



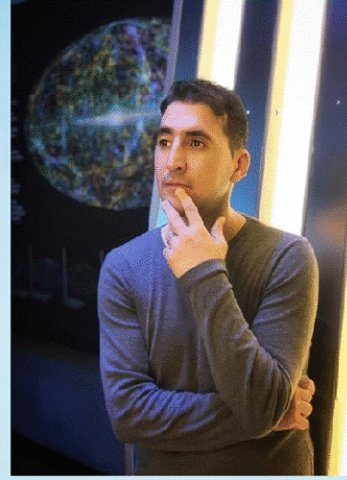
MAKALELER DERLEMESİ-MATERİALДАР ЖИНАҒЫ СБОРНИК МАТЕРАЛОВ

HAZIRLAYAN VE DERLEYEN: Enis ERTUŞ

Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi Diş hekimliği fakültesi IV.sınıf öğrencisi diş hekimi adayı

- 29-31 Mayıs 2016 tarihli **Otizm Spektrum Bozuklukları ve Dental Yaklaşım** (Аутизм спектрлік бұзылуы және стоматологиялық көзқарасы) tıp fakültesi kliniği anestezi ve yoğun bakım uzman dr. Yerlan Mustafayev danışmanlığında diş hekimliği bölümü I. sınıf öğrencisi olarak «**Эндокрин саласындағы ынтымақтастық және медицинадағы өзекті мәселелері**» ‘Endokrin alanında işbirliği ve tıbbın güncel meseleleri’ adlı uluslararası bilimsel konferansı için hazırlamış olduğu türkçe bildiri
- 21-29 Kasım 2016 tarihli **Sindirim Sisteminin Ağız Kokusu-Halitozis Oluşumundaki Rolü ve Bunun Ağız İçi Hijyene Etkisi** (Ас қорыту жүйесінің ауыздағы иістің пайда болуындағы рөлі және оның ауыз қуысы гигиенасына әсері) insan morfolojisi ve fizyoloji bölümü öğretim görevlisi Toqjan Narimbetova danışmanlığında diş hekimliği bölümü II. sınıf öğrencisi olarak «**Студенттердің кезекті XXV. ғылыми теориялық конференциясы**» ‘XXV. öğrencilerin bilimsel teorik konferansı’ adlı bilimsel konferansı için hazırlamış olduğu türkçe bildiri
- 25 Kasım-06 Aralık 2019 tarihli Dens Invaginatus’a (Dens in dent) Sahip Dişlerde Giriş Kavitesi Preparasyonu ve Endodontik Yaklaşım (Тіс Ішіндегі Тістерді «Зуб в Зубе» Эндодонтиялық Емдеу және Хирургиялық Ота Жасау Шараларының Ерекшеліктері) Çene ve Yüz Cerrahisi-Ortodonti-Çocuk Diş Hekimliği Bölüm Başkanı doç.dr. Fazladin TEMUROV, Tedavi ve Ortopedik Diş Hekimliği Bölümü öğretim görevlisi dt. Murat ABDIYEV danışmanlıklarında diş hekimliği bölümü IV. sınıf öğrencisi olarak «**Студенттердің кезекті XXVIII. ғылыми теориялық конференциясы**» ‘XXVIII. öğrencilerin bilimsel teorik konferansı’ adlı bilimsel konferansı için hazırlamış olduğu türkçe bildiri

Türkistan Şehri 2019 yılı-Tүркістан 2019 ж.



Bir makalenin yazılmasında pekçok insan ve pekçok eser çeşitli biçimlerde yardımcı olur. Diş hekimliği eğitim ve öğretimi sırasında yazmış olduğum 3 makale derlemesini de büyük bir özen ve gayretle hazırladım. Bu makalelerin yazımında yararlandığım eserler, kaynaklar çeşitli dillerde olduğu için konu ile ilgili farklı görüş ve değerlendirmelerin benim için ayrıca önemi olduğundan siz değerli okuyucu ve öğrencilere de faydalı olacağını düşünmekteyim.

Konferans, seminer ve ilgili sempozyumlara katılmamı sağlayan makale danışmanlarıma ve Diş hekimliği eğitimimde devamlı yanımda olup çalışmalarında teşvik ve yardımlarını esirgemeyen aileme, eşim ve biricik kızım Albina'ya şükran borçlu olduğumu ifade etmek isterim.

Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi
Diş hekimliği fakültesi IV.sınıf öğrencisi diş hekimi adayı Enis ERTUŞ
Türkistan/Kazakistan Aralık 2019

YDK 616.31:616 – 073.584

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE DENTAL YAKLAŞIM

Enis ERTUŞ – Dr. Yerlan MUSTAFAYEV

Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk - Kazak Üniversitesi

Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Bölümü I. Sınıf Öğrencisi Stk 142 - Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk - Kazak Üniversitesi Tıp Fakültesi Kliniği Anestezi ve Yoğun Bakım Uzmanı

e-mail: enis_ertus@hotmail.com.tr * erlan-mustafaev@mail.ru

[Tel: +77077739698](tel:+77077739698) * [+77075607519](tel:+77075607519)

АУТИЗМ СПЕКТРЛІК БҰЗЫЛУЫ ЖӘНЕ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨЗҚАРАСЫ

ЕРТУШ ЕНИС – ДОКТОР ЕРЛАН АЛДАБЕРГЕНҰЛЫ МҰСТАФАЕВ

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті, Стоматология I. Курс студентті Стк-142 – ХҚТУ,
Клиника Диагностика Орталығы Дәрігер Анестезиолог Реаниматолог

e-mail: enis_ertus@hotmail.com.tr * erlan-mustafaev@mail.ru

[Tel: +77077739698](tel:+77077739698) * [+77075607519](tel:+77075607519)

Özet: Özel ihtiyaçları olan çocuklarda dental ve peridontal (diş eti hastalıkları) problemler sıklıkla görülmektedir. Bu makalede, otizm spektrumlu çocukların topluma kazandırılabilme yöntemleri ve genel/dental bozukluklar irdelenmiştir. Araştırmanın amacı otizmlili çocukların topluma nasıl kazandırılması gerektiği, Kazakistandaki otizmlili çocukların eğitimi ve ağız hijyeni alışkanlıklarını belirlemek, bu alışkanlıkların ağız diş sağlığına etkilerini incelemektir. Özellikle bu bireylerin özgüvenlerinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilmelerinin sağlanması için koruyucu programları erken başlatmak ve uzun bir süreye yaymak gerekir. Ağız hijyen uygulamalarının ideal olanı, günlük rehabilitasyon eğitimi ve güçlendirici terapi programlarının ebeveynler ile desteklenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrumu, Otizm ve Aile, Ağız ve Diş sağlığı, Dental tedavi Makale daha önce başka yerde yayınlanmamıştır.

Toplumun en küçük birimi ailedir. Aile çocuğun gelişiminde ve eğitiminde en etkili rolü olan yapı taşlarından birisidir. Bunun yanında Otizmli çocuğu olan birçok aile onlara karşı neler yapacaklarını ya da çocuğun kendi yaşantılarını ne yönde etkileyeceğini bilememenin endişesini taşımaktadırlar. Genellikle çok özel gereksinimleri olan bu çocukların aile yaşantısına uyumunun sağlanabilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Bütün bu endişelerin temelinde ailelerin anlam veremedikleri ve bilinmeyene karşı duydukları korku yatmaktadır. [1,6 34-35]

Otizm; genel anlamıyla düşüncenin mantık çerçevesinde birleşmemesi ile eş zamanlı olarak sosyal etkileşime ve iletişime zarar veren, sınırlı, bir o kadar da tekrarlanan davranışlara yol açan, beynin gelişimini engelleyen bir rahatsızlık ve ruh halidir. [2,6 7] Otizm terimi Yunanca kökenli bir kelime olup ‘özüm’ - ‘kendine yönelik’ anlamına gelmektedir. [3,6 7] Bireyin çevre ile ilişki kurmaktaki sıkıntıları ve bu etkenlerin bireyi içine kapanık, çekingen bir ruh haline sokma hali olarak da değerlendirilebilir. [4,6 60] Aynı zamanda çeşitli nedenlerle bireysel özellikleri ve eğitim yeterlilikleri açısından yaşatlarından beklenen düzeyden anlamlı farklılık gösteren bireyler özel eğitime ihtiyacı olan birey olarak isimlendirilmektedir. Bu nedenle Otizmli çocukların kaynaştırma ve birtakım eğitim programları ile yakından takip edilip topluma kazandırılabilmesi sağlanabilmektedir. [5,6 6-7]

