

PERİODONTAL TEDAVİLERDE RESTORATİF DİŞ HEKİMLİĞİ

Doç. Dr. Feyza Otan Özden

”Sine qua non”

**Restorasyon yapılmadan önce
periodontal tedavi tamamlanmış
olmalıdır.**

1. Derin cepler elimine edilmeli periodontal dokular sağlığına kavuşturulmalıdır.

(detertraj, SGK, flep, gingivektomi vs)

2. Mukogingival dzenlemeler yapılmalı

(yetersiz yapışık dişeti genişliği, yksek frenilum)

3. Diřsiz kret dzenlenmeli

(yeterli vertikal mesafe oluşturulmalı, labil doku olmamalı)

4. Mmkn olduğunca restorasyon marjinleri subgingival bitirilmemeli

- 5. Restorasyon okluzal uyumlu olmalı**
- 6. Restorasyon marjinleri overkonturlu olmamalı**
- 7. Proksimal kontak noktaları uygun olmalı food impaction oluşturmamalı**
- 8. Köprü gövdeleri temizlenebilir olmalı**
- 9. Periodontal kayıpları olan ağızlarda kroşe sayısı artırılmalı, kuvvet dağıtılmalı**
- 10. Hareketli protezlerde ana bağlayıcılar mümkün olduğunca dişlere yan kuvvetler getirmeyecek ve geniş alandan destek alacak şekilde planlanmalıdır.**
- 11. Anterior dişlerde tırnaklar dişe dik kuvvetler uygulamalı**

MARJİN (Kenar) YERLEŞİMİ

1- SUPRAGINGIVAL MARJİN

2- SUBGINGIVAL MARJİN

Restorasyon kenarının yerini belirleme

Gingival sulkus tabanı ataçmanın tepesini gösterir.

***Marjinler sulkusta yer almalı, ataçmanda değil!**

***Sığ ceplerde (1-1.5 mm) subgingival olarak >0.5 mm yerleşimde ataçman ihlali meydana gelme riski artar.**

***Kenar açıklığı olmamalı... bakteri yerleşimi ve enflamasyon artar.**

* İdeal olan subgingival olarak marjinlerin yaklaşık 0.5 mm yerleşimidir.

