DUSEM®

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

120 SORUDA 116 REFERANS

Temel Bilimler: 39 Soru • Klinik Bilimler: 77 Soru

dusemegitim

AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ

120/12

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Konu Kitabımız toplamda **12 soruya** referans vermiştir.



Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Konu Kitabı

10/10

10 Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Sorusunun **6 sorusu** A.D.Ç. Cerrahisi Kitabından, **+ 4 soru** diğer branştan.



DUSEM Konu Kitapları

www.dusem.net • www.tusemportal.com

DUSEM®

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Değerli Hekim Arkadaşlar;

Öncelikle 01 Kasım'da 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 116'sına 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.**

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 6

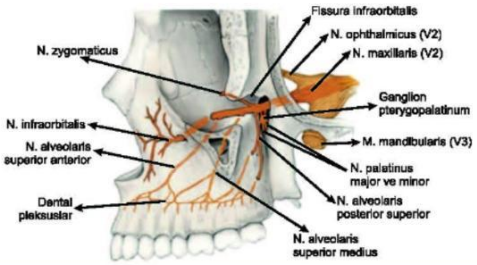
6. Nervus mandibularis'in dalı olmayan sinir hangisidir? Nervus infraorbitalis

İLGİLİ NOTLAR

V2: MAKSİLLER DAL

Foramen rotundum'dan çıkarak pterygopalatine fossa'ya girer. Tümüyle sensördür. İnnerve ettiği bölgeler:

- Yüzün orta kısmı
- Alt göz kapağı
- Burnun yan tarafı
- Nazofarinks
- Maksiller sinüs
- Yumuşak damak
- Tonsil

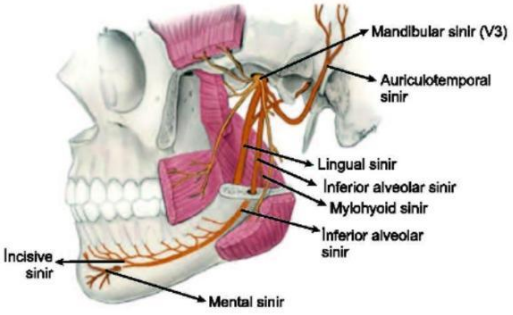


Temel Bilimler 6. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 021

V3: MANDİBULAR DAL

Foramen ovale'den çıkar ve infratemporal fossa'ya girer. İnnerve ettiği yerler:

- Sensör kök
  - Temporal bölge
  - Kulak kepçesi
  - Dış kulak yolu
  - Yanak
  - Alt dudak
  - Alt çene ucu
  - Yanak
  - Dilin anterior 2/3 kısmı
  - Alt dişler ve periodontal dokular
  - Alt çene kemiği
  - Temporomandibular eklem
  - Parotis
- Motor kök
  - Çiğneme kasları: Masseter, temporalis, pterygoideus medialis, pterygoideus lateralis
  - Mylohyoid
  - Digastrik kasın anterior karnı
  - Tensor tympani
  - Tensor veli palatini



Mandibular dalın dağılımı

LOKAL ANESTEZİK MADDELERİN ETKİSİ

- Dinlenme durumundaki bir periferal nörondaki "Na-K pompası" Na^+ iyonlarını hücre dışına, K^+ iyonlarını ise hücre içine taşır. Böylece sinir hücresi polarize durumda kalır. Buna "dinlenme potansiyeli" denir.
- Bu nörona düşük şiddette bir uyarı gelirse hiçbir şey olmaz fakat uyarının şiddeti belli bir eşik değerini aşarsa iyon kanallarından içeri Na^+ girer, polarizasyon bozulur (depolarizasyon).
- Sinir hücresi eşik değerinin üzerindeki uyarılara aynı şekilde tepki verir. Bu durum **"ya hep, ya hiç prensibi"** olarak adlandırılır. **Stimulusun şiddeti arttıkça nöronda daha sık aralıklarla impuls oluşur ve uyarı daha şiddetli olarak algılanır.**

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 59

59. splint tedavisi ile ilgili hangisi doğrudur.... semptomların kaybolduğu anterior pozisyonun belirlenmesinde

