

Fragiskos D. Fragiskos

Ağız Cerrahisi



Çeviri Editörü: Prof. Dr. Ferda Taşar



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ



Springer

Fragiskos D. Fragiskos (Ed.)

Ağız Cerrahisi

Fragiskos D. Fragiskos (Ed.)

Ağız Cerrahisi

1307 oęunluęu renkli olan şekil, Fotoğraf ve 11 Tablo

Çeviri Editörü
Prof. Dr. Ferda Taşar



GüNEş TIP KİTABEVLERİ

Ağız Cerrahisi

Türkçe Telif Hakları 2014

ISBN: 978-975-277-525-1

Orjinal Adı: Oral Surgery

Yayınevi: Springer

Yazar: Fragiskos D. Fragiskos, DDS, PhD

Orjinal ISBN: 978-3-540-25184-2

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Ferda Taşar

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı: Ali Aktaş

Dizgi-Düzenleme: Mehmet Akif Atasever

Kapak Uyarlama: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

ORAL SURGERY

Fragiskos D. Fragiskos (Ed)

Originally published in Greek by Professor Fragiskos

Translated by Helena Tsitsogianis, DDS, MS

Clinical Instructor, Oral and Maxillofacial Surgery,

School of Dentistry, University of Athens, Greece

ISBN-10 3-540-25184-7 Springer Berlin Heidelberg New York

ISBN-13 978-3-540-25184-2 Springer Berlin Heidelberg New York

Library of Congress Control Number: 2006939050

Springer is a part of Springer Science+Business Media

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007

Bu kitapda adı geçen ürün adları, patentler ve şemalar gerçekte tescilli markalar ya da özel adlar olmasına rağmen metin içinde her zaman spesifik referans olarak verilmemiştir. Bu nedenle, isim hakkı belirtilmeden geçen herhangi bir terimin yayıncı tarafından o şekilde yorumlandığı düşünülmemelidir. Bu kitabın her bölümü kanunen telif koruması altındadır. Yayıncının izni olmadan yapılan telif hakkı sınırları dışındaki herhangi bir kullanım, işletme veya ticari bir işlem konun dışı olup yasal soruşturma gerektirir. Fotostat reproduksiyon, kopyalama, mineografi veya herhangi bir çoğaltma işlemi ya da tercüme, mikrofilm yapılması ve elektronik data haline getirilmesi de bu kapsam içindedir.

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No:3

06410 Sıhhiye/ Ankara

Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92

Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak

No: 7/2 Esentepe/İstanbul

Tel: (0212) 356 87 43

Faks: (0212) 356 87 44

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizler Cad.

No: 19/C Kartal/İstanbul

Tel&Faks: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

Giriş

Bir akademisyenin kitap yazmasının, öğrencilerine olduğu kadar sürekli eğitim arayışında olan meslektaşlarına karşı da bir yükümlülük olduğuna içten inanmaktayım.

Bu yükümlülük akılda tutularak bu kitabın yazımında oral ve maksillofasiyal cerrahi alanda ki gelişmeler ve teknolojiye yeni etkileyici kazanımlar belirtilmiş, otörlerin ve yazarların yıllara yansıyan deneyimleri kadar oral cerrahi ile ilgili çağdaş enternasyonel bibliyografi de kaçınılmaz olarak göz önüne alınmıştır.

Bu kitabın amacı diş hekimliği öğrencisine ve pratisyen hekime muayenehanede uygulanabilecek cerrahi işlemleri içeren atlas formunda pratik bir rehber vermektir.

Bu kitabın pratik formatta olması bizi geniş teori ve tekniklerin kapsamlı tanımı yönünden sınırlandırmaz. Bunun yerine, bu tip bir kitapta bir resmin kelimelerden çok daha önemli olduğunu düşünerek her bir cerrahi tekniğin çok sayıda şekil içermesi ve adım adım kapsamlı analizi tercih edilmiştir.

Bilgi 16 bölüme ayrılarak medikal öykü; ağız cerrahisinde radyografik muayene; cerrahi prensipler; ekipman, aletler ve materyaller; basit diş çekimi; cerrahi diş çekimi; gömülü dişlerin cerrahi çekimi; operasyon sırası ve sonrası komplikasyonlar; odontojenik enfeksiyonlar; preprostetik cerrahi; biyopsi ve histopatolojik inceleme; radiküler kistlerin cerrahi tedavisi; apisektomi; tükürük bezi lezyonlarının cerrahi tedavisi; osseointegre implantlar; diş hekimliğinde antibiyotiklerin profilaktik ve tedavi amaçlı kullanımı başlıkları altında verilmektedir.

Seçkin meslektaşlar belirli bölümlerin yazılmasında uzmanlık alanlarına dayalı olarak katkıda bulunmuşlardır. Aşağıda onlara değerli katkıları nedeniyle özellikle teşekkür etmek istemekteyim:

- Dr. H. Giamarellou, Profesör İç Hastalıkları ve Enfeksiyöz Hastalıklar, Tıp Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, Böl. 16 “Diş Hekimliğinde Antibiyotiklerin Profilaktik ve Terapötik Kullanım”na ortak yazar olarak katkısı için

- Dr. C. Alexandridis, Profesör ve Başkan, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, Diş Hekimliği Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, Böl. 12 “Radiküler Kistlerin Cerrahi Tedavisi”ne yazar olarak ve Böl. 15 “Osseointegre İmplantlar”a ortak yazar olarak katkısı için
- Dr. E. Stefanou, Doçent, Oral Diagnoz ve Radyoloji Departmanı Diş Hekimliği Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, Böl. 2 “Ağız Cerrahisinde Radyografik Muayene”yi yazdığı için
- Dr. E. Pefanis, Konsültan, İç Hastalıkları ve Enfeksiyöz Hastalıklar, Tıp Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, Böl. 16 “Diş Hekimliğinde Antibiyotiklerin Profilaktik ve Terapötik Kullanım”na ortak yazar olarak katkısı için

Aynı zamanda Doçent Dr. P. Anastasiadas, Doçent Dr. E. Eleftheriadis ve Doçent Dr. G. Masoulas ve Yard. Doçent Dr. I. Zographos ve klinik eğitmen N. Merenditis, I. Antonopoulou’ya Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, Diş Hekimliği Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan değerli yardımları nedeniyle minnetimi belirtmek isterim.

Yine teşekkürlerimi sunmak istediklerim:

- Dr. P. Paizi Yard. Doçent, Tıp Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, uzmanlık alanı ile ilgili aktardıkları bilgileri ve önerileri nedeniyle
- Dr. G. Laskaris, MD, DDS, PhD, Doçent ve Oral Medicine Departmanı başkanı, Tıp Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, A.Syngros Hastanesi, Atina, Yunanistan ve Misafir Profesör, Londra Üniversitesi UK, bu kitabın İngilizce yayınlanmasında dostluğa dayalı yardımları için
- Dr. A. Omar Abubaker, Profesör ve Başkan, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, VCU Diş Hekimliği Fakültesi ve VCU Tıp Merkezi ve Dr. C. Skouteris, Doçent, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, Diş Hekimliği Okulu Atina Üniversitesi, Yunanistan, İngilizce baskı için ön-söz yazmak arzusunda ve nezaketinde bulundukları için,

Dr. W. Wagner'e, Profesör, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, Başkanı, Mainz Üniversitesi ve özellikle Dr. B. Al-Nawas'a kitabın İngilizce olması ile ilgili yapıcı önerileri ve katkıları nedeniyle minnetarım.

İngilizce baskıda düzeltmeleri için Sarah Price'a samimi teşekkürlerimi sunmak isterim.

Yanı sıra değerli arkadaşım Antonis Haikalis ve Konstantinos Athanasoulis'in kitabın tüm şemalarının çizimlerindeki gayretli çalışmalarına ve Manuela Berki ve Tasia Panagopoulou'nun gerçekleştirdikleri artistik dizgi ve kitabın Yunanca baskısındaki düzeltmelerine teşekkür ederim.

Bu kitabın Yunanca baskısında olduğu kadar enternasyonal baskısı için İngilizce tercümesinde de değerli yardımcıları nedeniyle Helena Tsitgoianis'e

kllinik eğitmen, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, Diş Hekimliği Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, en içten şükranlarımı belirtmek isterim.

Aramızdan ayrılmış olan iki değerli ve seçkin meslektaşına :

- Dr. E. Angelopoulou, Doçent Oral Patoloji Departmanı, Diş Hekimliği Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan, Bölüm 11 "Biopsi ve Histopatolojik İnceleme"nin ortak yazarlığı için ve Dr. G. Perdikaris Konsültan, İç Hastalıkları ve Enfeksiyöz Hastalıklar, Tıp Fakültesi, Atina Üniversitesi, Yunanistan Böl. 16 "Diş Hekimliğinde Antibiyotiklerin Profilaktik ve Terapötik Kullanım"na ortak yazarlığı nedeniyle içten minnet duymaktayım.

Son olarak, tüm uğraşım boyunca sonsuz sabırları ve anlayışları nedeniyle aileme teşekkür etmek isterim.

Dr. F. D. Fragiskos

Önsöz

Son iki on yıl; cerrahi teknikler, araç ve gereçlerle ilgili önemli ilerlemelere tanık olmuştur. Bununla birlikte, bu ilerlemelerin uygulamadaki başarısı ve sonuçları temel cerrahi prensipleri değiştirmemiştir. Oral ve maksillofasiyal cerrahi yüzü ve ağız boşluğunu etkileyen pek çok patolojik, fonksiyonel ve estetik problemlerin çağdaş tedavisinde; düzeltmelerde paydaş ve eksen role sahiptir. Ağızla ilgili cerrahi gerektiren durumların çoğunluğu minör ağız cerrahisi alanına girmektedir. Bu nedenle ağız cerrahisi hem eğitim, hem mesleki düzeyde dişhekimliği pratiğinin tamamlayıcı kısmını oluşturmaktadır.

Yıllardır pek çok ağız cerrahisi kitabına yararlı bilgi için başvurulmuştur. Bu bilgi uygun pratik ile bir araya geldiğinde hem genel dişhekimliği pratis-

yenlerinin, hem de uzmanların başarılarının artmasını sağlamıştır. Diğer değerli kitaplardaki geleneği sürdürmek üzere Dr. Fragiskos mükemmel yazımı ve çok sayıda resimlemeyi içeren bir kitap hazırlamış bulunmaktadır. Geleneksel teknikler ve güncel teknik ilerlemeler dengeli ve özlü bir tarzda sunulmaktadır. Bu düzenleme ile bu kitap minör ağız cerrahisi teknikleri ve ilgili konularda okuyucuya hızlı bir referans ve geniş bilgi kaynağı oluşturmaktadır.

Omar Abubaker, DMD, PhD

Profesör ve Başkan, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, VCU Diş Hekimliği Fakültesi ve VCU Tıp Merkezi, Richmond, Virginia, USA

Önsöz

Minör ağız cerrahisi yöntemleri diş hekimliği pratiğinin major bir kısmını oluşturmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu dental tedavileri sırasında minör ağız cerrahisi yaklaşımlarına (örn. çekimler, implant yerleştirilmesi, vb.) gereksinim göstermektedir. Bu nedenle minör cerrahi ile ilgili hiçbirşey “minör” değildir.

Günümüzde pratisyen diş hekimleri için ağız cerrahisi tekniklerinde beceri kazanma kesinlikle gereklidir. Bu bağlamda becerilerin gelişmesi ve büyümesi için güçlü zemin oluşturan bu kitaplar dental

literatüre değerli katkı sağlamaktadır. Dr. Fragiskos çok iyi yapılandığı, özlü ve mükemmel resimlerle zenginleştirdiği bu kitap için övgüye değer çaba sarfetmiştir. Bu kitap diş hekimliği öğrencisi, pratisyen dişhekimi ve uzman için minör cerrahi girişimler ile ilgili bilgi içermektedir.

Chris A. Skouteris, DMD, PhD

Doçent, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Departmanı, Diş Hekimliği Faktültesi, Atina, Yunanistan

Çeviri Editörü Önsözü

Elinizdeki Ağız Cerrahisi kitabı değerli meslekdaşım Dr. F. D. Fragiskos tarafından diş hekimliği öğrencileri, pratisyen diş hekimleri ve uzmanların yararlanması hedeflenerek hazırlanmış olup, ağız cerrahisi alanına giren temel ve güncel kapsamlı teorik bilgiyi vermesinin yanı sıra, minör cerrahi teknikler ve yaklaşımların tüm aşamalarını gösteren özenle ve dikkatle hazırlanmış olan fotoğraf ve şematik çizimlerle de zenginleştirilmiştir.

Çeviri sırasında bazı isim, kavram ve terimlerin ülkemizdeki kullanım alışkanlığına göre uyarlaması yapılırken, bazılarının da orijinalliğini koruması sağlanmıştır. Her bir cümlemin özgün metne bağlı kalınarak aynen çevrilmesine ve olabildiğince yazım dili bütünlüğüne dikkat edilmiştir.

Bu kitabın Türkçe'ye çevrilmesinde yer alan, her birinin hocası olmaktan gurur ve mutluluk duyduğum değerli bilim adamlarına benimle oldukları ve destek verdikleri için teşekkürlerimi sunarım. Kitabın yayınlanmasında titiz ve özenli çalışmaları nedeniyle Güneş Tıp Kitabevleri çalışanlarına ve özellikle

le Yayın Koordinatörü Nuran Karacan ve Dizgi Düzenleme sorumlusu Mehmet Akif Atasever'e teşekkür ederim.

Uzun yıllar eğitim ve hizmet verdiğim Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden yetişen sevgili öğrencilerim ve değerli diş hekimi meslekdaşlarım ile mesleki bilgi ve birikimin yanı sıra insani değerlerimi de paylaşmaya çalıştım. Bu kitap çevirisi ile hocalığın emeklilik döneminde de sürdürülebildiğini hissetmekten duyduğum mutluluğu belirtir, bu bağlamda yıllar içerisinde bana gerçek sevgi, saygı ve vefayı yaşatan ve yaşatmakta olan tüm değerli meslekdaşlarıma şükranlarımı sunarım.

En içten sevgi ve saygılarımla,

Prof. Dr. Ferda Taşar

Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi

İçindekiler

Bölüm 1: Tıbbi Öykü

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emre Tosun, Dr. Ferda Taşar

1.1	Konjestif Kalp Yetmezliği	1
1.2	Angina Pektoris	1
1.3	Miyokard Enfarktüsü	2
1.4	Romatizmal Kalp Hastalığı	3
1.5	Kalp Üfürümü	3
1.6	Konjenital Kalp Hastalığı	3
1.7	Kardiyak Aritmi	3
1.8	Protetik Kalp Kapağı	4
1.9	Cerrahi ile Düzelmış olan Kalp Hastalığı	4
1.10	Kalp Pili	4
1.11	Hipertansiyon	4
1.12	Ortostatik Hipotansiyon	5
1.13	Serebrovasküler Olay	5
1.14	Anemi ve Diğer Kan Hastalıkları	6
1.15	Lösemi	6
1.16	Kanama Diyatezleri	6
1.17	Antikoagulan Kullanan Hastalar	7
1.18	Hipertiroidizm	8
1.19	Diabetes Mellitus	9
1.20	Renal Hastalık	10
1.20.1	Akut Glomerulonefrit	10
1.20.2	Kronik Glomerulonefrit	10
1.20.3	Kronik Böbrek Yetmezliği	10
1.21	Kortikosteroid Kullanan Hastalar	10
1.22	Cushing Sendromu	11
1.23	Astım	11
1.24	Tüberküloz	11
1.25	İnfeksiyöz Hastalıklar (Hepatit B, C ve AIDS)	12
1.26	Epilepsi	12
1.27	İskelet Sistemi Hastalıkları	13
1.28	Radyoterapi Hastaları	13
1.29	Allerji	13
1.29.1	Allerjik Reaksiyonların Sınıflandırılması	14
1.29.2	Allerjik Reaksiyon Tipleri	14
1.30	Bayılma	15
1.31	Hamilelik	15
	Bibliyografi	16

Bölüm 2: Ağız Cerrahisinde Radyografik Muayene

E. Stefanou

Çeviri: Dr. M. Ali Altay, Dr. Ferda Taşar

2.1	Radyografik Değerlendirme	22
2.2	Magnifikasyon (Büyütme) Tekniği	23
2.3	Farklı Referans Düzlemlerle İki Radyograf	23
2.4	Tüp Kaydırma Tekniği	23
2.5	Çenenin Vertikal Transversal Tomografisi	23
	Bibliyografi	28

Bölüm 3: Cerrahi Prensipleri

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Bahadır Kan

3.1	Aletlerin Sterilizasyonu	31
3.2	Hastanın Hazırlanması	32
3.3	Cerrahin Hazırlanması	32
3.4	Cerrahi İnsizyonlar ve Flepler	33
3.5	Flep Çeşitleri	34
3.5.1	Trapez Flep	34
3.5.2	Üçgen Flep	35
3.5.3	Zarf Flep	35
3.5.4	Semilunar (Yarım ay) Flep	36
3.5.5	Diğer Flep Çeşitleri	36
3.5.6	Pediküllü Flep	36
3.6	Mukoperiosteumun Kaldırılması	38
3.7	Sütürasyon	38
3.7.1	Sütür Teknikleri	39
	Bibliyografi	41