BİYOLOJİK GENİŞLİK

**Sulkus tabanı-alveolar kemik arası
mesafe**

***birleşim epiteli + alveol kemiği
üzerindeki bağ dokunun toplamı**

Biyolojik genişlik

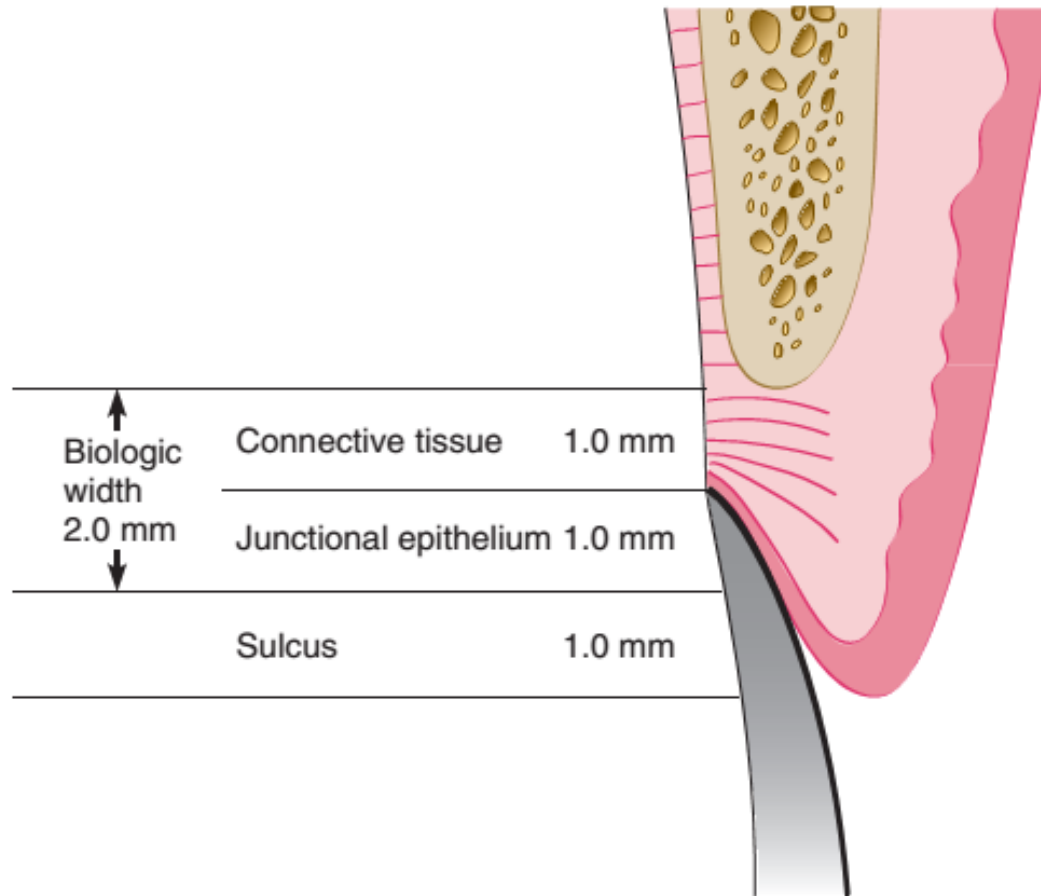
Biyolojik genişlik= $0.97+1.07= 2.04$

ortalama **2mm**'dir.

(Gargiulo, Wentz ve Orban 1961)

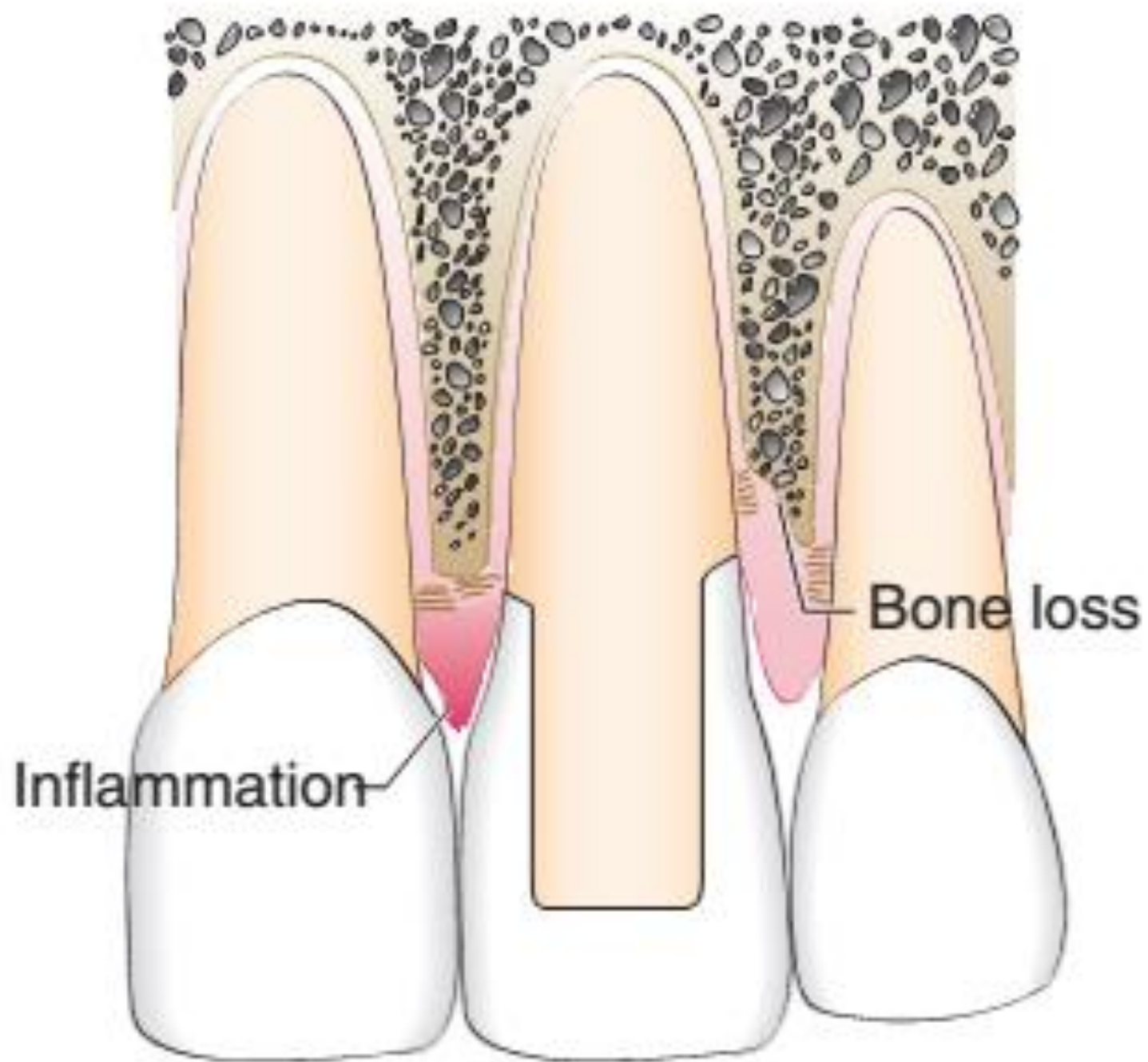
Dimensions and Relations of the Dentogingival Junction in Humans

