

ALVEOLİTİSİN GÖRÜLME SIKLIĞI*

(Klinik Bir Araştırma)

Yrd.Doç.Dr.Metin GÜNGÖRMÜŞ**

Dr.Dt.Gelengül GÜRBÜZ***

Dr. Dt.Gülây YILDIRIM***

Yrd.Doç.Dr.Ümit ERTAŞ**

INCIDADANCE OF ALVEOLITIS* (A Clinical Study)

ÖZET

Bu çalışma alveolitisin oluşma sıklığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada 4104 diş çekiminden sonra 55 vakada, %1.3 sıklıkla alveolitis oluştuğu belirlendi. Hastaların yaşlarıyla alveolitisin oluşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, fakat cinsiyet farklılığı ile alveolitisin oluşma oranı arasında ilişki olmadığı belirlendi. Bununla birlikte alt çene büyük azılar bölgesinde daha fazla alveolitis meydana geldiği gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Alveolitis, Görülme Sıklığı

SUMMARY

In this study was made to investigate the incidence of alveolitis. In this present study was determined that after 4104 teeth extraction were occurred alveolitis in 55 cases (%1.3). There was statically a significant relation between the incidence of alveolitis and age of patients, but there wasn't relation between gender and the rate of alveolitis. In addition we determined that much more alveolitis occurred in mandible molar teeth region.

Key Words: Alveolitis, Incidance

GİRİŞ

Alveolitis diş çekiminden sonra en fazla karşılaşılan ve şiddetli ağrılara neden olduğundan dolayı hastaları çok fazla rahatsız eden bir komplikasyondur.^{1,2} Alt çenede kulağa ve şakak bölgesine, üst çenede alın ve göz çevresine yayılan ağrılara neden olarak hastada bitkinlik, uykusuzluk ve huzursuzluğa sebep olan alveolitis, diş çekiminden 2-3 gün sonra ortaya çıkarak, soket içindeki pıhtının kaybı ile karakterize bir durumdur.² Bu problemin normal diş çekimlerinden sonra % 2 ile % 5 sıklıkla oluştuğu belirtilmektedir.³⁻⁹ Bununla birlikte alveolitisin oluşması ile cinsiyet arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda literatürde çok değişik tespitlere rastlanmaktadır.^{6,9-14}

Bu çalışma, alveolitisin görülme sıklığının belirlenmesi yanında, cinsiyet, yaş gibi faktörlerin bu komplikasyonun oluşmasında etkili bir faktör olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Çalışmamız 3341 hastadan yapılan 4104 diş çekimi sonucu ortaya çıkan 55 alveolit oluşu üzerinde yapıldı. Diş çekimi yapılan hastalar, çekim sonrası alveolit olanlar ve alveolit olmayanlar diye iki gruba ayrıldı ve oluşan alveolit vakaları yaş gruplarına, cinsiyete, çekimi yapılan diş lokalizasyonlarına ve çenelere göre dağılımı göz önünde bulundurularak analiz edildiler. Çalışmamızda elde edilen verilerin biyoistatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için hastalar, 15 ve altı, 16-30, 31-45, 46-60, 61 ve üstü olmak üzere 5 yaş grubuna ayrıldı. Aynı şekilde dişlere göre yapılan değerlendirmelerde gözlenen ve beklenen değerler küçük olduğu için, alt ve üst çenede tek tek dişler yerine kesici, küçük azı, büyük azı diş grubu olmak üzere 3 gruba ayrılarak elde edilen sonuçlar ki kare testi ile analiz edildi. Elevatör ve davye dışında herhangi bir cerrahi enstrüman gerektiren gömük, yarı gömük diş çekimleri, kök veya kök parçalarının çıkarılması gibi durumlar çalışma kapsamının dışında tutulmuştur.

*II. Ulusal Koruyucu Dişhekimliği Kongresinde Tebliğ Edildi.

**Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** Serbest dişhekimisi

BULGULAR

4104 diş çekiminden sonra 55 olguda % 1,3 sıklıkla alveolitis meydana geldiği belirlendi. Oluşan alveolitislerin erkeklerde (% 60) kadınlara (% 40) nazaran alveolitisin daha fazla oranda görülmesine rağmen istatistiksel olarak ($X^2 = 1.947$) cinsiyet- le alveolitis arasında önemli bir ilişki olmadığı saptandı. (Tablo 1).

Tablo 1. Alveolitlerin cinsiyete göre dağılımı.

