

DUSEM®

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ



2025 EKİM DUS'UNDA

120 SORUDA

115 REFERANS

@dusemegitim

PERİODONTOLOJİ

10 BRANŞ SORUSUNDA

KENDİ BRANŞINDA

10/10

120/5

DİĞER BRANŞ



dusemegitim

www.dusem.net • www.tusemportal.com

DUSEM®

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Değerli Hekim Arkadaşlar;

Öncelikle 12 Ekim’de yapılan DUS sınavında emeğinizin karşılığını almanızı tüm kalbimizle diliyoruz. Sonucun ne olursa olsun, bu yolculukta gösterdiğiniz azim ve disiplinin sizleri daima başarıya taşıyacağına inanıyoruz.

DUSEM kaynaklarımızın sınav sorularına verdiği **referans çalışmasını sizlerle paylaşmaktan gurur duyuyoruz.**

Eğitmenlerimiz titizlikle hazırladıkları çalışma kapsamında, **120 sorunun 115’ine kaynaklarımızdan birebir karşılık gelen sayfa ve içerikleri işaretlemiştir.** Bu süreçte en çok önem verdiğimiz nokta, referansların gerçekten birebir örtüşmesi olmuştur. Meslektaşlarımızın, alakasız ya da kenarından yakalanmış referansların güvenilir olmadığını çok iyi bildiklerinin farkındayız. Bu nedenle yalnızca doğru ve net örtüşen referansları dikkate aldık.

Bizim için asıl değer, referans sayısının fazlalığından ziyade **öğrencilerimizin kursumuz aracılığıyla elde ettikleri net kazanımlardır.** Eğitmenlerimiz, kaynaklarımızdaki bilgileri öğrencilere en anlaşılır ve kalıcı biçimde aktarmayı esas almakta ve bu hassasiyetle çalışmalarını sürdürmektedir.

Bu titizlikle hazırlanmış ve birebir sorularla örtüşen referanslarımızı sizlere **DUSEM’in güvenilirliği ve 14 yıllık tecrübesinin bir yansıması olarak gururla sunuyoruz.**

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 81

81. Diş eti ve perimplant mukoza karşılaştırmasında hangisi yanlıştır?
Diş çevresi kollejen fibril miktarı perimplanttan fazla

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 81. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 222

.Doğal diş implant karşılaştırılması

	Doğal diş	implant
Epitel kalınlığı		Daha az
Epitelin keratinizasyonu		Daha az
Epitelyal ataşman		Hemidesmozom, bazal membran
Bağ dokusu		Bağ dokusu ataşmanı ve damarlanma daha az
Gingival sulcus		Daha derin
Biyojik genişlik	2,04 mm	Yaklaşık 3-4 mm (2 mm epitelyal ataşman, 1-2 mm bağ dokusu ataşmanı)
Periodontal ligament	Var	Yok
Dişeti fibrilleri	Dişle dik ve sementin içersine gömülü	Implant yüzeyine paralel ve bağlanma yok *Son dönem çalışmalarda mikropörözlü implant yüzeylerine dik uzanan gingival lifler gösterilmiştir.
Damarlanma ve kanlanma		Daha az
Bakteriyel flora	Benzer	Benzer
İnflamatuvar yanıt	Benzer	Benzer
Okluzal kuvvetler	PDL aracılığıyla kemiğe iletilir.	Direkt kemiğe iletilir
Proprioseptif duyu		PDL olmadığından yoktur.

İmplant başarı kriterleri (Albrektsson ve zarb)

- İmplantlar fonksiyon ve estetiği karşılayabilmeli
- İmplantlarda ağrı ve enfeksiyon olmamalı. Radyolojik olarak implant çevresinde radyolusensi olmayacak.
- İmplantlar mobilite göstermemeli
- İlk yıl 1 mm'den fazla, bir yıllık fonksiyondan sonra ortalama kemik kaybı yıllık olarak 0.2 mm'den fazla olmamalıdır.

Peri-implant Hastalıkları

Peri-implant mukositis: İmplantı çevreleyen yumuşak dokular ile sınırlı iltihabi durumdur. **Klinik Bulgular,** Sondalamada kanama vardır. Mukozada çekilme veya hiperplazi olabilir.

Peri-implantitis: İmplantı destekleyen dokuların yıkımına neden olan klinik tablodur. Klinik olarak peri-implant mukositis bulgularının yanında cep formasyonu ve alveolar kemik kaybı mevcuttur. sondalamada kanama, cep derinliğinde artma, kemik kaybı, supürasyon vardır, fistül yolu olabilir.

Apikal periimplantitis (Retrograd periimplantitis): İmplantın koronal kısmının sağlıklı olmasına rağmen apikal kısmında radyolusensi görülen ve klinik bulgu veren periimplantitistir. İmplant apeksinde şişlik, fistül, ağrı benzeri bulgular vardır.

İmplant uygulamasıyla ilişkili komplikasyonlar ve implant başarısızlığı

Cerrahi komplikasyonlar

1. Hemoraji ve hematom (Mandibular anterior bölgede lingual arter!!!)

2. Nöroduyusal rahatsızlıklar (Sinir hasarı)

İmplant yerleştirildikten sonra inferior alveolar sinir yaralanmalarının sistematik bir incelemesine göre, uzun süreli, kalıcı nörolojik problemlerin önlenmesi için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Tanı konulursa ve tedavi İLK 36 SAAT içinde yapılırsa, yüksek oranda başarılı sonuç elde edilebilir. İyatrojenik parestezi hastalarının yaklaşık %25'inin kalıcı etkileri vardır. Bazı araştırmacılar ve klinisyenler, erken implantın çıkarılmasının (yani, implantın yerleştirilmesinden sonraki ilk 24 ila 36 saat içinde) duyumun geri dönüşüyle daha iyi iyileşmeye yol açabileceğini önderdiler.

3. İmplant malpozisyonu

Original Soru: Klinik Bilimler 82

82. Periodontal ligamentin rejenerasyondaki görevi ile ilgili yanlış olan **Farklılaşmamış hücreler sadece periodontal ligamentte bulunur**

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Dişi Destekleyen Dokuların Vaskülarizasyonu

Mandibula ve maksillanın inferior ve superior arterlerinden sağlanır.

Periodontal ligamente üç yoldan ulaşır;

- Apikal kanallar
- Alveoler kemiği penetre eden damarlar (trans alveolar damarlar)
- Gingivadan gelip anastomoz yapan damarlar.

Apikal damarlar, foramen apikaleden kök içerisine girip pulpayı beslemeden önce periodontal ligamentin apikal bölgesinin kanlanması sağlarlar.

Transalveoler damarlar lamina durayı perforate ederek periodontal ligamente ulaşan damarların dallarıdır.

Intraseptal damarlar dişetini vaskülarize ederler. Servikal bölgede periodontal ligament damarlarıyla anastomoz yaparlar.

Periodontal ligamentin venöz drenajı arterial damarları takip eder. Venöz drenajı destekleyen lenfatik sistem birleşim epitelinin hemen altından periodontal ligamente ulaşarak diğer damar sistemlerini takip edip periapikal bölgeye ulaşır. Buradan alveolar kemiğe ve mandibulada inferior dental kanala, maksillada da infraorbital kanala cranial da submaksiller lenf nodlarına ulaşır.

Klinik Bilimler 82. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 022

PERIODONTAL LIGAMENT (PDL)

Periodontal ligament diş kökleri ile alveolar kemik arasındaki (lamina dura) boşlukta bulunan dişlerin köklerini çevreleyen fibröz bağ dokusudur. Buna rağmen oldukça vasküler bir hücrese bağ dokusudur özelliği gösterir. PDL ve sement embriyolojik olarak **ektomezenşimal kökenli dental folikülden gelişir**. Dişi alveol kemiğine bağlayarak sement ile kemik arasında fizyolojik bir ilişki oluşturmaktır.

Genişliği ortalama **0,2 mm olarak bildirilmesine rağmen önemli varyasyonlar bulunmaktadır** (0,1-0,4mm arasında). Periodontal ligament dişlerin kole, apikal ve furkasyon bölümlerinde daha geniştir. PDL fonksiyon görmeyen dişlerde darıken, hiperfonksiyon gösteren dişlerde genişlemiştir.

Periodontal ligament dişlerin fonksiyonu sırasında ortaya çıkan kuvvetleri alveolar kemik vasıtasıyla alveolar çukura dağıtılmasını ve yeniden emilmesini sağlar. Dişlerin fizyolojik bir mobilite göstermesini sağlar. Periodontal ligament içermeyen implantlar mobilite göstermezler. Dişlerin mobilitesi büyük ölçüde periodontal ligamentin genişliği, yüksekliği ve kalitesiyle ilişkilidir.

Periodontal ligamentin içeriği

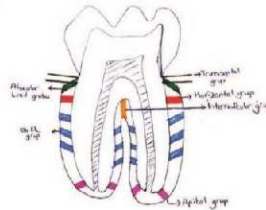
Fibröz bağ dokusu olan PDL; bağ dokusu lifleri, hücresel elemanlar, damarlar ve sinirler ve matriksten oluşmaktadır.

Sharpey lifleri

Periodontal ligamentin **alveol kemiği ve sement içinde** devam eden uzantılardır. Demetler halinde düzenlenmişlerdir ve longitudinal kesitlerde dalgali olarak seyrederek. Ayrıca periostu alttaki kemik dokuya tutturan liflerdir. Sharpey lifleri önemli derecede kalsiye haldedirler.

Periodontal Ligament Fibrilleri

PDL lifleri seyrine göre gruplanır. Esas lifler 6 grupta incelenir.



Orijinal Soru: Klinik Bilimler 82

82. Periodontal ligamentin rejenerasyondaki görevi ile ilgili yanlış olan
Farklılaşmamış hücreler sadece periodontal ligamentte bulunur

Fiziksel fonksiyon

- Okluzal kuvvetleri karşılar ve kemiğe iletir.
- Şok absorpsiyonu yapar.
- Mekanik kuvvetlere karşı damar sinir paketini korur.
- Diş ve alveolar kemiği birbirine bağlar.
- Diş ve dişetinin ilişkisini korur.

Okluzal kuvvetlere karşı şok absorpsiyonunda, tansiyonel teori ve viskoelastik teori olmak üzere 2 teori vardır. Tansiyonel teoride okluzal kuvvetleri periodontal fibriller karşılar. Viskoelastik teoride ise okluzal kuvvetleri periodontal ligament içerisindeki sıvılar karşılar. PDL lifleri bu teoride ikincil rol oynar.

