

PAPER DETAILS

TITLE: KLİNİK ATASMAN DÜZEYİ ÖLÇÜMÜNDE KULLANILAN KOLAY BİR OKLUZAL STENT
YAPIMI

AUTHORS: Utku ONAN,Gülden EFEOGLU

PAGES: 184-188

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/94299>

KLİNİK ATAŞMAN DOZEYİ ÖLÇÜMONDE KULLANILAN KOLAY BİR OKLUZAL STENT YAPIMI

Utku ONAN (☆)
Gülden EFEOĞLU (☆☆)

Pek çok araştırmada, periodontal tedavinin etkileri - nin saptanması amacıyla ataşman seviyesi ölçümleri yapılmaktadır. Bu ölçümlerde hata yapılması, sonuçların yanlış yorumlanmasına neden olur. Ölçümlerin hatasız olması 2 yünden önemlidir:

- 1) Bağ dokusu ataşmanın klinik sondalama ile doğru olarak nasıl değerlendirilebileceği,
- 2) Yinelenebilmesi - Tekrar ölçüm yapıldığında aynı şartların yerine getirilebilmesi (1).

(☆) Doç.Dr.Med.Dent.İ.Ü.Dişhek.Fak.Peridontoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(☆☆) Dt.İ.Ü.Dişhek.Fak.Periodontoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

Ataşman seviyesi ölçümleri, kök yüzeyi üzerindeki bağ dokusu ataşmanın en kural sınırlarıyla sabit bir nokta arasındaki mesafenin ölçülmesidir (2). Bu sabit nokta genellikle dişin mine-sement sınırındır. Sivertson, Burgett ve Ramfjord (1975), çekim öncesi ve sonrasında yaptıkları ölçmelerle, mine-sement sınırı ile bağ dokusu ataşmanın kural sınırı arasındaki mesafenin sağlıklı bir şekilde ölçülebileceğini göstermişlerdir. Ancak sabit referans noktası olarak kabul edilen bu sınırın her zaman doğru olarak tayini ve ayrıca kullanılan periodontal sondanın dişin uzun eksenine paralellığının sağlanması mümkün olmamakta ve bu da sonuçların hatalı değerlendirilmesine neden olabilmektedir. Son senelerde, aynı amaçla oklüzal akrilik stent kullanılmaya başlanmıştır (3). Oklüzal akrilik stentte bu hatalar kabul edilebilir ölçüde minimuma indirilebilmekte ve bu nedenle de bugün, klinik ataşman seviyesi ölçümleri için tercih edilebilir bir yöntem olduğu düşünülmektedir (3,4,5). Ancak bu tip oklüzal stent kullanılarak yapılmış araştırmalar incelendiğinde, bunun nasıl yapıldığı konusunda herhangi açıklayıcı bir bilginin verilmediği görülmektedir.

Oklüzal Akrilik Stentin Hazırlanışı:

Bu amaçla sıcak (Heat-Curing), otopolimerizan soğuk akrilik (Self-Curing) veya basınçla polimerize olan otopolimerizan ortodontik akrilik (Cold-Curing) kullanılabilir. Ancak soğuk akrilikle hazırlanması, diğerlerine nazaran büyük laboratuvar gereksinimi olmadığı için daha pratik ve kolaydır.

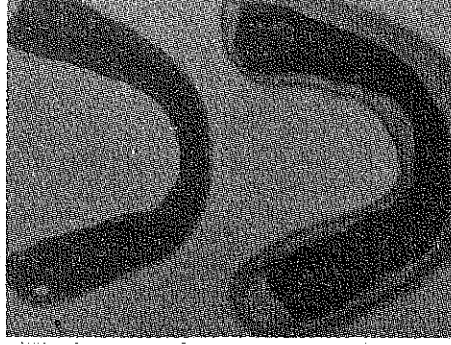
Alginat veya silikon esaslı bir ölçü materyeli ile hasta ağzından ölçü alınır ve sert alçı ile dökülerek çalışma modeli hazırlanır. Ölçüm yapılacak bölgeleri kapsayan dişlerin undercut'ları pembe modelaj mumu ile doldurularak stentin hazırlanacağı kısımlar bir izolasyon maddesi ile izole edilir ve daha sonra yine pembe modelaj mumu ile oklüzal stentin modelajı yapılır (Resim 1). Modelaj sırasında dikkat edilmesi gereken 2 konu vardır.