İLGİLİ NOTLAR

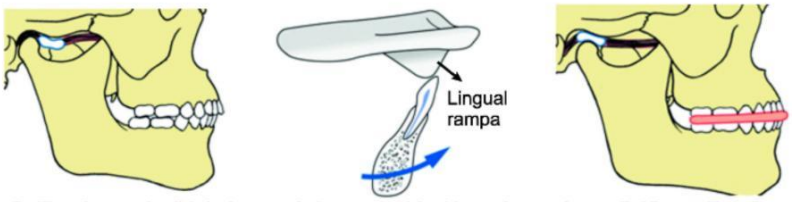
Kullanım amaçları:

- **Çiğneme kaslarını gevşetmek**
- **Eklem stabilitesine yardımcı olmak**
- **Dişleri bruksizmden korumak**

Klinik Bilimler 59. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 166

Anterior Repozisyon Splintleri

Splintin ön tarafında bir eğim vardır. Bu sayede **alt çene öne alınır.**



Redükte olan anterior disk deplasmanında üst çeneye takılan bir anterior repozisyon splinti ile mandibula öne alınabilir ve kondil başının diski yakalaması sağlanabilir.

Kullanım amaçları:

- **Redüksiyonlu anterior disk deplasmanında disk-kondil-fossa ilişkisini sağlamak amaçlanır.**
- Genellikle birkaç ay boyunca 24 saat takılır
- Fazla kullanılmazlar

DAİMİ OKLÜZYON MODİFİKASYONU

- Splint terapisi ile oklüzyonu değişince semptomları düzelen hastalarda bunu kalıcı hale getirmek için uygulanır.
- Oklüzal dengeleme, protetik restorasyon, ortodonti ve ortognatik cerrahi ile yapılır.

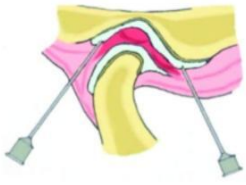
TME CERRAHİSİ

MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ

Artrosentez

- **Tragus-lateral kantus arası hat rehber kabul edilir. (Holmlund-Hellsing hattı)**
- Auriculotemporal sinir blokajı yapılır ve iğne ile superior eklem boşluğuna girilir. Birinci giriş noktası tragusun 1 cm önü, 2 mm aşağısıdır.
- Biraz ringer laktat veya serum fizyolojik enjekte edilerek eklem genişletilir ve disk hareketini kısıtlayan yapışıklıklar açılır. Eklem genişlemiş vaziyette iken yine üst eklem boşluğuna ikinci bir iğne ile girilir ve yıkanır. İkinci giriş noktası olarak genellikle ilk giriş yerinin biraz daha önü ve aşağısı kullanılır.





Artrosentez iğne veya kanüller ile TME içinin yıkanmasıdır. İnternal düzensizliklerde kullanılır. Daha ziyade redüksiyonsuz disk deplasmanında uygulanır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 61

61. Mandibula'nın ramus'u kesildiğinde iç yüzünden geçerken kanayan arter hangisidir? maksiller arter

İLGİLİ NOTLAR

- Üst çenede Wassmund osteotomisi daha risklidir.
- Alt çenenin beslenmesi başlıca alveolaris inferior arterinden sağlanır ama kasların yapışma yerleri de korunmaya çalışılmalı, periost da gereksiz yere kaldırılmamalıdır.

KANAMA

- Maksiller osteotomilerde risk daha fazladır. Le Fort I'de insizyondan sonra fakat osteotomiden önce görülen kanamanın kaynağı posterior superior alveolar arterdir.
- Ameliyatlarda kanamayı azaltmak için:

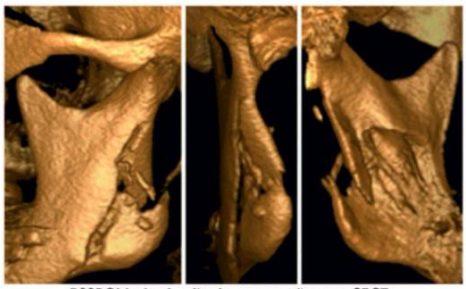
Klinik Bilimler 61. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 139

- Mandibula osteotomilerinde risk altında olan damarlar:
  - Maksiller.
  - Fasiyal.
  - İnferior alveolar.
  - Masseterik.
  - Retromandibular.
  - Pterygoid pleksus.
- Maksilla osteotomilerinde risk altında olan damarlar:
  - Pterygoid pleksus.
  - Büyük palatin arter.
  - İnen palatin arter.
  - Nasopalatin.
  - Maksiller.
  - Posterior superior.
- Kanama riskine karşı
  - Tuber bölgesinde osteotomi alt seviyede tutulmalı.
  - Pterygomaksiller bölgede plaklar ayrılırken osteotom superiora yönlendirilmemeli.