Bölüm 4: Ekipman, Aletler ve Materyaller

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. M. Ali Altay

4.1	Cerrahi Ünite ve Turlu El Aleti	43
4.2	Kemik Frezleri	43
4.3	Bistüri (Sapı ve Ucu)	43
4.4	Periost Elevatörü	45
4.5	Hemostatlar	45
4.6	Cerrahi-Anatomik Pensetler	46
4.7	Kemik Pensi	46
4.8	Kemik Eğesi	46
4.9	Guj ve Çekiç	47
4.10	Portegüler	47

4.11	Makaslar	49
4.12	Havlu Klempleri	50
4.13	Ekartörler	51
4.14	Isırma Blokları ve Ağzı	
	Açacakları	52
4.15	Cerrahi Aspiratör Ucu	53
4.16	İrrigasyon Aletleri	53
4.17	Elektrocerrahi Ünite	54
4.18	Işık Kaynaklı Binoküler Mercekler	54
4.19	Diş Çekim Forsepsleri	55
4.20	Elevatörler	60
4.21	Diğer Elevatör Çeşitleri	62
4.22	Köklerin Uzaklaştırılması için	
	Özel Alet	63
4.23	Periapikal Küretler	63
4.24	Dezmotomlar	63
4.25	Gerekli Alet Setleri	64
4.26	Sütürler	66
4.27	İğneler	67
4.28	Lokal Hemostatik İlaçlar	67
4.29	Cerrahi Yarayı Kapatmak veya	
	Doldurmak için Kullanılan	
	Materyaller	69
4.30	Doku Rejenerasyon Materyalleri	70
	Bibliyografi	71

Bölüm 5: Basit Diş Çekimi

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emre Tosun, Dr. M. Yiğit Saysele

5.1	Hasta Pozisyonu	73
5.1.1	Diş Çekimi	74
5.2	Dişin Yumuşak Dokulardan	
	Ayrılması	74
5.2.1	Yumuşak Doku Bağlarının	
	Ayrılması	74
5.2.2	Yumuşak Dokuların Kaldırılması	75
5.3	Diş Forsepsleri ile Çekim Tekniği	76
5.3.1	Maksiller Santral Kesicilerin	
	Çekimi	77
5.3.2	Maksiller Lateral Kesicilerin	
	Çekimi	77
5.3.3	Maksiller Kaninlerin Çekimi	77
5.3.4	Maksiller Premolarların Çekimi	77
5.3.5	Maksiller Birinci ve İkinci	
	Molarların Çekimi	80
5.3.6	Maksiller Üçüncü Molarların	
	Çekimi	80
5.3.7	Mandibuler Anterior Dişlerin	
	Çekimi	80
5.3.8	Mandibuler Premolar Dişlerin	
	Çekimi	81
5.3.9	Mandibuler Molar Dişlerin	
	Çekimi	82
5.3.10	Mandibuler Üçüncü Molar	
	Dişlerin Çekimi	83
5.3.11	Süt Dişlerinin Çekimi	83

5.4	Kök Ucu Forsepsleri ile Çekim	
	Yöntemi	84
5.5	Elevatör ile Çekim Yöntemi	84
5.5.1	Kök ve Kök Ucu Çekimi	84
5.5.2	Kronu Harap Tek Köklü Dişlerin	
	Çekimi	86
5.5.3	Kronu Harap Çok Köklü Dişlerin	
	Çekimi	88
5.5.4	Kök Uçlarının Çekimi	90
5.6	Diş Boşluğunun Çekim Sonrası	
	Bakımı	92
5.7	Postoperatif Öneriler	92
	Bibliyografi	93

Bölüm 6: Cerrahi Diş Çekimi

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emre Tosun

6.1	Endikasyonlar	95
6.2	Kontrendikasyonlar	99
6.3	Cerrahi Çekimin Aşamaları	99
6.4	Kronu Sağlam Bir Dişin Cerrahi	
	Çekimi	99
6.4.1	Çok Köklü Diş Çekimi	99
6.4.2	Kök Ucunda Hipersementozis	
	Olan Sağlam Bir Dişin Çekimi	99
6.4.3	Kökleri Daimi Diş Kronunu	
	Çevreleyen Süt Molarların Çekimi	102
6.4.4	Ankiloze Diş Çekimi	103
6.5	Köklerin Cerrahi Çekimi	104
6.5.1	Bukkal Kemikten Bir Parça	
	Uzaklaştırarak Kök Çekimi	104
6.5.2	Bukkal Kemikte Pencere Açılarak	
	Kök Çekimi	109
6.5.3	Bukkalden Bir Miktar Kemik	
	Kaldırılarak Kök Yüzeyinde	
	Çentik Oluşturulması	113
6.5.4	Kök ile Kemik Arasında Elevatörün	
	Yerleştirilmesine İzin Verecek	
	Oluk Açılması	113
6.6	Kök Ucu Cerrahi Çekimi	114
6.6.1	Cerrahi Teknik	115
	Bibliyografi	118

Bölüm 7: Gömülü Dişlerin Cerrahi Çekimi

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Ferda Taşar

7.1	Tıbbi Hikaye	121
7.2	Klinik Muayene	121
7.3	Radyografik Muayene	121
7.4	Çekim Endikasyonları	121
7.5	Gömülü Dişlerin Çekimi için	
	Uygun Zamanlama	125
7.6	Cerrahi Girişimin Basamakları	125
7.7	Gömülü Mandibuler Dişlerin	
	Çekimi	126
7.7.1	Gömülü Üçüncü Molar	126

7.7.1.1	Gömülü Mandibuler Üçüncü Molar	128
7.7.1.2	Horizontal Gömülü Üçüncü Molar Çekimi	132
7.7.1.3	Mezioanguler Gömülü Üçüncü Molar Çekimi	135
7.7.1.4	Distoanguler Gömülü Üçüncü Molar Çekimi	140
7.7.1.5	Dişsiz Hastada Gömülü Üçüncü Molar Çekimi	143
7.7.2	Gömülü Premolar	145
7.7.3	Gömülü Kanin	149
7.7.4	Premolar ve Derin Gömüklük	152
7.8	Gömülü Maksiller Dişlerin Çekimi	155
7.8.1	Gömülü Üçüncü Molar	155
7.8.1.1	Gömülü Üçüncü Moların Çekimi	157
7.8.2	Gömülü Kaninler	159
7.8.2.1	Labial Yaklaşım ile Çekim	160
7.8.2.2	Palatal Yaklaşım ile Çekim	164
7.8.3	Palatal Pozisyonda Gömülü Premolar	168
7.8.4	Ektopik Gömülü Kanin	172
7.9	Ortodontik Tedavi için Gömülü Dişin Kronunun Açığa Çıkarılması	174
7.9.1	Palatal Pozisyonda Gömülü Kanin	174
7.9.2	Labial Pozisyonda Gömülü Mandibuler Kanin	176
	Bibliyografi	177

Bölüm 8: Operasyon Sırası ve Sonrası Komplikasyonlar

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Ferda Taşar

8.1	Operasyon Sırası	
	Komplikasyonlar	181
8.1.1	Komşu Dişin Kronunda Kırık veya Komşu Dişin Lüksasyonu	181
8.1.2	Yumuşak Doku Yaralanmaları	181
8.1.3	Alveoler Oluşum Kırığı	183
8.1.4	Tüber Maksilla Kırığı	183
8.1.5	Mandibula Kırığı	184
8.1.6	Doku İçerisinde Alet Kırılması	185
8.1.7	Temporomandibuler Eklem Dislokasyonu	185
8.1.8	Subkütanöz ve Submukozal Amfizem	186
8.1.9	Kanama	186
8.1.10	Diş veya Diş Kökünün Yumuşak Dokuya Yer Değiştirmesi	188
8.1.11	Dişin, Kökün veya Kök Ucunun Maksiller Sinüse Yer Değiştirmesi	189
8.1.12	Oroantral Bağlantı	190
8.1.13	Sinir Yaralanması	191
8.2	Postoperatif Komplikasyonlar	195
8.2.1	Trismus	195
8.2.2	Hematom	195

8.2.3	Ekimoz	196
8.2.4	Ödem	196
8.2.5	Çekim Sonrası Granuloma	197
8.2.6	Çekim Sonrası Ağrılı Boşluk	197
8.2.7	Fibrinolitik Alveolitis (Dry Soket)	199
8.2.8	Yaranın Enfeksiyonu	199
8.2.9	Postoperatif Yara İyileşmesinde Sorunlar	200
	Bibliyografi	200

Bölüm 9: Odontojenik Enfeksiyonlar

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Ferda Taşar

9.1	Orofasiyal Bölgenin Enfeksiyonları	205
9.1.1	Periodontal Abse	206
9.1.2	Akut Dentoalveoler Abse	206
9.1.2.1	Lokal Bulgular	207
9.1.2.2	Sistemik Bulgular	207
9.1.2.3	Komplikasyonlar	207
9.1.2.4	Tanı	207
9.1.2.5	Püyün Dokular İçerisinde Yayılması	207
9.1.3	Enfeksiyon Tedavisinde Temel Kurallar	211
9.1.4	Hücrel Evrede Enfeksiyon Tedavisi	213
9.1.4.1	İntraalveoler Abse	213
9.1.4.2	Subperiosteal Abse	214
9.1.4.3	Submukozal Abse	214
9.1.4.4	Subkütanöz Abse	218
9.1.5	Fasiyal Alan Enfeksiyonları	218
9.1.5.1	Üst Dudak Tabanı Absesi	220
9.1.5.2	Fossa kanina Absesi	220
9.1.5.3	Bukkal Alan Absesi	222
9.1.5.4	Infratemporal Abse	224
9.1.5.5	Temporal Abse	224
9.1.5.6	Mental Abse	225
9.1.5.7	Submental Abse	225
9.1.5.8	Sublingual Abse	227
9.1.5.9	Submandibuler Abse	229
9.1.5.10	Submasseterik Abse	230
9.1.5.11	Pterigomandibuler Abse	231
9.1.5.12	Lateral Farengeal Abse	232
9.1.5.13	Retrofarengeal Abse	232
9.1.5.14	Parotis Absesi	232
9.1.5.15	Sellülit (Flegmon)	234
9.1.5.16	Ludwig Anjini	235
9.1.6	Kronik Dentoalveoler Abse	237
	Bibliyografi	239

Bölüm 10: Preprostatik Cerrahi

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. B. Cem Şener

10.1	Sert Doku Lezyonları ve Düzensizlikleri	243
10.1.1	Alveoloplasti	243
10.1.2	Eksostozlar	253

10.1.2.1	Torus Palatinus	253
10.1.2.2	Torus Mandibularis	256
10.1.2.3	Multipl Eksostozlar	259
10.1.2.4	Lokalize Mandibuler Bukkal Eksostoz	259
10.2	Yumuşak Doku Lezyonları veya Anomalileri	261
10.2.1	Frenektomi	261
10.2.1.1	Maksiller Labial Frenektomi	262
10.2.1.2	Lingual Frenektomi	265
10.2.2	Proteze Bağlı Gelişen Fibröz Hiperplazi	268
10.2.3	Fibröz Hiperplastik Retromolar Tüberosit	272
10.2.4	Damakta Papiller Hiperplazi	275
10.2.5	Gingival Fibromatososis	277
	Bibliyografi	278

Bölüm 11: Biyopsi ve Histopatolojik İnceleme

E. Angelopoulou, F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Bahadır Kan, Dr. Ferda Taşar

11.1	Başarılı Biyopsi Prensipleri	281
11.2	Aletler ve Malzemeler	281
11.3	Eksizyonel Biyopsi	281
11.3.1	Travmatik Fibrom	283
11.3.2	Periferik Dev Hücreli Granüloma	286
11.3.3	Hemanjioma	286
11.3.4	Dişetin Periferik Fibromu	291
11.3.5	Lökoplaki	294
11.4	İnsizyonel Biyopsi	295
11.5	Aspirasyon Biyopsisi	297
11.6	Örneğin Bakımı	298
11.7	Eksfoliyatif Sitoloji	298
11.8	Toluidin Mavi Boyaması	298
	Bibliyografi	298

Bölüm 12: Radiküler Kistlerin Cerrahi Tedavisi

F. D. Alexandridis

Çeviri: Dr. Emin Esen

12.1	Klinik Görünüm	301
12.2	Radyografik Muayene	301
12.3	Kistik Kese İçeriğinin Aspirasyonu	301
12.4	Cerrahi Teknik	301
	Bibliyografi	308

Bölüm 13: Apisektomi

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emin Esen

13.1	Endikasyonlar	309
13.2	Kontrendikasyonlar	309
13.3	Araçlar	309
13.4	Cerrahi Teknik	312
13.5	Komplikasyonlar	322
	Bibliyografi	323

Bölüm 14: Tükürük Bezi Lezyonlarının Cerrahi Tedavisi

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Özgür Başlarlı, Dr. Ferda Taşar

14.1	Submandibuler Bezin Kanalından Sialolit Çıkarılması	327
14.2	Müköz Kistlerin Çıkarılması	330
14.2.1	Mukosel	330
14.2.2	Ranula	334
	Bibliyografi	335

Bölüm 15: Osseointegre İmplantlar

F. D. Fragiskos, C. Alexandridis

Çeviri: Dr. Özgür Başlarlı

15.1	Endikasyonlar	337
15.2	Kontraendikasyonlar	337
15.3	Aletler	337
15.4	Cerrahi İşlem	337
15.5	Komplikasyonlar	346
15.6	Kemik Ogmentasyon İşlemleri	346
	Bibliyografi	346

Bölüm 16: Diş Hekimliğinde Antibiyotiklerin Profilaktik ve Tedavi Amaçlı Kullanımı

G. Perdikaris, A. Pefanis, E. Giamarellou

Çeviri: Dr. Yakup Üstün

16.1	Odontojenik Enfeksiyonların Tedavileri	349
16.1.1	Odontojenik Enfeksiyonların Oral Florası	349
16.1.2	Odontojenik Enfeksiyonların Tedavi Prensipleri	351
16.1.2.1	Penisilinler	351
16.1.2.2	Sefalosporinler	352
16.1.2.3	Makrolidler	352
16.1.2.4	Klindamisin	353
16.1.2.5	Tetrasiklinler	353
16.1.2.6	Nitroimidazoller	353
16.2	Profilaktik Antibiyotik Kullanımı	355
16.2.1	Bakteriyel Endokardit Profilaksisi	355
16.2.2	Yara Enfeksiyonu Profilaksisi (Perioperatif Kemoprofilaksi)	358
16.3	Osteomyelitis	360
16.3.1	Sklerozan Osteomyelit	361
16.3.2	Proliferatif Peristitis	362
16.3.3	Osteoradyonekroz	362
16.4	Aktinomikozis	362
	Bibliyografi	362

İndeks	365
---------------	-----

Katkıda Bulunanlar

F. D. Fragiskos, DDS, PhD

Associate Professor, Oral and Maxillofacial Surgery,
School of Dentistry, University of Athens, Greece

C. Alexandridis, DDS, MS, PhD

Professor and Chairman, Oral and Maxillofacial
Surgery, School of Dentistry, University of Athens,
Greece

E. Angelopoulou, DDS, PhD (deceased)

Associate Professor, Oral Pathology,
School of Dentistry, University of Athens, Greece

H. Giamarellou, MD, PhD

Professor Internal Medicine and Infectious
Diseases, 4th Dept. of Medicine, School of Medicine,
University of Athens, Greece; Attikon General
Hospital, Athens, Greece

A. Pefanis, MD, PhD

Consultant, Internal Medicine and Infectious
Diseases, 3rd Dept. of Medicine, School of Medicine,
University of Athens, Greece; Sotiria General
Hospital, Athens, Greece

G. Perdikaris, MD, PhD (deceased)

Consultant, Internal Medicine and Infectious
Diseases, 3rd Dept. of Medicine, School of Medicine,
University of Athens, Greece

E. Stefanou, DDS, MS, PhD

Associate Professor, Oral Pathology,
School of Dentistry, University of Athens, Greece

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Uzm. Dr. M. Ali ALTAY

Akdeniz Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Özgür BAŞLARLI

Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Emin ESEN

Serbest Hekim

Yard. Doç. Dr. Bahadır KAN

Kocaeli Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Doç. Dr. M. Yiğit SAYSEL

Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. B. Cem ŞENER

Marmara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ferda TAŞAR

Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi

Yard. Doç. Dr. Emre TOSUN

Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Yakup ÜSTÜN

Serbest Hekim

Tıbbi Öykü

1

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emre Tosun, Dr. Ferda Taşar

Tıbbi öykü ve hastanın klinik muayenesi, cerrahi sonrası uygun yara iyileşmesinin yanı sıra başarılı bir sonuç elde edilmesini sağlamak açısından da gereklidir.

Tıbbi öykünün değerlendirilmesi cerrahi işlemi olumsuz etkileyecek ve yaşamsal tehlike yaratacak patolojik durumların varlığını sorgulayan çeşitli sorular ile gerçekleştirilir.

Hekim tarafından hastanın genel sağlık durumu ile ilgili bilgi edinmek için kullanılan, çok çeşitli anket formları vardır. Tablo 1.1’de dental klinikte kullanıma uygun olduğunu düşündüğümüz bir form gösterilmektedir.