Otizm terimi ilk kez 1943 yılında Amerikalı psikiyatrist Leo Kanner tarafından tanımlanmış, otizmin üç önemli özelliği olduğunu vurgulamıştır. Bunlar aşırı yalnızlık, çevrelerinde bir değişiklik meydana geldiği zaman verdikleri aşırı tepki ve hiç konuşmama ya da konuşmanın iletişim amaçlı kullanılmamasıdır. Özellikle L. Kanner bu çocukların temel özelliklerinin içe kapanıklık olduğunu vurgulamıştır. [6,6 2] Otizm spektrum bozukluğu, doğuştan gelen ve belirtileri yaşamın ilk üç yılında ortaya çıkan bir gelişimsel yetersizlik ve nörolojik bozukluktur. Dünyada kaç çocuktan birinin otizm spektrum bozukluğundan etkilendiği bilinmemektedir. Ancak, son yıllarda gelişmiş ülkelerde yürütülen kapsamlı çalışmalar bu durumun, 88 çocuktan birini (her 54 erkek çocuktan birini ve 252 kız çocuğundan birini) etkilediğini bildirmektedir. Otizm spektrum bozukluğu'nun (OSB) erkek çocuklarındaki yaygınlığı kız çocuklarına göre dört kat daha fazladır. Bu orana göre OSB çocuklarda rastlanan en yaygın nörolojik bozukluktur. Otizm spektrum bozukluğunun genetik temelleri olduğu yönünde güçlü bulgular da vardır; ancak sorunlu olan gen mekanizması henüz anlaşılammıştır. Bunun yanında birtakım çevresel etkenlerde rol oynamaktadır. [7,6 8]

Otizmli bir çocuk büyütme oldukça stresli ve zaman alıcı bir uğraştır. Diğer yetersizlik türlerine kıyasla, OSB'li çocuğu olan ailelerde anne-babaların stres düzeyleri daha yüksektir. Aile içi dinamiklerde daha fazla sorun görülmektedir. Uzmanlar, ailelerin uyum sürecinde yaşadıklarını üç başlık altında ele almaktadırlar:

- A). OSB tanısını kabullenmek,
- B). OSB'ne yönelik olumlu bakış açısı geliştirmek,
- C). Tükenmişlikten kurtulmak. [7,6 13]

A). OSB tanısını kabullenmek: Aileler çocuklarına OSB tanısı konulduğu anda çok yoğun bir stres yaşarlar. Bu yoğun stres zamanla yerini çocukları için neler yapabileceğini araştırma çabalarına bırakır. Zamanla bu durumu aile kabullenmeye başlar. Kabullenme süreci ne kadar hızlı gerçekleşirse, aile için de çocuk için de işler o

denli kolaylaşır. Kabullenme sürecinin hızlanmasında doğru uzmanlara ve bilgilere ulaşmak, benzer durumdaki ailelerle ilişki içine girmek, sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapmak ve dostlardan destek almak büyük önem taşır.

B). OSB'ne yönelik olumlu bakış açısı geliştirmek: Ailenin otizme ve otizmlili çocuğa yönelik bakış açısı ve beklentileri ne kadar olumlu olursa, ailenin stresi de aynı oranda azalacaktır. Dolayısıyla, aile küçük gelişmeleri fark etmeyi ve bunlardan mutlu olmayı öğrenmek için çaba göstermelidir. Bu süreçte, çocuğa yönelik gerçekçi ve tutarlı beklentiler geliştirmek çok önemli bir yere sahiptir.

C). Tükenmişlikten kurtulmak: OSB olan çocuklu ailelerde sıklıkla fiziksel, bedensel ve ruhsal tükenmişlik durumuna rastlanır. Bu durumla ilgili olarak; aile üyelerinin mutlaka kendilerine zaman ayırmaları önerilir. Unutulmamalıdır ki, tükenmişlik yaşayan bir anne-babanın çocuğuna sağlayacağı yararlar önemli ölçüde azalır. Bu amaçla spor, müzik gibi etkinliklerden yararlanmak çok önemli faydalar sağlayabilir. Aynı zamanda gerektiğinde ruh sağlığı uzmanlarından psikolojik destek almaktan da kaçınılmamalıdır. [7,6 13]

Otizm; nedeni henüz tam olarak belirlenememiş bir bozukluktur. Otizmin tek bir sebebi yoktur. Birçok faktörün bunu tetiklediği düşünülmektedir. Çünkü otizmlili bireylerde beynin çalışma şekli farklıdır. Özellikle merkezi sinir sisteminde bir anormallik olduğu ve beyinde hücreler arasında mesaj taşıyan kimyasal iletiler ve ajanların eksiklik ya da fazlalığının olduğu düşünülmektedir. [8,6 11]

OSB'nin erken tanımlanması ve erken müdahalenin yapılabilmesi için doğumdan hemen sonra 12-18 aylar arasında ortaya çıkan belirtileri dikkate almak önemlidir. Bu belirtiler anne-babalar ya da kısa süreli muayene sırasında hemşire, doktor gibi sağlık personeli tarafından fark edilebilir.

OSB olan çocuklarda görülen *erken belirtiler*:

Sosyal etkileşimde bozukluk: Uygun göz kontağı kuramama, sıcak, neşeli ve gülümseme gibi ifade yoksunluğu, İlgi, keyif paylaşımı yoksunluğu, ismine tepki verme yoksunluğu vb.

İletişimde Bozukluk: Jest-mimikleri gösterme yoksunluğu, sözsüz iletişim koordinasyonundaki yoksunluk, olağandışı ses bozuklukları.

Tekrarlı Davranışlar ve Sınırlı İlgiler: Nesnelere tekrarlı hareketler, vücudun duruşu ya da kollarındaki açı, eller ya da parmaklarla yapılan tekrarlı hareketler.

Yapılan araştırmalarda OSB'ye sahip çocukların akranlarının yapabildiği; ancak, çocuğun yapamadığı ilk belirtilerden iki ya da daha fazlası görülmektedir. Bu nedenle böyle bir durumla karşılaşıldığı zaman ailelerin hemen sağlık kurumuna gidip ilgili doktora başvurması gerekir. [9,6 14-15]

OSB tanısı almış bireyler, **cinsel gelişim süreci** ile ilgili de sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlardan en önemlileri; **karşı cinsle ilişkiler konusunda uygun davranışın nasıl öğretileceği ve kişiler arasındaki dengenin nasıl sağlanacağı** sorunudur. OSB bireylerde genellikle **cinsel organlarına dokunma, uygunsuz yer ve zamanda mastürbasyon yapma, karşı cinsin cinsel organına dokunma ve öpme** gibi davranışlar görülmektedir. Stereotipik davranışlar (anlamsız hareketler) gösterenlerde mastürbasyon daha fazla görülmektedir. OSB bir **hastalık değildir**; dolayısıyla, **tıbbi tedavisi de yoktur**. [9,6 16-17-18] Bu perspektiften bakıldığında otizmin tek tedavisinin eğitimden geçtiğini söyleyebiliriz. Bu eğitim genellikle uzun sürelidir. Büyük bir çoğunlukla çok uzun yıllar alan eğitim süresi,

çocuğun bireysel potansiyeli, eğitim kalitesi ve aile işbirliği ile doğrudan ilişkilidir. Eğitim süresince çocuk psikiyatri uzmanı, çocuğu belirli aralıklarla görüp hedeflerini eğitimcilerle paylaşmalıdır. Aynı zamanda Otizmin temel belirtilerine yönelik ilaç tedavisi de söz konusu değildir. [10,6 65-66-67]

Yakın zamana kadar Kazakistan Cumhuriyeti'nde OSB olan çocukların eğitildiği herhangi bir Rehabilitasyon merkezi veya okul bulunmamaktaydı. Sadece Otizmliler çocukların aileleri tarafından «АШЫҚ ӘЛЕМ» 'Evrensel Dünya' adlı bir dernek mevcuttu. Bu dernek sayesinde anne-babalar, birbirleriyle iletişim kurmak suretiyle çocuklarına gereken desteği vermekteydiler. Kazakistan'da resmi kayıtlara göre 1099 çocuğun otizmliler olduğu bilinmektedir. Ancak bu rakam bundan daha fazladır. Çünkü elde edilen verilere göre OSB olan çocuklara farklı teşhis konulduğu düşünülmektedir. 26 Haziran 2014 tarihinde Almatı şehrine gelen Dünya Uluslararası Autizm Speaks Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Andy Shih; 'Otizmin erken dönem hastalık olsa da erken teşhis ve tedavi yöntemleri ile bunun önüne geçilebileceğini, otizmliler bireylerin doğru şekilde eğitilirse topluma kazandırılabilirliğini ve bununla beraber okullarda eğitim-öğretimlerini tamamlayabileceklerini' söyledi. Kazakistan'da otizmliler çocukların sayısı 2003-2013 yılları aralığında %30 oranında artış göstermiştir. Aynı zamanda devlet tarafından otizmliler çocuklara aylık on beş bin Tenge (50 \$) para yardımı yapılmaktadır. [11]