OSTEOTOMİ SIRASINDA İSTENMEYEN KIRIKLAR

Kemikler istenen osteotomi hattından farklı bir şekilde ayrılabilir. Özellikle sagittal split ramus osteotomisinde "bad split" riski vardır.

- Yirmi yaş dişlerinin mevcudiyeti bu tehlikeyi artırır. Özellikle alt çene öne alınacaksa yirmilik dişler 6 ay önceden çekilmiş olmalıdır.
- Geniş ve kalın osteotomlar kullanılmamalıdır.



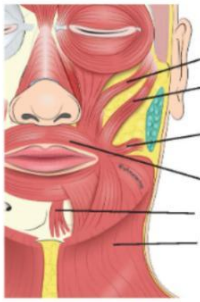
BSSRO'da bad split oluşumunu gösteren CBCT.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 62

62. Pterygomandibular raphe'ye tutunması olan kaslar hangileridir? Constrictor pharyngis superior – Buccinator

İLGİLİ NOTLAR

DUSEM



M. ORBICULARIS ORIS

- Konuşma, çiğneme ve öpme hareketlerinde aktiftir.
- N. facialis'in ramus buccalis'i tarafından uyarılır.

M. MENTALIS

- Mandibula'daki fossa incisiva'dan başlar.
- Alt dudağı yukarı çekerek öne uzatır.
- Çenede oluk oluşturur (somurtma kasıdır).

M. ZYGOMATICUS MAJOR

- Ağız köşesini yukarı-dışa çeker.
- **Gülme hareketini yaptıran kastır.**

M. ZYGOMATICUS MINOR

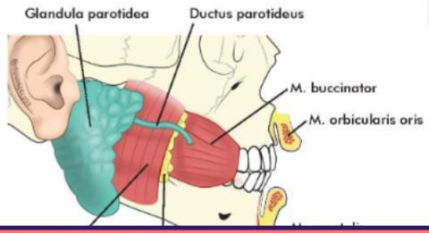
- Üst dudağı kaldırır. **Modiolus'a katılmaz.**

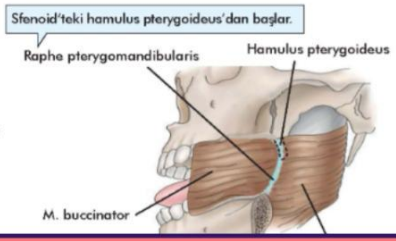
M. RISORIUS

- Fascia parotidea'dan başlar ve ağız köşesinde sonlanır.
- **Tebessüm** hareketini yaptıran kastır.
- Gülümseme esnasında göz etrafında kırışıklıklar oluşturmaz.

+ **Sulcus nasolabialis'i derinleştirenler;**
  - M. levator labii superioris
  - M. levator anguli oris
  - M. levator labii superioris alaeque nasi
  - M. zygomaticus minor

** N. facialis felcinde, bu kaslar çalışmadığından oluk düzleşir.





Klinik Bilimler 62. soru
Anatomi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim)
Sayfa 037

M. BUCCINATOR

- Mimik kaslarının **en derin** yerleşimli olanıdır.
- Arkada **raphe pterygomandibularis** ön kenarına, önde modiolus'a tutunur.
  (Raphe pterygomandibularis'in arka kenarına tutunan kas, m. constrictor pharyngis superior'dur.)
- **Fascia buccopharyngea** m. buccinator ve m. constrictor pharyngis superior'u sararak yüzden boyuna geçen derin fasya bölümüdür. Bu sayede m. buccinator derin fasya ile sıkı mimik kasıdır.
- **Emme** ve **üfleme** hareketlerini yaptırır. **Üfleme kası** olarak da bilinir.
- **Yardımcı çiğneme kasıdır**. Molar dişlere karşı yanakları bastırarak, çiğnemeye ve yutmaya yardım eder.
- **Ductus parotideus,** bu kası delip **üst 2. molar diş hizasında** vestibulum oris'e açılır.