Cerrahi sırasında ve sonrasında oluşabilecek potansiyel komplikasyonların önüne geçilmesi için hastanın alta yatan tüm hastalıklarına dikkat edilmesi, hastanın ilgili doktoru ile de görüşerek tüm gerekli önlemler alınmalıdır. Bu bölümde dişhekimliği kliniğinde probleme neden olabilecek tıbbi öykü kapsamındaki hastalıklar ve durumlar anlatılmaktadır. Cerrahi öncesi ve sonrası alınacak önlemler de vurgulanmıştır.

1.1

Konjestif Kalp Yetmezliği

Konjestif kalp yetmezliği, miyokardın vücudun ihtiyacına yetecek kadar kan pompalayamaması ve buna bağlı olarak akciğerler ve/veya dolaşım sisteminin konjesyonu olarak tanımlanır. Diş hekimi, konjestif kalp yetmezliği olan bir hastayı tedavi ederken özellikle dikkatli olmalıdır çünkü dental klinikte uygulanan herhangi bir cerrahi işlem uygunsuz strese ve buna bağlı kardiyak disfonksiyona (kalbin fonksiyonel kabiliyetinin üzerinde iş yükünün artması) neden olabilir ve takiben potansiyel akut pulmoner ödem tablosu ortaya çıkar.

Bu durumdaki hastalarda aşırı dispne, hiperventilasyon, öksürük, hemoptoz (ince, pembemsi, köpüklü mukus), solunum güçlüğü, üfürüme bağlı kar-

diyak astım ve siyanoz gözlenir. Hasta oturur pozisyonu tercih eder, tedirgindir, boğulma hissi vardır ve öleceğini düşünür.

Konjestif kalp yetmezliği olan bir hastada mutlaka uygulanması gereken koruyucu önlemler aşağıdaki şekildedir:

- Hastanın kardiyoloji doktorunun yazılı onayı ve konsultasyon
- Oral premedikasyon, örn. işlemden 1 saat önce 5-10 mg diazepam (Valium) veya 1.5-3 mg bromazepam (Lexotanil)
- Aspirasyona özellikle dikkat edilerek düşük oranda vazokonstriktör içeren lokal anestetik uygulanması
- Kısa ve mümkünse ağrısız randevular

1.2

Angina Pektoris

Miyokardın bir kısmı veya tamamında oksijen sağlanmasında azalma ile sonuçlanan geçici iskemi ile karakterize klinik bir sendromdur.

Angina pektoris epizodu posterior sternumda kısa paroksizmal ağrı şeklinde izlenir. Yorgunluk, aşırı stres veya aşırı yemek epizodu başlatabilir; 2-5 dak. istirahat ve vazodilatör kullanımı ile sona erer. Hasta epizodu göğüs bölgesinde ağrı ve yanma hissi, baskı ve gerginlik şeklinde tanımlayabilir. Ağrı kardiyak bölgede, sol omuz, boyun ve kolda (uyukluk ve karıncalanma hissi), bazen çene altında ve mandibuler dişlerde (genellikle sol tarafta) veya epigastriumda olabilir ve bu diagnozda karışıklığa neden olur.

Terleme, aşırı anksiyete ve ölüm hissi genellikle bu ağrılı semptomlara eşlik eder. Koroner arter hastalığı olan hastalarda dental tedavi sırasında anksiyete ve işlemin neden olduğu strese bağlı olarak angina pektoris görülme olasılığı yüksektir.

Bu hastalarda önerilen koruyucu önlemler:

- Hastanın kardiyoloji doktorunun yazılı onayı

Table 1.1. Tıbbi öykü

İsim _____	
Yaş _____	Cinsiyet _____ Meslek _____
Adres _____ Telefon _____	
Doktorun ismi _____	
Hastanın genel durumu ile ilgili sorular: ☐	
1. Son 5 yıl içerisinde doktora veya hastaneye gitmenizi gerektiren herhangi bir sağlık probleminiz oldu mu? ☐	
2. Son 2 yıl içerisinde herhangi bir neden ile ilaç kullanıyormusunuz? ☐	
3. Herhangi bir maddeye veya ilaca allerjik misiniz? (örn. antibiyotikler, lokal anestetikler, aspirin, vb.) ☐	
4. Son bir ayda antibiyotik kullandınız mı? ☐	
5. Tedavi gerektiren herhangi bir uzayan kanamanız oldu mu? ☐	
6. Tedavi amacıyla baş veya yüz bölgenize radyoterapi aldınız mı? ☐	
7. Aşağıdaki hastalıklar veya durumlarla ilgili herhangi bir probleminiz oldu mu veya var mı? ☐	
☐ Konjestif kalp yetmezliği	☐ Kalp kapağı protezi
☐ Anjina pektoris	☐ Cerrahi ile düzelmiş kalp hastalığı
☐ Myokard enfarktüsü	☐ Kalp pili
☐ Romatizmal ateş	☐ Hipertansiyon
☐ Kalp üfürümü	☐ Ortostatik hipotansiyon
☐ Konjenital kalp hastalığı	☐ Serebrovasküler olay
☐ Kardiyak aritmi	
8. Yukarıdakilerin dışında başka bir sağlık probleminiz oldu mu? _____	
Notlar _____	
Tarih _____ İmza _____	

- Uygun premedikasyon, genellikle işlemden 1 saat önce 5-10 mg diazepam (Valium) veya 1.5-3 mg bromazepam (Lexotanil) yararlı olur
- Angina pektoris hikayesi olan hastalarda dental cerrahi işlemler hastane ortamında gerçekleştirilmelidir
- Aspirasyona özellikle dikkat edilerek düşük miktarda vazokonstriktör içeren lokal anestetik uygulanması
- Kısa süreli ve olabildiğince ağrısız işlemler

1.3

Miyokard Enfarktüsü

Miyokard enfarktüsü, genellikle koroner arterlerin bazı dallarının tamamen tıkanması nedeni ile ortaya çıkan, kalbin belirli bir bölgesindeki iskemik nekrozdur.

Miyokard enfarktüsü posterior sternumda çok şiddetli ağrı ile ani başlar, şiddeti çok hızlı artar ve yanma hissi, basınç ve aşırı gerginlik ile karakterizedir. Ağrı angina pektoris göre daha şiddetlidir ve 15 dakikadan uzun sürebilir, dinlenme veya dilaltı nitrat kullanımı ile geçmez. Ağrı genellikle (angina pektoris gibi) sol omuza ve kolun ulnar yüzüne doğru yayılır. Ayrıca boyun bölgesine, mandibulara, dişlere, sırt bölgesine, epigastriuma ve sağ kola da yayılabilir. Ağrıya mide bulantısı, kusma, terleme ve dispne eşlik edebilir.

Miyokard enfarktüsü hikayesi olan hastaları dental klinikte tedavi etmek her zaman mümkün değildir. Yakın zamanda (6 ay) miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda rutin dental cerrahiden kaçınılmalıdır. Tedavinin zorunlu olduğu durumlarda (akut enfeksiyon, ağrı, vb.) dental işlem hastane ortamında gerçekleştirilmelidir. Altı aydan daha uzun

Ağız Cerrahisinde Radyografik Muayene

2

E. Stefanou

Çeviri: Dr. M. Ali Altay, Dr. Ferda Taşar

Maksillofasiyal bölge, radyografik muayene yönünden olağanüstü zorluklar gösterir. Bu muayene; oral cerrahlar için en önemli ve değerli diyagnostik araçtır, ancak birçok radyografik teknik arasından en uygun olanını seçmelerini gerektirir, böylece elde ettikleri bilgi teşhis ve tedavide kendilerine önemli ölçüde yardımcı olacaktır. Radyograflar, gerçekten diyagnostik amaçlar için gerekli olduğunda ve hastanın hikâyesi ve klinik muayenesi detaylı biçimde değerlendirildikten sonra alınmalıdır.

Geleneksel radyograflar, üç boyutlu anatomik alanları tanımlayan iki boyutlu görüntülerdir. Bu nedenle oral ve maksillofasiyal bölgenin problemlerinin tanımlanmasında radyografların doğru yorumlanması çok önemlidir ve şu şekilde sağlanır:

- Radyografların kalitesi iyi olmalıdır.
- Farklı radyograflar için kullanılan teknik bilinmelidir.
- İlgilenilen bölgenin tümünü içermelidir.
- Bölgenin anatomisi ve farklı anatomik yapıların radyograflarda nasıl izlendiği bilinmelidir
- Bölgede izlenmesi olası farklı patolojik lezyonlar ve radyografik olarak nasıl görüntü verdikleri bilinmelidir.

Bir radyograftan elde edilecek diyagnostik bilgi, radyografin kalitesine bağlıdır. Görüntünün kalitesi ne kadar yüksekse doğru tanı için olasılık o oranda yüksek olacaktır.

Bazı patolojik durumlar radyografin hazırlanmasında rol oynayan teknik bazı faktörlerin artırılmasını veya azaltılmasını gerekli kılabilir. Bu patolojik lezyonu kendisine bağlıdır. Lezyonun kemik yoğunluğunu arttırdığı durumlarda teknik faktörler artırılmalıdır. Buna karşın, lezyon kemik yoğunluğunda azalmaya neden olduğunda teknik faktörler azaltılmalıdır.

Genel olarak, radyografik muayene için ana endikasyonlar şunlardır:

- Patolojik lezyonlarla normal anatomik yapılar arasındaki ilişkinin saptanmasında. Örneğin,

maksiler sinüs, mandibuler kanal, nazal fossa, mental foramen vb.

- Gömülü ve süpernumere dişlerin ve kök kalıntılarının saptanmasında,
- Bir lezyonun radyopenetrasyon düzeyinin değerlendirilmesinde,
- Bir lezyonun, şeklinin, büyüklüğünün ve sınırlarının belirlenmesinde,
- Bir lezyonun gelişiminin değerlendirilmesinde,
- Bir lezyonun kemik korteks ve komşu dişler üzerinde etkilerinin değerlendirilmesinde.

Oral cerrahide kullanılan ana radyografik teknikler şunlardır:

- Periapikal görüntüleme
- Okluzal görüntüleme
- Panoramik radyograf
- Mandibulanın lateral oblik görüntülemesi

Daha az sıklıkla, yüzün ve çenenin diğer ekstraoral görüntülemeleri de duruma bağlı olarak kullanılabilir.

Periapikal görüntülemeler; kemik yapı hakkında detaylı bilgi sunarak maksilla ve mandibulada bulunan dişlerin değerlendirilebilmesinde avantaj sağlarlar.

Okluzal görüntülemeler de periapikal görüntülemelere benzer avantajlara sahiptir ancak daha geniş alanları gösterebilirler. Bu görüntülemeler; periapikal ve panoramik radyograflarla beraber kullanıldığında üçüncü boyutu sağlarlar. Aynı zamanda çene arkının değerlendirilmesinde ve mandibulanın bukkolingual boyutunun en geniş biçimde değerlendirilmesine de olanak tanır.

Panoramik bir radyograf; kemik ve kemiğin mandibuler kanal, maksiler sinüs ve nazal fossa gibi yapılarla ilişkisi hakkında değerli bilgiler sağlar. Aynı zamanda dentoalveoler sistemin genel bir değerlendirmesinin yapılmasını; varolan dişlerin, kemik lezyonlarının ve kalmış köklerin, gömülü dişlerin vb. incelenebilmesini sağlar.

2.1

Radyografik Değerlendirme

Geleneksel radyografların, üç boyutlu objeleri iki boyutlu biçimde görüntüledikleri ve dolayısıyla görüntülerin derinliğinin yansıtılmasında dezavantajlı oldukları için bağdaşık sınırlamaları vardır. Bir radyograftan mümkün olduğunca çok bilgi edinebilmesi için diş hekiminin, bir veya birkaç iki boyutlu görüntülemeye bakarak anatomik bölgelerin üç boyutlu görüntülerini gözünde canlandırabilmesi gereklidir.

Radyografik saptama tekniği temel olarak aşağıdakilerin yerlerinin belirlenmesinde kullanılır:

- Radyopak olmaları halinde yabancı cisimler,
- Kalmış kökler veya çevre dokulara yer değiştirmiş olabilecek diğer diş parçaları,
- Gömülü ve süpernumere dişler,
- Yumuşak doku kalsifikasyonları,
- Çene kırıkları,
- Çenenin bukkal veya lingual duvarlarının ekspansiyonu
- Gömülü diş, kök vb. yapıların çevre anatomik yapılarla (nazal kavite, maksiler sinüs ve inferior alveolar sinir) olan ilişkileri.

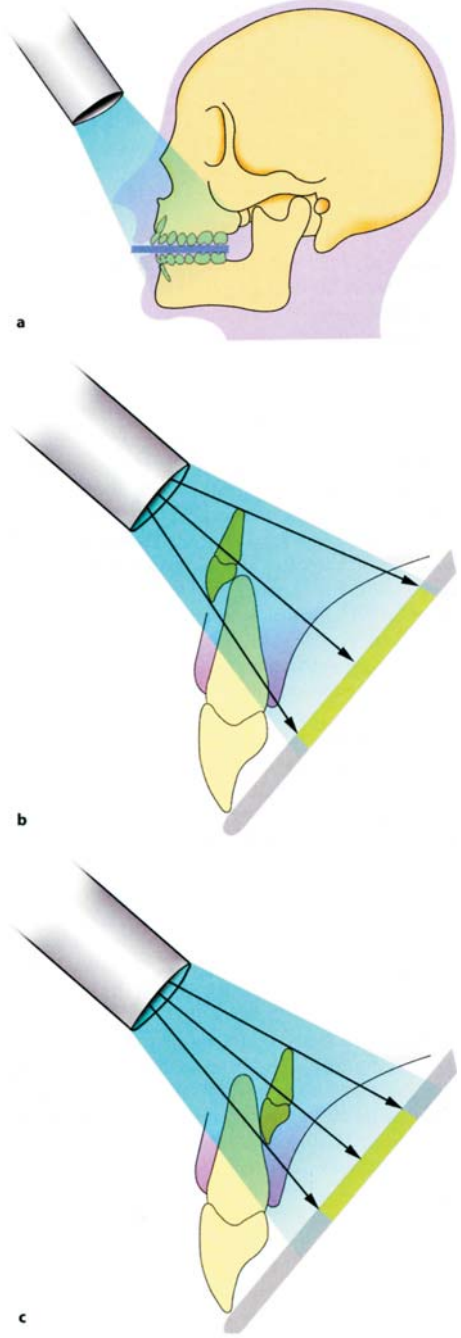
Çoğu kez hastanın klinik muayenesi bir radyografla saptanan gömülü bir dişi açığa çıkaracaktır. Gömülü bir diş alınan bir radyografda şans eseri de fark edilebilir.

Gömülü bir dişin horizontal düzlemde konumunun belirlenmesi; tanıda ve gömülü dişin çekimi veya ortodontik tedaviyle ark hizasında konumlandırılmasına yönelik tedavi planının belirlenmesinde önemlidir.

Lokalizasyonlarının belirlenmesinde en sık sorunla karşılaşılan gömülü dişler, sıklıkla palatal olarak konumlanmış olan maksiller kaninlerdir.

Dişin pozisyonunun belirlenmesinde kullanılan teknikler şunlardır:

- Büyütme (magnifikasyon) tekniği
- Farklı referans düzlemlerle alınan iki radyograf (dik açı veya enine-kesit tekniği)
- Tüp kaydırma veya paralel yöntem
- Çenenin vertikal transvers tomografisi



Şekil 2.1 a-c. a X ışını tüpünün ve filminin radyograf alınırken konumlandırılması. b Bukkalde bulunan ve dentisyondaki dişle kıyaslandığında ve filmde daha uzakta konumlanmış ve daha büyük olarak izlenen gömülü diş. c Palatalde bulunan ve dentisyondaki dişle kıyaslandığında filme daha yakın olarak konumlanmış ve daha küçük olarak izlenen gömülü diş

Cerrahi Prensipleri

3

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Bahadır Kan

Cerrahi işlemleri uygulayan diş hekimleri temel cerrahi prensipler, asepsi ve antisepsi, organizmaya patojen mikroorganizmaların girmesinin önlenmesi ve enfeksiyöz hastalıkların bir hastadan diğerine yayılmasının engellenmesinden sorumludur.

3.1.

Aletlerin Sterilizasyonu

Aletlerin sterilizasyonu için kullanılan ana yöntemler; kuru ısı, nemli hava (otoklav), kimyasal yollar ve etilen oksit ile sterilizasyondur.

Aletlerin sterilizasyonu aletlerin metal tepsi içinde veya kumaş örtülere sarılarak otoklav içine doğrudan konulabilen veya sterilizasyon süresince buhar geçişine izin veren delikleri bulunan özel metal konteynerlar ile gerçekleştirilir (Şekil 3.1). Sterilizasyon sonrası, konteynerin delikleri kapatılır, böylece içindekilerin kullanılabilece kadar steril kalması sağlanır. Sarılmış aletler etilen oksit ile de steril edilebilir (Şekil 3.2). Bu yöntem genellikle ısıya dayanıksız metal veya plastik aletler için kullanılır. Her cerrahi işlem için gerekli olan tam alet setini içeren paketler oldukça pratiktir. Bu paketler içerisindeki steril edilmiş aletler, uzun süre korunabilir ve depolanabilir (Şekil 3.3). Açılmış ve içerisinden bir veya daha fazla alet alınmış paketler en az haftada bir kez steril edilmelidir.

Steril örtünün dental üniten tablasına veya cerrahi tepsiye bütün yüzeyleri kaplayacak şekilde örtülmesinden sonra, cerrahi işlem için kullanılacak olan tüm aletler ve materyaller, düzgün bir şekilde yerleştirilmelidir.