Son zamanlarda çok isabetli bir proje olan otizmliler çocuklara eğitim vermek üzere 23 Haziran 2015 tarihinde Almatı şehrinde «Асыл Мирас» 'Kıymetli Miras' adında Özel Rehabilitasyon Merkezi faaliyete geçmiştir. Bu merkez Kazakistan genelinde OSB olan bireylere açılmış ilk yer olma özelliği açısından da son derece önemli bir gelişmedir. [12]

Diş Hekimi ve yardımcılarının Otizmliler çocuklarla çalışırken karşılaştıkları en büyük sorun hastaların iletişim kurma yeteneklerinin zayıflığı, kendilerine özgü sürekli tekrarlayan beden hareketleri, hiperaktivite ve dikkat sürelerinin az olmasından kaynaklanmaktadır. [13,6 68-69] Yapılan araştırmalara göre peridontal (diş eti hastalıkları) sorunların ve diş çürüğüne olan yatkınlığın otizmliler olmayan bireylerden çok da farklı olmadığı hatta Otizmliler hastaların İnsidans oranının (yeni olguların sayısı) düşük bile olabileceği söylenmiştir. Buna karşın birtakım araştırmalar da otizmliler çocuklara ödüllendirme sırasında verilen karyojenik potansiyeli yüksek olan yiyeceklerin (özellikle çikolata, cips ve tatlıların) otizmliler çocuklarda Peridontal (diş eti hastalıkları) sorunlara ve diş çürüklerine yol açtığı konusundaki görüşleri de yadsınamayacak bir gerçektir. Buradaki öncelik otizmliler hastaların karakteristik özelliklerini iyi analiz etmekten geçmektedir. Çünkü Otizmliler her çocuk aynı ölçüde aynı davranışsal tepkileri ne yazık ki verememektedir. O nedenle diş hekiminin anamnez (Hastanın Tıbbi öyküsü) alırken oldukça titiz ve olabildiğince fazla bilgi alması gerekmektedir. Bunun da en güzel yolu diş hekiminin anne-baba ve yakınlarıyla iletişime geçip hasta hakkındaki bütün detayları eksiksiz öğrenmesinden geçmektedir. [14,6 22-23-24-25]

Otizmliler hastalara 'anlat-göster-uygula' yöntemiyle yaklaşılabilir. Tedavi sırasında diş hekimini açık, basit cümleler kullanılmalıdır. Sözel övgü ve her seans sonrası hastaya ödül vermeyi ihmal etmemelidir. Bu sayede otizmliler hastanın hem güvenini kazanıp hem de daha rahat çalışabilme ortamı sağlayabilir. [14,6 30-31] Aynı zamanda evde dental uygulamalarla ilgili yapılacak provalar tedaviyle ilgili basamakların

uygulanmasına kolaylık sağlamaktadır. Örneğin; evde hastaya diş hekiminin ‘eller aşağıya’ ve ‘bana bak’ komutları öğretilmelidir. Bu öğretilen komutların sayesinde otizmliler hastaların tedavi seansları desensitizasyon (Hissizleştirme) gerçekleştirmek suretiyle diş hekimi ve hasta açısından konforlu geçecektir. [14,6 32-33] Dental tedavilerde oyalama ve manipüle edilebilirlik genelde olumlu yanıt vermektedir. Örneğin; hasta müzik dinlerken veya sevdiği bir objeyi tutarken tedavi edilebilir. Burada ebeveynlerin de uygun aktiviteler ya da nesnelere hakkında çok değişik fikirleri olabilmektedir. Bu nedenle onlara da danışılmalıdır. Diş hekimi otizmliler çocuğu avutabilecek veya oyalayabilecek yolları denemelidir. [14,6 35]

Sonuç olarak, diş hekimine başvuran OSB’li bireylerin dikkatli bir şekilde anamnezi (Hastanın Tıbbi öyküsü) alınmalıdır. Hasta kliniğe alıştırılmalı ve tedaviden önce gerekli eğitimler, ebeveyn başta olmak üzere hastaya verilmelidir. Bu konuda diş hekimi, ebeveynler ile ortak hareket etmelidir. Bu sayede OSB olan bireylerde ağız ve diş sağlığı, hijyeni istenildiği gibi ve eksiksiz gerçekleşecektir. [14,6 37-38]

BİBLİYOGRAFYA

1. TOP, Fadime Üstüner, “Otistik çocuğa sahip Ailelerin yaşadıkları sorunlar ile Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Araştırma” *Çocuk Dergisi*, 2009, cilt:9, Sayı:1, s.34-42
2. АХМЕТОВА Ж.К., БИСЕМБАЕВА Н.А., Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі Павлодар мемлекеттік педагогикалық институты, Психология Пәні Бойынша Тест Сұрақтар Жинағы, Павлодар 2009, s.157
3. МАКАРИХИНА И.М., Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі С. Торайғыроватындағы Павлодар мемлекеттік университеті, Тілдік емес мамандықтарының студентгеріне арналған ағылшынша-орысша-қазақша педагогикалық терминдер сөздігі, Павлодар Кереку 2011, s.60
4. ЖАРЫҚБАЕВ Қ., САҒҒЫЛБАЕВ О., Психология:Энциклопедиялық сөздік, «Қазақ энциклопедиясы», Алматы: 2011, s.624
5. KILIÇ Ruhi, T.C.Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özel Eğitim Hizmetleri Tanıtım El Kitabı, 2008, s 187
6. HEĞCİ Neslihan, KIRŞEHİRLİ Merve, Zeytinburnu Otistik çocuklar eğitim merkezi, Otizm el kitabı, 2007, s. 68
7. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Tohum Türkiye Otizm erken tanı ve eğitim vakfı, Otizm Spektrum bozukluğu Şimdi Ne Olacak, Eylül 2014, s 64
8. ERDEN Gülsen, AKDUR Serel, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Otizm Spektrum bozukluğu, Ankara, s 82
9. ÇOLAK Aysun, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Otizm Spektrum bozukluğu Aile Bilgilendirme Rehberi, Ankara 2014, s 71
10. MUKADDES Nahit Motavalli, Her Yönüyle Otizm: ‘Araştırmadan Uygulamaya’ Otizm Spektrum Bozuklukları, Ulok Antalya 2014, s 71
11. http://www.azattyq.mobi/a/kazakhstan_autism_diagnose_problems/25447450.html 05.03.2016 19.16
12. <http://massaget.kz/layfstayl/Zdorove/29803/> 05.03.2016 21.02
13. ERDEM Arzu Pınar, YAMAN Elif, SEPET Elif, AYTEPE Zeynep, “Zihinsel Engelli çocuklarda davranış yönetimi ve tedavi yaklaşımları” *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, İstanbul 2012, cilt:46, Sayı:2, s.66-73
14. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilimdalı, ‘Otizm ve Dental Yaklaşım’ Bitirme Tezi Stj. Diş Hekimi Bekir Kulu; Danışman Öğretim Üyesi; Prof.Dr. Özant Önçağ, İzmir 2014, s.51

SİNDİRİM SİSTEMİNİN AĞIZ KOKUSU (HALİTOZİS) OLUŞUMUNDAKİ ROLÜ VE BUNUN AĞIZ İÇİ (ORAL) HİJYENE ETKİLERİ

Enis ERTUŞ – Togjan NARIMBETOVA

Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk - Kazak Üniversitesi

Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Bölümü II. Sınıf Öğrencisi Stk 241– Hoca Ahmet
Yesevi Uluslararası Türk - Kazak Üniversitesi İnsan Morfolojisi ve Fizyoloji Bölümü
Öğretim Görevlisi

e-mail: enis_ertus@hotmail.com.tr * togjanmansurovna@mail.ru

[Tel: +77077739698](tel:+77077739698) * [+77055617347](tel:+77055617347)

АС ҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІНІҢ АУЫЗДАҒЫ ИІСТІҢ ПАЙДА БОЛУЫНДАҒЫ РӨЛІ ЖӘНЕ ОНЫҢ АУЫЗ ҚУЫСЫ ГИГИЕНАСЫНА ӘСЕРІ

ЕРТУШ ЕНИС – Аға Оқытушы НАРЫМБЕТОВА ТОҒЖАН МАНСУРОВНА

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті, Стоматология II. Курс студентті Стк-241 – ХҚТУ,

Адам морфологиясы және физиологиясы кафедрасы аға оқытушы

e-mail: enis_ertus@hotmail.com.tr * togjanmansurovna@mail.ru

[Tel: +77077739698](tel:+77077739698) * [+77055617347](tel:+77055617347)

Özet: Vücut, metabolizma olayları devam ettiği sürece canlılığını koruyabilmektedir. Hücrede yapım ve yıkım olayları durduğu zaman vücut da canlılığını kaybeder. İnsan vücudunda sıvı eksilmesi bazı sindirimsel (metabolik) olayları etkilemektedir. Bunların etkisi ile yağ ve protein çözünmeye başlar ve kişide ağız kokusuna (halitozis) neden olabilir.