PLATYSMA

- **Ağzın açılmasına yardım eder. Derin inspiryumda çalışır.**
- Ağız köşelerini ve alt dudağı aşağıya çeker.
- **Boyun derisini gerer.**
- **V. jugularis externa**, kasın altından geçer.
- N. facialis'in ramus cervicalis (colli) dalları tarafından uyarılır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 63

63. Cawood ve Howell rezidüel kret form sınıflamasına göre diş çekiminin hemen sonrası kretleri tanımlayan sınıf hangisidir? Sınıf 2

İLGİLİ NOTLAR

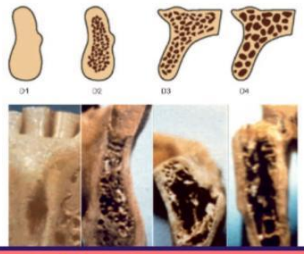
- **Apikal implantitis:** Cerrahi kürtaj/rezeksiyon + dekontaminasyon (kistik lezyon varsa birlikte yönetim).
- **Sistemik ve kemik kalitesi optimizasyonu:** Sigara bırakma, DM kontrolü, RT–bifosfonat öyküsünde dikkat.

Prognoz

- **Uygun cerrahi ve protezik planlama**, **iyi hijyen** ve **yük yönetimi** → yüksek başarı oranı.
- **Maksilla** ve **iyileşme sırasında hareket** → başarısızlık riski ↑.
- **Sklerotik/hipovasküler kemik** gerçek risk; **ince korteks** tek başına belirleyici değildir.



Resim 316: Lekholm ve Zarb sınıflaması

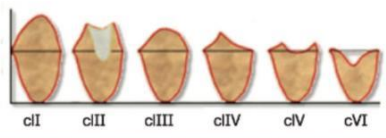


Kemik kalitesi başarısızlıkta önemli bir risk faktörüdür. Dişsiz kemikte implant uygulanacak olan bölgedeki kemik yoğunluğu; tedavi planını, implant tasarımını, cerrahi yaklaşımı, iyileşme süresini, primer stabiliteyi ve dolayısı ile implant başarısını etkileyen faktörlerin başında gelir.

Klinik Bilimler 63. soru
Ağız Diş Çene Radyolojisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 233

ALVEOLAR KRET SINIFLAMASI

Cawood ve Howell'in 1988'de yapmış oldukları sınıflama	Misch ve Judy'nin geliştirdikleri sınıflandırma
Sınıf I: Dişli kret Sınıf II: Diş çekimi sonrası iyileşmesini yeni tamamlamış kret Sınıf III: Uygun yükseklik ve genişlikte olan, yuvarlak formdaki kret Sınıf IV: Uygun yükseklikte olan, ancak genişliği yetersiz olan bıçak sırtı formundaki kret Sınıf V: Genişliği ve yüksekliği yetersiz olan düzleşmiş formdaki kret Sınıf VI: Çeşitli derecelerde bazal kemik kaybını içeren, basık, negatif forma sahip kret	Div A: Diş çekiminden hemen sonra olan kemiktir. Tüm boyutlarda kullanılabilen, uygun kemiktir. Div B: Az veya orta derecedeki rezorpsiyon durumudur. Genellikle yeterli kemik yüksekliği vardır, ancak kemik genişliği azalmış olabilir. Div C: Tek veya daha fazla boyutta (yükseklik, genişlik, kemik açısı, kron boyu/ kemik yüksekliği oranı) yetersiz olan kemiktir. Mevcut kemikte önce genişlikte, daha sonra yükseklikte azalma olur. Div D: Uzun dönem dişsizlik ve sonucundaki rezorpsiyonla beraber, alveolar proçes bazal kemiğin de rezorpsiyonuyla tamamen kaybedilir, yaygın atrofi ile karakterizedir.



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 64

64. Dişin travma nedeniyle alveol kret içinde apikal yönde yer değiştirmesi nasıl tanımlanır? İntrüzyon

İLGİLİ NOTLAR

Kök Kırıkları

Lokalizasyon	En sık orta-apikal 1/3
Klinik	Mobilite kırık seviyesine bağlı
Görüntüleme	Periapikal (tek/çift çizgi), CBCT açıyı netleştirir
İyileşme	Bağ dokusu veya kalsifik köprü
Tedavi	Repozisyon + 2–4 hf splint
Komplikasyon	Koronal fragmanda nekroz

Tanım – Dikey kök kırığı:

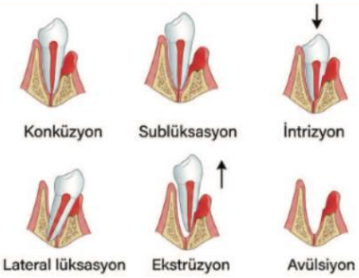
Özellik	Bilgi
Risk	En sık endodontili diş
Klinik	Gecikmiş ağrı, dar-derin periodontal cep
Radyografi	Çoğu kez görünmez
Radyolojik ipuçları	Halo, J-şekli, oluk tipi kemik kaybı
Tanıda	CBCT daha seçici
Tedavi	Tek köklü: çekim