Şekil 3.1. Aletlerin sterilizasyonu için özel metal konteyner. Bu konteyner aynı zamanda sterilizasyonun sürekliliğini sağlar



Şekil 3.2. Etilen oksit sterilizatörü



Şekil 3.3. Gerekli cerrahi aletlere ait tam bir setin bulunduğu sterilize edilmiş paketler



Şekil 3.4. Steril örtülerle hastanın örtülmesi

3.2

Hastanın Hazırlanması

Hastanın dental koltuğa oturtulmasından sonra, yardımcı personel operasyonun yapılacağı alanın dezenfeksiyonunu sağlar. Ağız çevresinde cilt antiseptik solüsyon emdirilmiş gazlı bez ile dezenfekte edilmeli ve ardından oral mukoza dezenfekte edilmelidir. İzleyerek hasta steril örtü ile örtülmelidir. Bunun için yaklaşık 80 x 80 cm boyutlarında üç adet örtüye gerek vardır. İlk steril örtü hastanın uzanacağı koltuğun üst kısmına (sırt ve boyun) yerleştirilir. İkinci örtü üçgen şekilde katlanır ve ilk örtünün üstüne hastanın başını koyacağı bölgeye yerleştirilir. Üçgenin tabanı, hasta koltukta istirahat ederken, ensesine gelecek şekilde aşağıya bakmalıdır. Üçgen örtünün yan kanatları başı kaplar ve örtü klempile burun açık kalacak şekilde sabitlenir. Üçüncü köşe saçlı derinin üstüne doğru ileri kaldırılır ve aynı bölgede klemp ile tuturulur. Üçüncü örtü hastanın boynundan göğsüne doğru yayılır ve üçgen örtünün kenarlarına iki adet örtü klempile burun, ağız ve alt çenenin alt kısmı açıkta kalacak şekilde bağlanır (Şekil 3.4).

3.3

Cerrahin Hazırlanması

Cerrahin hazırlanması tüm cerrahi işlemlerde gereklidir ve ellerin dezenfeksiyonunu ve uygun giyinmeyi içerir. Bu işlemler öncesinde diş hekimi galoş giy-



Şekil 3.5. Kep ile saçların örtülmesi ve cerrahi maske

meli, saçlarını içeren kep ve cerrahi maske takmalıdır (Şekil 3.5).

Dezenfeksiyon işlemi elleri sabun ile yıkamakla başlar. Fırçalama kritik kontamine alanlarla sınırlı tutulmalıdır. Dezenfeksiyon için alkollü solüsyonlar veya alternatif olarak dezenfeksiyon sabunları önerilmektedir. Dezenfeksiyon ajanına bağlı olarak toplam 3-5 dakika önerilmektedir. İlk önce, eller, kollar ve dirsekler, ardından eller ve bilekler, son olarak eller dezenfekte edilmelidir (Şekil 3.6). Bu işlem sırasında dirseklerin yukarıdaki steril olmayan alanlara dokunulmamasına özen gösterilmelidir.

Ekipman, Aletler ve Materyaller

4

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. M. Ali Altay

Bu bölüm diş hekiminin oral cerrahi işlemlerde kullanabileceği ekipman, aletler ve diğer materyaller gibi gerekli araçları tanımlamaktadır.

4.1

Cerrahi Ünite ve Turlu El Aleti

Cerrahi ünite şunları içerir:

- Cerrahi mikromotor. Yeterli düzeyde kesme kapasitesi olan basit bir cihazdır.
- Nitroz-dioksit veya elektrikle çalışan (Şekil 4.1) ve mikromotorlardan çok daha yüksek kesme kapasitesi olan ileri teknoloji ürünü cihazlar.

Cerrahi turlu el aleti yukarıda belirtilen üniteye bağlanan, oral cerrahi gereksinimleri karşılamak üzere üretilmiş, bir çok türü olan bir araçtır. Avantajları şunlardır:

- Yüksek hızda çalışır ve ileri düzeyde kesme kapasitesine sahiptir.
- Cerrahi alana hava vermez.
- Otoklav ile steril edilebilir.



Şekil 4.1. Ayarlanabilir hızlı, elektrikli cerrahi mikromotor



Şekil 4.2. Yüksek hızlı, turlu cerrahi el aleti

- El aletine birçok farklı kesici uç eklenebilir.

4.2

Kemik Frezleri

Kemğin uzaklaştırılması için kullanılan frezler rond ve fissür frezlerdir (Şekil 4.3). Akril frezine benzeyen büyük bir kemik frezi, cerrahi uygulamada fazla miktarda kemik kaldırılmasını gerektirdiğinde (torus) veya yara bölgesindeki kemik sivriliklerinin giderilmesinde kullanılabilir.

4.3

Bistüri (Sapı ve Ucu)

Sap. Oral cerrahide en sık kullanılan bistüri sapı 3 numaralı Bard-Parker türü bistüri sapıdır ve uç kısmına farklı bistüri uçları takılabilir.

Ucu. Bistüri uçları tek kullanımlıktır ve 3 çeşidi vardır (11, 12, 15 numaralar) (Şekil 4.4). En yaygın olanı, dişsiz alveoler sırtlarda insizyonlar ve flepler için kullanılan 15 numaralı uçtur. 12 numaralı bistüri ucu gingival sulkus bölgesinde ve dişlerin posteriorunda yer alan alanlarda özellikle maksiller tuber bölgesinde kullanılır. 11 numaralı bistüri ucu,



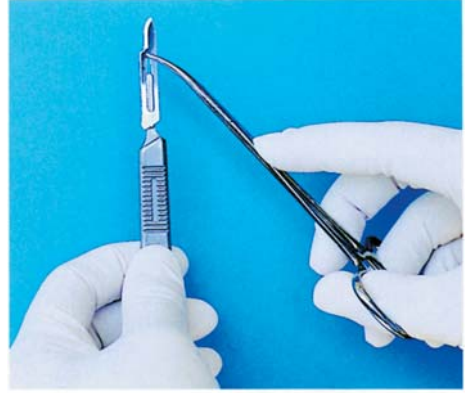
Şekil 4.3. Cerrahi Frez çeşitleri



Şekil 4.4. Bistüri sapı ve oral cerrahide sık kullanılan çeşitli bistüri uçları (11,12,15 numaralar)



Şekil 4.5. Bistüri ucunun bistüri sapına doğru biçimde takılması



Şekil 4.6. Bir klemp yardımı ile bistüri ucunun bistüri sapına kaydırılarak takılması

abse açımı gibi küçük insizyon gerektiren durumlarda kullanılır. Bistüri ucu, bistüri sapına bir portegü veya klemp yardımı ile, eğimli kısmı sapın eğimine paralel olacak ve ucun ortasındaki boşluğa

oturacak şekilde takılır (Şekil'ler 4.5, 4.6). Bistüri kalem tutar gibi tutulur ve kesici kenarı insizyon yapılacak deri veya mukoza yönüne bakmalıdır (Şekil 4.7).

Basit Diş Çekimi

5

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emre Tosun, Dr. M. Yiğit Sıysal

Bu bölümde diş çekimindeki temel prensipler ve teknikler anlatılmaktadır. Bir diş veya kök, kapalı veya açık teknik ile çekilebilir. Kapalı teknik aynı zamanda basit teknik veya forseps tekniği, açık teknik ise cerrahi çekim veya flep tekniği olarak da bilinmektedir (bkz. Bölüm 6).

Basit teknik günlük uygulamada en sık kullanılan yöntemdir. Buna karşın cerrahi teknik, yalnız diş veya kökün basit teknik ile çekilemediği olgularda uygulanır.

Basit diş çekiminin başarısı için temel gereksinimler aşağıda sıralanmaktadır:

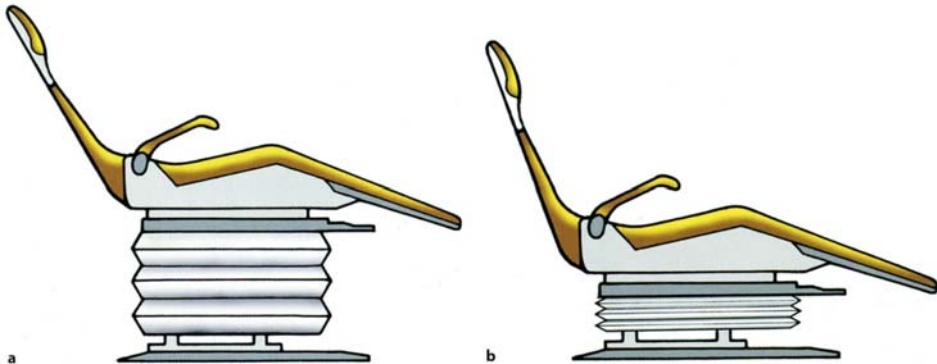
- Hastanın bilgilendirilmesi ve rahatlatılması ile stres ve korku düzeyi en aza indirgenir ve işlem sırasında istenilen hasta uyumu sağlanır.
- Değişken olabilen diş anatomisinin iyi bilinmesi.
- Detaylı klinik ve radyografik muayene, yapılacak işlemin planlanması ve uygun teknik seçimi ile ilgili önemli bilgiler sağlar.

- (1) Ağız boşluğunun çeşitli antiseptik solüsyonlar ile çalkalanması ve (2) dental koltuğun doğru konumlandırılmasını içeren hasta hazırlığı.

5.1

Hasta Pozisyonu

Diş çekimi için gerekli olan çeşitli manüplasyonlar sırasında uygun görüş ve konforun sağlanması için dental koltuk daima doğru konumlandırılmalıdır. Maksiller bir diş çekimi için hastanın ağzı hekimin omuzu hizasında, koltuk ile horizontal düzlem (zemin) arasındaki açı yaklaşık 120° olmalıdır (Şekil 5.1a). Ayrıca, ağız açıkken maksiller dişlerin okluzal yüzeyi ile horizontal düzlem arasında 45°'lik bir açı olmalıdır. Mandibuler çekimler sırasında, koltuk ile horizontal düzlem arasındaki açı 110° olacak şekil-



Şekil 6.1 a,b. Çekim sırasında dental koltuğun pozisyonu. **a** Maksilla: dental koltuk ile horizontal düzlem arasında 120° açı. **b** Mandibula: dental koltuk ile horizontal düzlem arasında 110° açı



Şekil 5.2. Çekim sırasında hekimin pozisyonu. Bu ve diğer tüm figürlerde sağ elini kullanan bir diş hekimi gösterilmektedir. Tüm maksiller dişler ve posterior mandibuler dişler için hekim hastanın sağ, önündedir (sol elini kullanan bir hekim için solunda). Mandibuler anterior dişler (sağ elini kullanan bir hekim için 33-42 numaralı dişler, sol elini kullanan bir hekim için 32-43 numaralı dişler) için hekim hastanın sağ arka veya sağ önündedir (sol elini kullanan bir hekim için solunda)

de, koltuk daha aşağıda konumlanmalıdır (Şekil. 5.1b). Bunlara ek olarak ağız açık iken mandibuler dişlerin okluzal yüzeyi horizontal düzleme paralel olmalıdır. Sağ elini kullanan bir diş hekiminin forseps ile diş çekimi sırasındaki konumu hastanın sağ önü; sol elini kullanan bir diş hekiminin pozisyonu ise hastanın sol önü şeklinde olmalıdır. Mandibuler anterior dişlerin çekiminde sağ elini kullanan bir diş hekimi sağ tarafta hastanın önünde veya arkasında, sol elini kullanan bir diş hekimi sol tarafta hastanın önünde veya arkasında, olmalıdır (Şekil. 5.2).

5.1.1

Diş Çekimi

Diş çekimi iki aşamalıdır. İlk aşamada diş bir desmotom veya elevatör ile çevre yumuşak dokulardan ayrılır; ikinci aşamada diş forseps veya elevatör ile boşluktan çıkarılır.

5.2

Dişin Yumuşak Dokulardan Ayrılması

5.2.1

Yumuşak Doku Bağlarının Ayrılması

Basit teknik ile diş çekiminin ilk aşaması dişi çevreleyen yumuşak doku bağlarının ayrılması veya gev-



Şekil 5.3. Sağ maksiller dişlerde (diş 13-18) yumuşak doku bağlarının ayrılması. Boştaki elin parmaklarının yerleşimi: işaret parmak palatinal, baş parmak bukkale

şetilmesidir. Yumuşak doku bağlarının ayrılması için iki alet gereklidir: düz ve eğimli desmotomlar (Şekil. 4.56). Düz desmotom altı maksiller anterior diş için, eğimli desmotom geri kalan maksiller dişler ve mandibuler dişler için kullanılır.

Desmotom dominant olan elde kalem tutar gibi tutulur, gingival sulkusun tabanına yerleştirilerek periodontal ligamentin ayrılması için kullanılır. Dişin distal yüzeyinden başlayarak mezial yüzeye doğru, ilk olarak bukkal daha sonra palatinal ve lingual yüzeyde sürekli tek bir hareket ile gerçekleştirilir.

Yumuşak doku bağları ayrılırken, diğer yumuşak dokuları (dil, yanaklar, damak) yaralanmadan korumak üzere boştaki elin işaret ve başparmağı bukkal ve palatinal veya işaret ve orta parmak bukkal ve linguale yerleştirilir. Spesifik olarak sağ elli bir diş hekimi için, sağ maksiller kanin ve daha posteriordaki dişlerde (dişler 13-18), işaret parmak palatinal, başparmak bukkale yerleştirilir (Şekil. 5.3), diğer dişler için (anterior dişler ve sol taraftaki dişler, diş 12-28) işaret parmak bukkalde, başparmak palatinalde konumlandırılır (Şekil. 5.4, 5.5). Mandibulada ise parmaklar daha farklı konumlandırılır. Genel olarak kullanılan parmaklar boştaki elin işaret ve orta parmağıdır. Spesifik olarak sol üçüncü molardan sağ lateral kesici dişe kadar (dişler 38-42), işaret parmak bukkale, orta parmak linguale (Şekil 5.6, 5.7), sağ taraftaki diğer dişler için (dişler 43-48), işaret parmak linguale orta parmak bukkale (Şekil. 5.8) yerleştirilir. Sol elini kullanan diş hekimleri, sol maksillada kanin diş ve posteriorda (diş 23-28) işaret parmak palatinal baş parmak bukkale, geri kalan dişlerde (anterior dişler ve

Cerrahi Diş Çekimi

6

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emre Tosun

Cerrahi çekim, flep açılmasını izleyerek diş çevresindeki kemiğin belirli bir kısmının kaldırılması ile gerçekleştirilen çekim yöntemidir. Göreceli olarak kolay bir işlemdir ve cerrahi tekniğin temel prensiplerine bağlı kalındığı sürece diş hekimleri tarafından uygulanabilir.

6.1

Endikasyonlar

Cerrahi çekimin temel endikasyonları:

- Maksilla veya mandibulada anormal kök morfolojisine sahip dişler (Şekil 6.1). Bu tür olgularda, komplikasyon oluşturmada (kök kırığı, alveolar kemik kırığı, vb.) basit diş çekimi yapılamayacağı için, önlem olarak cerrahi çekim uygulanır.
- Kökte ve kök ucunda hipersementoz olan, geniş top şeklinde köke sahip dişler (Şekil 6.2, 6.3).
- Kök ucu dilasasyonu olan dişler (Şekil 6.4).
- Ankiloz kökleri olan veya anomalisi olan dişler, dens in dente (Şekil 6.5).
- Gömülü veya yarı-gömülü dişler (Şekil 6.6). Gömülü veya yarı-gömülü dişin tipi ve lokalizasyonu

nuna göre uygun olan cerrahi teknik ile diş çekimi gerçekleştirilir (bkz. Bölüm 7).

- Komşu diş ile tamamen (Şekil 6.7a,b) veya yalnız apikal bölgede (Şekil 6.8) füzyona uğramış dişler. Bu tip olgularda basit yöntem ile çekim uygulanır ise alveol kırığı oluşabilir veya yapışık olan diş de birlikte çekilebilir.
- Osteolitik bir lezyon içerisinde olan veya üzerine protez yapıldığında problem yaratabilecek olan alveoler kemik içerisindeki kök parçaları (Şekil 6.9).
- Kök uçları maksiller sinüs ile bağlantılı maksiller posterior dişler (Şekil 6.10). Maksiller sinüsün alveoler kemiğe kadar sarktığı durumlarda posterioradaki kemik zayıflar. Bu durum, sağlam bir molar diş çekimi sırasında basit teknik ile çok fazla kuvvet uygulanacağından tüber maksilla kırığı riski artar.
- Basit yöntem ile çekimi mümkün olmayan, dişetin altındaki kökler (Şekil 6.11, 6.12).
- Boşluktan küretaj ile tamamen uzaklaştırılamayacak periapikal lezyonu olan kökler (Şekil 6.13-6.15).