Beslenme ve duyu fonksiyonu

- Kan damarları ve lenfatik sistem aracılığı ile kemik, sement ve gingivaya besin sağlar, lenfatik derneğini sağlar. Ağrı ve gerilim duyulardan sorumludur.
- PDL lenfatik ağı kan damarlarına paralel olarak seyrederek.

Periodontal ligament genişliğinin regülasyonu

Periodontal ligament kalınlığı ortalama 0.2 mm'dir, yaklaşık 0.1 ila 0.4 mm arasında değişir. PDL genişliği;

Klinik Bilimler 82. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 024

- Aşırı kuvvetlere bağlı vasküler problemler olursa PDL'de lokal nekroz oluşabilir. Tamir komşu bölgeden sağlıklı periodontal ligament hücrelerinin bu alana göç etmesiyle gerçekleşir. Ligamanin bütünlüğü tekrar sağlanamazsa lokalize rezorpsiyonlar ve ankiloz oluşabilir.
- Avulse dişlerin replantasyonunda ligamentin kalıcı hasar görmüş bölümlerine rastlayan bölgelerde kök rezorpsiyonu ve ankiloz gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu komplikasyonlar replantasyon öncesinde ligamentin hasar gören kısımlarına özen gösterip dokunmayarak azaltılabilir.
- Periodontal ligamentin ihtiva ettiği öncü hücreler aracılığıyla sement, periodontal ligament ve alveolar kemikten oluşan cıtaçman aparatı oluşabilir (PDL'de fibroblast, osteoblast ve sementoblast bulunur). Bariyer membranlar kullanılması sonucu bu hücrelerin yönlendirilmesi ile yönlendirilmiş doku rejenerasyonu sağlanır.
- Periodontal ligament içerisinde yer alan hücrelerin ekstraselüler matriks sentez aktivitesi gingival hücrelere göre daha yüksektir

SEMENT

Anatomik olarak kökün dışını oluşturan ve periodontal ligament liflerinin kök yüzeyine bağlantısını sağlayan bağ dokusu kökenli kalsifiye mezenşimal bir dokudur.

Sementin Yapısı

İnorganik madde (%45-50'sini): İnorganik kısmını temel olarak kalsiyum ve fosfattan meydana gelen hidroksiapatit oluşturur. **Sert dokuların inorganik yapısını oluşturan hidroksiapatit kristalleri oranı:** Mine %97, Dentin %70, Kemik %65 ve Sement %45-50

Organik madde (%50-55'ini): Primer olarak tip 1 kollojen (%90) ve tip 3 kollojenden (%5) oluşur.

Ara madde: Proteoglikan ve glikoprotein yapıda ara maddedir. Sementoblastlar tarafından oluşturulan hidroksiapatit kristalleri ara maddenin yapısına katılır. **Ara maddenin inorganik içeriğini;**

- Hidroksiapatit kristalleri
- Kalsiyum, Fosfor, Magnezyum, Florid, Karbonat, Sitrat oluşturur.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 82

82. Periodontal ligamentin rejenerasyondaki görevi ile ilgili yanlış olan
Farklılaşmamış hücreler sadece periodontal ligamentte bulunur

REKONSTRÜKTİF (REJENERATİF) KEMİK CERRAHİSİ

Bazı tanımlar

Rejenerasyon: yeni hücre oluşumunun sağlanması ile kaybedilen dokuların orijinal şekilde tekrar kazanılmasıdır.

Tamir: hastalıklı dokuların orijinal form ve fonksiyonlarına dönmesinde uzun birleşim epiteli ile restorasyonudur.

Yeni ataçman: yeni ve sağlıklı periodontal ligamentin, nekrotik dokuların uzaklaştırıldığı yeni sementa tutunmasıdır. Yeni kemik oluşumu söz konusu değildir.

Re ataçman: tamir olayı sonrası olan iyileşme reataçman olarak adlandırılır. Histolojik olarak uzun birleşim epiteli ile iyileşme olmaktadır.



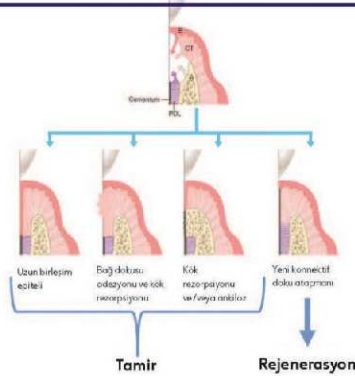
Uzun birleşim epiteli; operasyon sonrasında, alveol kemiğinin kranalindeki dişetinin uzun bir bağlantı epiteli aracılığıyla kök yüzeyine tutunmasıdır. Uzun bağlantı epiteli de kök yüzeyine hemidesmozomlar yardımıyla tutunur.

Rekonstrüktif yöntemlerde amaç hem ilerleyen periodontal hastalığı durdurmak hem de yıkıma uğramış dokuların yeniden oluşumunu sağlamaktır. Gerek MWF, gerekse kemik greftleriyle elde edilen sonuç gerçekte bir

Klinik Bilimler 82. soru

Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 191

Periodontal cerrahide, **YDR (YÖNLENDİRİLMİŞ DOKU REJENERASYONU)** teknikleriyle, sınırlı ölçülerde de olsa, periodontal dokuların rejenerasyonu sağlanabilmektedir. Epitelial dokunun iyileşme hızı, diğer dokulardan daha fazladır. Bu yüzden periodontal tedavi sonrası en sık görülen iyileşme şekli uzun bağlantı epiteli ile iyileşmedir. YDR, epitel ve bağ doku hücrelerini bariyer membranlarla engelleyip, periodontal ligament ve kemik hücrelerinin proliferasyonunu sağlama prensibine dayanır.



Defekt bölgesine öncelikli olarak epitel hücresi gelirse uzun birleşim epiteli ile iyileşme olur.

Bağ dokusu proliferasyonu olursa bağ dokusu adezyonu ile birlikte kök rezorpsiyonu gerçekleşebilir. Kemik hücrelerinin dominantlığı olursa kök rezorpsiyonu ve/veya onkoloz gerçekleşebilir.

Periodontal ligamentin ve kemikten perivasküler hücrelerin girmesiyle rejenera bir periodonsiyum gelişir.

Rejeneratif periodontal tedaviler temelde 3 şekilde gruplanır:

1. Kemik grefti kullanılmadan yapılan işlemler

2. Kemik grefti kullanılarak yapılan işlemler

3. Biyolojik mediatörler kullanılarak yapılan işlemler

Klinikte bu uygulamalar kombine olarak uygulanabilir. Uygulama öncesi tüm iritasyonların uzaklaştırılmış olması gerekir. Kök yüzeyleri sitrik asit, fibronektin, tetrasiklinle biyomodifiye edilebilir.

Kemik grefti kullanılmadan yapılan işlemler

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 83

83. İlaça bağlı dişeti büyümeleri ile ilgili yanlış olan
En yoğun fibrozis kalsiyum kanal blokörlerindedir.

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Kalsiyum kanal blokörleri

Kalsiyum kanal blokörleri etilerini hücre membranında Ca^{2+} iyonu geçişine etki ederek vasküler düz kaslar, kardiyak miyositler ve kardiyak nodal dokularda gösteren ilaçlardır.

Hipertansiyon, angina pectoris, periferik vasküler hastalıklar, supraventriküler kardiyak aritmi tedavisinde kullanılırlar. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan **nifedipin, diltiazem, verapamil, amlodipin ve felodipin** gibi ilaçlar gingival büyümeye neden olur. Klinik olarak, genellikle interdental papillalar etkilenir. Büyümeler, genellikle anterior segmentlerde görülen yapışık ve marjinal dişeti ile sınırlıdır.

Benzothiazepine türevleri (ör, **diltiazem**),

Phenylalkylamine türevleri (ör, **verapamil**),

Dihydropyridin'ler (ör, **amlodipine, felodipine, isradipine, nicardipine, nifedipine, nitrendipine, oxodipine, nimodipine, nisoldipine**)

Nifedipine ve siklosporin böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda kombine kullanılır. Kombine kullanımında dişeti büyümesinin prevalans ve şiddeti artar.

- Nifedipin ile indüklenen İDBD, diğer İDBD formlarından farklı olarak periodontitis ve atışman kaybı ile bir arada bulunabilir.

İmmüsupresan ilaçlar

Siklosporin A, otoimmün hastalıkların tedavisinde ve organ transplantasyonu sonrası doku reddini önlemek için kullanılan ilaçlardandır. Büyümeler, özellikle çocuklarda görülür. Büyümeler, genellikle bukkalde sınırlıdır.

Klinik Bilimler 83. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 227

Histopatoloji

Dişeti büyümesine neden olan ilaçların klinik ve mikroskopik görüntüsü benzerdir. Fibroblast ve kan damarlarının artmasına bağlı olarak epitel ve bağ dokusunda hiperplazi görülür. Çevrede bağ dokusunun derinliklerine uzanan retepepler vardır. Dişeti bağ dokusunda düzensiz yerleşimli bol kollajen lif demetleri, sayıca çoğalmış fibroblast ve yeni teşekkül eden kan damarları vardır.

Siklosporin A kullanımına bağlı dişeti büyümeleri diğer tip ilaçlara kıyasla daha fazla inflamatuvar ve artmış vaskularizasyona sahiptir. Vaskülaritesi artmış bağ dokusu, üzeri farklı kalınlıklarda düzensiz parakeratinize epitel ile kaplıdır. Büyüme marjinal gingiva bağ dokusunda proliferasyon ile bağlar ve yayılır. Bağ dokusunda; düzensiz kollajen fibriller, inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve cep tabanında plazma hücreleri yoğun olarak görülür.

Fenitoina bağlı algunlaşmış dişeti büyümelerinde fibroblast/kollajen oranı sağlıklıdaki oran gibidir. Bu durum büyümenin bir döneminde fibroblastik proliferasyonun anormal derecede yüksek olabileceğini akla getirir. **Epitelin altında ve enflamasyon alanlarında oksitalan lifer sık bulunur.**

Nifedipine bağlı dişeti büyümelerinde salgı granüllerinden zengin yıldız şeklinde fibroblast ve bu fibroblastların stoplazmalarında kollajen sentezinden sorumlu gelişmiş endoplazmik retikulumlar ve mitokondri organelleri görülür. epitelial atışmada inflamatuvar hücre vardır. Bağ dokusunda hiyalinizasyon alanları görülür.