Klinik Bilimler 64. soru
Ağız Diş Çene Radyolojisi Dus Konu
Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 205

Periodontal Doku Yaralanmaları

Tip	Yer Değiştirme	Görüntüleme	Yönetim	Nekroz Riski
Konküzyon	Yok	Normal / hafif PDL	Konservatif	Düşük
Subluksasyon	Yok, mobilite ↑	PDL genişlemesi	Kısa splint	Orta
Lateral lüksasyon	Var (kilitlenmiş)	Alveol kırığı	Repozisyon + splint	Yüksek
Ekstrüzyon	Koronal yönde	Apikal PDL ↑	Repozisyon + splint	Yüksek
İntrüzyon	Apikale gömülme	PDL kaybı	Spontan/aktif repo	Çok yüksek
Avülsiyon	Tam çıkma	Boş soket	≤2 saat reimplantasyon	Ankiloz/rezorpsiyon



Resim 284. Periodontal Doku Yaralanmaları

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 64

64. Dişin travma nedeniyle alveol kret içinde apikal yönde yer değiştirmesi nasıl tanımlanır? İntrüzyon

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 64. soru
Pedodonti Dus Konu
Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 133

B.5. İntrüzyon

Dişin aksiyel olarak yer değiştirmesi, alveoler sokette ezilme veya da kırıkla sonuçlanır. Periodontal ligament ve pulpanın damar sinir paketi aşırı ezilmiş ve kopmuştur. Radyografik olarak periodontal ligament aralığı tamamen ya da kısmen kaybolmuştur.