Şekil 6.1 Anormal morfolojili dişler. Çekim için cerrahi teknik endikedir





Şekil 6.2. Kök ucunda hipersementozis olan maksiller premolarları gösteren radyografi



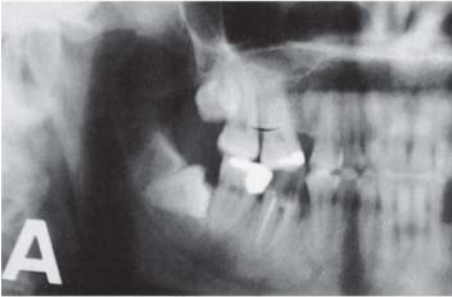
Şekil 6.3. Mandibuler ikinci premolar kökünde hipersementozis



Şekil 6.4. Kök ucu dik açığa yakın olan birinci ve ikinci premolar



Şekil 6.5. Sol maksiller kaninde dens in dente



Şekil 6.6. Yarı gömülü mandibuler üçüncü molar. Çekim için cerrahi teknik endikedir

Gömülü Dişlerin Cerrahi Çekimi

7

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Ferda Taşar

Gömülü ve yarı gömülü dişlerin çıkartılması oral cerrahi işlemleri arasında en sık uygulananıdır. Bu dişlerin çekimi lokalizasyonlarına göre göreceli olarak kolay veya aşırı zor ve zahmetlidir. Cerrahi işlemin zorluk derecesine bakılmaksızın, yapılacak cerrahinin başarısı öncelikle preoperatif değerlendirme ve planlamaya, sonra işlem sırasında görülebilecek komplikasyonların tedavisine veya cerrahi işlem sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonların yönetilmesine dayanır. Bu nedenlerle hastanın tıbbi hikayesi, klinik muayenesi ve gömülü dişi çevreleyen alanın radyografik değerlendirmesinin dikkatle yapılması gerekir.

7.1

Tıbbi Hikaye

Bölüm 1’de belirtildiği üzere kapsamlı tıbbi hikaye gereklidir, bu sayede opere edilecek hastanın genel sağlığı ile ilgili yararlı bilgiye ulaşılır. Bu bilgi hastanın preoperatif hazırlanması kadar postoperatif bakım önerilerine de yön verir.

7.2

Klinik Muayene

Klinik muayene sırasında özellikle gömülü molarlarda dişe yaklaşımdaki zorluk belirlenmelidir. Çoğunlukla nedeni enflamasyon olan trismus geliştiğinde, hasta ağzını açamadığından öncelikle trismus tedavi edilmeli ve üçüncü moların çekimi ileri bir tarihe ertelenmelidir. Belirli gömülü diş olgularında, özellikle kaninlerde palpasyonda veya gözle muayene bile bukkal veya palatalde altta gömülü diş olduğunu gösteren kabarıklık gözlenebilir. Yine, çekim işlemi sırasında çeşitli aletlerle çalışılması nedeniyle komsu dişlerin de sağlamlığından emin olmak

üzere (geniş çürükler, büyük amalgam restorasyonlar, protezler) muayene edilmeli ve değerlendirilmelidir.

7.3

Radyografik Muayene

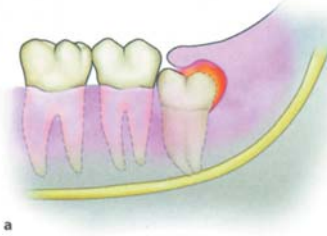
Radyografik muayene gömülü diş cerrahisinin programlanması ve planlanması için gerekli tüm değerlendirmeyi sağlar. Bu inceleme ile gömüklüğün pozisyonu ve tipi, komşu diş ile ilişkisi, gömüklüğün kemikteki derinliği, gömülü dişi çevreleyen kemik yoğunluğu ve mandibuler kanal, mental foramen ve maksiller sinüs gibi çeşitli anatomik yapılarla ilişkisi değerlendirilir. Yukarıda söz edilen bu değerlendirme periapikal ve panoramik radyografların yanı sıra okluzal radyograflarla yapılır (Bkz Böl. 2).

7.4

Çekim Endikasyonları

Uzmanlar gömülü dişlerin çekiminin gerekliliği ile ilgili farklı görüşlere sahiptir.

Bazı kişiler çoğu kez tesadüfen fark edilen gömülü dişlerin var olduğunu saptandığı gibi çekimini önermektedirler. Onlar gömülü dişin ortodontik ve cerrahi yöntemlerin kombinasyonu ile dental arka yer alma olasılığı bulunmadığında mümkün olan en kısa surede çekilmesi gerektiğine inanmaktadır. Buna karşın, diğerleri hastaya aşırı rahatsızlık vermesinin, ciddi lokal komplikasyonlara yol açması riskinin (sinir harabiyeti, dişin maksiller sinüs içerisine yer değiştirmiş olması, maksiller tüberosite kırığı, destek dişin kaybı gibi) dışında gömülü dişlerin çekiminde preventif davranılmasını önermektedirler. Gömülü dişlerin neden olduğu sorunlara bağlı olarak cerrahi girişimin zorluk derece-



Şekil 7.1 a,b. Yarı gömülü mandibuler üçüncü molarlarda perikoronitis **a** Şematik çizim operkulumun altında ve kronun distalindeki inflamasyonu göstermekte **b** Klinik fotoğraf. Antagonist dişin sürekli baskısı nedeniyle operkulumda karakteristik sislik

sine bakmaksızın çekiminin gerekliliğinde herkes görüş birliğindedir. Bu sorunlar aşağıda sıralanmaktadır.

Başın Lokalize veya Yaygın Nevraljileri. Gömülü dişler baş ağrıları ile ilişkili çeşitli semptomlardan veya çeşitli tipte nevrалjilerinden sorumlu olabilirler. Böyle bir durumda, ağrı gömülü dişin temasta olduğu birçok sinir sonlanmasına baskı yapmasından dolayı olabilir. Çoğu kişi şikayete yol açan özellikle ektopik gömülü dişin çekimi ile semptomların yatışabileceği görüşündedir.

Perikoronitis. Yarı gömülü dişi örten yumuşak dokuların ve eşlik eden follikülün akut bir enfeksiyonudur (Şekil 7.1). Bu durum operkulumun (dişi örten yumuşak dokular) antagonist üçüncü molar tarafından yaralanmasından dolayı veya operkulum altındaki gıda birikiminin bakteriyel invazyona ve alanın enfeksiyonuna yol açması sonucudur. Enflamasyon geliştikten sonra, süreklilik gösterir ve zaman zaman akut episodlara neden olur. Etkilenen diş bölgesinden, kulağa, temporomandibuler ekleme ve posterior submandibuler alana yayılan ciddi ağrı vardır. Trismus, yutmada güçlük, submandibuler lenfadenit, operkulumda kızarıklık ve ödem izlenir. Perikoronitisin bir karakteristiği de basınç uygulandığında ciddi ağrı ve püyün açığa çıkmasıdır. Akut perikoronitis sıklıkla enfeksiyonun boyun ve facial alanda çeşitli bölgelere yayılımından sorumludur.

Çürük Gelişmesi. Yarı gömülü bir diş nedeniyle gıda artıklarının birikimi ve kötü ağız hijyeni ikinci moların distalinde olduğu kadar gömülü dişin kronunda da çürüğe yol açabilir (Şekil 7.2,7.3).

İkinci Molarlarda Kemik Desteğin Azalması. Periodontal bir cebin eşlik ettiği yarı gömülü bir dişin çekiminin zamanlamasının iyi yapılması sayesinde ikinci moların distalindeki kemik rezorbsiyonundan ve desteğin azalmasından kaçınılmış olunur (Şekil 7.4).

Parsiyel veya Tam Protez Kullanımının Engelleme. Dişsiz hastalarda gömülü dişler protez kullanımı ile alveoler krette sürerek problemlere yol açabilir (Şekil 7.5). Genellikle dişin lokalizasyonu ağız boşluğu ile iletişimi ve ağrı ve ödem olduğunda fark edilir.

Daimi Dişlerin Normal Sürmesini Engelleme. Gömülü ve süpernumere dişler sıklıkla daimi dişlerin normal erüpsiyonunu engeller, fonksiyonel ve estetik problemler oluşur (Şekil 7.6, 7.7).

Ortodontik Problemler Oluşturması veya Şiddetlendirmesi. Maksilla ve mandibulada özellikle gömülü veya yarı gömülü üçüncü molarlar için arttaki yersizlik en sık çekim endikasyonudur.

Operasyon Sırası ve Sonrası Komplikasyonlar

8

F.D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Ferda Taşar

Dental koltukta hekimin hatası, hastanın kusuru ve diğer nedenler ile sıklıkla istenmeyen durumlarla karşılaşılır.

Operasyon sırası komplikasyonlar cerrahi girişim sırasında oluşurken operasyon sonrası komplikasyonlar postoperatif dönemde gelişir.

Operasyon Sırası Komplikasyonlar. Temelde şunları içerir:

- Komşu dişin kronunda kırık veya komşu dişin lüksasyonu
- Yumuşak doku yaralanmaları
- Alveoler oluşum kırığı
- Tüber maksilla kırığı
- Mandibula kırığı
- Doku içerisinde alet kırılması
- Temporomandibuler eklem dislokasyonu
- Subkütanöz ve submukozal amfizem
- Kanama
- Kök veya kök ucunun yumuşak dokuya yer değiştirmesi
- Gömülü bir dişin, kökün veya kök ucunun maksiller sinüse yer değiştirmesi
- Oroantral bağlantı
- Sinir yaralanması

Operasyon Sonrası Komplikasyonlar. Şunları içerir:

- Trismus
- Hematom
- Ekimoz
- Ödem
- Çekim sonrası granüloma
- Çekim sonrası ağrılı boşluk
- Fibrinolitik alveolitis (Dry boşluk)
- Yaranın enfeksiyonu
- Postoperatif yara iyileşmesinde sorunlar

8.1

Operasyon Sırası Komplikasyonlar

8.1.1

Komşu Dişin Kronunda Kırık veya Komşu Dişin Lüksasyonu

Komşu dişin kronunda geniş çürük veya restorasyon olduğunda çekim sırasında kron kırığı sık görülür. Komşu dişte lüksasyon veya dislokasyon ise, çekim sırasında özellikle komşu dişin destek alınması halinde aşırı kuvvet uygulanmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Aynı komplikasyon önlem alınmadığında süt molar bir dişin çekimi sırasında da ortaya çıkabilir. Böyle bir durumda, forseps süt dişinin kronu ile birlikte daimi premoların kronunu da kavrayabilir ve onu da lükse edebilir.

Komşu diş kazara lükse edildiğinde veya kısmen avülse olduğunda yaklaşık 40-60 gün stabilize edilmelidir. Bu sürenin sonunda dişte perküsyon ile hâlâ ağrı varsa, mutlaka endodontik tedavi yapılmalıdır. Eğer diş tamamen disloke olmuş ise, yeniden konumlandırılmalı ve en az 3-4 hafta stabilize edilmelidir.

8.1.2

Yumuşak Doku Yaralanmaları

Yumuşak doku yaralanmaları sık karşılaşılan bir komplikasyon olup, çoğunlukla diş çekimi sırasında aletlerin deneyimsiz veya dikkatsiz kullanımı (örn. elevatörün kaydırılması) nedeni ile oluşur. En sık yaralanan alanlar yanaklar, ağız tabanı, sert damak ve retromolar alandır (Şekil 8.1,8.2). Posterior maksiller ve mandibuler dişlerin çekiminin uzaması ve aşırı çekme kuvveti ve basınç uygulanması halinde ve özellikle hastada ağız açıklığının az olduğu durumlarda ağız köşesinde ve dudaklarda yaralanma oluşabilir (Şekil 8.3).



Şekil 8.1. Sağ mandibuler üçüncü molar dişin çekimi sırasında elevatörün kayması sonucu sert damağın posteriorunda oluşan yaranın dikildikten sonraki görünümü



Şekil 8.2. Çekim sırasında elevatörün kayması sonucu sublingual bölgede oluşan yara



Şekil 8.3. Gömülü üçüncü molar dişin çekimi sırasında ağız köşesinde oluşan yara



Şekil 8.4. Cerrahi mikromotorun aşırı ısınmasına bağlı alt dudakta yanık



Şekil 8.5. Gömülü üçüncü molar dişin cerrahi çekimi sırasında frezin gövdesinin alt dudakla teması sonucu oluşan abrazyon

Ayrıca, eğer aşırı ısınmış olan cerrahi mikromotor dudakla temas ederse alt dudakta yanık oluşabilir (Şekil 8.4). Dönmekte olan frez gövdesinin teması ile bu bölgede doku abrazyonları oluşabilir (Şekil 8.5).

Diğer bir yaralanma, bazen ekartasyon sırasında flebin yırtılması olduğu gibi çekim sırasında diş etinin yırtılmasıdır. İkincisi, dişin çevresindeki yumuşak doku tamamen gevşetilmediğinde veya alveoler oluşumdan bir parçanın dişle birlikte çıkartılması halinde çoğu kez kemiğe yapışık olan diş etinde yırtılma şeklinde oluşur.

Tedavi. Yanak, dil veya dudaklarda oluşan yaralanmalar küçük ve lokalize olduğunda özel bir tedavi gerekli değildir. Belirli olgularda lezyonunun üzeri-

Odontojenik Enfeksiyonlar

9

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Ferda Taşar

Odontojenik enfeksiyonların nasıl tedavi edileceğinin anlaşılması için diş hekimi enfeksiyon ve enflamasyon patofizyolojisi ile ilgili aşağıda belirtilen terminolojiyi bilmelidir.

İnokülasyon patojenik mikropların hastalık ortaya çıkmaksızın vücuda girmesi ile karakterizedir.

Enfeksiyon savunma mekanizmasının tetiklenmesi ile sonuçlanan mikropların proliferasyonu, enflamasyon gösteren bir süreçtir.

Enflamasyon vücudun bir irritana karşı lokalize damar ve bağ dokusu reaksiyonu olup, eksudadan zengin proteinlerin ve hücrelerin zenginleşmesi ile sonuçlanır. Bu reaksiyon koruyucudur ve çeşitli yollarla irritanı sınırlamayı veya yok etmeyi hedeflerken doku onarımı tetiklenir. Süresine ve şiddetine bağlı olarak enflamasyon akut, subakut ve kronik olarak ayırdedilir.

Akut Enflamasyon. Hızlı ilerleme ile karakterizedir ve eşlik eden tipik belirti ve bulgular vardır. Tamamen gerilemediğinde, subakut veya kronik hale geçebilir.

Subakut Enflamasyon. Akut ve kronik enflamasyon arasında geçiş fazı olarak kabul edilir.

Kronik Enflamasyon. Bu süreç uzun bir zaman çerçevesi içerisinde zayıf bulgularla seyreder ve özellikle bağ dokusu gelişimi ile karakterizedir.

Enflamasyona mikropların yanı sıra fiziksel ve kimyasal faktörler, ısı ve radyasyonda neden olabilir.

İrritanın tipi ve lokalizasyon ne olursa olsun enflamasyonda klinik tablo tipiktir ve şu klinik belirti ve bulgularla karakterizedir: rubor (kızarıklık), color (sıcaklık), tumor (şişlik veya ödem), dolor (ağrı) ve functio laesa (fonksiyon kaybı).

Enflamasyonun doğal süreci çeşitli fazlarda görülür. Başlangıçta eksuda ile birlikte görülen vasküler reaksiyonlar (seröz faz) ve izleyerek hücresel fak-

törlerin tetiklenmesi (eksudatif veya hücre faz). Sonuçta enflamasyon çözülür ve harabolan dokuların onarımı gerçekleşir. Diğer yandan, kronik enflamasyon yenilenme ve iyileşme faktörleri ile karakterizedir. Bu nedenle akut enflamasyon eksudatif iken kronik enflamasyon produktif (eksudatif ve reparatif)'tir.

Enflamasyonun bu iki tipinin anlaşılması tedavisi için önemlidir.

Seröz Faz. Bu süreç yaklaşık 36 saat sürer ve lokal enflamatuvar ödem, hiperemi, sıcaklık ile birlikte ısı artışı ve ağrı ile karakterizedir. Bu aşamada proteinleri ve seyrek olarak polimorf nükleer lökositleri içeren eksuda gözlenir.

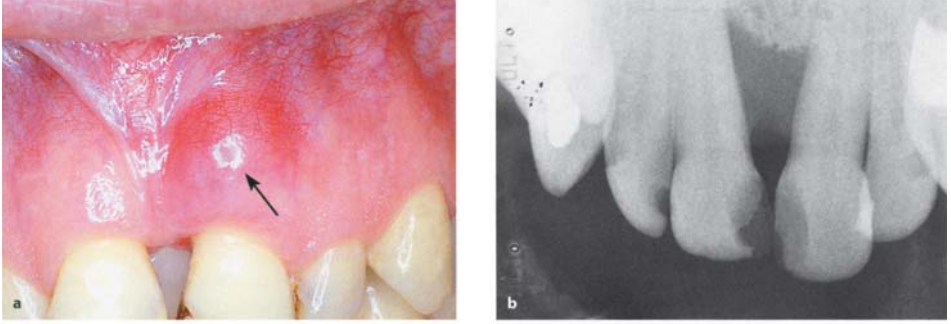
Hücre faz. Seröz fazın ilerlemesidir. Polimorf nükleer lökositlerin, özellikle püy formasyonuna öncülük eden notrofil granülositlerin masif akümüasyonu ile karakterizedir. Eğer püy yeni gelişen bir boşluğun içerisinde oluşur ise abse adını alır. Eğer var olan bir boşluğun, örn. maksiller sinüs içerisinde oluşur ise empiyem adını alır.