Sistemik duruma bağlı büyümeler

Duruma bağlı büyümeler

Hamilelik (marjinal büyüme, tümör benzeri dişeti büyümeleri (pregnancy tümör))

Hamilelik döneminde kadınlarda önemli fizyolojik ve hormonal değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte progesteron ve östrojen seviyesi 10-30 kat artar. Hamilelik gingivitisinde vasküler permeabilitenin artmasına bağlı olarak mikrobiyal dental plağa karşı hiper yanıt meydana gelir. Bu hiper yanıt sonucu dişetinde hafif inflamasyondan şiddetli dişeti büyümelerine kadar çeşitli ağırlı, kanamalı klinik tablolar oluşur. Gebelikte subgingival florada **Prevotella intermedia**, Prevotella melaninogenica ve Porphyromonas gingivalis'te artış olur.

Marjinal dişeti büyümesi: Ağız içerisinde en sık anterior dişlerin interproksimalinde büyümeler oluşur. Gebelik öncesi farkedilmeyen hafif inflamasyonların şiddetlenmesi sonucu oluşur. Artan vaskülariteye bağlı dişeti parlak kırmızı renkte görülür. yapısı yumuşak, fragil olup spontan kanama görülür.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 84

84. Yaşlanmaya bağlı periodontal dokularda görülmez?
Yapışık dişeti genişliğinde azalma

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

- Ağız kuruluşunu başlatan ilaçlar aynı zamanda konuşma, çiğneme, tat alma veya yutma işlemlerini de güçleştirir ve periodontal hastalık, çürük ve kandidiasis riskini artırabilir.

Ağız kuruluşunda;

- Ağız kuruluşu dişetinde enfiyemasyona yol açar.
- Ağız mukozasının parlak ve kaygan yapısını kaybetmesine neden olur, mukozu kuru, hassas ve frajildir.
- Dilde ve oral mukozada yanma hissi vardır.
- Konuşma ve yutma güçlüğü meydana gelebilir, tat alma hassasiyeti azalır.
- Mukozanın mekanik irritasyonlara direnci azaldığı için ağız ülserleri yaşlıda sık görülür.
- Dudak köşelerinde ve dilde çatlak oluşumu ve ülserasyonlar tabloya eşlik edebilir.

Klinik Bilimler 84. soru

Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 034

Yaşlanmaya Bağlı Görülen Değişiklikler		
Artan	Azalan	Etkilenmeyen
- Yapışık dişeti genişliği - Bağ dokuda kollejen - Periodontal ligamentte elastik lifler - Sement kalınlığı, - P.gingivalisin plaktaki rolü - Ağız kuruluşu - Th1 ve Th 17 sayıları - M1 tip makrofajlar	- Epitel kalınlığı - Keratinizasyon - Kollejen üretimi - Fibroblastlarda mitotik aktivite - Sementin geçirgenliği - Osteoblastlar - AA. nın plaktaki rolü, - Nötrofillerin fagositoz kapasitesi	- Osteoklast - Periodontal tedaviye yanıt - Osteointegrasyon

İLGİLİ NOTLAR

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 84

84. Yaşlanmaya bağlı periodontal dokularda görülmez?
Yapışık dişeti genişliğinde azalma

Klinik Bilimler 84. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 032

YAŞLANMANIN PERİODONSİYUM ÜZERİNE ETKİLERİ

Periodonsiyumda yaşa bağlı değişiklikler

Dişeti epitel

- Dişeti epitelinde incelmeye ve keratinizasyon derecesinde azalma olduğu bildirilmiştir. Bu durumda epitelin bakteriyel antijenlere karşı geçirgenliğinde artış ve fonksiyonel travmalara direncinde azalmaya neden olur.
- Rete-peg görüntüsünde düzleşme görülür.
- Dişeti çekimleri artar ancak bu durum yaşlılığa bağlı değil, inflamasyon ve travmanın kümülatif etkisi sonucunda görülür.
- Yapışık dişeti genişliği **artar**. (Mukogingival birleşimin yeri değişmez ancak atrizyonu karşılamak için dişler sürdüğüce dentogingival birleşim de koronale doğru ilerler).

Dişeti bağ dokusu

Dişetinde yaşa bağlı değişikliklerin büyük kısmı epitelten daha çok bağ dokusunda görülür.

- Fibroblast sayısında azalma ve oluşan fonksiyonel ve yapısal değişiklikler hücreler arası matrisi sentezini ve içeriğini etkiler. Bağ dokusu daha yoğun ve kaba hale gelir.
- Kollajende kantitatif ve kalitatif değişiklikler görülür. Kollajen sentezi azalır. Fakat çözünabilir kollajenin çözünemeyen kollajene dönüşmesi sonucu kollajen miktarında artış olur. Bu makromoleküler değişiklikler (mekanik dayanıklılık ve denture olduğu ısının artması) kollajenin stabilizasyonunda artış sağlar. Yaşlı deney hayvanlarında dişetinde kollajen sentezinin azalmasına rağmen, kollajen içeriğinin arttığı görülmüştür.

Periodontal ligament

Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler, dişeti bağ dokusunda görülen değişikliklere benzerdir.

- Periodontal ligament liflerinin kalınlığı **ARTAR**. Lifler arası mesafe **AZALIR**.
- Fibroblastların sayıları ve organik matris yapımı **AZALIR**. Elastik liflerin sayısı **ARTAR**.

★ **Kollajen fibrillerin azalmasına karşılık elastik lifler artar ve hyalinizasyon alanları görülür.**

- Mitotik aktivite **AZALIR**.
- Dişlerin fonksiyonlarına bağlı PDL genişliğinde artma veya azalma görülür.

Sement

- Sement kalınlığı yaşla birlikte **ARTAR**. Bu artış 5-10 katına ulaşabilir. Bu bulgu şaşırtıcı değildir. Çünkü diş sürmesinden sonra da sement depozisyonu devam eder. Geçirgenlik yaşlanmayla **AZALIR**.
- Sement kalınlaşması dişlerin apikal ve lingualinde daha fazladır.

Alveoler kemik

Yaşlanmaya bağlı alveoler kemikte görülen değişiklikler, vücudun diğer kemiklerinde görülenlere benzer. Kemik dokusu devamlı değişim içindedir. Yapısal ve şekilsel kemik değişiklikleri, sürekli rezorpsiyon ve apozisyonlarla birlikte seyreder.

★ **Osteoblastların azalması ve osteoklastların aynı kalmasına bağlı olarak yaşlıda rezorpsiyon apozisyona göre daha fazladır.**

- Alveoler proses kemiğin dişleri barındıran bölümü olduğundan diş kayıplarından sonra bazal kemikten bir fark kalmaz. Dişsiz hastalarda fonksiyonsuzluk atrofi sonucu kalın trabeküllerde kayıp, kortikal kemikte incelmeye, alt ve üst çene hacminde azalma meydana gelir.
- Dişsizliğe bağlı kemik kaybı mandibulada maksillaya oranla çok daha fazladır. Mandibuladaki bu rezorpsiyonun çok ileri devrelerinde kret bıçak sırtı gibi bir hal aldığından hasta klasik protezi bile kullanamaz hale gelebilir. Maksilla hacim olarak küçülür ve düzleşir, sinüs ile mukozası arasında sadece ince bir kemik tabakası kalır.
- Yaşlanmayla osteoporozisin artması çene kemiklerinin mineral densitesinde azalmaya yol açar. Ancak bu durum fizyolojik yaşlanma sürecine bağlı değildir.
- **Osteointegre dental implantların başarısı ve çekim soketlerinin iyileşme kapasitesi yaştan etkilenmez.**

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 85

85. Nekrotizan periodontal şiddetli durumlarda görülür?
Gangrenöz stomatit

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 85. soru
 Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 147

- ★ Nadir vakada, **gangrenöz stomatit** ve **NOMA** gibi şiddetli formlar görülmüştür. Bu vakaların neredeyse tamamı **gelişmekte olan ülkelerde**, özellikle **sistemik hastalığı ve malnutrisyonu olan çocuklardır**.

Tehhis ve Ayırıcı Tanı

Tanı klinik bulgulara dayanarak yapılır. **Bakteriyel smear, ayırıcı tanı için alınabilir**

NUG	Herpetik Gingivostomatit
Etiyolojisinde bakteri-konak etkileşimi söz konusu	Viral
Nekrotik bir tablo	Diffüz eritem ve vezikül formasyonu
Lokasyon dişeti kenarında	Dişetinde yaygın olmak üzere yanak mukozası ve dudaklarda da lezyonlara rastlanır
Kesin bir süre yok	7-10 gün
Çocuklarda ender olarak rastlanır	Daha çok çocuklarda görülür
Bulaşıcılık yok	Bulaşıp yayılabilir

NUG	Deskuamatif gingivitis
Bakteriyel örneklerinde fusospiroketal kompleks hakim	Bakteriyel smear örneklerinde epitel hücreleri ve az sayıda bakteriye rastlanır
Marjinal gingiva etkilenmiştir	Marjinal ve yapışık dişeti ile birlikte ağız mukozasının diğer alanları da etkilenebilir
Akut bir hikaye var	Kroniktir
Ağrılı	Ağrı olabilir de olmayabilir de
Klinik tabloda pseudomembran var	Dişeti epitelinin deskuame olduğu alanlar var
Bulaşıcılık yok	Bulaşıcı değildir.
Papiller ve marjinal nekroze alanlar var	Dişeti papili nekroze olmaz
Erişkinlerde görülür ve her iki cinsi eşit etkiler, çocuklarda nadir olarak rastlanır	Erişkinlerde ve daha çok kadınlarda görülür
Kötü ağız kokusu karakteristik bir bulgu	Kötü ağız kokusu karakteristik değildir

NUG'dan ayıran özellikler	
Kronik Periodontitis	- Kronik hikaye vardır - Komplikasyon değilse ağrısızdır - Papil görünür şekilde nekroze olmaz - Genellikle deskuamasyon görülmez - Biraz ağız kokusu vardır ancak NUG'daki kadar kötü-kokuşmuş değildir
Streptokokkal gingivostomatit	- Gingival marjinal nekrozu görülmez - Kötü ağız kokusu yok - Smear testinde S. Viridans veya A grubu beta-hemolitik streptokoklar baskındır
Gonokokkal stomatit	Etken Neisseria gonorrhoeae'dir.
Difteri	- Etken Corynebacterium diphtheria - Membran zor kaldırılır (NUG'da kolay) - Daha az ağrılı - Boğaz, bademcikler etkilenir, marjinal dişeti nadiren etkilenir - Bulaşıcı
Sifiliz (ikinci aşama)	- Etken Treponema pallidum - Membran kaldırılmaz - Ağrı minimal - Ağızdaki her yer etkilenebilir ancak marjinal dişeti nadiren etkilenir - Direkt kontakt ile bulaşır
Agranülositozis (NUG'dakine benzer ülserasyon ve nekroz var)	- Dolaşımdaki PMNL sayısında belirgin azalma - Ayrıca tanıda kan tablosu kullanılır
Vincent anjini	- Orofarynx ve boğazın fusospiroketal enfeksiyonu (Borrelia Vincenti) - Boğazda ağrılı membranöz ülseler - Larinks ve orta kulağa ilerleyebilir

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 86

86. 46-dişeti çekilmesi 5 mm sulkus derinliği 3 mm olan hastada ataşman kaybı miktarı kaçtır?
8 mm

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Sementikel

Periodontal ligament içinde serbest ya da yapışık yuvarlak sement kütleleridir. Kalsifiye olmuş epitel artıkları, periodontal ligamentte travmatik olarak kopmuş alveolar kemik ya da sement parçacıkları, tromboze damarlardan oluşabilir. Genelde dişin apikalinde yer alır. Yapışık ya da serbest olabilir. Klinik belirti vermez, radyografide rastlantısal olarak tespit edilir.