Bu makalenin amacı metabolizmanın, diş ve kemik metabolizmasına etkileri hakkında bilgi vermektir. Bunun yanında ağız içi hijyen ve ağız kokusunun (halitozis) kişilerin gündelik yaşantısını ne yönde etkilemektedir? Bu bağlamda birey toplum döngüsü içerisinde ağız diş sağlığının yeterli ve sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmesi için alınması gereken önlemler irdelenecektir.

Anahtar Kelimeler: Metabolizma, Ağız içi hijyen, Ağız ve Diş sağlığı, Ağız kokusu (halitozis)

Makale daha önce başka yerde yayınlanmamıştır.

Canlıda oluşan ve devam eden fiziksel-kimyasal olayların tümüne birden metabolizma adı verilmektedir. Hücrede bulunan araçlar ve bu araçların gerçekleştirdiği biyokimyasal olaylar sayesinde vücudumuz dengeli bir şekilde çalışır. Bu araçlar enzim ve hormonlardır. Özellikle yiyecekler ile vücudumuza almış olduğumuz besin öğelerinin kullanılabilmesi ve işlerlik kazanabilmesi, bu iki aracı sayesinde olmaktadır. Bu araçların küçük bir eksikliğinde dahi birtakım sorunlar kendini gösterebilmektedir. [1,6 1] Genel anlamda metabolizma, enzimlerin harekete geçmesini ve bu enzimlerin düzenli olarak çalışmasını sağlayan kontrol mekanizmasıdır. [2,6 22]

İnsan metabolizmasını endokrin bezleri (salgı bezleri) ve hormonlar düzenler. Örneğin; tiroid bezinin salgılamış olduğu tiroksin hormonu ve trioditiroinin hormonu vücudun bütün hücrelerine etki ederek metabolizmayı hızlandırır. Oksijenli solunumu hızlandırarak enerji üretimini arttırır. Klinik bulgulara göre, hipofiz bezi ve tiroid bezinin düzenli çalışmaması insanda obeziteye (şişmanlık) neden olabilmektedir. [3,6 67-68-69]

Tiroid hormonunun seksüel fonksiyonlara da etkisi vardır. İnsanda tiroid hormonun eksikliği libido (cinsellik) kaybına yol açmaktadır. Buna karşın erkeklerde hormonun aşırı salgılandığı durumlarda impotans (iktidarsızlık, sertleşme sorunu) kendini göstermektedir. Kadınlarda tiroid hormonu eksikliğinde ise sık sık menstrüel kanamalara (adet kanı) neden olmaktadır. İleri safhalarda ise amenoreye (adet görememe hali) yol açmaktadır. [4,6 14]

Genel olarak hormonun kanda gerekenden az veya fazla olması çok ciddi hastalıklara sebep olmaktadır. Hormonların vücudumuzun dengesi ve düzeni ile doğrudan ilişkisi vardır. Bu anlamda enzimler ve hormonlar birbirlerine benzemektedirler. Tek farkları hormonlar enzimlere nazaran kimyasal reaksiyonlara girip çıkmaz ve kana direkt karıştıkları için insan vücudu üzerindeki etkileri uzun süreli olur. [1,6 15]

Hipotrioidili hastalarda diş hekiminin yaklaşımı son derece önemlidir. Özellikle bu tür hastaların vücut ısısında azalma, hipotansiyon, epilepsi (sara) nöbetleri görülebilmektedir. Diş hekiminin bu tür hastalara ilk yaklaşımı vakit kaybetmeden tedavi için hastayı endokrinoloji kliniğine sevk edip hastanın gerekli tedaviyi almasını sağlamaktır. Gerekli ve yeterli medikal şartlar sağlanana kadar da bu tür hastalara dental tedavi uygulanmamalıdır. Çünkü bu tip hastalar analjezi (ağrı yitimi) ve trankilizan (sakinleştirici) içeren ilaçlara karşı oldukça duyarlıdırlar. Bu nedenle diş hekimi hastalardan dikkatli bir şekilde anamnez (hastanın tıbbi öyküsü) almak durumundadır. Ayrıca hastada akut bir enfeksiyon (hızla gelişebilen) söz konusu ise gerekli konsültasyon (fikir alışverişi) yapılmalıdır. [4,6 21-22-23-26-27]

Sağlıklı dişlerin fonksiyon, estetik ve çene yapısının oluşmasında önemli rolü vardır. Bunun yanında iskelet yapımız da vücuda esneklik sağlamaktadır. Kemik ve diş gelişimi ile metabolizması için kalsiyum, D vitamini, florür gibi vitaminler yeterince alınmalıdır. Buna karşın kalsiyum alımındaki azalma osteoporoza (kemik erimesi) neden olmaktadır. Bunun sonucunda da maksilla (üst çene) ve mandibulada (alt çene) kemik kayıpları ve buna bağlı olarak diş kayıpları oluşmaktadır. O nedenle birbirini etkileyen bu metabolik etmenler sağlıklı diş ve kemik yapısının korunmasında son derece önemlidir. [5,6 6-7]

Kanda kalsiyum seviyesi azaldığında (hipokalsemi) parathormon salgılanır. Parathormonun görevi kemiklerden kana kalsiyum geçişini sağlamaktır. Ancak çok salgılandığında kemikler zayıflar ve kişide böbrek taşları oluşabilir. Dental ve mine hipoplazisi (düzgün gelişememe hali) ve dişlerin yokluğu, hipokalsemi (kalsiyum seviyesi azlığı) bulgusudur. [6,6 6-7-21] Bunun yanında kalsiyum vücutta bolca bulunur. Vücudumuzdaki tüm kalsiyumun %99'u kemik ve dişlerde bulunur. Sadece %1'lik kısmı kan içindedir. Özellikle kan pıhtılaşması gibi metabolik faaliyetlerde kalsiyumun etkisi yüksektir. [5,6 10] Kalsiyumu almanın en uygun yolu gıdalardır. Kalsiyum bakımından yüksek besinlere; süt, yoğurt ve konserve sardalya balığını örnek verebiliriz. [5,6 13]

Diş kaybı ve osteoporoz genel anlamda yaşla, cinsiyet ile doğru orantılıdır. Çürük, periodontal hastalıklar ve kötü ağız hijyeni diş kaybına neden olmaktadır. Bunun yanında diyabet (şeker hastalığı) ve sigara kullanımı da diş kaybını tetiklemektedir. [5,6 20] Diş hekimi flor tabletleri önerirken hastanın yaşı ve çürük riski göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü aşırı doz flor alımından kaynaklı dişlerin renklenmesine neden olan florozis riski ortaya çıkmaktadır. [5,6 38-39] Florozis olgusunun hafif ve orta derecedeki hali sadece diş minesini etkilerken ileri seviyedeki florozis olgusu dentine kadar geçebilmektedir. Florun yeterli düzeyde ve miktarda kullanımı sayesinde dişlerdeki çürüklerin önleyici etkisi kanıtlanmıştır. [7,6 48-49]

Diş ve kemikleri olumsuz yönde etkileyen birtakım ilaçlar mevcuttur. Bebeklik ve çocukluk döneminde tetrasiklinlerin (bakteri üremesini önleyen antibiyotik grubu) kullanımından birtakım olumsuz durumlar ortaya çıkmıştır. Örneğin; 46 prematüre (erken doğum) çocukta yapılan çalışmada 13 tanesi tetrasikline ve 21 tanesi ise oksitetrasikline (tetrasiklin sınıfı antibiyotikler) maruz kalmıştır. Özellikle tetrasiklin alanların hepsinin dişlerinde anormaliler (sapmalar) gözlenirken, oksitetrasiklin alanların sadece ikisinde gözlenmiştir. [5,6 51]

Hijyen, tıbbın içerisinde profilaktik (hastalığı önleyici, koruyucu) esaslı bir alandır. Çevremizdeki ve antropolojik (insan ile ilgili) faktörlerin insan organizmasına ve bunun halk sağlığına etkilerinin incelendiği, hastalıkların tedbirlerinin önceden alındığı, birey sağlığının artırılması, korunması bununla beraber eksiksiz gerçekleştirilmesi ve sıhhi kurallar çerçevesinde önlemler almak suretiyle inceleme yapan bir bilim dalıdır. [8,6 4]

Restoratif (estetik diş hekimliği) diş tedavisinin de konusu olan beslenme ve ağız hijyeni konusunda bireyler bilgilendirilmelidirler. Örneğin; asitli içecek ve karyojenik potansiyeli yüksek olan yiyeceklerden (özellikle çikolata, cips ve tatlılar) uzak durmalıyız. Posalı yiyecekler grubunda bulunan ve dişlerin temizlenmesine yarayan elma ve havuçtan tüketmek gerekir. Günde en az iki kere diş fırçalamak ve ara öğünlerden sonra diş ipi kullanmak diş çürüklerini engelleyecektir. Mümkün olduğunca flor içerikli diş macunu tercih edilmelidir. [9,6 1]