Reparatif Faz. Enflamasyon sırasında reparatif fenomen inokülasyon ile birlikte başlar. Enflamasyonun reparatif mekanizması ile akut enflamatuvar reaksiyon ortadan kalkar ve bunu harap olan dokuların onarımı izler. Onarım sonradan fibroz bağ dokusuna dönüşecek ve bölgenin normale dönmesini sağlayacak olan granülasyon dokusunun gelişimi ile sonlanır.

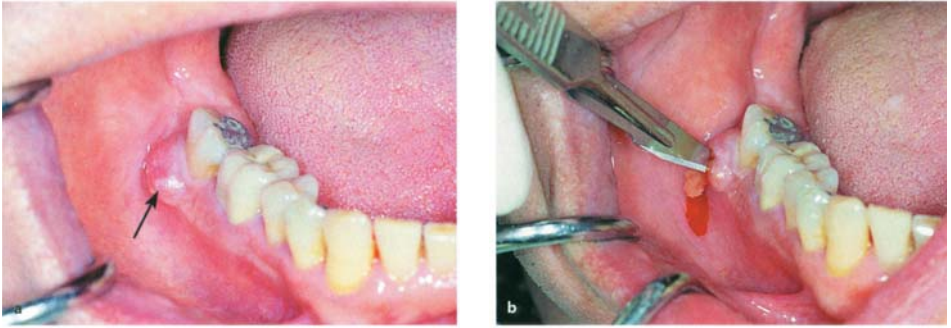
9.1

Orofasiyal Bölgenin Enfeksiyonları

Orofasiyal bölgede görülen enfeksiyonların büyük çoğunluğu (örn., %90-95) odontojenik orijinlidir. Bunların yaklaşık %70'i periapikal enflamasyondur,



Şekil 9.1 a,b. a Maksiller santral kesici kökenli periodontal abse. b aynı olguya ait radyograf periodontal cep oluşumuna öncülük eden kemik rezorbsiyonunu göstermektedir



Şekil 9.2 a,b. Mandibuler ikinci molar bölgesinde periodontal abse. 11 no'lu bisturi ucu ile şişliğin en tepe noktasından yapılan insizyon

öncelikle akut dentoalveoler abse, izleyerek periodontal abse olarak görülür.

Etiyoloji. Orofasiyal enfeksiyonların başlıca nedenleri vital olmayan dişler, perikoronitis (yarı gömülü mandibuler bir diş nedeni ile), diş çekimleri, tedavi edilemeyen periapikal granülomalar ve enfekte kistlerdir. Daha seyrek olan nedenler ise postoperatif travma, fraktüre bağlı sorunlar, tükürük bezi veya lenf nodu lezyonları, lokal anesteziye bağlı enfeksiyondur.

Klinik olarak, dişin hizasında ödem, ağrı dişetinde kızarıklık vardır. Aşağıda belirtilen akut dentoalveoler absde olduğu kadar bulgular ciddi değildir.

Periodontal abse tedavisi genellikle basittir; diş eti sulkusundan bir prob veya bisturi ile tıkanmış olan periodontal cebe girilerek yapılan bir insizyonu gerektirir. İnsizyon dişetinden de uygulanabilir, özellikle en şişkin noktadan ve fluktuasyonun en fazla olduğu yerden yapılır (9.2b).

9.1.1

Periodontal Abse

Var olan bir periodontal cepten gelişen akut veya kronik pürülan bir enflamasyondur (Şekil 9.1,9.2).

9.1.2

Akut Dentoalveoler Abse

Vital olmayan dişlerde özellikle mikropların enfekte kök kanalından periapikal dokulara geçtiğinde görülen perapikal dokuların akut pürülan enflamasyo-

Preprostetik Cerrahi

10

F.D. Fragiskos

Çeviri: Dr. B. Cem Şener

Preprostetik cerrahi; belirli lezyonların ve çenelerdeki sert ve yumuşak doku düzensizliklerinin ortadan kaldırılmasını hedefleyen operasyonları kapsar, bu sayede daimi protetik restorasyon başarı ile uygulanır.

10.1

Sert Doku Lezyonları ve Düzensizlikleri

Sert dokularla birlikte görülen düzensizlikler iki grupta sınıflandırılır:

- Dişlerin çekiminden hemen sonra yapılan alveoloplasti ile düzeltilebilenler (keskin sivri çıkıntılar, kemik kenarları), veya dişsiz alveoler krette tespit edilen ve yeniden şekillendirilen düzensizlikler.
- Torus palatinus, torus mandibularis, multipl eksozostlar gibi konjenital düzensizlikler.

10.1.1

Alveoloplasti

Alveoloplasti ileride yapılacak protetik restorasyonun başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için olduğu kadar iyileşme sürecini de kolaylaştırmayı hedefleyen, alveoler kemiğin yeniden şekillendirilmesi ve düzgün hale getirilmesi için uygulanan cerrahi girişimdir.

Diş çekimlerinden sonra, protetik apareyin uygulanabilmesi için gerekli olan ön koşullar alveoler çıkıntının uygun olarak yeniden şekillendirilmesi ve yara bakımıdır. Bazen, rezidüel kretteki düzensizlikler, andrkatlar veya kemik sivrilikleri parsiyel veya tam protez yapılmadan önce uzaklaştırılmadığı takdirde doku yaranmasına veya stabilite ve retansiyon problemlerine yol açar (Şekil 10.1). Eğer bir veya daha fazla diş çekiminden sonra alveoler oluşumun normalden farklı bir morfoloji göstereceğinden şüphelenilir ise; böyle bir olasılıktan kaçınmak üzere aynı seansta alveoloplasti uygulanmalıdır (Şekil 10.2).

Tek Diş Çekimi Sonrası Alveoloplasti. Antagonisti olmadığı için boşluktan yükselen bir dişin çekiminden sonra genellikle kemik düzensizliği izlenir (Şekil 10.3). Bu durum normal iyileşme sürecinde



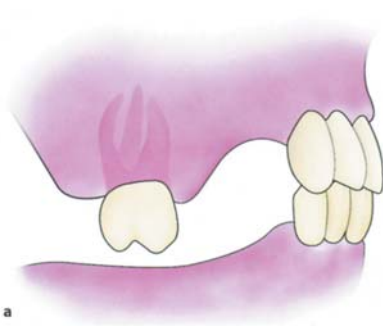
Şekil 10.1. Anterior dişlerin seri çekiminden sonra premaksilladaki alveoler kemiğin protrüzyonu



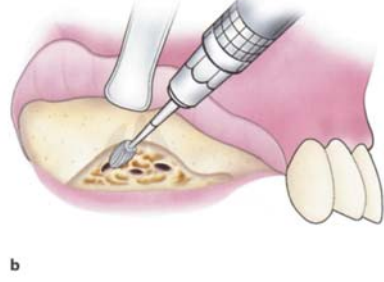
Şekil 10.2. Maksiller dişlerin alveoler kretten aşağıya sarkması ile supraerüpsiyonu. Diş çekiminden sonra alveoloplasti endikasyonu

problemlere ve alveoler kemik düzensizliklerine neden olur ve protetik restoratif apareylerin yerleştirilmesinde zorluk yaratır. Bu gibi olgularda diş çekiminden hemen sonra bölgedeki kemiğin yeniden şekillendirilmesi işlemi yapılmalıdır.

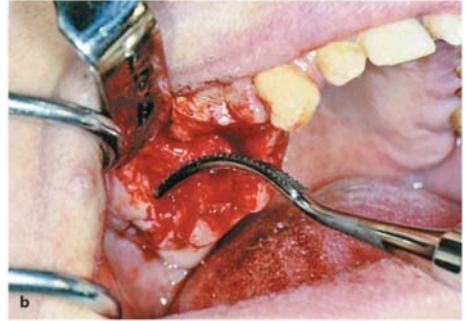
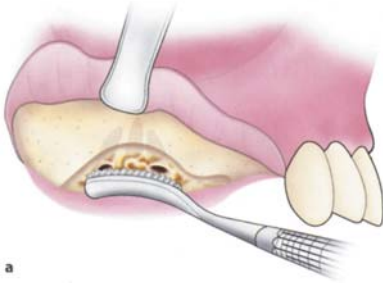
İlgili işlem genellikle aşağıdaki gibidir. Dişin çekiminden sonra, bir flep oluşturulur ve kemik pensisi kullanılarak diş boşluğunun keskinleşmiş olan kenarları klinik yönden uygun arklar arası mesafe



Şekil 10.3 a,b. Maksiller moların supraerüpsyonu. Dişin çekiminden sonra, alveoler kemğin cerrahi olarak yeniden şekillendirilmesi gereklidir. Bu işlemin amacı normal bir arklar arası mesafe oluşturmaktır. **a** Şematik çizim **b** Klinik fotoğraf



Şekil 10.4 a,b. Alveoler kretin (a) kemik pensi ve (b) kemik frezi ile düzeltilmesi



Şekil 10.5 a,b. Kemik yüzeyin kemik eğesi ile düzeltilmesi. **a** Şematik çizim **b** Klinik fotoğraf

oluşturuluncaya kadar düzeltilir (Şekil 10.4a). Ardından, kemik yüzey frez veya eğe (Şekil 10.4b, 10.5) kullanılarak düzeltilir, ve dişetinde oluşan fazlalık

yumuşak doku makası ile şekillendirilir. Bölge bol serum fizyolojik solüsyonu ile yıkanır ve aralıklı di-kişlerle sütüre edilir (Şekil 10.6).

Biyopsi ve Histopatolojik İnceleme

11

E. Angelopoulou, F.D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Bahadır Kan, Dr. Ferda Taşar

Biyopsi, yaşayan bir organizmadan mikroskopik inceleme ve kesin tanı için cerrahi olarak doku örneğinin alınmasıdır.

Biyopsi minör bir cerrahi işlemdir ve patolojik lezyonun tamamının veya bir kısmının alınmasına bağlı olarak eksizyonel veya insizyonel olabilir. Bunlara ek olarak, aspirasyon veya iğne biyopsisinde inceleme için lezyondan iğne ile örnek alınır.

11.1

Başarılı Biyopsi Prensipleri

Biyopsi işleminin başarılı olması için aşağıdakilere özen gösterilmesi gerekir:

- Klinik olarak şüpheli lezyonlardan mümkün olan en kısa sürede biyopsi alınmalıdır.
- Kullanılacak biyopsi yöntemine her olgudaki endikasyona göre karar verilmelidir.
- Lokal anestezinin lezyonun içine doğrudan enjeksiyonundan kaçınılmalıdır, çünkü dokunun bozulmasına yol açabilir.
- Yüksek ısı nedeniyle dokularda koagülasyona ve yıkıma neden olabilecek elektro-cerrahi bıçakların kullanımından kaçınılmalıdır.
- Doku örneği forseps ile sıkıştırılmamalıdır. Kullanılması gerekli olduğunda alınan dokunun sağlıklı kısmından tutulmalıdır.
- Alınan doku örneği tanıtıcı olmalıdır.
- Örnek alınmasından hemen sonra, içerisinde fiksatif bulunan biyopsi kabına koyulmalıdır. Alınan doku örneğinin biyopsi kabına taşınmadan uzun süre dışarıda bekletilmesi kurumasına yol açar, ayrıca düşmesi veya kaybolması riskini yaratır.
- Kullanılan fiksatif solüsyon %10'luk formalin olmalıdır ve su, alkol veya diğer sıvılar dokuyu tahrip eder.
- Transferi sırasında kırılma ve buna bağlı olarak örneğin kaybedilmesi riskini önlemek için laboratuvara gönderilecek kabın plastik olması önerilir.

- Hastanın isminin ve tarihin bulunduğu etiket kabın üzerine yapıştırılmalıdır, kapağının üzerine konulmamalıdır. Böylece laboratuvarıda kapağın açılmasından sonra karışması önlenir.

11.2

Aletler ve Malzemeler

Sert ve yumuşak dokuların cerrahi biyopsilerinin gerçekleştirilmesi için gerekli aletler şunlardır (Şekil 4.59): lokal anestezi enjektörü, bistüri sapı ve bistüri, cerrahi-anatomik forsepsler ve hemostatlar, portegü, eğri makas, aspiratör ucu, periost elevatörü, periapikal küret, kemik eğesi ve pensi. Biyopsi için gerekli malzemeler: lokal anestezi kartuşu ve enjektör iğnesi, sütürler, cerrahi örtü, spanç, örneğin konulması üzere içerisinde %10 formalin bulunan küçük şişe. Aspirasyon biyopsisi için gerekli alet ve malzemeler ise şunlardır: trokar iğnesi veya basit küçük çaplı iğne, plastik tek kullanımlık enjektör, cam lam ve fiksatif malzemeler.

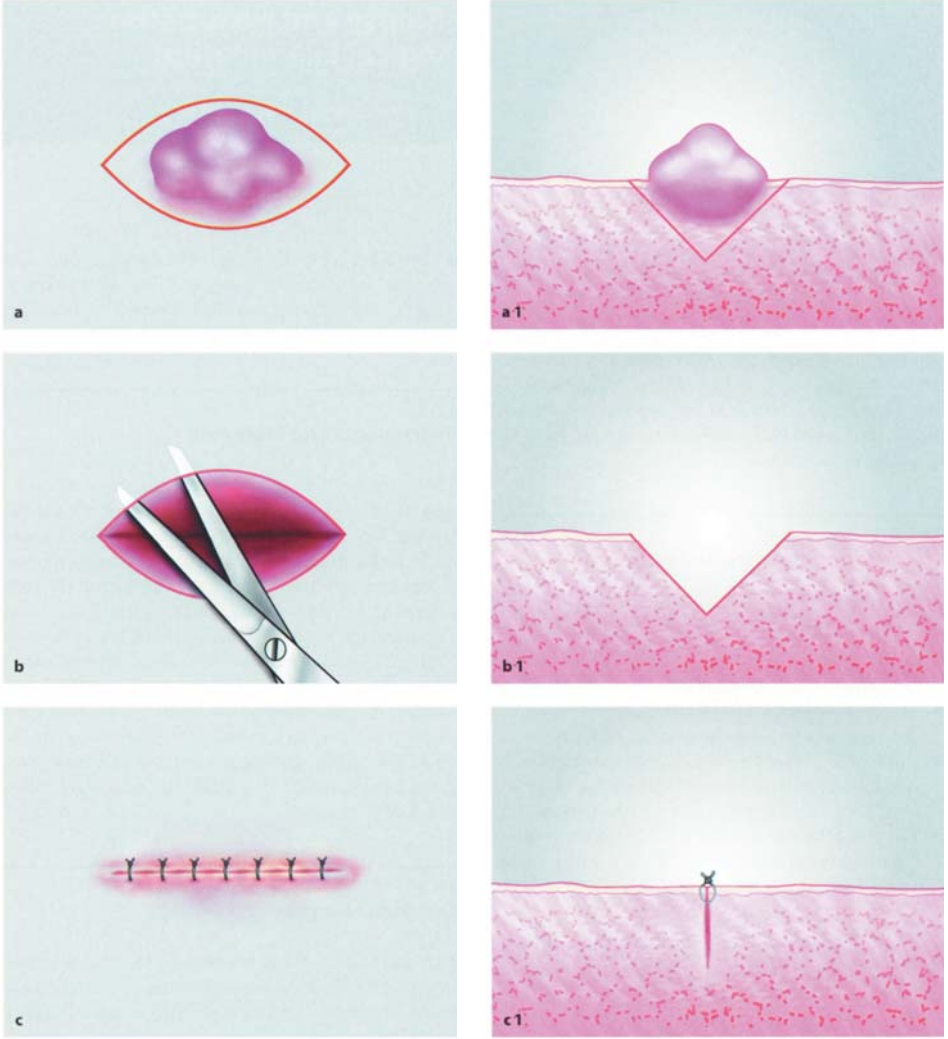
11.3

Eksizyonel Biyopsi

Bu teknik, lezyonu çevreleyen normal dokunun oluşturduğu sınır boyunca lezyonun tamamının uzaklaştırılmasını gerektirir. Eksizyonel biyopsi uygulanması için endikasyonlar şunlardır:

- Boyutları birkaç milimetreden bir veya iki santimetreye değişen küçük lezyonlar.
- Lezyonun benign olduğu özel klinik endikasyonlar.
- Cerrahi işlem dental klinikte gerekli aletlerin bulunması ve operasyonun genel pratisyenin yetki alanında olması halinde uygulanabilir.

Genel olarak, biyopsiyi gerçekleştirmek üzere yapılan işlemden; lezyonun lokal anestezinin doğrudan



Diyagram 11.1 a,c. Eksizyonel biyopsi tekniğinin diyagramatik görünümü. **a** Lezyonun çevresindeki insizyon. **b** Lezyonun çıkarılmasından sonra doku kenarlarındaki mukozanın künt olarak rahatlatılması. **c** Sütür işleminden sonra operasyon alanı. **a₁, b₁, c₁** **a, b, c**'deki aşamaların ara kesit görüntüsü.

doku içerisine olmayacak şekilde, lezyonun çevresine uygulanmasından sonra, lezyonu çevreleyen normal doku üzerinden heriki tarafta dar açı ile birleşen iki eliptik insizyon yapılır. Ardından lezyon çıkarılır, mukoza künt makas kullanılarak rahatlatılır, doku kenarları tekrar bir araya getirilir, sütür atılır ve

primer olarak iyileşme sağlanır (Diyagram 11.1). Eğer lezyon dişeti veya palatinada ise sütür atılması mümkün değildir. Bu gibi durumda cerrahi örtü yerleştirilir ve yara sekonder olarak iyileşir. Lezyonun tabanından forseps veya sütür ile tutulması önerilir. Eğer lezyon tabanından tutulmayıp merke-

Radiküler Kistlerin Cerrahi Tedavisi

12

C. Alexandridis

Çeviri: Dr. Emin Esen

Radiküler (periapikal) kistler sıvı veya yarı katı materyal içeren, epitelle çevrili patolojik boşluklardır.