Dişlerde İntrüsiv Lüksasyon Yaralanmaları İçin Tedavi Rehberi

	Klinik Bulgular	Görüntüleme, Radyografik Değerlendirme ve Bulgular	Tedavi	Takip	Olumlu Sonuçlar	Olumsuz Sonuçlar
İNTRÜSİV LÜKSASYON (İNTRÜZYON)   Dişin apikal yönde, alveol kemiği içine doğru yer değiştirmesi	• Diş, ekseni boyunca alveol kemiği içine yer değiştirmiştir. • Diş hareketsizdir. • Perküsyon testine yüksek metalik (ankilotik) bir ses ile yanıt alınır. • Diş, duyarlılık testlerine büyük olasılıkla yanıt vermez.	• Periodontal ligament aralığı, kısmen (özellikle apikal bölge) ya da tamamen kaybolmuştur; izlenemez. • Mine-sement birleşimi intrüze dişlerde, yaralanmamış komşu dişlere göre daha apikal bir konumda bulunur. • **Önerilen radyografiler:** - Bir paralel periapikal radyogrol - Farklı dikey veya yatay açılardan alınan iki ek radyogrol - Okluzal radyogrol	• **Kök gelişimini tamamlamamış (immatür) dişler:** - İntrüzyon düzeyinden bağımsız olarak tüm intrüze dişleri müdahale olmaksızın re-erüpsiyona (spontan yeniden konumlandırma) bırakın. - 4 hafta içinde re-erüpsiyon gerçekleşmiyorsa, ortodontik sürdürmeyi başlatın. - Pulpanın durumunu takip edin - Kök gelişimini tamamlamamış dişlerde spontan pulpa revaskülarizasyonu gerçekleşebilir. Ancak takip randevularında pulpa nekrozu ve enfeksiyonu veya enflamatuar (enfeksiyonla ilişkili) rezorpsiyonun bulgularına rastlanıyorsa, dişin konumunuzda uygun olması koşuluyla en yakın sürede kök kanal tedavisine başlanılmalıdır. İmmatür dişler için uygun olan endodontik prosedürler uygulanmalıdır. - Veliler, takip seansılarının önemi hakkında bilgilendirilmelidir. • **Kök gelişimini tamamlamış (matür) dişler:** - Diş 3mm'den daha az intrüze olmuşsa, müdahale etmeden re-erüpsiyona bırakın. 8 hafta içinde re-erüpsiyon gerçekleşmezse, dişi cerrahi olarak ekstrüze edin ve 4 hafta süreyle splintleyin. - Alternatif olarak, ankiloz gelişmeden dişi ortodontik olarak sürdürün. - Diş 3-7 mm intrüze olmuşsa, (tercihen) cerrahi veya ortodontik olarak yeniden konumlandırın. - Diş 7mm'den daha fazla intrüze olmuşsa, cerrahi olarak ekstrüze edin. - Kök gelişimini tamamlamış dişlerde pulpa neredeyse her zaman nekrotik hale gelir. Kök kanal tedavisine 2. haftada veya kökün konumu izin verir vermez başlanılmalı; kök kanal medikamenti olarak kortikosteroid-antibiyotik pati veya kalsiyum hidroksit kullanılmalıdır. Bu tedavinin amacı, enflamatuar (enfeksiyonla ilişkili) eksternal rezorpsiyonu önlemektir.	• **Kök gelişimini tamamlamamış dişler:** - İntrüzyon düzeyinden bağımsız olarak tüm intrüze dişleri re-erüpsiyona (spontan yeniden konumlandırma) bırakın. - 4 hafta içinde re-erüpsiyon gerçekleşmiyorsa, ortodontik sürdürmeyi başlatın. - Pulpanın durumunu takip edin - Kök gelişimini tamamlamamış dişlerde spontan pulpa revaskülarizasyonu gerçekleşebilir. Ancak takip randevularında pulpa nekrozu ve enfeksiyonu veya enflamatuar (enfeksiyonla ilişkili) rezorpsiyonun bulgularına rastlanıyorsa, dişin konumunuzda uygun olması koşuluyla en yakın sürede kök kanal tedavisine başlanılmalıdır. İmmatür dişler için uygun olan endodontik prosedürler uygulanmalıdır. - Veliler, takip seansılarının önemi hakkında bilgilendirilmelidir. • **Kök gelişimini tamamlamış (matür) dişler:** - Diş 3mm'den daha az intrüze olmuşsa, müdahale etmeden re-erüpsiyona bırakın. 8 hafta içinde re-erüpsiyon gerçekleşmezse, dişi cerrahi olarak ekstrüze edin ve 4 hafta süreyle splintleyin. - Alternatif olarak, ankiloz gelişmeden dişi ortodontik olarak sürdürün. - Diş 3-7 mm intrüze olmuşsa, (tercihen) cerrahi veya ortodontik olarak yeniden konumlandırın. - Diş 7mm'den daha fazla intrüze olmuşsa, cerrahi olarak ekstrüze edin. - Kök gelişimini tamamlamış dişlerde pulpa neredeyse her zaman nekrotik hale gelir. Kök kanal tedavisine 2. haftada veya kökün konumu izin verir vermez başlanılmalı; kök kanal medikamenti olarak kortikosteroid-antibiyotik pati veya kalsiyum hidroksit kullanılmalıdır. Bu tedavinin amacı, enflamatuar (enfeksiyonla ilişkili) eksternal rezorpsiyonu önlemektir.	• Asemptomatik • Diş orijinal konumunda ya da re-erüpsiyonu devam ediyor. • Sağlıklı Lamina dura • Pulpa duyarlılık Testine pozitif cevap; ancak birkaç ay boyunca yanlış-negatif cevap alınabilir. Sadece pulpa testine negatif cevap alındığı için endodontik tedaviye başlanılmamalıdır. • Kök rezorpsiyonu gelişmemesi • İmmatür dişlerde kök gelişiminin devam etmesi	• Semptomatik • Diş kilitli konumda/ perküsyonda ankilotik ses • Pulpa nekrou ve enfeksiyon • Apikal periodontitis • Ankiloz • Eksternal replasman rezorpsiyonu • Eskternal enflamatuar (enfeksiyonla ilişkili) rezorpsiyon - bulıp rezorpsiyon gelişirse, birkortikosteroid / antibyotikkanal medikamenti Kullanılarak kök kanal tedavisine hemen başlanmalı, ardından kalsiyum hidroksit kullanılmalıdır. Alternatif olarak, tek kanal içi medikament olarak kalsiyum hidroksit kullanılabilir.