by ANTHONY W. GARGIULO, D.D.S., M.S., FRANK M. WENTZ, D.D.S., PH.D., AND
BALINT ORBAN, M.D., D.D.S.*

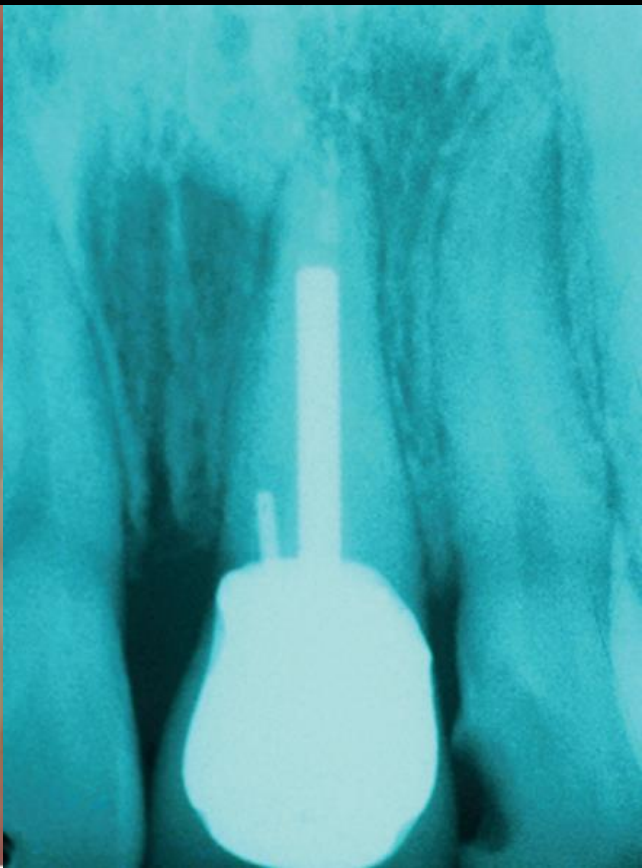


Alveol kemiğinden 2 mm veya daha az mesafede konumlanan restorasyon kenarları **biyolojik aralık ihlali** yapmış olur. Böyle durumlarda;

- kemik kaybı,
- dişeti çekilmesi,
- gingival enflamasyon riski artar.







Biyolojik Genişliğin Ölçümü

- Radyografik olarak zor
- periodontal sond ile anestezi altında

Kron konturları

1-hijyeni sađlamalı,

2- estetik kontürler

Aşırı konturlu restorasyonlar sıklıkla yetersiz
diş kesiminden kaynaklanır !

Subgingival artıklar

- .retraksiyon ipinin bırakılması,
- .ölçü maddesinin kalması veya yeterli temizlenmemesi,
- .siman artığının kalması sonucu **periodontal enflamasyon** meydana gelir.

Dental materyallere karşı gelişen
hipersensitivite reaksiyonu

Özellikle nikel gibi adi alaşımlara karşı

Seçilen restoratif materyalden bağımsız olarak, tüm yüzeyler plak tutulumuna izin vermeyecek şekilde **parlak, düz** bitirilmeli.