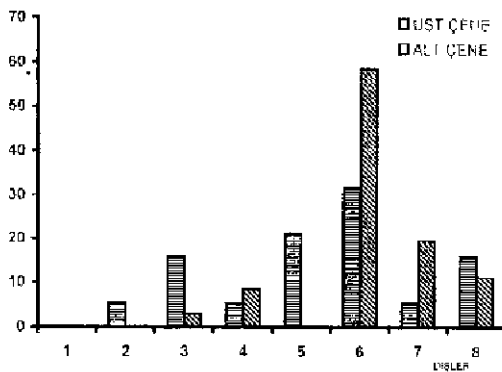
Cinsiyet	Alveolit Olmayan	%	Alveolit Olan	%	Toplam
Bayan	2003	49	22	40	2025
Erkek	2046	51	33	60	2079
Toplam	4049	100	55	100	4104

$X^2=1.947$

Dişlere göre yapılan dağılımda maksiller ve mandibular 1. kesici dişlerin çekiminden sonra hiç alveolitisle rastlanmazken, lateral, kanin ve 2. premolar diş çekimlerinden sonra daha fazla üst çenede, 1. premolar ve büyük azı dişlerin çekiminden sonra ise alt çenede daha fazla alveolitis ortaya çıktığı gözlemlendi. Ayrıca alveolitisin en fazla mandibular 1. molarların çekiminden sonra oluştuğu belirlendi (Tablo 2) (Şekil 1).

Tablo 2. Alveolitlerin alt ve üst çenede çekilen dişlere göre dağılımı.

Diş No	Çekilen Diş Sayısı		Oluşan Alveolit Sayısı			
	Alt Çene	Üst Çene	Alt Çene	%	Üst Çene	%
1	180	170	0	0	0	0
2	191	162	0	0	1	0.6
3	160	190	1	0.63	3	1.58
4	216	300	3	1	1	0.33
5	190	261	0	0	4	1.5
6	494	453	21	4.25	6	1.32
7	301	287	7	2.33	1	0.35
8	295	254	4	1.35	3	1.18
Toplam	2027	2077	36	1.77	19	0.92



Şekil 1. Alveolitlerin alt ve üst çenede dişlere göre dağılımları.

Alveolitisin oluşma sıklığının, kesici dişlerden büyük azılara giderek arttığı ve oluşan alveolitis vakaları göz önünde bulundurulduğunda bu oranın üst kesicilerde % 21, üst küçük azılarda % 26, üst büyük azılarda ise % 53 olduğu, buna karşılık üst çenede alveolitis oluşumu ile diş grupları arasında ($X^2 = 0.221$) biyometrik olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. (Tablo 3) Alt kesicilerde ise % 3, küçük azılarda % 8, büyük azılarda % 89 sıklıkla alveolitis meydana geldiği ve alt çenede istatistiksel olarak ($X^2 = 16.037$) $p<0.01$ de alveolitis oluşumu ile diş grupları arasında biyometrik olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 3. Alveolitlerin üst çenede diş gruplarına göre dağılımı.

Diş No	Alveolit Olmayan	%	Alveolit Olan	%	Toplam
Kesiciler	518	25	4	21	522
Küçük Azılar	556	27	5	26	561
Büyük Azılar	984	48	10	53	994
Toplam	2058	100	19	100	2077

$X^2=0.221$

Tablo 4. Alveolitlerin alt çenede diş gruplarına göre dağılımı.

Diş No	Alveolit Olmayan	%	Alveolit Olan	%	Toplam
Kesiciler	530	27	1	3	531
Küçük Azılar	403	20	3	8	406
Büyük Azılar	1058	53	32	89	1090
Toplam	1991	100	36	100	2027

$X^2=16.037$

** $p<0.01$

Alveolitisin çenelere göre dağılımında ($X^2=5.755$) $p<0.05$ ' te biyometrik olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve oluşan alveolitlerin % 65' nin alt çenede, % 35' nin üst çenede oluştuğu belirlendi. (Tablo 5)

Tablo 5. Alveolitlerin çenelere göre dağılımı

	Alveolit Olmayan	%	Alveolit Olan	%	Toplam
Alt Çene	1991	49	36	65	2027
Üst Çene	2058	51	19	35	2077
Toplam	4049	100	55	100	4104

$X^2=5.755$

* $p<0.05$

15 yaşından küçük bireylerde alveolitise rastlanmazken % 54.5 ile en fazla 16-30 yaş grubunda alveolitis olduğu ve yaş faktörünün alveolitis oluşumunda biyometrik olarak ($X^2 = 7.89$) $p < 0.05$ ' te etkili olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Alveolitlerin yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş Grupları	Alveolit Olmayan	%	Alveolit Olan	%	Toplam
15 ve Altı	166	4	0	0	166
16-30	1379	34	30	54.5	1409
31-45	1385	34	15	27	1400
46-60	807	20	8	14.5	815
61 ve üstü	312	8	2	4	314
Toplam	4049	100	55	100	4104