S+ = Splintin çıkartılması

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 65

65. LeFort II kırığında klinik muayenede hareket olması en az olası olan yapı hangisidir? Zigomatikofrontal sütür





Klinik Bilimler 65. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 121

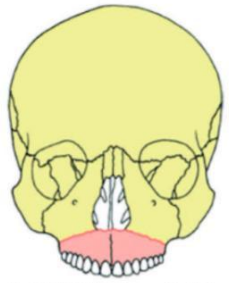
Le Fort II

- "Piramidal kırık" da denir.
- Maksilla ve nazal kompleks kafa tabanı, zigomatik orbital kenar ve pterygoid maksiller bağlantı yerinden ayrılır.
- Fraktür superiorda nazofrontal bağlantıdan ayrılır ve orbitanın medial inferiorunda devam eder. Lateralde zigomatikomaksiller süturda ilerler ve pterygoid plaklara uzanır. Nazal septum superiordan ayrılır.
- Le Fort II ve III fraktürlerinde yüzün düzleşmesi "tabak yüz belirtisi" olarak anılır.

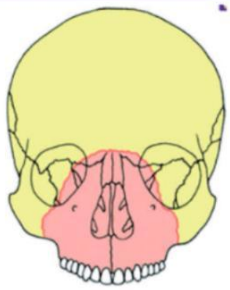
Le Fort III

- "Kraniofasiyal ayrılma" da denir.
- Orta yüz nazo-orbital-etmoid kompleks ve zigomatikofrontal sütur seviyesinden tamamen ayrılır.
- Kırık hattı çift taraflı olarak orb[illegible] da nazofrontal bağlantıyı ayırarak orta hatta ilerler. Lat[illegible]r. İnferior orbital fissür ve lateral orbital duvar boyunca [illegible]eptum cribriform ethmoid plakta kırılır.

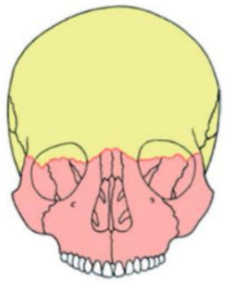
Klinik Bilimler 65. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 121



Le Fort I: Maksilla pterygoid plaklar, nazal ve zigomatik yapılardan ayrılır. Tek parça halinde ayrılabilir ya da parçalanabilir.



Le Fort II: Maksilla ve nazal kompleks orbital ve zigomatik yapılardan ayrılır.



Le Fort III: Nazo-orbital-etmoid kompleks, zigomalar ve maksilla kafa tabanından ayrılır.

ZİGOMA VE ZİGOMATİK ARK KIRIKLARI

- Göz çevresinde ödem ve ekimoz, görme bozukluğu.
- Zigomanın aşağı doğru deplasmanına bağlı olarak bazen **infraorbital sinirde parestezi.**
- Subkonjunktival hemoraji.
- Zigomatik ark, inferior orbital kenar, zigomatikofrontal sütur ve zigomatik destek bölgesinde step deformitesi.
- Ark kırıklarında tragus önünde çöküklük ve **koronoid proçesin buraya takılmasından dolayı trismus.**
- Maksiller sinüsün olaya dahil olmasından dolayı burun kanaması.

İLGİLİ NOTLAR

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 66

66. Kemik greftleriyle ilgili yanlış ifade hangisidir? Allogreftler farklı canlı türlerinden elde edilen greftlerdir.

İLGİLİ NOTLAR

GREFT TİPLERİ

- Otojen.
- Allojenik.
- Xenogeneic.
- Bone morphogenetic protein.

Otojen Greftler

- Kişinin kendisinden elde edilir. Aslında **en ideal kemik grefti materyalidir.**
  - Ağız içerisinden: Simfiz, ramus, tuber
  - Ağız dışından: İliak krest, tibia, fibula, calvarium.
- **Faz I osteogenezis için gereken canlı kemik hücrelerini sağlayan tek greft çeşidi budur.**
- Greftin kan desteği de korunabilir. Sadece kemik değil, yumuşak dokular da barındıran bu greftlere "kompozit greft" denir. **İntraoral cerrahide kompozit kemik grefti kullanılmaz.** Tanımı gereğince, kompozit bir greft sadece otojen kaynaklı olabilir.
  - Pediküllü kompozit greft: Kemik yumuşak doku pediküllünden sıyrılmadığı için bir miktar kan desteği korunur, daha fazla osteojenik hücrenin canlı kalma şansı olur. Örn. SCM pediküllü bir clavicula segmentinin mandibulaya nakli.
  - Serbest kompozit greft: Dokuyu destekleyen bir arter ve veni diseke ettikten sonra, kemik bloğu üzerindeki

Klinik Bilimler 66. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 106

Allojenik Greftler

- Allogreft veya homogreft olarak da bilinirler. Diğer bir insandan elde edilir. Tek yumurta ikizinden elde edilenlere "izogreft" denir.
- Sterilite sağlamak ve immün cevap oluşumunu engellemek için bazı işlemlere tabi tutulurlar. **Bu işlemler materyalin osteoindüktif yapısını bozduğu için ancak osteokondüktif özellik taşırlar.**
- Blok veya granüllü olabilir. Daha ziyade granüllü tipleri kullanılır.