Yiyecek artıklarının uzaklaştırılmasının en etkili yolu dişlerin düzenli olarak fırçalanmasıdır, çürük ve diş eti hastalığının (periodontoloji) oluşumunu engellemek için daimi ve muntazam bir ağız bakımı şarttır. Ağız hijyeninin sağlanabilmesi için bunlara uymak gerekir. Vücut ve ağız diş sağlığı için ihtiyaç duyulan besinlerin yeterli ve dengeli tüketilmesi gerekir. [10,6 1-2] Çünkü sindirim ağızda başlar ve ağız içi hijyenin olumsuz olduğu durumlarda diş sağlığının bozulması ve akabinde sindirim sisteminin de doğrudan olumsuz etkilendiğini söyleyebiliriz. [11,6 2] Ağız bakımında

rahatsız edici tat ve kokunun giderilmesi, halitozis (nefesin kötü kokması) gibi etmenler önemli bir yer tutar. [12,6 89] Halitozis, genellikle ağız içinden ve dişlerden kaynaklanıyor olsa da sistematik enfeksiyonlar, solunum yolu kaynaklı olanları ve fizyolojik faktörlerin sebebiyet verdiği durumlar da görülmektedir. Bu nedenle ağız kokusunun tedavisi altta belirtilen sebeplerine yönelik olmalıdır.[13,6 5-34]

Bireylerde oral kavitedeki (ağız boşluğu) kötü kokunun putrafaksiyon (kokuşma, çürüme) sonucunda gerçekleştiği bilinmektedir. Bunun yanında dil sırtından gelen ancak bakteri kaynağı ağız içi olmayan halitozis türü de vardır. Sindirim enzimi besinleri gerektiği şekilde sindiremediği zaman bu besinler bakterilerin çürütmesine bırakılmış olurlar. Sindirim kanalında açığa çıkan bu gazlar bireyin isteği dışında ağza yükselir. Burada bireyin erüktasyon (geğirmek) yapmasına gerek yoktur. Çünkü bu sistemde oluşan gazlar, otururken 0.68 ml/dak, yatarken 0.12 ml/dak hızında ağza yükselir. Birey bunu fark edemez.

Özellikle bu tip ağız kokusu toplumda en sık görülen şeklidir. Sindirim sisteminden kaynaklanan ağız kokusuna farenjit, böbrek yetmezliği gibi hastalıkları örnek verebiliriz. Aynı zamanda kanda kimyasal değişikliklere uğramış ve ekspirasyondan (soluk verme) birtakım problemler de oluşabilmektedir. Kimyası değişen kan gazlarının aromatik bileşiklere dönüşmesini şeker hastalarında (diabet) ve gut hastalarında (podagra) görmek mümkündür. Bu tip hastalarda ağız içinde herhangi bir iyileşme söz konusu olamaz çünkü ağız kokusunun nedeni ağız ile ilgili değildir. Bunun yanında ağız kokusunun sebeplerinin çoğu oral kavite merkezlidir ancak bahsettiğimiz gibi dişle ilgili belirlenen belli bir sebep bulunmadığı durumlarda da örneğin dil yüzeyindeki proteinler, tonsiller (bademcik) ve sülfür içeren bileşiklerin yıkımına bağlı olarak da meydana gelebilmektedir. Diş hekiminin tedaviye başlamadan önce kokunun kaynağını bulması gerekir. Tedavinin başarısının artması için diş hekimi, KBB (kulak-burun-boğaz) ve Gastroenteroloji (sindirim bilimi) uzmanları ile birlikte çalışması faydalı olacaktır. Çünkü halitozis, bireyi rahatsız eden bir problemdir ve bu bireylere karşı titizlikle yaklaşmak gerekir.[14,6 72-73-75]

Sonuç olarak, ağız kokusu ve diş kaybı çok yönlü bir sorundur. Kaliteli bir ağız hijyeni için sigaranın bırakılması, düzenli olarak bir diş hekimine danışmak ve belirli periyotlarla tedavi olmak çok önemlidir. Bunun yanında Endokronoloji uzmanları ve diş hekimlerinin bir arada iletişim içerisinde olup gerekli tedbirler alınmalıdır. Böylece hastaların osteoporoz ve diş kayıplarının önüne geçilebilir. [5,6 53-54] Bunun yanında çürükleri engellemenin bir diğer yolu da; diş sağlığı ve bakımının önemini ebeveynler tarafından çocuklara küçük yaşta verilebilmesinde geçer. Bu sayede ağız, diş sağlığı ve hijyeni istenildiği gibi ve eksiksiz gerçekleşecektir. [15,6 1]

BİBLİYOGRAFYA

1. Aile Tüketici Hizmetleri, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Metabolizma 726TR0017, Ankara 2011, s 34
2. М. Өтемісов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік университет, «Жаратылыстану-географиялық факультет химия кафедрасы», Биохимия Экология негіздерімен пәннің оқу-әдістемелік кешені, Орал 2012 ж., s.40
3. М. Өтемісов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік университет, «Дене Тәрбиесінің Теория мен Әдістемеге оқыту Кафедрасы», Адам Физиологиясы және Жас Ерекшеліктері Физиологиясының негіздері пәннің оқу-әдістемелік кешені, Орал 2013 ж., s.91
4. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, *'Tiroid Bezi Hastalıkları ve Diş Hekimliğine Etkisi' Bitirme Tezi* Stj. Diş Hekimi B. Kutay Tezcan; Danışman öğretim üyesi; prof.dr. Füsün Saygılı, İzmir 2010, s.29
5. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilimdalı, *'Diş ve Kemik Gelişimi ile Metabolizması Etkileyen İlaçlar' Bitirme Tezi* Stj. Diş Hekimi Murat Karataş; Danışman öğretim üyesi; doç.dr. Ayşe Erol, İzmir 2012, s.64
6. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Metabolik Kemik Hastalıkları, Editör; prof.dr.Tümay Sözen Yardımcı Editör; prof.dr.Dilek Gogas Yavuz, Ankara Mayıs 2013, s. 187
7. Çiğdem Küçükeşmen, Hayriye Sönmez, “Diş Hekimliğinde florun, insan vücudu ve dişler üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi” *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.*, 2008, cilt:15, Sayı:3, s.43-53
8. Жалпы Гигиена Бакалавриат, «Типтік Оқу Бағдарламасы», 5B110400– «Медициналық профилактикалық іс» мамандығы сағат көлемі – 225 (5 кредит), Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі, Астана 2011, s.51
9. Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi A.D. Hasta Bilgilendirme Formu, “Beslenme ve Ağız Hijyeni”, 09.02. 2008, cilt:1, Sayı:3, s.1-3
10. Dt. Gökhan Gerek, “Ağız Hijyen Eğitimi” *Impladent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği*, mart 2009, Sayı:16, s.1-2
11. Hemşirelik, Yatağa Bağımlı Hasta Hijyeni, T.C.Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara 2012, s 35
12. Hem. Fatma Ana Kılıç, Hem. Gülizar Eş, Uzm. Hem. Esmâ Güney Kızıl, Hem. Dilek Soydemir, “Hemşirelik Bakım Standartları” *Ağız Bakımı*, s.95
13. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilimdalı, *'Ağız Kokusu' Bitirme Tezi* Stj. Diş Hekimi Sümeyra Akkoç; Danışman öğretim üyesi; Prof.dr. Nurcan Buduneli, İzmir 2014, s.47
14. Elmas Kasap, Müjdat Zeybel, Hakan Yüceyar, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilimdalı, “Halitosis (Ağız Kokusu)” *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, Haziran 2009, Manisa cilt:13, Sayı:2, s.72-76
15. Dr. Matthias Brockstedt, Berlin; Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart; Bilgi Broşörü, *Ağız ve Diş Sağlığı-Diş Çürümesini önlemeye ilişkin soru ve cevaplar*, Türkçeye çeviri: Cumhuriyet Yörük Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde Leimenrode 29, 60322 Frankfurt, s.12

УДК 616.314-007

**DENS INVAGINATUS'A (Dens in Dent) SAHİP DİŞLERDE GİRİŞ KAVİTESİ
PREPARASYONU VE ENDODONTİK YAKLAŞIM**

Enis ERTUŞ – Fazladin TEMUROV - Murat ABDIYEV

Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk - Kazak Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi, IV. Sınıf Öğrencisi Stk 408 – Hoca Ahmet

Yesevi Uluslararası Türk - Kazak Üniversitesi, Çene ve Yüz Cerrahisi-Ortodonti-Çocuk Diş
Hekimliği Bölümü Başkanı,