$X^2 = 7.89$

* $p < 0.05$

TARTIŞMA

Çekim soketlerinin iyileşme bozukluğu olarak tanımlanan alveolitisin oluşma sıklığı üzerine yapılan çalışmalarda, bu komplikasyonun değişik oranlarda ortaya çıktığı ifade edilmektedir.³⁻⁹ Hansen⁷ bu oranı % 3.2, Jensen⁸ % 2, Tuncay⁹ % 1.6 olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda biz bu oranın % 1.3 olduğunu belirledik. Yapılan araştırmalarda alveolitlerin bu kadar farklı oranlarda saptanması, çalışma kapsamına alınan hasta sayısının oldukça fazla olması nedeniyle oluşan alveolitlerin kontrolünün güçlüğünden veya alveolitisin diağnozunda kullanılan kriterlerin farklı olmasından kaynaklı olabilir.

Cinsiyet farklılığının alveolitis oluşumuna etkisinin olup olmadığı bir çok araştırmacı tarafından araştırılmıştır.⁶⁻¹⁴ Alveolitisin kadınlarda daha fazla ortaya çıktığını önc süren Tuncay,⁹ Ambler,¹¹ Birn¹², gibi araştırmacılara karşılık MacGregor⁶ alveolitisin erkeklerde daha fazla olduğunu, Şengün¹⁴ erkeklerde daha fazla görülmesine rağmen, Orsolani¹⁰ ve Catellani¹⁵ gibi cinsiyetin alveolitis oluşumunda etkili bir faktör olmadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda oluşan alveolitislerin % 60' nın erkeklerde görülmesine rağmen cinsiyet farklılığının biyometrik olarak önemli bir faktör olmadığını belirlendi.

Daha önce yapılan çalışmalarda alveolitisin alt çene ve büyük azılar bölgesinde daha fazla olduğu belirlenmiştir.^{6,9,10,13,14,17,18} Bu bulgulara paralel olarak alveolit oluşumu ile çeneler arasında biyometrik olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve en fazla alt çene 1. büyük azılar bölgesinde alveolitis olduğu gözlemlendi. Üst çenede

alveolitis oluşumu ile diş grupları arasında bir ilişki bulunamazken, alt çenede alveolitis oluşumu ile diş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Alveolitisin daha fazla mandibular büyük azılar bölgesinde ortaya çıkması, bu kısımda ki kemiğin daha kompakt ve kanlanmanın bu bölgede daha az olmasına bağlanmaktadır.^{6,7,13,17,18} Bununla bir, likte her iki çenede de kesicilerden büyük azılar bölgesine gidildikçe alveolitis oranının arttığı ve sırayla alt kesiciler, alt premolarlar, üst kesiciler, üst premolarlar, üst büyük azılar ve alt büyük azılar bölgesinde alveolitis olduğu belirlendi. Bu bulgularla ilintili olarak çenelerin anatomik yapısı ve dolayısı ile kemiğin strüktürü ile alveolitis oluşumu arasında bir ilişki olduğu söylenilebilir.

Çalışmamızda yaş faktörü ile alveolit oluşumu arasında biyometrik olarak önemli bir ilişki olduğu, 15 yaşından küçük bireylerde alveolitise rastlanmazken, en fazla 16-30 yaşları arasında meydana geldiği ve bu oranın ileri yaşlarda giderek azaldığı gözlenmiştir. Tuncay⁹ 18-25 yaşları arasında, Şengün¹⁴ 21-30, Amler,¹¹ Birn¹² ve Mac Gregor¹⁶ ise 20-40 yaşlarında daha fazla alveolit olduğunu saptamışlardır. Daha genç bireylerde alveolitis oluşmaması, bu dönemlerde rejenerasyon faaliyetlerinin daha iyi olması, kemik yoğunluğunun daha az ve daha vasküler olması yanında alveolitisin oluşumundan sorumlu tutulan Treponema denticolanın bu yaş döneminde oral mikroflora içinde yer almamasına da bağlı olabilir.^{6,9,19} Bununla birlikte orta yaş döneminde daha fazla alveolit meydana gelmesi bu yaş grubunda yapılan diş çekimlerinin büyük bir çoğunluğunun periapikal enfeksiyonlu olması ve periodontal hastalıklardan oldukça fazla izole edilen Treponema denticolanın bu yaş döneminde oral mikroflora içinde yer alması, yine bu yaşlarda kemiğin daha dirençli olması ve dişlerin destek dokularının daha dayanıklı olması nedeniyle çekim gücünün artmasına bağlı olabilir. Daha ileri yaşlarda alveolitis oranında ki azalma ise ilerlemiş olan periodontal hadiselerle ilgili olarak dişi destekleyen dokuların zayıflaması ve kemik seviyesinin azalmasıyla ilintili olarak çekim gücünün azalmasına bağlı olabilir. Diş çekim nedenleri üzerine yapılan araştırmalarda orta yaş grubunda dişlerin daha çok çürük nedeniyle, ileri yaşlarda ise destek dokularının harabiyeti ile karakterize periodontal nedenlerle çekildiğini belirlemişlerdir.²⁰⁻²² Ayrıca alveolitisin oluşumundan sorumlu tutulan ve periodontal hastalıklardan bol miktarda izole edilen Treponema denticolanın oldukça genç yaşlarda veya çocukluk döneminde oral mikroflora