Ankiloz

Periodontal ligamentin yokluğunda alveol kemiği ve sementin birleşmesidir. Sement rezorpsiyonu olan dişlerde bir çeşit anormal tamirdir. Ankiloz;

- Kronik periapikal inflamasyon sonrası,
- Diş replantasyonlarından sonra,
- Okluzal travma sonrasında,
- Gömülü dişler etrafında oluşabilir.

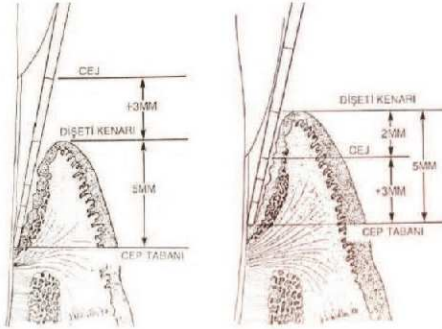
Periodontal Hastalıkta Sementte Meydana Gelen Değişiklikler

- Bakteriler ve endotoksinlerin semente penetrasyonu gerçekleşir.
- Kollajen matrisin dejenerasyonu görülebilir.
- Sement yüzeyinin hipermineralizasyonu görülebilir.
- Florid içeriği artar, o yüzden asit demineralizasyonuna oldukça dayanıklı hale gelebilir.

Klinik Bilimler 86. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 028

ATAŞMAN SEVİYESİ ÖLÇÜMÜ (Mine Sement Hududu-Cep Tabanı İlişkisi)

Dişeti çekilmesinin (dişeti kenarı (DK) MSH'ın apikalinde olduğunda, MSH ile DK arasındaki mesafe) nasıl ölçüleceği hususunda çoğunlukla problem yaşanmamaktadır. Her iki referans noktasıda görünür olduğunda MSH ve DK ölçümleri kolaylıkla yapılabilmektedir. Ayrıca klinik ataşman kaybı da, sondalama derinliğine dişeti çekilmesi miktarının eklenmesiyle kolaylıkla hesaplanmaktadır. Örneğin 5mm sondalama derinliği ve 3 mm dişeti çekilmesi olan bir vakada klinik ataşman kaybı 8 mm'dir (5+3) (şekil 1). Dişeti kenarı MSH'ın koronalinde olduğunda referans noktalarından sadece DK tamamen görülür. DK ile MSH arasındaki mesafeyi belirleyebilmek için periodontal sondun ucu ile MSH hissedilir ve dişeti kenarının MSH'ın ne kadar koronalinde olduğu belirlenir. Eğer DK ile MSH aynı seviyede ise belirlenen değer 0 olmalıdır. Örneğin DK, MSH 'ın 1 mm koronalinde ise belirlenen değer +1 olmalıdır. DK, MSH'ın 2 mm koronalinde ise belirlenecek değer +2 mm olacaktır. Yani; DK, MSH'ın koronalinde ise MSH ile DK arasındaki mesafe (+) değer olmalıdır. Örneğin sondalama derinliği 5 mm ve Dişeti kenarı MSH'ın 2 mm koronalinde ise klinik ataşman kaybı 3 mm'dir. (5-2) (şekil 2).



Orijinal Soru: Klinik Bilimler 87

87. Cairo dişeti sınıflamasına göre aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

Yapışık dişeti genişliği ve vestibül derinliği değerlendirme kriteridir

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 87. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 044

GELİŞİMSSEL VE KAZANILMIŞ PERİODONTAL DEFORMİTE DURUMLARININ SINIFLANDIRILMASINDA DEĞİŞİKLİKLER

Mukogingival Durumlar

Mukogingival deformite, mukogingival junctionı ve dişeti, alveolar mukoz ve frenulum kas bağlantılarıyla olan ilişkisini tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir.

- Mukogingival deformitelerin cerrahi olarak düzeltilmesi **estetik nedenlerle, fonksiyonun artırılması veya ağız hijyeninin kolaylaştırılması** amacıyla yapılabilir.

Dişeti Çekilmesi Sınıflaması (2017)

- Tip 1 çekilme;** İnterproksimal ataşman kaybı olmadan dişeti çekilmesi varlığı
- Tip 2 çekilme;** İnterproksimal ataşman kaybı ile birlikte dişeti çekilmesi varlığı (İnterproksimal ataşman kaybı, bukkal ataşman kaybına eşit veya daha az).
- Tip 3 çekilme;** İnterproksimal ataşman kaybı ile birlikte dişeti çekilmesi varlığı (İnterproksimal ataşman kaybı, bukkal ataşman kaybından daha fazla).

Oklüzal Travma ve Travmatik Oklüzal Kuvvetler

- Travmatik oklüzal kuvvet, bölgenin adaptasyon kapasitesini aşabilen, dişlerin ve/veya periodonsiyumun yaralanmasıyla sonuçlanan herhangi bir oklüzal kuvvet olarak tanımlanır.
- Travmatik oklüzal kuvvetlerin belirti ve semptomları;
 - Fremitus,
 - Mobilite,
 - Diş Migrasyonu,
 - Aşırı Oklüzal Aşınma,
 - Termal Hassasiyet,
 - Çiğneme Sırasında Rahatsızlık/Ağrı,
 - Kırık Dişler,
 - Radyografik Olarak Genişlemiş Periodontal Bağ Alanı,
 - Kök Rezorpsiyonu
 - Hipersementoz

Protez ve Dişle İlgili Faktörler

Protezlerle ilgili faktörler bölümü yeni sınıflandırmada genişletildi. **Biyolojik genişlik** terimi **ATAKE SUPRAKRESTAL DOKULAR** ile değiştirildi. İndirekt restorasyonların üretilmesinde yer alan klinik prosedürler, yeni prosedürler nedeniyle eklenmiştir; bu veriler, bu prosedürlerin çekilmeye ve klinik ataşman kaybına neden olabileceğini göstermektedir.

★ Atake suprakrestal dokular: Junctional epitel + Suprakrestal bağ dokusu ataşmanı

Periodontal Apseler

- Periodontal apse, periodontal cebin diş eti duvarında lokalize, akut ve pürülan bir enfeksiyondur.
- Periodontal apseler ağız boşluğunda acil tedavi gerektiren yaygın enfeksiyonlardır.
- Bu apseler, önceden var olan derin periodontal cepler, yabancı cisim reaksiyonları, fırsatçı bakterilerin aşırı çoğalması veya yetersiz ortodontik kuvvetler gibi etiyolojik faktörlere göre sınıflandırılmalıdır.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 88

88. 2 adet 4 .0 mm implant uygulanacak 2 dişlik sahada minimum mesiodistal genişlik kaç olmalıdır?
14 mm

Dental İmplantlarda osseointegrasyonu etkileyen faktörler

- İmplant materyalinin biyolojik uygunluğu ve biyointegrasyon
- İmplant materyali ve şekli
- İmplant yüzeyi
- İmplant uygulanacak kemiğin durumu
- Cerrahi teknik (atravmatik çalışma, kemiğin açısı isinmasını engelleme)
- İmplantın üzerine gelen yükler
- İmplantın primer stabilitesi
- Yükleme koşulları ve zamanı (Alveolar kemiğin kalitesine göre iyileşme 2-6 ay arası sürebilir. İyileşme süresinde yükleme yapılmamalıdır.

İmplant Sağkalımı: İmplant osseointegre durumdadır ancak implantla ilişkili problemlerin dikkate alınmadığı durumdur.

Klinik Bilimler 88. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 216

İmplant Uygulanacak Alanın Değerlendirilmesi

Güvenlik sınırı (Cerrahi hata payı):	2 mm
İmplantın bukkalinde kalan kemik kalınlığı	1,5-2 mm
İmplantın lingualinde kalan kemik kalınlığı	1 mm
İmplant - dış arası mesafe	1.5 mm
İmplant - İmplant arası mesafe	3 mm
İnterokluzal mesafe	7 mm

* Estetik bölgelerde bukkal kemiğin en az 2 mm olması tercih edilir.

Mevcut kemiğin açısı: Diş kaybı sonrası meydana gelen atrofi nedeniyle mevcut kemiğin açısı ideal aksta implant yerleştirilmesi için uygun olmayabilir. Bu duruma sıklıkla maksiler anterior bölgede rastlanır. Yerleştirilecek implantın aksının belirlenmesinde mevcut kemiğin açılanması protetik ihtiyaçlar açısından değerlendirilmeli ve gerekirse augmentasyon teknikleri veya açılı abutment uygulamaları tercih edilmelidir.

Kemik yoğunluğunun sınıflandırması (Lechohm ve zarp)

D1 kemik

Yoğun kortikal kemik içerisinde trabeküler kemiğin çok az bulunduğu veya hiç olmadığı durumdur. Genellikle alveolar kemiğin tamamen rezorbe olduğu alt çene anterior bölgede görülür.

Kemiğin çok yoğun olması implant osteotomisi ve implantın yerleştirilmeleri sırasında sorun oluşturabilir. Keskin frezlerle çalışmalıdır. Çok yoğun irrigasyon uygulanmalıdır. İmplantların primer stabilitesi iyi olmasına rağmen, kanlanmanın az olması ve termal irritasyon sebebiyle osseointegrasyon süreci olumsuz etkilenebilir.