Tedavi ve Ortopedik Diş Hekimliği Bölümü Öğretim Görevlisi

e-mail: enis_ertus@hotmail.com.tr * fazladin.temurov@mail.ru * mongol_89-01@mail.ru

[Tel: +77077739698](tel:+77077739698) * [+77015521535](tel:+77015521535) * [+77081615010](tel:+77081615010)

**ТІС ІШІНДЕГІ ТІСТЕРДІ «Зуб в Зубе» ЭНДОДОНТИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ЖӘНЕ
ХИРУРГИЯЛЫҚ ОТА ЖАСАУ ШАРАЛАРЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

ЕРТУШ Енис – м.ф.к. Темуров Ф.Т. Оқытушы АБДИЕВ Мурат Набиханович

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Стоматология факультеті, IV. Курс студентті Стк-408 – ХҚТУ, Хирургиялық және
балалар жасындағы стоматология кафедрасының менгерушісі, Терапиялық және
ортопедиялық стоматология кафедрасы оқытушы

e-mail: enis_ertus@hotmail.com.tr * fazladin.temurov@mail.ru * mongol_89-01@mail.ru

[Tel: +77077739698](tel:+77077739698) * [+77015521535](tel:+77015521535) * [+77081615010](tel:+77081615010)

Özet: Diş tedavisinden önce hastanın genel sağlığı hakkında mutlaka bilgi edinilmelidir. O nedenle dişlerin gelişimi sırasında mine ve dentin çeşitli sebepler sonucu diş içine invaginasyon gösterebilir. Özellikle gelişimsel dental anomali şekil bozukluğu olan Dens invaginatus, dişin gelişimi sırasında minenin içe doğru katlanmasıyla ortaya çıkar. Bu dental anomali şekil bozukluğu, kuron veya kökte oluşabilirken pulpa ve kök kanal içerisinde görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Dens invaginatus hakkında genel bilgiler vermek, etiyojisi, oehler sınıflandırmasındaki radyografik görüntüde dişin içerisinde mine invaginasyonunun derinlik tiplerinin tanımlanması, hangi dişlerde sıklıkla görülebileceği, buna karşı alınabilecek önlem ve tedavi uygulamaları hakkında bilgi vermektir.

Anahtar Kelimeler: Dens invaginatus, Anomaliler, Oehler sınıflaması, Endodontik tedaviler
Makale daha önce başka yerde yayımlanmamıştır.

Giriş

Diş hekimliğinde, zamanında, kesin ve doğru tanı koymanın başarılı tedavi uygulamasının ilk adımı olduğu bilinmektedir. Dişlerin dış görünümünde ve iç yapılarında normale nazaran bazı sapmalar olabilmektedir. Bunlar estetik ve fonksiyonel ve fonasyon açısından sorun yarattıklarında anomali olarak kabul edilirler. Diş anomalilerinin çoğu erken yaşlarda teşhis edildiklerinde çeşitli tedavilerle ağızda tutulabilmektedir. O nedenle diş hekimi, diş anomalilerini tam olarak belirleyebilmek için yeterli bilgi birikimine sahip olmalıdır [1, 6 165-166]. Diş anomalilerin bir kısmı sistemik hastalıklarla ve sendromlarla birlikte görülebilirler. Bu diş anomalilerinin diş hekimlerince tanınmaları, tanı koyma ve tedavi planlamasında yararlı olacaktır. Dişlerdeki anomalilerin hepsi gelişimleri sırasında ortaya çıktıkları için gelişimsel diş anomalileri olarak adlandırılırlar. Şekil anomalileri internal anatomilerindeki farklılıklarından dolayı daha fazla endodontik sorunlara yol açmaktadır [2, 6 191-193].

Dens İnvaginatus, Oehler sınıflandırması ve Etiyolojisi

Dens invaginatus; dişlerin kalsifikasyonunun tamamlanmasından önce mine ve dentinin pulpa odasına doğru göstermiş olduğu ilerleme sonucu oluşan gelişimsel bir yapı anomalisidir [3, 6 83]. Kısaca diş gelişimi sırasında dental papillanın içeri doğru katlanması sonucu oluşan bir malformasyondur. Bu tip malformasyon ilk olarak 1794 yılında Ploquet tarafından balina dişinde keşfedilmiştir. Dens invaginatus, insan dişinde ise ilk defa 1856 yılında ‘Socrates’ isimli diş hekimi tarafından tanımlanmıştır. Daimi maksiller keser dişlerde daha sık rastlanan dens invaginatus, hem süt hem de daimi dişlerde oluşabilir [4, 6 42]. En çok daimi maksiller lateral kesici dişlerde ve orta keser dişlerde sıklıkla bilateral olarak %43 oranında görülür. İnvaginasyon süt dişlerinde ve mandibular dişlerde nadir görülür. Dens invaginatus'un genel görülme sıklığı hakkında yapılan çalışmalarda kadın/erkek görülme oranı, 3/1'dir. Yani kadınlarda daha sık rastlanılır. Hastanın tıbbi anamnezinde herhangi bir bulguya rastlanmazken genellikle tesadüfen radyografik olarak teşhis edilen Dens invaginatus, dişlerde görülen klinik ve radyografik farklılıklar göz önüne alınarak, Oehler (1957) tarafından derinlik parametresi esas alınmış ve 3 tip Dens invaginatus tanımlanmıştır.

Oehler Sınıflandırması

- Tip 1: İnvaginasyon kavitesi kron içindedir
- Tip 2: İnvaginasyon kavitesi mine sement sınırını geçer pulpaya çok yakındır
- Tip 3: İnvaginasyon kavitesi köke doğru ilerlemiştir, ayrı bir açıklıkla periodonsiyuma ulaşır. Bu ulaşım bazen apikalde olabilir olarak tanımlanmıştır [5, 6 58-59].

Dens invaginatusun nedeni henüz bilinmemektedir. Genellikle genetik faktörler, çevre dokuların oluşturduğu anormal basınçtan, gelişim eksikliğinden veya diş tomurcuğunun bulunduğu alandaki stimülasyonun, bu gelişim anomalisinin etiyolojisine etki edebileceği düşünülmektedir [6, 6 127].

Dens İnvaginatusun Klinik Değerlendirmesi ve Endodontik Tedavisi

Klinik uygulamalar diş anatomisinin kompleksliği ile ilgili olarak vakadan vakaya değişmektedir. Dens invaginatus olgusuna sahip dişlerde mine ve dentin savunmasız olduğu için enfeksiyona sebep olabilecek irritanlar diş içerisine girebilirler. Anatomideki bu kompleks yapı tedaviye başlamada hekime zorluklar çıkarabilir. Pulpa odası ve invaginasyon arasına uzanan ince kanallar bazen diş çürüğü olmasa dahi periapikal ve pulpal patolojiye neden olabilir. Erken tanı ile birlikte fissür örtücüler ve konservatif, restoratif işlemler bu tür olgularda etkili olabilmektedir. Ancak çoğu vakada dens invaginatuslu dişler erken dönemde enfekte olup devital hale gelir ve uzun dönem semptomsuz kalabilirler. Bu tür olguların tedavisinde kök kanal tedavisi, endodontik apikal cerrahi, intansiyonel replantasyon veya çekim düşünülebilir. Dens invaginatus vakalarına endodontik açıdan bakıldığında kök kanal

sisteminin preperasyonundan çok kök kanal sisteminin üç boyutlu sızdırmaz şekilde doldurulması zorlaşır. İstenildiği ölçüde kök kanal dolgusunun yapılamayacağı vakalar özenle belirlendikten sonra cerrahi girişimlere başvurulabilir. Endodontik tedavinin başarısı, kök kanal sistemindeki bütün iritanların elimine edilip kök kanallarının tamamen tıkanmasına bağlıdır. Dens invaginatuslu dişlerde çeşitli kanal morfolojileri nedeniyle el aletlerinin ulaşamadığı oluklar, kanallar arası bağlantı bölgeleri, ulaşılamayan bölgeler, apikal dallanmalar vb. yapıların olduğu bilinmelidir. O nedenle böyle durumlarda endodonti uzmanı, nekrotik doku ve bakterileri uzaklaştırabilmek için en uygun teknik ve materyali kullanılmalıdır. Şöyle diyebiliriz ki, erken teşhis edilmiş olgularda profilaktik tedavi yapılırken apikal lezyon oluşumundan sonra teşhis edilmiş olgularda ise endodontik, cerrahi endodontik tedavi veya çekim uygulanmalıdır [5, 6 62-63].