içinde yer almadığı buna karşılık erişkin döneminde oral bölgede kolonize olmaya başladığı ve yine bu dönemde alveolitis sıklığının arttığı belirtilmektedir.¹⁹

Alveolitisin insidansı üzerine yapılan bu çalışmada;

-Alveolitisin diş çekimlerinden sonra % 1.3 oranında ortaya çıktığı,

-Cinsiyetin alveolit oluşumunda etkili bir faktör olmadığı,

-15 yaş ve daha küçük bireylerde bu komplikasyona rastlanmazken en fazla 16-45 yaşları arasında ortaya çıktığı ve yaş faktörünün alveolit oluşumunda etkili olduğu,

-Alt çene ve büyük azılar bölgesinde, özellikle alt büyük azıların çekiminden sonra daha fazla ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Türker M, Yücebaş Ş. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. Ankara 1997; 200-201
2. Taşar F, Erensoy N. Alveolitis ve tedavisi. Hacettepe Üniv DHF Derg 1984; 8: 1-7
3. Gustafson G, Wallenius K. Effect of local application of trypsin on postextraction alveolar osteitis. Oral Surg 1961; 14: 280
4. Turner PS. A clinical study of dry socket. Int J Oral Surg 1982; 11: 226
5. Field EA, Speechly JA, Scotty J. Dry socket incidence compared after a 12 years interval. Br J Oral Maxillofac Surg 1985; 23: 419
6. Mac Gregor AJ. Aetiology of dry socket. A clinical investigation. Br J Oral Surg 1968; 6:49-58
7. Hansen EH. Alveolitis sicca dolorosa (dry socket): Frequency of occurrence and treatment with trypsin. J Oral Surg 1960; 18: 409
8. Jensen JO. Alveolar osteitis (dry socket) a review. Australian Dent J 1979;23: 159
9. Tuncay Ü. Alveolitis ve etiolojisi 1. Ege Üniv DHF Derg 1989; 10: 65-72
10. Orsolani ME, Coudmont MM. Les alveolites. Ann Odontostomatol 1963; 20: 161
11. Amler HM. Pathogenesis of disturbed extraction wounds. J Oral Surg. 1970; 31: 667-670
12. Birn H. Etiology and pathogenesis of fibrinolytic alveolitis. Int J Oral Surg 1973; 2: 257-267
13. Adkisson SR, Horris PF. A statistical study of alveolar osteitis. US Armed Forces Med J 1959; 7: 1749
14. Şengün M. Primer dry socket olgularında, sekonder dry socket yönünden alınan profilaktik önlemlerin karşılaştırmalı araştırması. Doktora Tezi Ege Üniv DHF 1982
15. Catellani JE. Review of factors contributing to dry socket through enhanced fibrinolysis. J Oral Surg 1979; 37: 42
16. Mac Gregor. Etiology of alveolar osteitis. J Oral Surg 1979; 37: 465-468
17. Cowson RA. Essentials of dental surgery and pathology 4. Ed Churchill Livingstone. London. 1948: 247-149
18. Tuskon C. Alveolit tedavisinde çeşitli ilaçların özellikle antistaphylococcus plazmanın etki ve mukayesesi. Doktora Tezi İstanbul 1981
19. Nitzan DW. On the genesis of "dry socket" . J Oral Maxillofac Surg 1983; 41: 706-710
20. Baylas H, Günbay Ş. Çeşitli yaş kümelerinde diş kayıplarının nedenleri üzerinde bir araştırma : (1). Ege Üniv DHF Derg 1983; 6: 73-79
21. Görgün S, Özperk G, Yazıcıoğlu B. Kalıcı dişlerde çekim nedenlerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniv DHF Derg 1995;5: 15-18
22. Aksoy N, Gülşin B, Arıcan G. Diyarbakır ve yöresinde diş çekim nedenleri içinde periodontal hastalıkların yeri. Dicle Üniv DHF Derg 1990;1: 147-150

Yazışma Adresi

Dr Metin GÜNGÖRMÜŞ
Atatürk Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi Anabilim Dalı
25240- ERZURUM