ,1 lik permanganat veya fizyolojik su— iyice yıkanır.

Yaranın kapanması mevzuunda birkaç metod uygulanabilir. Yara tamamen açık bırakılır ve kendi halinde iyileşme meydana gelmesi beklenir. Veyahut hemen tamamen dikişle kapatılır.

Fakat en iyi metod bizim de tatbik ettiğimiz ve daima iyi netice aldığımız, lambonun ağız ağıza getirilerek bir kaç dikişle kapatılması ve araya 1-2 mm. genişlik ve kalınlığında bir dren konması ile yapılan şekildir.

Hiç bir vak'ada tam sterilite, sekresyon ve kanamasız yara iyileşmesi beklenemeyeceğinden, ağızda 24 saat bırakılan dren, ifrazatın kolaylıkla dışarıya akmasını temin edecektir.

Rezeksiyonu takip eden günlerde tâli bir tedaviye lüzum yoktur. Ancak zedelenmeden ötürü hafif bir şiş meydana gelebilir ki bu da hemen kendiliğinden geçer. Kullanılan analjezik preparatlar ile hasta rahatlar.

24 saat sonra dren'in de çıkarılması ile vak'a seconder iyileşmeye terk edilir.