Genel anlamda invaginasyon kanalına endodontik tedavilerin uygulanma biçimleri:

Tip I tedavide

- Koruyucu uygulamalar
- Restorasyonlar
- Endodontik uygulamalar

Tip II tedavide

- Restorasyonlar
- Endodontik tedavi
- Cerrahi endodonti

Tip III tedavide

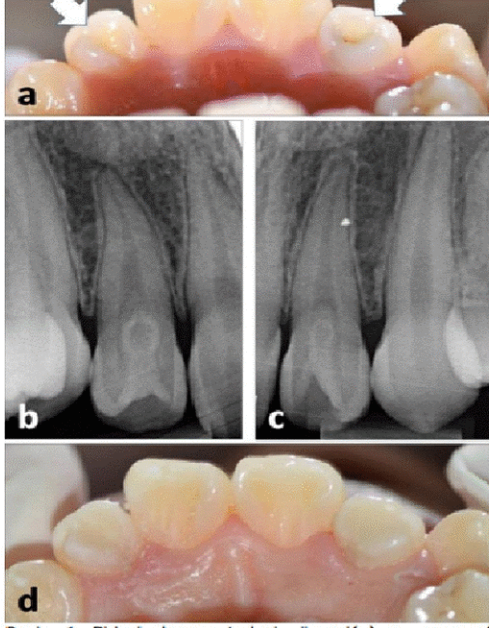
- Endodontik tedavi (ana kanala, invaginasyon kanalına ya da her ikisine)
- Cerrahi endodonti
- Reimplantasyon
- Çekim [7, 6 411].

Yukarıda da belirttiğimiz gibi klinik uygulamalar diş anatomisinin kompleksliği ile ilgili olarak vakadan vakaya değişebilmektedir. Farklı endodontik tedavi seçenekleri uygulanmış Tip I-II-III Dens İnvaginatuslu 3 olgudan bahsedeceğiz.

Olgu 1

Oehler sınıflamasına göre Tip I Dens İnvaginatuslu Vaka

16 yaşındaki bayan hasta ortodontik bozukluktan kaynaklanan estetik problemleri ile fakülteye başvurmuştur. Sağ üst lateral dişinin palatinal pitinde gelişen çürük nedeni ile kliniğe yönlendirilen hastanın ağız içi muayenesi sağ ve sol üst lateral dişlerde derin palatinal pitlerin olduğu gözlenmiştir (Resim 1a). Yapılan radyografik değerlendirmede ise, üst lateral dişlerde Oehler sınıflamasına göre Tip I Dens İnvaginatus olgusunun mevcut olduğu tespit edilmiştir. (Resim 1b ve 1c) İnce uçlu elmas frezle sağ üst lateral dişin pitindeki başlangıç çürük lezyonu temizlenmiş ve sol üst lateral dişte ise iyi bir rezin penetrasyonu sağlayabilmek amacıyla minimal düzeyde mine düzeltmeleri yapılmıştır. İnvaginasyon alanları total-etch bağlayıcı sistem yardımıyla akışkan kompozit kullanılarak örtülenmiştir. Restorasyonlar polisaj lastikleri ve pastası ile cilalanarak tamamlanmıştır. (Resim 1d) [8, 6 125]



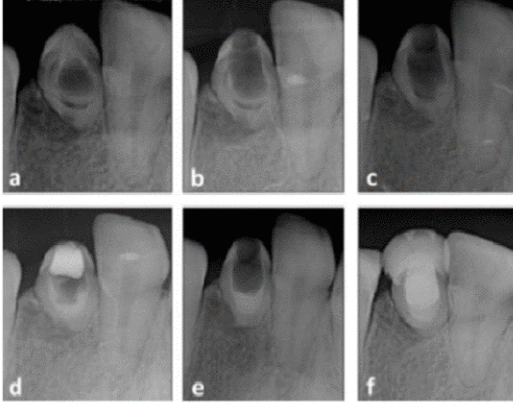
Resim 1. Birinci olgunun tedavi öncesi(a) ve sonrası(d) görünüşleri ve radyografileri(b, c)

Olgu 2

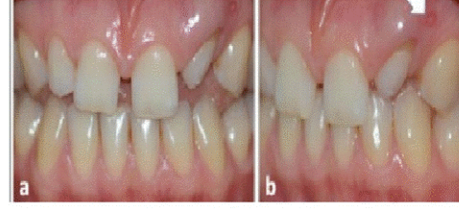
Oehler Sınıflamasına Göre Tip II Dens İnvaginatuslu Vaka

25 yaşında bayan hasta, üst çene ön bölgedeki diastemaları (iki diş arasındaki açıklık) ve şekil bozukluğu olan üst sol lateral dişinden kaynaklanan estetik problemlerinden dolayı kliniğe başvurmuştur. Yapılan ağız içi muayenede; üst çene ön bölgede çoklu diastema varlığı, sol üst lateral dişte şekil bozukluğu ve yapışık diş eti seviyesinde fistül ağzı olduğu gözlenmiştir (Resim 2). Hastanın herhangi bir ağrı şikayeti bulunmazken, lateral dişe yapılan perküsyon ve palpasyon testlerinde yanıt pozitifdir. Radyografik değerlendirmede ise, ilgili dişte periapikal lezyonun eşlik ettiği ve Oehler sınıflamasına göre Tip II Dens İnvaginatus tespit edilmiştir (Resim 3a). Hasta tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmiştir. Lateral dişin kanal tedavisi yapılarak diastemaların minimal invaziv girişim ve direkt kompozit restorasyonlar ile kapatılmasına karar verilmiştir. Konik şekilli lateral dişin insizalinden elmas rond frezle giriş kavitesi açılarak radyografide tespit edilen silindirik invaginasyon boşluğu açığa çıkartılmıştır (Resim 3b). İnvaginasyonun sonlandığı noktada mine köprüsü tamamen kaldırılmıştır. Pulpal duvarlardaki enfekte doku frezle yavaş turda kaldırılarak geniş bir pulpa boşluğu elde edilmiştir (Resim 3c). Pulpal boşluk toplam 5'er ml %5,25 sodyum hipoklorit ve distile su ile yıkanarak kalsiyum hidroksit içerikli pat ile doldurulup geçici olarak kapatılmıştır (Resim 3d). 15 günlük kontrol sonrasında, perküsyon ve palpasyon hassasiyetinin kaybolduğu ve yumuşak dokudaki fistül ağzının ise kapandığı gözlenmiştir.

Geçici kanal patının uzaklaştırılmasından sonra pulpal boşluk sırasıyla 2,5'er ml EDTA, sodyum hipoklorit, distile su ile yıkanmış ve kurutulmuştur. Diş apeksinin ve pulpal boşluğun anormal genişliğinden dolayı apekte kalsiyum silikat içerikli siman ile tıkaç oluşturularak boşluğun üçte birine kadar doldurulmuştur (Resim 3e). Pulpal boşluğun kalan kısmı ise incelen yan duvarları desteklemek amacıyla kompozit rezin ile daimi olarak doldurulmuştur (Resim 3f). Dişin konik formu ve diastemalar, üç aşamalı total-etch bağlayıcı sistem kullanılarak nanofil içerikli kompozit rezin ile restore edilmiştir. Restorasyonlar sarı kuşaklı elmas bitirme frezleri, polisaj diskleri ve pastası kullanılarak bitirilmiştir. Renk uyumu ve gingival alanların tekrar değerlendirilmesi amacıyla hastaya dört gün sonrasında randevu verilmiş ve 6 ay sonra yapılan kontrolde de restorasyonların başarılı olduğu ve hasta açısından sonuçların memnuniyet verici olduğu izlenmiştir (Resim 4). [8, 6 125-126]



Resim 3. İkinci olgunun sol üst lateral dişindeki kanal tedavisi aşamalarının radyografileri. a) Teşhis radyografisi b) Giriş kavitesi ve invajinasyonun açığa çıkarılması c) Mine köprüsünün kaldırılması ve pulpa odasının boşaltılması d) Kalsiyum hidroksit pat ile geçici olarak kapatılması e) Kalsiyum silikat içerikli siman ile kanal apikal üçlüsünün doldurulması f) Kanal orta ve koronal üçlüsünün kompozit rezin ile dolumu ve restorasyon bitimi



Resim 2. a) İkinci olgunun tedavi öncesi ağız içi görünümü b) Sol üst lateral dişin yapışık dişeti seviyesinde fistül oluşumu



Resim 4. İkinci olgunun altı aylık kontrolü

Olgu 3

Oehler Sınıflamasına Göre Tip III Dens İnvaginatuslu Vaka

14 yaşında kız çocuğu, sol üst dişetindeki şişlik şikâyeti ile fakülteye başvurmuştur. Hasta diş etinde 1 hafta önce küçük bir şişlik oluştuğunu ancak herhangi bir ağrı şikâyeti olmadığını belirtmiştir. Hastadan alınan tıbbi anamnezde herhangi bir şikâyeti olmadığı öğrenilmiştir. Yapılan intraoral muayenede sol üst lateral dişinin apikaline yakın bölgesinde yaklaşık 1.5 cm çapında, üzeri hiperemik mukoza ile örtülü, hareketli, palpasyonda ağrısız bir kitle tespit edilmiştir. Hastadan ortopantomogram (Resim 2a) ve ilgili dişten periapikal radyogram alınmıştır (Resim 2b). Yapılan radyografik muayenede sol üst lateral dişin kökünde mine-sement sınırından itibaren 1/3 apikal bölgeye doğru uzanan invaginasyon izlenmiştir. Bu dişin apikal forameninin dişin distal yüzü üzerinde olduğu görülmüştür. Kökün apikalinde yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, lezyon izlenmiştir. Ayrıca lateral diş ve kanin dişin köklerinin birbirinden uzaklaştığı, kronlarının ise birbirine yaklaştığı saptanmıştır. Hastanın dişi çekildikten sonra uzun eksenli boyunca elmas separe ile 2'ye kesilmiş ve fotoğrafı çekilerek incelenmiştir. Fotoğrafta, mine-sement sınırının hemen altından başlayıp, 1/3 apikal bölgeye doğru ilerleyen invaginasyon kavitesi izlenmiştir. Pulpanın da invaginasyon bölgesinde genişleyerek devam ettiği görülmüştür. Apikal bölgede yuvarlak bir boşluk tespit edilmiştir (Resim 2c). Tüm bu veriler sonucunda bu olgu Oehler Tip III invaginasyon olarak sınıflandırılmıştır.