D2 kemik

Dışta kortikal içte ise yoğun trabeküler kemiğin benzer oranlarda bulunduğu kemiktir. Genellikle maksiler anterior ve mandibular posterior bölgelerde görülür. İmplant cerrahisi ve osseointegrasyon açısından en iyi özellikteki kemiktir.

D3 kemik

Dışta ince bir kortikal kemik ile içte yoğun trabeküler kemiğin bulunduğu durumdur. Genellikle üst çene anterior bölgede bulunur.

D4 kemik

Çok ince bir kortikal kemik tabakası içerisinde düşük yoğunlukta trabeküler kemik bulunur. Genellikle üst çene posterior bölgede bulunur.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 89

89. Aniden ortaya çıkan dişeti şişliği ve ağrı bulunan genç hastada 2 mm cep ölçülüyor. radyografikkayıp bulunmuyor . En olası tanısı...
Gingival apse

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 89. soru
 Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 226

Akut iltihabi dişeti büyümeleri

- Gingival apseler
- Periodontal apseler

Periodontal apseler; sadece dişetini değil, periodontal dokuları da tutar. Dişetinde kökün lateral yüzeyi boyunca uzanan ovoid büyümeler şeklinde görülür. Periodontal dokular içindeki lokalize pürülen bir inflamasyondur. Apselerin çoğu tedavi edilememiş periodontitis hastalarında oluşur. Etiyoloji de yetersiz subgingival temizlik ve supragingival bölgenin tıkanması, endodontik problemler ve travma vardır.

Gingival apseler; ani olarak başlar. Ağrılı 24-48 saat içinde fluktan bir hal olarak drene olabilir. Dişeti ile sınırlıdır. Komşu dişlerde sensitivite ve perküsyon olabilir. Dişeti kırmızı, şiş ve parlak yüzeyli görünümündedir. Etiyoloji de travma sonucu dişeti bütünlüğünün bozulması ve bağ dokusuna bakteri penetrasyonudur (balık kilağı, sert yiyecek parçalarının vb. durumların dişetine penetrasyonu sonucu)



İlaça bağlı dişeti büyümeleri (İBDB)

- Anti konvülsanlar
- İmmünsupresifler
- Kalsiyum kanal blokörleri

Dental kaynaklı olmayan ilaçların kullanılması takiben yan etki olarak ortaya çıkmaktadır. İlaçların dişeti büyümesine neden olabilmeleri için en az 3 ay kullanılması gerektiği ve başlangıç konsantrasyonunda önemli olduğu rapor edildi.

Büyümeler anterior bölgede daha sıklıkla görülmekte beraber, interdental bölgelerde genellikle ağrısız küçük odaklar halinde başlar ve fasial/lingual yüzeylere yayılım gösterir. Büyümenin şiddetlenmesi fonksiyon ve fonasyonu bozar, estetik problem oluşturur. Dişlerin bulunduğu gingivada büyüme görülür. Dişin çekimi ile büyüme kaybolur. Dişsiz bölgeler nadiren etkilenir. İmplant çevresinde benzer şekilde etkilenir.

Yapılan çalışmalarda dişeti büyümesinin şiddeti ile oral hijyen durumu arasında doğru orantı olduğunu göstermiştir. Ancak mekanik ve kimyasal olarak plak kontrolü sağlansa bile dişeti büyümesi görülebilir. Yani dental plak ön koşul değildir. Dişeti büyümelerine inflamasyon eklenmediği sürece sıkı, fibrotik yapıda, soluk pembe, kanama eğilimi olmayan bir yapı sergiler. Yüzeyinde küçük lobüller şeklinde (dut benzeri) lezyonlar dişetinden çizgisel tarzda bir olukla ayrılır. İnflamasyonun dahil olması ile birlikte büyümenin rengi kırmızımsı veya mavimsi olabilir. Yüzeyindeki lobüller yapı değişir ve kanama eğilimi artar.

Ayrıca dişetlerinin histolojik kesitlerinde epitelde akantoz ve parakeratoz, Elektron mikroskop çalışmalarında hiperplaziye uğrayan bağ dokusunun içerisinde büyük oranda kollajen olmayan matris ve ara madde vardır.

Dişeti büyümeleri, ilacın tipi ve dozuna, kullanım süresine, oral hijyene, genetik duruma bağlı hastanın yatkınlığı, çevresel faktörlere bağlı artar.

Antikonvülsanlara bağlı dişeti büyümeleri

Fenitoin, dilantin, valproik asit (sodyum valproat), karbamazepin, fenobarbiton, vigabatrin gibi antikonvülsanlar büyüme neden olur. Valproik asitin gebelerde kullanılması sonucu fetüs etkilenmiş ve konjenital dişeti büyümeleri izlenmiştir. Fenitoin türevlerinin fibroblast benzeri hücre proliferasyonunu artırdığı bildirildi. Bu etki üzerine klinik olarak epileptik olmayan sağlıklı bireylerde sistemik fenitoin kullanımı ile birlikte yara iyileşmesini hızlandığı belirtilmiştir.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 89

89. Aniden ortaya çıkan dişeti şişliği ve ağrı bulunan genç hastada 2 mm cep ölçülüyor. radyografikkayıp bulunmuyor . En olası tanısı...
Gingival apse

Hastalığın ilerleyişi 3 ayda 10 mm kemik kaybı olacak kadar hızlı olabilir. Etiyolojide, AIDS hastalığının ANUG, atipik gingivitis, hızlı ilerleyen gingivitis ve NUP'a yol açan fırsatçı patojenlerin oluşumunu kolaylaştırması yatmaktadır. Yine AIDS hastalarında NUP'ta yüksek sayıda fırsatçı mantar olan candida albicans ve diğer periodontopatojenler vardır. AIDS hastalarında görülen periodontal lezyonlarda spiroket sayısı düşüktür.

Refractory periodontitis (inata periodontitis)

Refraktör periodontitis bir hastalık olgusu olarak herhangi bir sınıflamaya dahil edilememektedir. Bilinmeyen nedenlerle tedaviye cevap vermeyen veya uygun tedaviden hemen sonra yeniden oluşan vakalar refraktör periodontitis olarak kabul edilir.

Refraktör periodontitis rekürrent periodontitisten ayırt etmek gerekir. Rekürrent periodontitiste tam iyileşme görülmesine rağmen oral hijyen yetersizliği gibi nedenlerle hastalık tekrar eder.

5) Periodonsiyum apseleri

- Gingival apse
- Periodontal apse
 - Akut apse
 - Kronik apse
- Perikoronel apse

1999 sınıflamasında periodonsiyum apseleri gingival apse, periodontal apse (akut, kronik) ve perikoronel apse olarak tanımlanmıştır. Bununla beraber akut enfeksiyöz süredin orijinine göre 2 tip apse tanımlanabilmektedir.

1. Periodontitisle ilişkili apse (akut enfeksiyon derin periodontal ceplerdeki subgingival biyofilmde bulunan

Klinik Bilimler 89. soru

Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 109

Yabancı cisim gömülmesi veya bakteriyel kolonizasyona yol açabilecek kok butanlığındaki değişiklikler gibi

1. Gingival apse

Sadece marjinal ve interdental dişetinin etkilendiği dişin diğer destek dokularının etkilendiği lokalize, ağrılı, hızlı gelişen bir lezyondur. **Subgingival alandaki yabancı cisim ile ilişkilidir. Dişeti dokusunun devamlılığının bazılması ve bakterilerin doku içerisine penetrasyonu ile oluşur.**

Tedavi

Destek periodontal dokuları ilgilendiren periodontal apsenin aksine gingival apse marjinal veya interdental dişetini ilgilendiren bir lezyondur ve genellikle yabancı cisim invazyonu sonucunda oluşur. Tedavisinde; lokal anestezi uygulandıktan sonra bisturi ile insizyon yapılır ve drenajın sağlanması için insizyon dikkatlice genişletilir. Bölge ılık su ile temizlenir, spanj ile kapatılır, kanama durduktan sonra her iki saatte ılık su gargarası yapması önerilerek ertesi gün tekrar gelmesi söylenir. Ertesi gün semptomlar azalmıştır, lokal anestezi eşliğinde alan temizlenir.

2. Periodontal apse

Periodontitis hastalarında, periodontal apse aktif doku yıkımı periyodunu göstermektedir ve periodontal dokulardaki mevcut kronik enfeksiyonun akut alevlenmesi sonucu oluşur. Akut apse oluşumu, bakteri virulansının artması, doku direncinin azalması veya cep epitelinin sıkı adaptasyonu ile cep ağzının tıkanması sonucu spontan drenajın ortadan kalkmasına bağlı görülür.



1. molar diş kaynaklı periodontal apse

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 89

89. Aniden ortaya çıkan dişeti şişliği ve ağrı bulunan genç hastada 2 mm cep ölçülüyor. radyografikkayıp bulunmuyor . En olası tanısı...
Gingival apse

Klinik Bilimler 89. soru
 Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 152

Periapikal apse, periodontal apse, gingival apse ve periodontal kistin temel özellikleri

Periapikal Apse	Periodontal Apse	Gingival Apse	Periodontal Kist
Diş canlı değil	Diş canlı	Diş canlı	Diş canlı
Çürük var	Çürük yok	Çürük yok	Çürük yok
Cep yok	Cep var	Cep yok	Cep yok
Apikal radyolusensi	Lateral radyolusensi	Radyolusensi yok	Lateral radyolusensi
Minimal veya hiç mobilite	Belirgin mobilite	Minimal veya hiç mobilite	Minimal veya hiç mobilite

PERİODONTAL HASTALIKTA PLAK KONTROLÜ

Plak Kontrolü Ve Oral Hijyen Motivasyonu

Etkin plak kontrolünün sürdürülmesi, periodontal hastalıktan korunma ve hastalığın kontrolü için tüm girişimlerin temelini oluşturur. Supragingival plak, tükürük ve ağız kavitesindeki doğal fizyolojik kuvvetlere maruz kalır. Dil hareketleri posterior dişlerin lingual yüzeylerine temas ederek temizlenmesini sağlar. Fasial yüzeyleri çok daha az temizler. Yanaklar maksiller posterior dişlerin bukkal yüzeylerini temizler. Tükürük akışı sınırlı olsa interproksimal alanları okluzal çukurları temizler. Çiğneme sırasındaki sürtünmede dişlerin kesici ve çiğneyici yüzeylerin temizlenmesine yardımcı olur.