Çenelerde en çok rastlanılan kistik lezyonlardır ve vital olmayan dişlerin apikal bölgesindeki Malassez epitel artıklarının inflamasyona bağlı uyarılması sonucu oluşurlar.

Radiküler kistlerin tanısı klinik ve radyolojik muayenenin yanı sıra kistik kesenin içeriğinin aspirasyonu ile doğrulanır.

12.1

Klinik Görünüm

Radiküler kistlerin büyük çoğunluğu, özellikle boyutca küçük olanlar asemptomatiktir. Enfeksiyon, ağrı ve diğer semptomlar görülmediği sürece radyografik muayene ile tespit edilirler. Büyük kistler bukkalde, daha seyrek olarak lingual veya palatinalde şişliğin neden olur. Bu şişlik; incelen ve çırtı sesi verebilen (krepitasyon) bukkal kortikal kemiğin ekspansiyonuna bağlı gelişir. Eğer kemik tamamen yıkılırsa kist periotla ilişkili hale gelir ve bu alandaki mukoza mavimsi-kırmızı görünür.

12.2

Radyografik Muayene

Radyografik olarak radiküler kistler, yuvarlak veya oval şekilli, düzenli radyopak sınırlara sahip osteolitik veya radyolüsent lezyonlar olarak görülürler. Eğer enfekte olurlarsa radyopak sınırlar izlenmeyebilir.

12.3

Kistik Kese İçeriğinin Aspirasyonu

Klinik ve radyografik muayeneye ek olarak kistik kesenin içeriğinin aspirasyonu değerli bir tanı aracıdır.

1,5-2 cm'den daha büyük kistlerde genelde akışkan veya yarı akışkan sıvı aspire edilebilir. Sıvı aspirasyonu kisti diğer solid lezyonlardan ayıran bir klinik bulgudur.

12.4

Cerrahi Teknik

Klinik uygulamada kistlerin cerrahi olarak uzaklaştırılması için iki teknik uygulanmaktadır: enükleasyon ve marsüpyalizasyon.

Enükleasyon. Bu teknik kistik kesenin tamamen uzaklaştırılmasını ve yaranın primer iyileşmesini içerir. En çok tercih edilen tedavi yöntemidir ve kist duvarının komşu diş veya diğer anatomik yapılara zarar vermeden uzaklaştırılabileceği tüm olgularda uygulanabilir.

Kistin cerrahi tedavisinde enükleasyonun basamakları aşağıdaki gibidir:

- Mukoperiosteal flep kaldırılması.
- Kemik uzaklaştırma ve kistin bir bölümünün ortaya çıkarılması.
- Kistik kesenin enükleasyonu.
- Cerrahi alanın kontrolü ve sütürasyon.

Kistin kesin lokalizasyonu ve boyutunu belirlemek üzere radyograf alındıktan sonra uygun ulaşım ve görüşe izin verecek şekilde trapezoidal bir flep oluşturulur (Resim 12.1-12.4).

Mukoperisteumun kaldırılmasından sonra, lezyonu çevreleyen kemik değerlendirilir. Bu kemik yukarıda söz edildiği gibi normal, incelmış veya tamamen yıkılmış halde olabilir.

Normal kemikte, kisti çevreleyen bukkal kortikal kemiğin bir kısmını uzaklaştırmak için rond frez kullanılır ve kistin büyüklüğüne bağlı olarak açılan osseöz pencereyi genişletmek üzere kemik pensi kullanılabilir (Resim 12.5,12.6). Osseöz pencere kistik boşluğun bütün bölümlerine zorlanmadan ulaşmayı sağlayacak şekilde ve yeterli genişlikte olmalıdır.

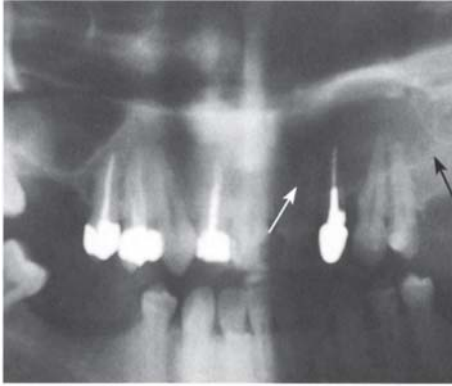
Eğer kemik duvar incelmış veya delinmiş ise; incelenen kısım bir kemik pensi ile çevredeki kompakt kemiğe ulaşınca kadar uzaklaştırılır. Küçük kistlerin enükleasyonunda küret kullanılırken, daha büyük boyuttaki kistler için periost elevatörünün geniş ucu tercih edilir. İlgili alet boşluk içerisinde kistik duvarla kemik arasına kuvvet uygulayacak şekilde nazikçe yerleştirilir, bu sırada kist epiteli cerrahi pens ile dikkatlice tutulur (Resim 12.7).

Kistin çıkartılmasından sonra bir küretle kemik boşluk içerisindeki artıklar kontrol edilerek uzaklaştırılır, boşluk bol serum fizyolojik ile yıkanır ve dikişler yerleştirilir (Resim 12.8-12.10).

Mandibuler kistlerin uzaklaştırılmasında uygulanan cerrahi teknik tamamen yukarıda anlatıldığı şekildedir (Resim 12.11-12.18).

Marsüpyalizasyon. Bu yöntem genellikle büyük kistlerin tedavisinde uygulanır ve lezyonun üzerinde uygun bir yerde cerrahi bir pencere açmayı gerektirir.

Maksiller Kistin Cerrahi Olarak Uzaklaştırılması



Şekil 12.1. 22,23,24 numaralı dişler bölgesinde geniş radyoküler lezyonu gösteren panoramik radyograf

Cerrahi pencereyi açmak için öncelikle mukoperisoteumu ve genellikle perforate olan altındaki kemiği ve kistik kesenin duvarını içeren yuvarlak bir insizyon yapılır (Resim 12.19-12.23). Bunu izleyerek kist içeriği uzaklaştırılır ve açılan pencerenin kenarı boyunca aralıklı dikişlerle mukoperisoteum ve kistik duvar birbirine dikilir (Resim 12.24). Daha sonra kist boşluğu serum fizyolojik solüsyon ile yıkanır ve iyodoform tampon ile doldurulur (Resim 12.25,12.26). Tampon bir hafta sonra sütürlerle birlikte çıkartılır. Bu süreçte yara kenarları kist boşluğu ve ağız arasında kalıcı bir bağlantı sağlayacak şekilde iyileşir. Kist boşluğu günde birkaç kez gıda artıklarının uzaklaştırılması ve olası enfeksiyondan korunmak amacıyla yıkanır.

Yara iyileşmesi sekonder iyileşmedir ve bu şekilde kist epiteli oral mukozaya dönüşür.



Şekil 12.2. Şekil 12.1'deki olgunun klinik görünümü

Apisektomi

13

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Emin Esen

Apisektomi, bir dişin kök ucunun cerrahi olarak rezeksiyonu ve eşlik eden patolojik periapikal dokularla birlikte çıkartılmasıdır. Periapikal bölgede bulunabilen ve endodontik tedavinin başarısızlığına neden olabilen ilave apikal foramenler ve aksesuar kök kanalları da bu yolla uzaklaştırılır.

13.1

Endikasyonlar

Apisektomi endikasyonları aşağıdaki olguları kapsar:

1. Kabul edilebilir endodontik tedaviye rağmen aktif periapikal inflamasyonu olan dişler.
2. Periapikal inflamasyonlu dişlerde yetersiz endodontik tedavi aşağıdaki nedenlerden dolayı yenilenemiyorsa:
 - Tamamen kalsifiye kök kanalı.
 - Aşırı eğimli kök kanalları.
 - Kök kanalında post varlığı.
 - Dolgu materyalinin veya kırılan küçük aletlerin kök kanalından çıkartılamaması.
3. Periapikal inflamasyonlu dişlerde aşağıdaki nedenlerle endodontik tedavi tamamlanamıyorsa:
 - Yabancı cisimlerin periapikal dokular içerisine itilmesi.
 - Pulpa odasının alt duvarında perforasyon.
 - Kökün perforasyonu.
 - Dişin apikal üçlüsünde kırık.
 - Diş anomalileri (dense in dente).

Yukarıdaki durumlarda eğer apisektomiye izleyerek apeks kanal dolgusuyla tamamen tıkanmış değilse, aşağıda anlatılacağı şekilde retrograd dolgu yapılması gereklidir. Retrograd dolgunun amacı; kök kanalında bulunan bakterilerin ve vital olmayan pulpanın yan ürünlerinin çıkış yolunu tıkamaktır.

13.2

Kontrendikasyonlar

Apisektomi kontrendikasyonları aşağıdaki gibidir:

- Hastanın yaşı, ciddi kardiyovasküler hastalıklar, lösemi, tüberküloz gibi genel sağlık problemlerine bağlı oral cerrahi için kontrendikasyon oluşturan tüm durumlar.
- Periodontal dokularda ciddi rezorbsiyonu olan dişler (derin periodontal cepler, büyük kemik yıkımları).
- Kök boyu kısa olan dişler.
- Apikalleri anatomik yapılarla yakın ilişkide olan dişlerde (maksiller sinüs, mandibuler kanal, mental foramen, insisiv ve anterior palatin foramen gibi) cerrahi sırasında bu yapılara zarar vermek olasılığı varsa.

13.3

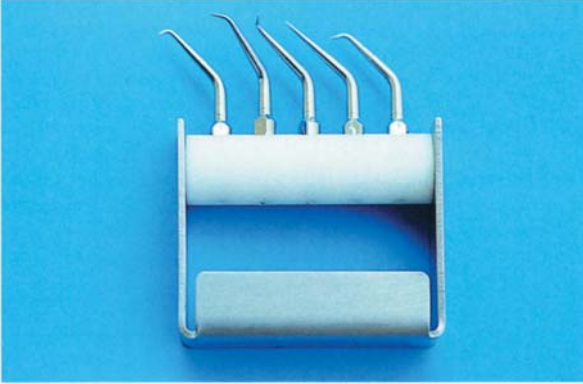
Araçlar

Apisektomi işleminin gerçekleştirilmesi için aşağıdaki araç ve gereçler gereklidir:

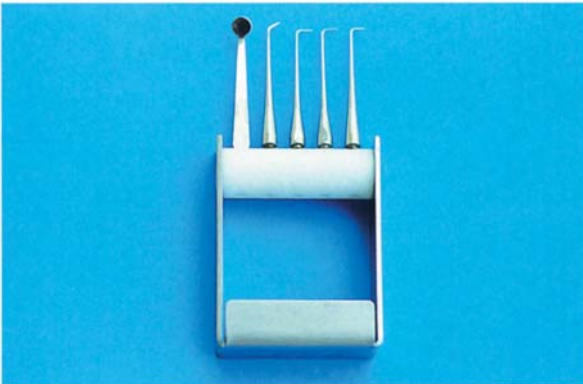
- Küçük başlıklı angıldrüva ve piyasemen (düz ve açılı) ve mikrofrez (Şekil 13.1).
- Periapikal kavite hazırlamada kullanılan özel ultrasonik küretler (Şekil 13.2).
- Apikal retrograd mikro-ayna ve mikro-sondalar (Şekil 13.3).
- Lokal anestezi enjektörü ve kartuşlar.
- Bistüri sapı.
- Bistüri (15 numara).
- Ayna.
- Periost elevatörü.
- Presel.
- Küçük hemostat.
- Sakşın uçları (küçük, büyük).
- İrrigasyon kabı.
- İğne tutucu (Portegü).
- Ekartörler.



Şekil 13.1. Mikrobaşlıklı angıldruvanın konvansiyonel angıldruvayla karşılaştırılması. Bu başlıkla ulaşılması zor olan bölgelerde periapikal kavitenin preparasyonu büyük oranda kolaylaştırılmıştır



Şekil 13.2. Ultrasonik bir alete takılabilen özel periapikal küret uçları. Ulaşımın kısıtlı olduğu periapikal bölgede kavite hazırlamada kullanılırlar



Şekil 13.3. Hazırlanan periapikal kavitenin boyutlarını saptamada kullanılan apikal retrograd mikro-ayna ve mikro-sondlar.

- Periodontal küret.
- Periapikal küret.
- Uygun frezler (rond, fissur, ters konik).

- Retrograd dolgu için minyatür amalgam aplikatörü (13.4, 13.5).
- Dar, amalgam fulvarı (Resim 13.6).

Tükürük Bezi Lezyonlarının Cerrahi Tedavisi

F. D. Fragiskos

Çeviri: Dr. Özgür Başlarlı, Dr. Ferda Taşar

Lokal anestezi altında dental ofiste sıklıkla yapılabilir ve tükürük bezleri ile ilgili uygulamalar kanallardan sialolit çıkartılması ve retansiyon kistlerinin alınmasıdır.

14.1

Submandibuler Bezin Kanalından Sialolit Çıkartılması

Sialolitler büyük tükürük bezi kanallarında veya bezlerin parankimlerinde oluşabilir. Bu bezlerden parotis ve sublingual bezlerle kıyaslandığında submandibuler bez en sık sialolit görülen (%70-80) bezdir. Submandibuler bezde bulunan sialolitlerin %50'si bezin ön ve orta kısımda, %35'i arka kısımda bulunurken kalan %15'i ise bezin içerisinde yer alır. Sialadenit ile sonuçlanan sialolitiazis bezin enfeksiyonundaki en sık nedendir. Eğer bu durum tedavi edilmezse, sık tekrarlayan kronik bir hal alır ve kanalın destrüksiyonuna yol açar.

Kanalın obstrüksiyonu ile karakterize ana semptomlar ağrı ve yemek sırasında ilgili bezin geçici şişliğidir. Bu semptomlar çiğneme sırasında ağız içine akamayan-kanalın obstrüksiyonuna bağlı olarak artmış tükürük üretimi sonucu gelişir.

İlk klinik semptom bez bölgesinde hissedilen, parsiyel obstrüksiyonda orta derecede, tam obstrüksiyonda ise daha ciddi olan akut ağrıdır. Çoğu zaman ağrı ağız tabanı, dil, farinks ve servikal alana da yansır. Bezdeki şişlik obstrüksiyon miktarına bağlıdır ve yemekten sonra zamanla iner.

Teşhis klinik ve radyografik bilgilere dayalı olarak yapılır. Ögünler arasında, kanal boyunca mukozada kızarıklık ve önemsenmeyecek derecede şişlik vardır. Sialolit varlığı ayrıca bimanuel palpasyonla da muayene edilebilir. Bir elin işaret parmağı ağız tabanına, diğer elin parmakları ise submandibuler alana yerleştirilir ve aynı anda submandibuler bez posteroanterior yönde palpe edilir. Bu manüplasyon sırasında sert, yarı yuvarlak, hareketli şişlik hissedilir.

Temel teşhis yöntemi oklüzal filmidir. Zorlu ve sıkıntılı durumlarda sialogram ve ultrasonik inceleme gereklidir.

Tedavisi cerrahidir ve kanaldan sialolit çıkarılmasını içerir.

Cerrahi Teknik: Sunulan olguda submandibuler bezin kanalında sialolit bulunmaktadır (Şekil 14.1-14.3a). Çıkartılması için yapılan işlem şu şekildedir; lokal anesteziyi izleyerek ağız tabanı ağız dışından yukarı doğru kaldırılırken aynı anda ağız tabanına

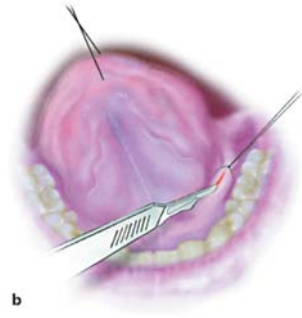
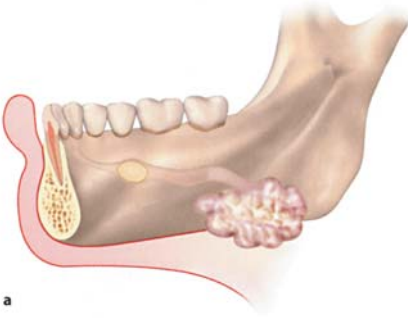


Şekil 14.1. Submandibuler bezin kanalında bulunan sialolit gösteren oklüzal radyograf

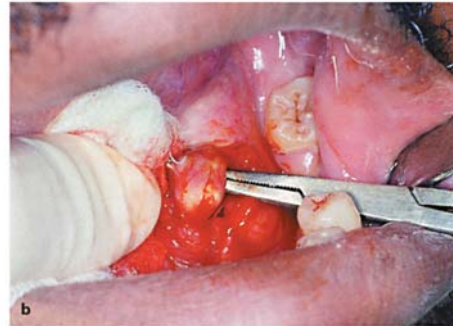
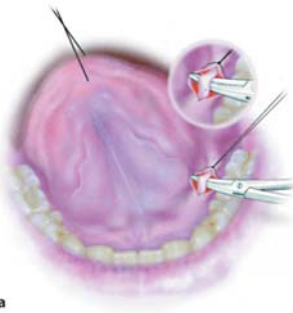


Şekil 14.2. Şekil 14.1'de gösterilen olgunun klinik fotoğrafı. Ok sialolit sonucu oluşan şişliği göstermektedir

kanal boyunca mukozal insizyon yapılır. Özellikle sialolit olan alanın üzerinden 1-1.5 cm uzunluğunda insizyon yapılır (Şekil 14.3b). Kanalin lokalizasyonu ve hazırlanmasından sonra sialolitın arka kısmından, kanalın altından dolaşan askı sütürü atılarak hem insizyon işlemi rahatlatılır, hem de sialolitın olası yer değiştirmesi engellenir (Şekiller 14.4, 14.5) (bağlama başlangıçta insizyondan önce de yapılabilir, Şekil 14.3b). Daha sonra sütür yukarı yönde retrakte edilir, kanalın uzun aksı boyunca insizyon yapılır ve sialolitın görünür hale gelmesi sağlanarak küret veya hemostat yardımıyla alınması gerçekleştirilir (Şekiller 14.6, 14.7). Kanalı içermeyecek şekilde doku sütüre edilir (Şekiller 14.8, 14.9).