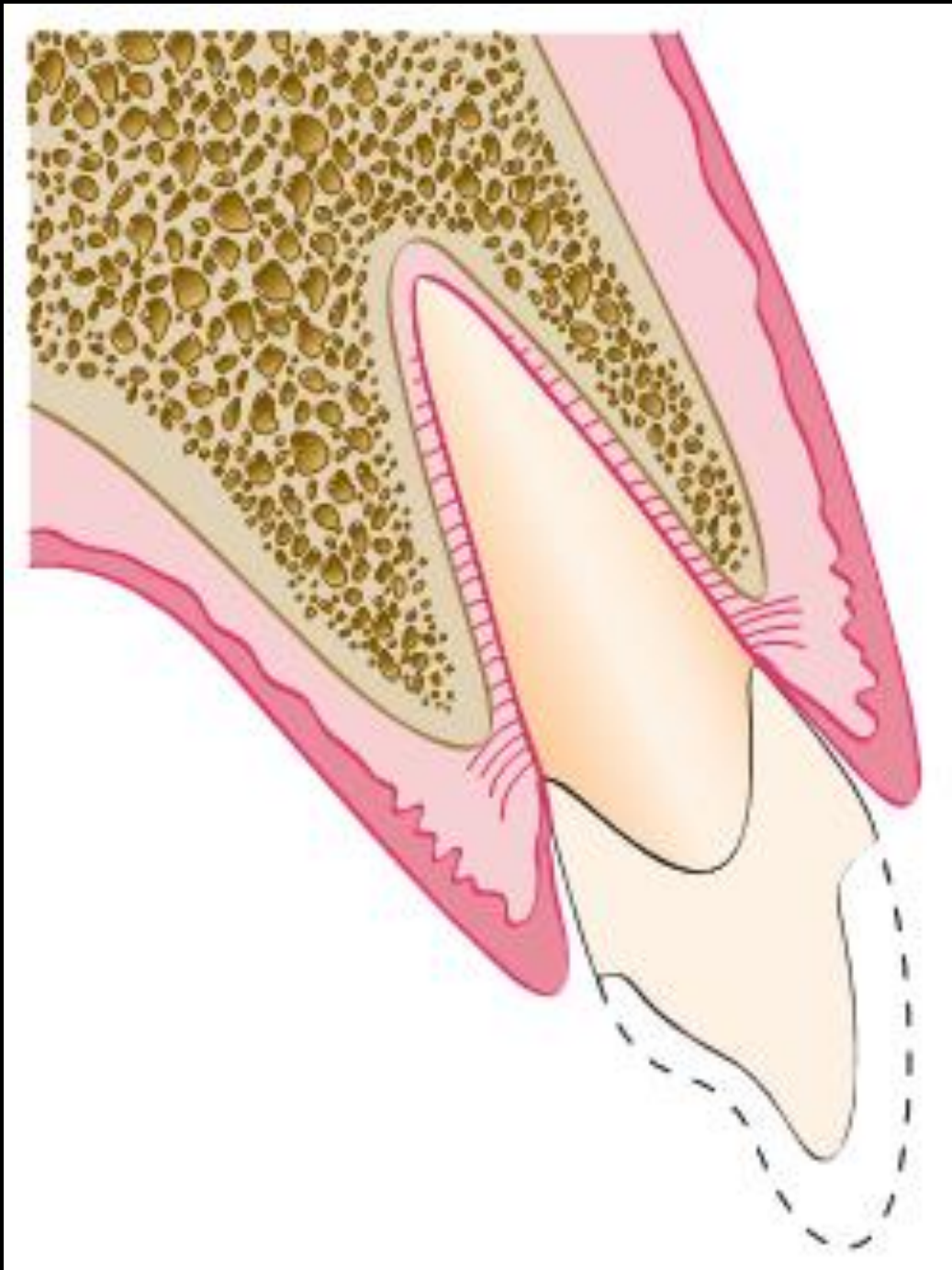
BİYOLOJİK GENİŞLİK İHLALİNİN DÜZELTİLMESİ

1-Kemiği **cerrahi** olarak restorasyon kenarından uzaklaştırmak. (İlave 0.5 mm osteotomi güvenli sınır)

2-diři **ortodontik** olarak ekstrüze etmek.