Plak boyayıcı ajanlar

Oral hijyen motivasyonunda ve fırçalama etkinliğinin artırılmasında plağın hastaya gösterilmesi önemlidir. Bu amaçla plağın hastaya daha görünür hale getirmek için birtakım ajanlar kullanılır. Plak boyayıcı ajanlar eritrosin, fuksin veya floresan içeren kimyasal bileşiklerdir.

- Eritrosin plağı kırmızıya boyar (FDA onaylıdır)
- Fluoresin plağı sarıya boyar
- Two tone dyes plağı maviye boyar
- Iodine içeren solusyonlar plağı kahverengi-siyaha boyar.
- Bazik fuksin kırmızı ve tonlarına boyar

MEKANİK PLAK KONTROLÜ

Diş fırçalama, arayüz temizliği, diş ipi, küardan, arayüz fırçası, tek demetli fırça, ağız duşları bu amaçla kullanılabilir. Kimyasal plak kontrolü, mekanik plak kontrolüne **ek olarak** önerilebilir

Diş Fırçası

İlk diş fırçalarında ahşap bir sapa gömülü domuz kılı (kılar) kullanılırken, günümüzde kılların veya filamentlerin çoğu naylon veya polyesterden yapılmıştır. Filamentlerin uçları, diş eti dokusuna ve açığa çıkan sement veya dentin travmasını en aza indirmek için yuvarlatılır.

- İdeal diş fırçasının özellikleri şunlardır:
- Yaşa ve el becerisine uygun sap boyutu
- Hastanın ihtiyaçlarına fırça başının uygun boyutu
- Çapı 0,23 mm'den büyük olmayan, uçları yuvarlatılmış naylon veya polyester filamentlerin kullanılması
- ISO standartlarına uygun yumuşak filament konfigürasyonunun kullanılması
- Proksimal boşluklarda ve diş eti çizgisi boyunca plağın uzaklaştırılmasını artıran filament desenleri

Diş fırçası önerirken şu genel önerileri dikkat edilemesi gerekenler:

- Yumuşak naylon kılı diş fırçaları, doğru kullanıldığında etkili bir temizlik sağlar.
- Diş fırçaları yaklaşık 3-4 ayda bir değiştirilmeleri gerekir.
- Hasta belli bir tip diş fırçasından fayda görüyorsa ve ihtiyaçlarına uygunsa onu kullanmaya devam etmelidir.
- Elektrikli diş fırçası kullanmak isteyen hastalar bunu yapmaya teşvik edilmelidir.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 90

90. Periodontal cerrahideki insizyonlar hakkında yanlış olan....
Vertikal insizyon papli tepesinden atılır

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 90. soru
Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 182

Vertikal insizyon

Vertikal insizyonlar ise dişin uzun aksına paralel olan insizyonlardır. Flap operasyonun amacına ve tasarımına göre horizontal insizyonların uçlarından yapılabilir. Flapın istenilen pozisyonda hareket emesi için mukogingival hattın apikale uzanmalıdır. Vertikal insizyonlar vestibüler yüzeylerde köklerin ve papillerin ortasından geçmemelidir.



*Tam kalınlık flap kaldırılacaksa periost elevatörü ile **blunt (kör)** diseksiyon, yarım kalınlık flap kaldırılacaksa **sharp (keskin)** insizyon yapılır.

Periodontal flap cerrahileri

Modifiye widman flap

Kök yüzeyine işlem uygulanabilmesini sağlar. Modifiye widman flap tekniğinde amaç periodontal cep derinliğini azaltmak değil, **direk görüşü sağlayarak kök yüzeylerine daha etkin müdahale etmek ve cep epitelinin ortadan kaldırmaktır**. Cep derinliğindeki azalma iyileşme sırasında doku bütünlmesi ile gerçekleşir. Teknik ile cerrahiden sonra sağlıklı bağ dokusunun kök yüzeyine yakın adaptasyonu sağlanmış olur.

Tekniğin uygulanışı,

- Gingival marjının 0.5-1 mm apikalinden alveolar kret tepesine doğru dantela formunda **internal bevel insizyon**la başlanır. Modifiye Widman flap tekniğinde sadece cebin iç kısmı elimine edildiğinden internal bevel insizyon diyeti kenarına yakın yerden atılmalıdır (1-2 mm den daha fazla apikal yönde değil).
- Periost elevatörü ile tam kalınlık flap yeterli görüş sağlayacak şekilde elave edilir. Ardından 2. insizyonumuz olan **sulkuler insizyon** atılır. Böylece dişlerin etrafında kalan diyeti dokusu 3. insizyonumuz olan **interdental insizyon**un ardından küretler ile kaldırılır.
- Kanamamanın baskılanması ve daha iyi bir görüş için SCRP'den önce granülasyon dokuları temizlenir. SCRP yapılır. Alveolar kemiğe uygun form verilir ve flepler mümkün olduğunca primer kapatılır.

Yer değiştirmeyen (Unrepozisyone) flap

Modifiye Widman Flap ile arasındaki fark **başlangıç insizyonu** ile cebin yumuşak doku duvarının elimine edilmesidir. Mukogingival deformitelere yol açmaması için flap tasarımı **yeteri kadar yapışık dişetini bırakacak şekilde planlanmalıdır**. Teknik, cep eliminasyonu sağlar.

Tekniğin uygulanışı,

Periodontal sond ile cep derinlikleri ölçülür ve kanama odakları oluşturulur. **Dokunun kalınlığına göre alveol kretinin apikale rastlayan bölgeye doğru internal bevel insizyon** yapılır (Başlangıç insizyonu ile cep duvarı tümüyle elimine edilir. Eğer insizyon dişe yakın geçerse cebin tamamı ortadan kaldırılamaz. Doğal olarak bu tür eksizyonel bir işlemin uygulanabilmesi için **geride yeterince yapışık dişeti bandı kalmalıdır**).

Doku kalınlıkta insizyon hattı o kadar apikale doğru kaydırılır. Diğer işlemler modifiye Widman flap ile aynıdır.



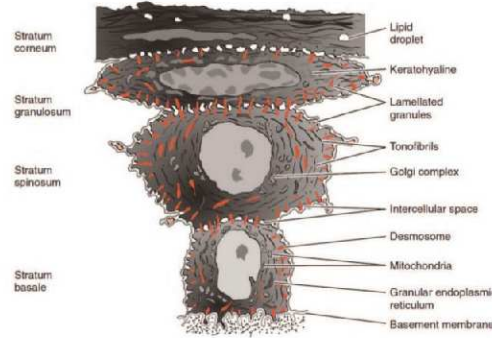
Modifiye Widman flap'te **internal bevel insizyon alveolar kret tepesine doğru** atılır. Yer değiştirmeyen fleplerde alveolar kret tepesinin **apikale doğru** atılır (Submarjinal internal bevel insizyon).

Orijinal Soru: Temel Bilimler 7

7. Piknotik çekirdek içeren gingiva hangi tip epitele örnektir...
Çok katlı yassı parakeratinize epitel

Temel Bilimler 7. soru
 Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 008

Parakeratinizasyonda stratum korneumdaki keratinositlerin çekirdekleri **piknotik** olarak kalmıştır. **Non keratinize** epitelde stratum corneum ve stratum granulosum **bulunmaz**. Ancak **sitokeratin** tüm epitel dokularda olduğu gibi hala **major** komponenttir.



Stratified skuamöz epitelin hücreleri gösteren diyagram.
 (Modified from Weinstock A: In Ham AW: Histology, ed 7, Philadelphia, 1974, Lippincott.)

Keratinize	Keratinize değil
Serbest ve yapışık dişetini örten oral epitel	Alveolar mukoza
Papillerin col hariç diğer bölgeleri	Birleşim epiteli
	Sulkuler epitel
	Papillerin col bölgeleri

Gingivanın epitel hücrelerine keratinosit denilmektedir. Keratinositler lamina propriadan (dişeti bağ dokusu) itibaren sırasıyla şu şekilde sıralanır.

1. Stratum bazale
2. Stratum spinosum
3. Stratum granulosum
4. Stratum corneum

Basal tabaka: Lamina propriaya komşu olan tabakadır. Hücreler basal membran üzerine dizilmiştir. Silindirik veya kübik şeklindedir. Bu tabakadaki hücrelerin **mitotik aktiviteleri fazladır**. Mitotik aktivite ile oluşan hücrelerin bir kısmı üst tabakalara yükselip **desquam** olurken, bir kısmı ise bu tabakada kalıp **ctem cell** görevi görür. **Bu nedenle stratum germinativum (doğurucu)** adıda verilmiştir. **Bu tabakadaki hücre yapım hızı ile desquamasyon hızı arasında paralellik vardır.**

Spinoz tabaka: Hücrelerin yassılaşmaya başladığı çok sıralı hücre tabakasıdır. İlk sıralardaki hücreler mitoz yapmaya devam eder. Organel fonksiyonları basal tabakaya göre azdır. Hücrelerin sitoplazmaları tonofilaman yönünden zengindir. Ayrıca Stratum spinosumun en üstteki hücreleri, modifiye lizozomlar olan keratinosmos veya Odland cisimleri adı verilen çok sayıda yoğun granül içerir.

Granüler tabaka: Yassı şekilli hücrelerden meydana gelir. Bu tabakada hücrelerin sitoplazma ve çekirdeklerinde keratohyalin granülleri vardır. **Bundan dolayı buradaki keratinositler bazofilik boyanmaktadır.** Hiyalin yapımı esnasında hücre çekirdeklerinde piknotik değişiklikler görülür.

Orijinal Soru: Temel Bilimler 23

23. Oral mikrobiyotada bulunmaz?
Shigella

Dusem Konu Kitabı

Dusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

Subgingival plağın, supragingival plağın dişeti oluşuna yayılmasıyla oluştuğu düşünülmektedir. Bunu destekleyen bir bulgu küretaj ve kök yüzeyi düzleştirme işlemleriyle supragingival plak kontrolünün subgingival mikrofloradaki gram(-) anaerob bakteri sayısını azaltmasıdır. **Subgingival plaktaki inorganik yapıların kaynağı da DOS'dır.** Plaktaki flor; diş macunları, gargaralar ve florlu içme suyu gibi dış kaynaklardan gelir.

Diş biyofilmi üç evrede oluşur

Birinci evre; planktonik Gram (+) kokların-streptokok türlerinin pelikula yapışma evresidir.