Şekil 14.3. a.b. Şematik çizimler, **a** Kanaldaki sialolit pozisyonu ve **b** Sialolit lokalizasyonu ve mukozaya yapılan insizyon



Şekil 14.4. a.b. Mukoza üzerine yapılan insizyondan sonra tükürük bezi kanalının açığa çıkartılması ve hazırlanması. **a** Şematik çizim. **b** Klinik fotoğraf

Osseointegre Implantlar

15

F. D. Fragiskos, C. Alexandridis

Çeviri: Dr. Özgür Başlarlı

Dişsiz hastalarda sabit protetik restorasyonlar yıllardır araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Bu amaçla oluşabilecek sonuçlara bakılmadan çeşitli implantlar üretilmiş ve bunlar özellikle enfeksiyonlara yol açmaları nedeniyle pek çoğu tarafından eleştirilmiştir. Uzun bir süre implantların yerleştirilmesinde çoğunlukla başarısız olundu. Bu başarısızlık yetersiz araştırma bilgisinin yanı sıra implantların ağız içinde uzun dönem başarısı kuralının gerekli olan biyolojik temeller üzerine oturmaması gerçeğine bağlanmıştı.

Günümüzde tamamen biyo-uyumlu olarak kabul edilen osseointegre implantlar kullanılmaktadır.

Osseointegrasyon, implant metali ile sağlıklı kemik arasında yumuşak doku, kalsifiye olmamış bağ dokusu bulunmadan yapısal, biyolojik ve fonksiyonel dolaysız bağlantı kurulmasıdır, böylece kemik yeniden şekillenebilir ve yük taşıyacak implantlara uyum sağlar.

15.1 Endikasyonlar

Osseointegre implantların yerleştirilebilmesi için gerekli endikasyonlar:

- Diğer tekniklerle tedavi edilemeyen hastalar (yetersiz protez tutuculuğu, çenede defektler).
- Geleneksel tedavi ile kıyaslandığında dental implantlardan yarar görecektir olan hastalar (tam dişsizlik, kısaltılmış ark, tek kronlar, ortodontik retansiyon).
- Dental implantlar veya konvansiyonel bir tedavi uygulandığında fonksiyonel sonucun kıyaslanabilir olduğu hastalar. Bu olgularda subjektif kişisel veya estetik nedenler implant tedavisini değiştirebilir.

15.2 Kontraendikasyonlar

İmplant yerleştirilmesindeki kontraendikasyonlar diğer tüm dental cerrahi işlemlerdekiyle aynıdır.

15.3 Aletler

Vida tipi implantların yerleştirilmesinde kullanılan aletler aşağıdaki gibidir:

1. Cerrahi mikromotor ve implant içim angıldurva (Şekil 15.1).
2. Cerrahi işlem sırasında özel bir tepsiye yerleştirilen titanyum ve paslanmaz çelik aletler (Şekil 15.2).

15.4 Cerrahi İşlem

Osseointegre implantların yerleştirilmesi 2 aşamada olur: ilk ve temel olan cerrahi işlem implantasyonu iken ikinci işlem implantların ağız içine açılması ve protetik restorasyona destek olacak olan abutmentlerin implant üzerine yerleştirilmesidir.

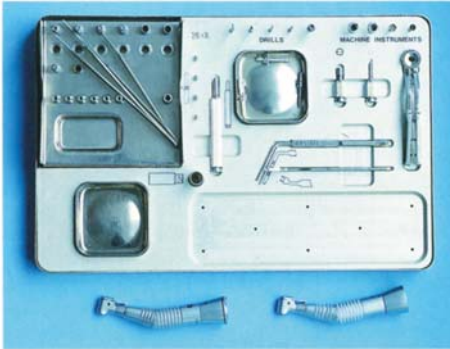
İlk aşama aşağıdakileri içerir:

Flep Dizaynı: Dişsiz mandibulada inferior alveolar blok uygulanmasını izleyerek 15 numaralı bistüri ile mukolabial katlantının derininden mental foramen bölgesinde alveoler krete doğru uzanan insizyon yapılır. Mukoperiostium alveolar kreti açığa çıkarmak üzere, kanin dişler arasında ve kısmen lingualde içerecek şekilde kaldırılır.

Dişsiz maksillada çift taraflı anterior superior alveolar sinir ve nazopalatin sinir blokajının yanı sıra ilgili alanda birinci molara infiltrasyon anesteziyi uygulanır. Flep labial veya bukkal ve palatal kemik



Şekil 15.1. İmplant yerleştirmeye uygun cerrahi mikromotor ve angıldurva



Şekil 15.2. Osseointegre implantları yerleştirmek için gerekli alet seti

üzerinden uygun olarak çalıştırılır, böylece cerrahi olan için gerekli görüş ve yüzeyine doğru gerektiği

şekilde kaldırılır, böylece uygun cerrahi görüş alanı ve yaklaşım sağlanır (Şekil 15.4).

Yüksek Hızlı Delgi ile İmplant Alıcı Alanın

Hazırlanması: Kemik hazırlamak için kullanılan ilk frez yuvarlak frezdir. Başlangıçta bu frezle implant yerleştirilecek tüm alıcı alan anatomi ve kemik topografisi göz önüne alınarak dikkatlice uygulanır (yüksek hızda, yaklaşık 2000 rpm) (Şekil 15.5). Kemik düzeltilmesi işlemi sürekli serum irrigasyonu altında, frez yukarı-aşağı yönde hareket ettirilerek yapılmalı, böylece serumun implant alıcı alanın en derinine ulaşması sağlanmalıdır. Bu şekilde açığa çıkan kemik parçacıkları uzaklaştırılır ve kemiğe zarar verebilecek ısı oluşması da önlenir.

Daha sonra implant alıcı alanın hazırlanması için 2 mm çapında spiral frez kullanılır. Frezlerin üzerinde derinlik gösteren çizgiler bulunur. Diş hekimi bu aşamada kemiğin bukkal veya palatinal alanında perforasyon oluşturmamak için frezin pozisyonuna dikkat etmelidir. Alıcı alana paralel pin yerleştirilerek diğer alıcı alanlarla paralelliğine bakılır (Şekil 15.6).

Bazı olgularda 2-3 mm çapında pilot frez implant alıcı alanı genişletmek üzere kullanılır ve paralel pinler çıkartılır (Şekil 15.7a).

Sonraki aşama 3 mm çapında daha uzun bir frez ile implant alıcı alan genişletilmesidir. Bu frezle alıcı alanların giriş uzunlukları genişletilir ve paralel pinler bir kez daha ilgili alanlara yerleştirilir (Şekil 15.7b,c).

Eğer implant bölgesi estetik açıdan uygun ise, implantın yerleştirilmesi için sıklıkla konik şekilli marjinal countersink kullanılabilir (Şekil 15.8).

İmplant Alıcı Alanda Yavaş Hızda Turla Yivlerin Hazırlanması (Yalnız bazı Sistemlerde Gereklidir):

Bu aşama alıcı alandaki yivlerin yavaş hızda (15-20 rpm) turla hazırlanmasını içerir. Ters açılı angıldurva yerleştirilen vida biçimli frez, alıcı alana yerleştirilecek implantın boyu kadar uygulanır (Şekil 15.9).

Diş Hekimliğinde Antibiyotiklerin Profilaktik ve Tedavi Amaçlı Kullanımı

G. Perdikaris, A. Pefanis, E. Giamarellou

Çeviri: Dr. Yakup Üstün

16.1

Odontojenik Enfeksiyonların Tedavileri

Odontojenik enfeksiyonlar eski çağlardan günümüze kadar yalnız ağız boşluğunun en sık karşılaşılan enfeksiyonu olmayıp, aynı zamanda insan vücudunun da en sık görülen enfeksiyonudur. Odontojenik enfeksiyonlarda, seyrek görülen ancak yaşamı tehdit edebilen komplikasyonlar (kafaîçi, retrofaringeal veya plöropnömonik yayılımı veya kan yoluyla kalp kapakçıklarına ve protetik materyallere ulaşımı) nedeni ile dikkatli değerlendirmede, drenajın uygun şekilde sağlanması ve doğru antibiyotik tedavisinin uygulanması gerekir. Odontojenik enfeksiyonların tedavisinde klinik olarak önerilen ve kullanılan pek çok uygulamanın temel prensipleri günümüzde halen geçerlidir. Son 20 yıl içerisinde, enfeksiyon tedavisinde antibiyotiklerin yaygın olarak kullanılması sonucu ilaç seçiminde önemli değişiklikler gündeme gelmiştir. Bu değişikliklere iki temel nedenle gerek görülmüştür. Birincisi odontojenik enfeksiyonlardan giderek artan sayıda dirençli mikroorganizmaların sorumlu olması (gerçekte bilinçsiz antibiyotik kullanımına bağlı gelişen bir fenomen), ikincisi ise genel popülasyonun yanısıra ciddi odontojenik enfeksiyonların gelişebildiği ağır hastalıkları veya baskılanmış bağışıklık sistemi olan hastaların yaşama yönelik beklentilerinin artmasıdır. Buna ek olarak, antibiyotiklerin endikasyonları, kontrendikasyonları, uygulama yolları, bakteri duyarlılığı, farmakolojik özellikleri, ilaç etkileşimleri, yan etkileri, fiyatları ve hasta uyumluluklarına göre çeşit, sayı ve özelliklerinde önemli artış olmuştur. Günlük uygulamalarda bu etkenler göze alındığında en etkili antibiyotik rejiminin seçimi her zaman mümkün olmayabilir. Odontojenik enfeksiyonların tedavisinde bazı temel ilkeler ve antibiyotik seçimindeki etkenlere yönelik bilgiler aşağıda anlatılmaktadır.

16.1.1

Odontojenik Enfeksiyonların Oral Florası

Ağız boşluğu basit ve tekdüze bir ortam olarak düşünülemez. Ağızın pek çok bölgesinde karakteristik mikroorganizmalar görülmesine rağmen, özellikle dil, diş yüzeyleri, dişeti oluğu ve tükürük özel mikroorganizmaların kolonizasyonuna olanak sağlamaktadır (Tablo 16.1). Sayısal çalışmalar zorunlu anaerobik bakterilerin oral floranın büyük ve önemli bir kısmını oluşturmakta olduğunu göstermektedir. Bunların içerisinde *Streptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Veillonella*, *Lactobacillus*, *Corynebacterium* ve *Actinomyces* türleri tüm oral floranın %80'ini oluşturmaktadır. Fakültatif aerobik Gram-negatif rodlar sağlıklı erişkinlerde sık görülmesine de ciddi hastalığı olan, hastanede yatan ve yaşlı olan hastalarda daha yaygın olarak görülebilir. Anatomi etkenler dışında; yaş, beslenme, süt dişlerinin sürmesi, ağız bakımı, sigara kullanımı, diş çürükleri veya dişeti hastalıkları, hastaneye yatış, antibiyotik kullanımı, hamilelik gibi etkenler ile genetik ve ırksal özellikler de oral floranın yapısını etkileyebilir.

Odontojenik enfeksiyonların çoğu bakteriyel plak, dil, tükürük ve dişeti oluğunda yerleşik olan bakterilerin sonucudur. Diş çürüğü olduğunda, *Streptococcus mutans* baskın mikroorganizmadır. Gingivitis olduğunda, Gram-negatif rodlar yaygın olup, özellikle *Prevotella intermedia* (önceden *Bacterioides intermedius* olarak bilinen) en sık rastlanan patojendir. Periodontitiste, anaerobik Gram-negatif mikroorganizmalar yaygın olup, *Porphyromonas gingivalis* (önceden *bacterioides gingivalis* olarak bilinen) en sık rastlanan patojendir. Püy içerikli odontojenik enfeksiyonlarda (örn;periapikal abse) veya derin fasiyal boşlukların enfeksiyonlarında genellikle karma flora baskındır; melaninojen ile *Bacterioides*, *Fusobacterium Nucleatum*, aynı zamanda *Peptostreptococcus*, *Actinomyces* ve *Streptococcus* türleri en sık görülen mikroplardır. Sonuç olarak, ciddi genel sağlık sorunları olan hastalar dışında, fakültatif anaerob Gram-negatif basiller ve *Staphylococcus aureus* sık karşılaşılmayan patojenlerdir. Yuka-

Table 16.1. Ağız boşluğunun çeşitli yerlerinde baskın olan bakteriler

Tipi	Baskın türler	Canlı bakterilerin toplam sayısı ortalamaları (%)				
		Dişeti oluğu	Dental plak	Dil	Tükürük	
Zorunlu aerobik						
Gram-pozitif koklar	<i>Streptococcus tür.</i>	28.8	28.2	44.8	46.2	
	<i>S. mutans</i>	0-30	0-50	0-1	0-1	
	<i>S. sangius</i>	10-20	40-60	10-20	10-30	
	<i>S. mitior</i>	10-30	20-40	10-30	30-50	
	<i>S. salivarius</i>	0-1	0-1	40-60	40-60	
Gram-pozitif rodlar	<i>Lactobasillus tür.</i> <i>Cornybacterium tür.</i> }	15.3	23.8	13.0	11.8	
Gram-negatif koklar	<i>Moraxella tür.</i>	0.4	0.4	3.4	1.2	
Gram-negatif rodlar	Enterobacteriaceae	1.2	-	3.2	2.3	
Anaerobik						
Gram-pozitif koklar	<i>Peptostreptokoklar</i>	7.4	12.6	4.2	13.0	
Gram-pozitif rodlar	<i>Actinomyces tür.</i> <i>Eubacterium tür.</i> <i>Lactobacillus tür.</i> }	20.2	18.4	8.2	4.8	
	<i>Leptotrichia tür.</i>	10.7	6.4	16.0	15.9	
	Gram-negatif koklar	<i>Veillonella tür.</i>	16.1	10.4	8.2	4.8
Gram-negatif rodlar	<i>Fusobacterium tür.</i>	1.9	4.1	0.7	0.3	
	<i>Provotella,</i> <i>Porphyromonas</i>	4.7	-	0.2	-	
	<i>Bacteriodes tür.</i>	5.6	4.8	5.1	2.4	
	<i>Campylobacter tür.</i>	3.8	1.3	2.2	2.1	
	<i>Leptotrichia tür.</i>	10.7	6.4	16.0	15.9	
	Spiroketler	<i>Troponema tür.</i>	1.0	-	-	-

rida anlatılan farklı odontojenik enfeksiyonlarda görülen mikrobiyal özelleşme, supragingival ve subgingival diş plaklarının oluşumundaki özgün mikrobiyal florayı açıklayabilmektedir. Dişeti oluğunda biriken plak temel olarak Gram-pozitif, fakültatif ve mikroaerofilik koklar ve rodlerden oluşurken; dişeti seviyesinin altındaki plakta Gram-negatif anaerobik bakteriler ve spiroketler yoğunluktadır.

Odontojenik enfeksiyonların çoğu en az iki bakterinin baskın olduğu karma enfeksiyonlardır. Klasik veya yeni yöntemlerin kullanılması ile pek çok mikrobiyoloji laboratuvarında odontojenik enfeksiyonlardaki mikrobiyal patojenlerin tanımlanması yapılabilmektedir. Örnek alınarak kültür ortamına taşınma endikasyonları Tablo 16.2 de verilmiştir.

Table 16.2. Odontojenik enfeksiyonlardan alınan örneklerde kültür endikasyonları

Hemen kültür yapılması önerilen durumlar:
Antibiyotikler ile yapılan başlangıç tedavide başarı sağlanamadığından
Fasiyal boşluklara yayılım varsa
Hastada septisemi bulguları varsa
Hastada bağışıklık sistemi ile ilgili sorun varsa (HIV, immünoşüpresan ilaç kullanımı vb)
Kültürün ertelenmesinin önerildiği durumlar:
Enfeksiyon küçükse veya yalnız yumuşak dokuda sınırlı ise
Ağız mikrobiyal florası ile karışabilecek durumlarda (dişeti iltihabı olan dişlerde kron veya dental plaktan örnek alınması vb.)
Enfeksiyonun kendiliğinden drene olduğu ve enfeksiyonun yayılma eğiliminde olmadığı durumlar