1) Mum tabakanın oklüzal yüzeylere tam olarak adaptasyonu. Böylece, tüberküller arasına yerleşecek olan plak, stentin ağızda daha sonraki uygulamaları sırasında stabil kalmasını sağlayacaktır.

2) Ölçüm yapılacak diş yüzeylerine isabet eden stentin apikal kenarlarının, mümkün olduğunca ince sonlanmasıdır. Çünkü kenarların kalın olması, sondalama sırasında sondanın tam olarak cep içerisine yerleştirilmesine mani olacaktır.

Modelaj işlemi tamamlandıktan sonra, model üzerinde stentin mum modelaj var iken, yine silikon esaslı bir ölçü maddesi ile model üzerinden ikinci bir ölçü alınır (Resim 2). Daha sonra mum modelaj model üzerinden alınarak, hamur kıvamında hazırlanmış olan soğuk akrilik modelin üzerine yerleştirilir. Böylece daha önce mumdan modele edilmiş olan stentin yerini akrilik maddesi alacaktır (Resim 3). Akriliğin sertleşmesi tamamlandıktan sonra tasviye işlemi yapılır ve cilalanır. Hasta ağzına uygulanan stent üzerinde ölçüm yapılacak noktalarda, kullanılacak olan periodontal sondanın kalınlığına ve sondanın cep içerisindeki yerleşimine göre periodontal sondanın kalınlığına uygun bir fissür frez ile, kılavuz hattından oluklar açılarak daha sonraki değişik zamanlardaki ölçümler sırasında sondanın bu oluklar ve cep içerisinde stabil kalması sağlanır (Resim 4).



Oklüzal stentin kenarları değişik peryotlarda tekrarlanan ölçümlerde sabit referans noktası olarak kabul edilir ve böylece klinik ataşman seviyesi ölçümlerinde mümkün olduğunca az hata ile ölçüm yapılması sağlanmış olur. Ayrıca, aynı aparey yardımı ile yine stentin en apikal kenarı sabit nokta kabul edilerek serbest dişeti kenarının uygulama öncesi ve sonrası düzeyi de saptanabilir.

Bu Yöntemin Dezavantajları:

1. Yapım esnasında yeterli basınç uygulanamaması nedeniyle akrilik içinde hava boşlukları kalabilmesi,
2. İstenilen düzeyde cila yapılamaması,
3. Stentin her zaman model üzerinde ve silikon esaslı ölçü maddesi içinde korunma zorunluluğudur. Aksi takdirde stent deforme olabilir.

Avantajları:

1. Kolay uygulanabilir ve büyük laboratuvar işlemleri gerektirmemesi,
2. Maliyetinin ucuz olması,
3. Kısa sürede yapılabilmesi.

Ö Z E T

Klinik Ataşman Seviyesi Ölçümünde kullanılan okluzal akrilik stentin özellikleri ve hazırlanışındaki labaratuvar safhaları anlatılmıştır.

S U M M A R Y

The properties and the laboratory stage of the occlusal acrylic stent, that is used in probing the clinical attachment level is described.

K A Y N A K L A R

- 1- Nilveus, R., Egelberg, J. (1984) Reproductibility of probing attachment level measurements. J.Clin. Periodontol. 11;475.
- 2- Sivertson, J.F. Burgett, F.G. and Ramfjord, S.P. (1975). Probing of pockets related to attachment level. I.A.D.R. Abstr. No: L 18.
- 3- Marks, S.C. Jr., Mehta, R. (1986). Lack of effect citric acid treatment of root surfaces on the formation of new connective tissue attachment. J.Clin. Periodontol. 13;109.
- 4- Meffert, R.M., Thomas, J.R, Hamilton, K.M. and Brownstein, C.N. (1985). Hydroxylapatite as an Alloplastic Graft in the Treatment of Human Periodontal Osseous Defects J. Periodontol. 2;63.
- 5- Rosing, J., Rots, J., Christersson, L.A, Gröndahl, H.G., Genco, R.J. (1986). Topical antimicrobial therapy and diagnosis of subgingival bacteria in the management of inflammatory periodontal disease. J.Clin. Periodontol. 13; 975.