İkinci evre; tek hücrelerin üremesi ve ekstrasellüler polisakkarid yapımı ile mikrokoloni oluşumu evresidir. Bu evrede erken kolonize olanlar sayıca artar ve yüzeye yayılır. Birbirleriyle otoaggregasyon ve diğer planktonik hücrelerle da komşu hücrelerle koaggregasyon başlar. Topluluklar bir mikrokoloni şeklini alır (birincil ardılık). Mikroçevre aerob/kapnofil'den fakültatif anaeroba değişir. Fusobacterium türleri ile çapraz bağlanmalar gerçekleşir (ikincil ardılık). Mikroçevre fakültatiften anaeroba değişir. Farklı tür bakteriler arasındaki ilginç etkileşimler mısır koçanı ve test tüp fırçası oluşumları ile sonuçlanır (ortada filamentöz bir bakteri buna uzunluğu test tüpü fırçasında olduğu gibi yapışan çok sayıda farklı bakteri türünün oluşturduğu yapılar).

Temel Bilimler 23. soru

Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 063

Temel Bilimler 23. soru Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 063

- Streptococcus mitis
- Streptococcus oralis
- Streptococcus sanguinis
- Actinomyces gerencsabee
- Actinomyces israelii
- Actinomyces naeslundii
- Actinomyces oris

- Aggregatibacter actinomycetemcomitans serotype a
- Capnocytophaga gingivalis
- Capnocytophaga ochracea
- Capnocytophaga sputigena
- Eikenella corrodens
- Actinomyces odontolyticus
- Veillonella parvula

- İkincil kolonizasyon
- Campylobacter gracilis
- Campylobacter rectus
- Campylobacter showae

Temel Bilimler 23. soru Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 063

- Fusobacterium nucleatum spp. nucleatum
- Fusobacterium nuc/eatum spp. vincentii
- Fusobacterium nucleatum spp. polymorphum
- Fusobacterium periodonticum
- Parvimonas micro
- Prevotella intermedia
- Prevotella loeschii
- Prevotella nigrescens
- Streptococcus constellatus
- Tannerella forsythia
- Porphyromonas gingivalis
- Treponema denticola

Bir periodontal cepte bakteri birikmeliklerinin in situ (doğal durumda) immunokimyasal olarak belirlenen dağılımına göre çizilmiş görsel;

- Mavi birikmelik yani Actinomyces türleri sağlıklı ilişkilidir.
- Sarı (Streptococcus türleri), yeşil (Capnocytophaga türleri) ve mor (Veillonella) birikmelikleri cep derinliğinin artması ya da dişeti kanamasıyla ilişkili değildir.
- Hastalık durumuyla ilgili türler kırmızı (P. gingivalis, T. forsythia, T. denticola) ve turuncu (Fusobacterium türleri, Prevotella türleri, c. rectus) birikmeliklerdir.
- Kırmızı birikmelik, sondalamada kanama ile ilişkilidir.



Yapışık zonda; sarı, mavi, yeşil ve mor birikmelikler, Yapışık olmayan zonda; turuncu birikmelik Cep epiteline komşu tarafta; kırmızı bakteri birikmelikleri bulunur.

Orijinal Soru: Temel Bilimler 26

26. Gingivostomatitli bir hastadan hekimin eline bulaşarak veziküler döküntü yapan etken?
Herpes simplex virus

Primer herpetik gingivostomatit için ayırtıcı tanılar

Eritma multiforme	Vezikülleri daha generalize olup sıklıkla dil etkilenir. Deri lezyonları da eşlik edebilir. PHG'ye göre uzun sürelidir.
Stevens Johnson sendromu	Oral lezyonları; hemorajik oküler lezyonlar ve bullöz cilt lezyonları ile birliktedir.
Büllöz liken planüs	Nadir görülen ağrılı bir durum olup, dil ve yanakta büyük lezyonlar vardır. Linear, gri, dantel görünümü saha mevcuttur.
Desquamatif gingivitis	Epitelde desquamasyon ile karakterizedir
Aftöz stomatit	0.5-1 cm çapında büyük lezyonlar olup, 7-10 günde genileme gösterir. Büyük formu haftalar sürebilir.
Herpes Zoster	Varisella zoster virüsü (VZV), diğer herpetik rekürrensiylerden farklı olarak genellikle etkilenen dermatomda kanncalanma, kaşıntı, yanma veya tek taraflı uyuşukluk (zona) prodromu ile kendini gösterir. Bu semptomları, başlangıçtan kısa bir süre sonra orta-şiddetli ağrı takip eder ve ayırtıcı için önemlidir.

Tedavi

Hastalık başlangıcından itibaren 3 gün içerisinde teşhis edilmişse asiklovir süspansiyonu verilebilir (15mg/kg 5x1, 7 gün). 3. Günden sonra teşhiste ise asiklovir sınırlı fayda sağlar. Bu durumda hastaya plak ve debridmanın uzaklaştırılmasını sağlayan palyatif tedavi yapılır;

- Ateş ve ağrıyı azaltmak için NSAİ
- Hastanın yeterli besin almasını sağlamak için topikal anestezi (örn vizkóz lidokain)
- Bol sıvı tüketimi ve vitamin takviyesi
- Fırsatçı enfeksiyon ve ülsereasyonların oluşumunu önlemek amacıyla bazen lokal veya sistemik antibiyotik verilebilir. Ağrının azalması için ağrı kesici verilebilir.
- Oral hijyen yumuşak fırçalarla sağlanır.
- Klorheksidin gargara günde 2 kez verilir.

Temel Bilimler 26. soru
 Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 150

görülebilir.

Herpetik Dolama (Herpetik whitlow)

Dış hekiminin parmağında oluşan herpetik lezyondur. Seronegatif olan hekimin hastadaki herpetik lezyonlardan enfekte olduğunun belirtisidir.

Akut Perikoronitis

Genellikle mandibular 20 yaş dişlerinde gözlenirler. Kısmen sürmüş dişte kapüşon altında gıda ve bakteri birikmesi sonucu görülen iltihabi bir lezyondur. Hastalığın tedavisi inflamasyonun şiddetine, sistemik komplikasyonlara ve perikoronitis gözlenen dişin ağızda kalma olasılığına göre şekillendirilir. Ağrı vardır, kulak ve boğaza yayılan ödem mevcuttur. Lenfadenopati ve ateş görülebilir.

Akut semptom varsa semptomatik tedavi yapılır.

- Drenaj
- Antibiyotikler
- Antiseptikler
- Okluzal uyumlama gibi.

Dış ağızda kalacak ise akut semptomların kalkmasının ardından perikoronel flep cerrahisi yapılır. ağızda kalması planlanmıyorsa çekimi yapılır.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 72

72. Eritema multiformenin nedenleri arasında en az görüleni sorulmuştur.
HPV olacaktır.

Pemfigus vulgaris

Deri ve müköz membranlarda intraepitelyal bül oluşumu ile karakterize otoimmün hastalıktır.

- Pemfigus vulgaris (ağızda en çok bulgu verenidir. Diğerleri nadir bulgu verir)
- Pemfigus vegetans
- Pemfigus eritematozus
- Pemfigus foliaceus

Gibi tipleri vardır. Vezikülobüllöz hastalıklar içinde en ciddi olanıdır. Tedavi edilmediği takdirde **mortalite** gösterir. Yahudi ve akdeniz kökenli bireylerde daha sık olması **genetik alt yapısına** işaret eder.

Hastalık genellikle derinin geniş bölgelerini kaplayan büller ile karakterizedir.

✳ Pemfigus vulgariste epitelde ayrılma stratum spinosumda olur (Intraepitelyal ayrılma).

Bundan dolayı EMMP'ne göre parçalanmamış bül görme ihtimali çok daha düşüktür. Ağrılı multipl ülserler vardır.

✳ Pemfigus foliaceus ise daha hafif seyirli olup epitelde ayrılma stratum corneumda olur.

Pemfigus tiplerinde epitel kolayca ayrılır ve erezyone olma eğilimi gösterir. Ülsere lezyonlar birbirleri ile birleşerek geniş alanları tutar.

Epitel üzerine hafif basarak sürme ile epitelde kolayca ayrılma olur (**Nikolski pozitif**). Mukoza ile birlikte deri tutulumu olan vakalarda ağız lezyonları hastalığın ilk bulgusunu oluşturur.

Erken oral lezyonlar aftöz ülserlere benzeyebilir. Ancak ileri safhalarda geniş erozyonlar yaygındır. Dişeti tutulumu ağırlı desquamotif lezyonlar, rüptüre büllerin ardından kalan erozyonlar ve ülserasyonlar şeklinde görülür. En fazla tutulum yumuşak damakta (%80) görülür, ayrıca yanak mukozası (%46), dil dorsumu (%20) ve dudak mukozasında (%10) görülür. Pemfigus vulgaris'in oral lezyonları dişeti dokularında daha az sıklıkta görülür.

Histopatolojisinde hücreler arası bağlantıdan sorumlu **desmozomal kaderin proteinlerine (ağızda desmoglein 3, deride desmoglein 1 ve 3) karşı Tip 2 hipersensitivite reaksiyonunun** bulunduğu otoimmün reaksiyon söz konusudur.

Karakteristik olarak akantolize yol açan desmozomların yıkımı nedeni ile **intraepitelyal büller** vardır. Büller yapışık olmayan serbest epitelyal hücreleri ve hücreler arası bağlantılarını kaybetmiş **tzanck** hücreleri içerir. Bazal tabaka hücreleri tek sıralı mezar taşları gibi dizi oluşturur.

İmmunohistokimyasal (immüno Floresan) incelemede ayrılma bölgesinde hücrelerin çevresinde **IgG ve C3 birikimi** olduğu bilinmiştir. Tanı biyopsi ile konur. Histopatolojik ve immüno Floresan bulgular ülsere lezyonlarda anlamlı değildir. Bu sebeple biyopsi erken evre lezyonlardan ve büllerden yapılmalıdır.

Tedavi, hastaların çoğu sistemik kortikosteroid ile tedavi edilebilmesine rağmen geç teşhis konulduğunda hastalık

Klinik Bilimler 72. soru

Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 092

Eritema multiforme

Akut, bülöz, maküler inflamatuvar mukokutanöz hastalıktır.

Genellikle 20-40 yaş arası kişilerde görülür, çocuklarda nadirdir

Mukokutanöz lezyonların oluşumunun immün kompleks vaskülit gelişiminde yattığı düşünülmektedir. Bunu,

Klinik Bilimler 72. soru

Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 092

Müköz membranları ve deriyi etkileyen reaktif, akut, bazen rekürrent vezikülobüllöz bir hastalıktır. EM'nin patogenizi bilinmemekle birlikte etiyolojide;

- HSV
- COVID-19
- Çeşitli ilaçlar (sülfonamidler, penisilinler, NSAİ, antikonvülsan ilaçlar) bulunur.