RESTORASYON KENARINI YERLEŐTİRMEDE KLİNİK PROSEDÜRLER

1. Eğer sulkus derinliği ≤ 1.5 mm ise marjin gingival kenardan 0.5 mm apikale yerleőtirilir.
2. Eğer sulkus derinliği > 1.5 mm ise marjin gingival sulkus derinliğinin yarısına yerleőtirilir.
3. Eğer sulkus derinliği > 2 mm ise önce gingivektomi ile 1.5 mm sulkus yaratılır sonra 0.5 mm marjinden apikale subgingival yerleőtirilir.



ESTETİK- YUMUŞAK DOKU- RESTORASYON İLİŞKİSİ

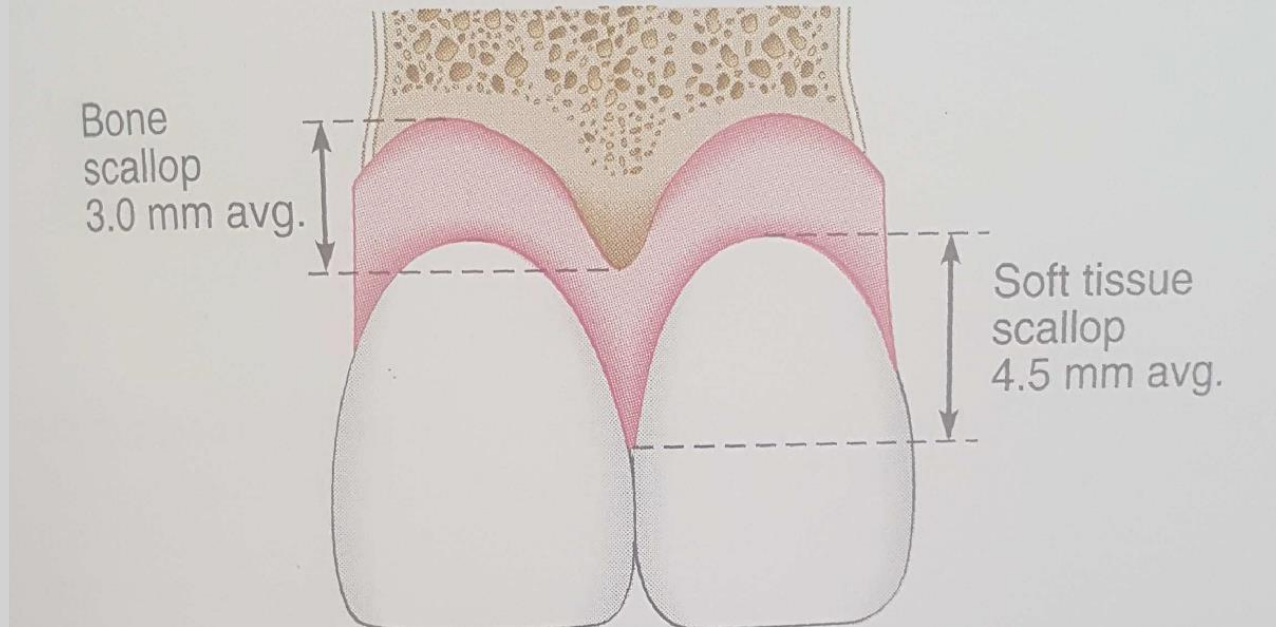
İnterproksimal embrasürlerin sağlanması

Kemik seviyesi, biyolojik aralık, ve gingival embrasür formu papil yüksekliğini belirler.

*Bukkal yüzeylerde serbest dişeti kenarı kretin ortalama **3 mm** üzerindedir.