Resim 2b. İkinci hastadan alınan periapikal radyogramda apikal 1/3'e dar uzanan invaginasyonla birlikte, dişin kökü çevresindeki iyi sınırlı uniloküler RL lezyonun diş köklerini birbirinden ayırıp, kronları birbirine yaklaştırdığı izlenmektedir.



Resim 2c. İkinci hastanın diş kesitinin fotoğrafında invaginasyonun mine-sement sınırından başlayıp kökün 1/3 apikaline doğru ilerlediği, yine apikal foramen bölgesinde yuvarlak bir boşluk olduğu izlenmektedir.

Olgu 4

Oehler Sınıflamasına Göre Tip I Dens İnvaginatuslu Vaka

61 yaşındaki bay hasta ortodontik bozukluktan kaynaklanan estetik problemleri ile Türkistan «АЛТЫН Тіс» kliniğine başvurmuştur. Sağ üst lateral dişinin palatinal yüzeyinde gelişen şekil anomalisi ile kliniğe gelen hastanın ağız içi muayenesi sağ üst lateral dişinin palatinal yüzeyinde dens invaginatusa sahip bir diş olduğu gözlenmiştir (Resim 5)

Yapılan radyografik değerlendirmede ise, üst lateral dişlerde Oehler sınıflamasına göre Tip I Dens İnvaginatus olgusunun mevcut olduğu tespit edilmiştir. (Resim 5b)



Resim 5 sağ üst lateral dişinin palatinal yüzeyi

Resim 5b üst lateral diş radyografisi

Genel olarak Dental Anomaliler; Dişlerin dış görünümünde veya iç yapılarında normalden farklı birtakım sapmalara verilen addır. Özellikle bunlar estetik ve fonksiyonel açıdan sorun teşkil eder.

O nedenle dişhekimini, diş anomalilerini tam olarak belirlemek için yeterli bilgi düzeyine sahip olmalıdır.

Diş anomalileri klasik anlamda şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Boyut anomalileri
- Şekil anomalileri
- Sayı anomalileri
- Yapı ve doku anomalileri
- Renk
- Sürme vb.

*Bunların içerisindeki şekil anomalileri internal anatomilerindeki farklılıklarından dolayı endodontal sorunlara yol açmaktadır [9,6 2-22].

****Diş Boyut Anomalileri:***

a). Makrodonti: Dişlerin normal boyutlarından daha büyük olması durumudur.

b). Mikrodonti: Dişlerin normalden daha küçük olması durumudur.

****Şekil Anomalileri:***

a). Dens invaginatus: Dişlerin formasyon döneminde kalsifikasyon tamamlanmadan önce mine ve dentinin dişin kesici/okluzal yüzeyinden pulpa odasına doğru ilerlemesi (invaginasyon) sonucu oluşur.

b). Dens evaginatus: Özellikle mandibular IV. V. küçük azı dişlerin okluzal yüzeylerinin merkezinde, koni şeklinde bir tüberkül bulunması ile karakterizedir. Genellikle bilateral olarak görülür.

c). Talon Tüberkülü: Üst lateral, santral ve kanin dişlerin mine-sement birleşiminde görülen şekil anomalisidir. Genellikle kartal pençesi şeklindedir.

d). Füzyon (kaynaşma) (sinodonti): Gelişmekte olan iki veya üç diş germinin embriyonik birleşimi ile tek bir diş oluşumudur.

e). Geminasyon (ikiz oluşum): Tek bir diş germinin invaginasyonu sonucu, tek bir kök üzerinde kısmen veya tamamen ikiye ayrılmış büyük kronlu bir diş oluşumudur.

**Sayı Anomalileri:*

a). Anadonti: Tüm dişlerin eksik olması halidir. Bu anomali daha çok Down sendromunda görülür.

b). Hipodonti: Bir veya birkaç dişin kongenital (doğuştan) eksikliğidir.

c). Oligodonti: Toplu sayıda diş eksikliği durumudur [9,6 23-43].

Sonuç olarak, Dens invaginatuslu dişler, çürük veya geçirilmiş travma hikayesi olmadan pulpitis ve pulpa nekrozu, buna bağlı olarak da periapikal veya periodontal apselerin görülme sıklıklarının fazla olması nedeniyle klinik olarak çok önemlidirler [8,6 127]. Travma hikayesi, çürük gelişimi ya da eski bir restorasyon bulunmaksızın pulpal ve periapikal patoloji görüldüğünde hekimlerin dişte Dens invaginatus olabileceğini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. O nedenle böyle bir dişle karşılaşan bir hekimin titiz davranması ve ilgili dişin radyografik incelemesini yaparak, periapikal ve lateral kök bölgesinde herhangi bir radyografik bulgu yoksa dişin vitalite kontrolü sonucunda tedavi seçeneğine karar vermesi gerekir. Dens invaginatuslu dişlerin teşhis ve tanısında radyografik değerlendirmenin önemli bir araç olduğunu unutmamak gerekir [3,6 87].

Kaynaklar

- 1- Н.Н. Триголос И.В.Старикова Н.Ф.Алешина Сборник, статей Международной научно практической конференции 5 декабря 2017 г. “Инструменты и механизмы современного инновационного Развития- диагностика, клиника, лечение инвагинации зубов” Часть 5 Пермь НИЦ АЭТЕРНА 2017 s.165-170
- 2- Bader Munir, Sobia Masood Tirmazi, Hanna Abdulmajeed, Aamir Mehmood Khan, Naveed Iqbalbangash, “Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment considerations” Pakistan Oral & Dental Journal Vol 31, No. 1 (June 2011) ss.191-198
- 3- Dr.Dt. Emin Murat CANGER, Yrd.Doç.Dr. Kaan GÜNDÜZ “Tip III Dens İnvaginatus: İki Olgu Sunumu” Oral Diagnoz ve Radyoloji AD, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, SAMSUN Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2007, 13 ss.83-87
- 4- Mesut Enes ODABAŞ, Haluk BODUR, “Üst orta kesici dişte tip III dens invaginatus'un endodontik tedavisi:olgu raporu” GÜ Diş Hek Fak Derg, 2011, 28 (1): ss.41-45
- 5- Cevat Emre Erik, Ayşe Aydoğmuş Erik, Murat Maden, Derya Yıldırım, M. Fatih Şentürk “Dens İnvajinatus’lu Dişlere Endodontik Yaklaşım: Olgu Serisi” Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, Isparta SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 7 / Sayı 2 / 2016 ss.58-63
- 6- Yrd Doç Dr Adnan TEZEL Doç Dr Recep ORBAK Yrd Doç Dr Varol ÇANAKÇI Dr Barçın ERÖZ “Dens invaginatus (vaka raporu)” Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimiği Fakültesi Dergisi Cilt 3, Sayı 2, 2000 ss.127-129
- 7- N Sisodia, MK Manjunath, “Double Dens In Dente: A rare anomaly” Senior Resident PGIMER and Dr RML Hospital New Delhi, SADJ Dental Journal october 2016, Vol 71 no 9 ss.410-411
- 8- Arş. Gör. Dt. Hüseyin HATIRLI Yrd. Doç. Dr. Bilal YAŞA “Dens invajinatus anomalisinde farklı tedavi yaklaşımları: iki olgu sunumu” Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. J Dent Fac. Atatürk Üni Cilt:26, Sayı:1, Yıl: 2016, Sayfa: 124-128
- 9- Yrd. Doç. Dr. Gizem ÇOLAKOĞLU “Dental Anomaliler” İstanbul Aydın Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.B.D. Öğretim Üyesi Ders Notları s. 79