92

BÖLÜM 3

DUSEM
DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI ÖĞÜTİM MERKEZİ

01.10.2025 APPLE ONLINE STORE
İSTANBUL 20.868,00

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 72

72. Eritema multiformenin nedenleri arasında en az görüleni sorulmuştur.
HPV olacaktır.

Klinik Bilimler 72. soru
 Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 093

EM patogenezinde keratinositlere karşı sitotoksik bir immün reaksiyon olduğu düşünülmektedir. Stevens Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroz; eritema multiformenin daha şiddetli ve yaygın şeklidir. EM herhangi bir yaşta görülebilir fakat en çok genç bireyleri etkiler. Oral mukozal tutulum her zaman olmamakla birlikte %25-60 oranında gözükür.

Karakteristik oral lezyonlar vermillion hattında yaygın kabuk oluşumu ile dudaklarda şişlik biçimindedir. Esas lezyonlar ise rüptüre olan ve yerinde genellikle yoğun sarımsı fibrinöz eksüda ile kaplı geniş ülserler bırakan bülberdir. Bu lezyonlar bukkal mukozaya ve dişetinde etkilenebilir. Deri lezyonları eritematöz alan içinde beyaz halka ile çevrili santral bölümler şeklinde izlenen, **zambak görünümü** nedeni ile karakteristiktir.

✳ **EM histopatolojisinde epitelin bağ dokusundan intra ve subepitelyal olarak ayrıldığı görülmektedir.**

Tedavi, diğer intraoral ülserasyonlarda olduğu gibi a travmatik plak kontrolü ve profesyonel temizlik zorunludur. Tedavi sıklıkla sistemik kortikosteroidlerle olur. Herpes simplex kaynaklı EM vakalarında asiklovir de verilebilir.

Lupus eritematozus

Çekirdek ve sitoplazma membranı gibi çeşitli hücresel elemanlara karşı otoantikorların oluştuğu otoimmün hastalıktır. Hastalığın tipleri

- Sistemik lupus eritematozus (SLE)
- Kronik kutanöz lupus eritematozus (Diskoid lupus eritematozus)
- Akut ve subakut kutanöz lupus eritematozus (SLE gelişim riski gösterirler.)

Sistemik lupus eritematozus

Genellikle kadınlarda görülmektedir. Böbrek, kalp, santral sinir sistemi, vasküler sistem ve kemik iliği gibi pek çok yapıyı etkileyen ağır bir hastalıktır.

SLE'de sert damak, yanak ve dişetlerinde likenoid benzeri lezyonlar, bazen düzensiz sınırlı ülserasyonlar, eritemler, hiperkeratotik alanlar görülebilir. Ağız kuruluğu ve yanma hissi vardır. Eritemli geniş düzensiz şekilli plakların kenarları beyaz dikey çizgili, keratotik ve hafif kabarıktır. Kenarları kalkık yüzeyel palatal ülserler kanamaya meyillidir. Immünyüpresif tedavi alekları için candida enfeksiyonları sık görülür.

Tanı için, lezyon olan veya olmayan deri ve mukozalarda immünfloresan inceleme ile bazal membranda IgG, C3 ve bazen IgM bulunması **"lupus bant testi"** pozitif bir bulgudur.

Klasik deri bulgusu **yüzde kelebek şeklinde** görünümlerdir.

Vakaların %95'inden fazlasında ANTİNÜKLEER ANTİKOR (ANA) mevcuttur. DNA ve ENA (extractable nuclear antigen) antikorları vakaların >% 50'sinde görülür.

Kronik kutanöz lupus eritematozus (Diskoid lupus eritematozus)

Deri, muköz membran ve bazen oral mukozada dişetinde tutan hastalığın hafif kronik şeklidir. Sistemik semptom bulunmaz.

Deri lezyonlarına **Diskoid lupus eritematozus (DLE)** denir. DLE, iyileşme alanının hiperpigmentasyonuna veya hipopigmentasyonuna dönüşebilecek kronik skar, atrofi lezyonu tanımlar.

Tipik lezyon, periferik telenjektazi ile yayılan ince beyaz çizgiler tarafından çevrelenmiş küçük beyaz noktalar ile merkezde atrofik bir alan şeklindedir. Hastalıkta eroziv oral liken planüs benzeri plaklar olabilir. Bu plakalar ağız başlığında palatinada ve bukkal mukozada görülebilir. Dilde papillaların kaybolduğu, düz, kırmızı alanlar ile lökoplaki benzeri beyaz parlak plakalar olabilir. Dişetlerinde desquamatif gingivitis görülür.

Hastalarda bazen tedavi için reçete edilen antimalaryal ilaçlara bağlı kahverengimsi gingival lezyonlar görülebilir.

Subakut kutanöz lupus eritematozus

Kronik forma benzer lezyonlar vardır. Ancak bu lezyonlarda skar ve atrofi izlenmez. Lezyonlar deri ve mukozaya sınırlıdır.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 78

78. Periodontal aralıkla alakalı bir radyografik landmark sorulmuştur. yanlış olan tanımlama istenmiştir.
Periodontal aralığın en dar izlendiği alan kökün orta üçlüsüdür.

Dişi Destekleyen Dokuların Vaskülarizasyonu

Mandibula ve maksillanın inferior ve superior arterlerinden sağlanır.

Periodontal ligamente üç yoldan ulaşır;

- Apikal kanallar
- Alveolar kemiği penetre eden damarlar (trans alveolar damarlar)
- Gingivadan gelip anastomoz yapan damarlar.

Apikal damarlar, foramen apikaleden kök içerisine girip pulpayı beslemeden önce periodontal ligamentin apikal bölgesinin kanlanmasını sağlarlar.

Transalveolar damarlar lamina dura'yı perfor ederek periodontal ligamente ulaşan damarların dallarıdır.

Intraseptal damarlar dişetini vaskülarize ederler. Servikal bölgede periodontal ligament damarlarıyla anastomoz yaparlar.

Periodontal ligamentin venöz drenajı arterial damarları takip eder. Venöz drenajı destekleyen lenfatik sistem birleşim epitelinin hemen altından periodontal ligamente ulaşarak diğer damar sistemlerini takip edip periapikal bölgeye ulaşır. Buradan alveolar kemiğe ve mandibulada inferior dental kanala, maksillada da infraorbital kanala oradan da submaksiller lenf nodlarına ulaşır.

PERIODONTAL LİGAMENT (PDL)

Periodontal ligament diş kökleri ile alveolar kemik arasındaki (lamina dura) boşlukta bulunan dişlerin köklerini çevreleyen fibröz bağ dokusudur. Buna rağmen oldukça vasküler bir hücresel bağ dokusudur. Özelliği ağıstır. PDL

Klinik Bilimler 78. soru

Dusem Periodontoloji Konu Kitabı Sayfa 022

Genişliği ortalama 0,2 mm olarak bildirilmesine rağmen önemli varyasyonlar bulunmaktadır (0,1-0,4mm arasında). Periodontal ligament dişlerin kole, apikal ve furkasyon bölümlerinde daha geniştir. PDL fonksiyon görmeyen dişlerde dar iken, hiperfonksiyon gösteren dişlerde genişlemiştir.

Periodontal ligament dişlerin fonksiyonu sırasında ortaya çıkan kuvvetleri alveolar kemik vasıtasıyla alveolar prorese dağıtılmasını ve yeniden emilmesini sağlar. Dişlerin fizyolojik bir mobilite göstermesini sağlar. Periodontal ligament içermeyen implantlar mobilite göstermezler. Dişlerin mobilitesi büyük ölçüde periodontal ligamentin genişliği, yüksekliği ve kalitesiyle ilişkilidir.

Periodontal ligamentin içeriği

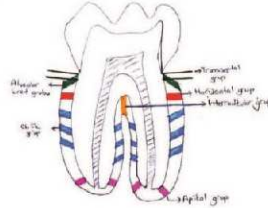
Fibröz bağ dokusu olan PDL; bağ dokusu lifleri, hücresel elemanlar, damarlar ve sinirler ve matriksten oluşmaktadır.

Sharpey lifleri

Periodontal ligamentin alveol kemiği ve sement içinde devam eden uzantılarıdır. Demetler halinde düzenlenmişlerdir ve longitudinal kesitlerde dalgalı olarak seyrederek. Ayrıca perıostu altındaki kemik dokuya tutturan liflerdir. Sharpey lifleri önemli derecede kalsiye haldedirler.

Periodontal Ligament Fibrilleri

PDL lifleri seyrine göre gruplanır. Esas lifler 6 grupta incelenir.



ANKARA	Ziya Gökalp Cad. No: 3 (Sosyal İşhanı) Kat: 5 Kızılay/ANKARA 0 (312) 435 05 00
İSTANBUL	Beyazıtğa Mah. Topkapı Cad. No: 1 Kat: 3-4-5 Topkapı/İSTANBUL 0 (212) 523 10 00
ADANA	Yeni Baraj Mah. 68053 Sok. Aydın 6 Apt. No: 8/B Seyhan/ADANA 0 (322) 224 63 23
ANTALYA	Güllük cad. (Soytaş Ulukut İş Merkezi) Kat: 7 No: 10/27 Muratpaşa/ANTALYA 0 (242) 243 88 22
BURSA	Asimbey Cad. No: 12 Görükle Mah. A blok Daire: 4 Nilüfer/BURSA 0 (224) 441 74 14
EDİRNE	İstasyon Mahallesi Atatürk Bulvarı Libra Teras Evleri A blok Kat:2 No:193 D:16 MERKEZ /EDİRNE
ERZURUM	Lala Paşa Mah. İzzet Paşa Cad. Ömer Erturan İş Merkezi Kat: 1 No: 3 Yakutiye/ERZURUM 0 (442) 233 35 85
KOCAELİ	28 Haziran Mah. Turan Güneş Cad. No: 273 Kat: 1 İzmit/KOCAELİ 0 (553) 144 08 55
KONYA	Sahibi Ata Mahallesi Mimar Muzafer Cad. Zafer Alanı Abide İş Merkezi: Kat: 4 Meram/KONYA 0 (332) 351 95 23
SAMSUN	Cumhuriyet Mah. 65. Sokak No: 3 Kat: 1 Atakum/SAMSUN 0 (362) 431 93 39



@dusemegitim



@dusemegitim



@dusemegitim



@dusemegitim



Online Satış Sitemiz
www.tusemportal.com



www.dusem.net