*İnterproksimal bölgede serbest dişeti kenarı kretin ortalama **4.5-5 mm** üzerindedir.

papil dolumu



The Effect of the Distance From the Contact Point to the Crest of Bone on the Presence or Absence of the Interproximal Dental Papilla

Dennis P. Tarnow,* Anne W. Wagner,[†] and Paul Fletcher[‡]

THIS STUDY WAS DESIGNED to determine whether the distance from the base of the contact area to the crest of bone could be correlated with the presence or absence of the interproximal papilla in humans. A total of 288 sites in 30 patients were examined. If a space was visible apical to the contact point, then the papilla was deemed missing; if tissue filled the embrasure space, the papilla was considered to be present. The results showed that when the measurement from the contact point to the crest of bone was 5 mm or less, the papilla was present almost 100% of the time. When the distance was 6 mm, the papilla was present 56% of the time, and when the distance was 7 mm or more, the papilla was present 27% of the time or less. *J Periodontol* 1992; 63:995-996.

Key Words: Papilla, interproximal; gingiva/anatomy and histology.

1- interproksimal diş kontaktlarının dişeti seviyesi ile alveol kreti arası mesafe ≤ 5 mm ise papil boşluğu doldurur.

2- kontakt dişeti ve kret arası mesafe 6 mm ise papilin sadece %56 sı boşluğu doldurur.

3- kontakt dişeti-kret arası mesafe 7 mm ise papilin %37'si boşluğu doldurur.

Tarnow et al.

Table 1. Presence/Absence of Papilla

	Distance in mm From Contact Point to Crest to Bone (N)							
	3 (2)	4 (11)	5 (73)	6 (112)	7 (63)	8 (21)	9 (4)	10 (2)
Papilla present	2	11	72	63	17	2	1	0
Papilla not present	0	0	1	49	46	19	3	2
% present	100	100	98	56	27	10	25	0
% not present	0	0	2	44	73	90	75	100

İDEAL KONTAKT POZİSYONU

****İdeal kontakt pozisyonu
ataçmanın 3 mm koronalidir. Papil
bu mesafede boşluğu tam doldurur.**

****Eğer kontakt koronalde yapılırsa
arada **siyah üçgen** kalabilir**

*Eğer embrasür ideal genişlikte ise, **papil sulkus derinliği 2.5-3 mm** dir ve sağlıklıdır.

*Papil altındaki kemik komşu kemik seviyelerinin apikalinde ise, sorun kemiktedir. **Kemik kaybının düzeltilmesi** gerekir.

*Eğer kemik seviyesi aynı ise, açık embrasür dişin embrasür formundan kaynaklanır periodontal bir problemde değildir. Kontakt noktası **restoratif** olarak düzenlenebilir.

Pontik (gövde) dizaynı

*Gövde altı hijyene izin vermeli, iyi cilalanmış olmalı.

**İdeal gövde dizaynı oval gövdedir. Bunu sağlamak için ortalama 1-1.5 mm cerrahi olarak düşürülebilir veya çekim sonrası geçici protezle korunabilir. Çekim alanının içine girecek şekilde bir geçici protez ile embrasür formu ve papil korunur.

Receptor tapers to level of tissue on the palate for ease of hygiene.

Pontic to bone minimum of 2 mm

Receptor site 1 mm to 1.5 mm deep in esthetic areas



OKLUZAL UYUM

- okluzal travma**dan kaçınılmalı.
- Sentrik kapanışta tüm dişlerde simültane kapanış
- kuvvet dağılımı** eşit olmalı
- kanin veya anterior diş rehberliği** tercih edilir. Posterior dişler temasta değildir. Böylece elevatör kaslardan gelen kuvvet azalır.
- Çiğneme sırasında hastanın **rahat** etmesi önemli.
- uygun **vertikal boyutta** oluşturulan okluzyon elde edilmeli.
- Sentrik ilişki** (en superior kondiler pozisyon) okluzyonun en girişimsiz, müdahalesiz elde edildiği pozisyonudur.
- Okluzyon en son uygun ölçü ve sentrik ilişki kayıtları rehberliğinde **artikülatöre** aktarılır.

ÖZEL RESTORATİF YAKLAŞIMLAR

1- furkasyon tedavisi sonrası kök **rezeksiyonlu** dişler

2- **splintleme**

.....Hasta konforunu etkileyen mobil dişlere,

.....Migrasyonda dişlere

.....Çoklu abutmentin gerekli olduğu
protezlerde

3- **preprotetik cerrahi öncesi** önce ölçü alınır, yumuşak dokular şekillendirilir, geçici kronlarla hasta onayı alınır, son bitim hali gösterilir, sonra cerrahi uygulanır.