Xenogeneic Greftler

- Heterogreft olarak da bilinirler. **Başka türden bir canlıdan (at, sığır, domuz vs) nakledilir.**
- Greftin antijenitesini azaltmak için daha fazla işlemlere tabi tutulur.
- Majör maksillofasiyal işlemlerde değil de, daha ziyade implant, sinüs lift gibi işlemlerde kullanılırlar.

Alloplastlar

- İnorganik ve inert maddelerden üretilirler. Sentetik de olabilirler.
- Hidroksiapatit, florohidroksiapatit, trikalsiyum fosfat, kalsiyum sülfat, biyoaktif cam, kalsiyum karbonat, trikalsiyum fosfat gibi materyallerdir.
- Rezorbe olan ve olmayan tipleri vardır. Bölgeye daha sonra implant yapılacaksa rezorbe olmayan greftler problem çıkarabilir.
- Greftlemeyi takiben, yeni kemik oluştukça greft materyali rezorbe olan bir madde ise zamanla yok olur. Rezorbe olmayan bir maddeden yapılmış ise varlığını devam ettirir.

Bone Morphogenetic Proteinler

- "Bone morphogenetic proteins" (BMP) **bir grup osteoindüktif proteindir. Mezenşim hücrelerini osteoblastik hale gelmeleri ve kemik oluşturmaları için stimüle ederler.** Fakat yanlış anlaşılmasın, faz I osteogenezis için canlı hücre barındırmazlar.
- Canlı mezenşim hücrelerinin bulunduğu bir yerde kullanılmalıdırlar.
- **Sıvı yapıda olduğu için bir taşıyıcıya ihtiyaç duyarlar.** Bu amaçla genellikle kollajen sünger veya diğer partiküllü greftlere emdirilerek kullanılırlar.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 67

67. Multipl odontojenik keratokistler, oküler hipertelorizm ve deride epidermal kistlerle karakterize olan en olası sendrom hangisidir?
Nevoid bazal hücreli karsinom sendromu

İLGİLİ NOTLAR





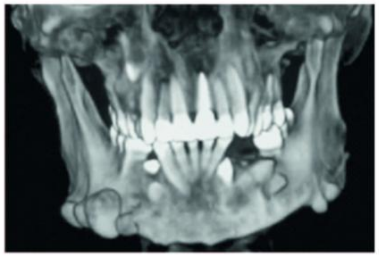
Ehlers-Danlos sendromunda hipermobil eklemler ve aşırı esnek deri.

FREY SENDROMU

- **"Gustatuar terleme" veya "aurikülotemporal sendrom" olarak da adlandırılır.**
- Cerrahi işlem veya travma sonucu zarar gören aurikülotemporal sinir yanlış rejenere olur, ter bezlerini innerve etmeye başlar. Yemek yerken aurikülotemporal kütanöz bölgede terleme meydana gelir.



Frey sendromu.



Gardner sendromunda osteomalar.

GARDNER SENDROMU

- Malign dönüşüm gösteren intestinal polipozis.
- **Çok sayıda gömülü ve süpernümerer diş.**

Klinik Bilimler 67. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 149

GORLIN GOLTZ SENDROMU

- Bazal hücreli nevus sendromu olarak da bilinir.
- **Deride bazal hücreli karsinoma.**
- Avuç içi ve ayak altında çukurcuklar.
- Hipertelorizm.
- Frontal ve temporoparyetal kabarıklık.
- Mental retardasyon.
- Mandibular prognatizm.
- Multipl odontojenik keratokistler.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 68

68. Kraniyosinostozis görülmesi en az olası olan sendrom hangisidir? Stickler sendromu

İLGİLİ NOTLAR

PLUMMER-VİNSON SENDROMU

- "Histerik disfaji" denir.
- Demir yetmezliği anemisinin belirtisidir.
- Ağız köşesinde çatlaklar.
- Limon renkli cilt.
- Dil kırmızı, pürüzsüz ve ağrılı.
- Disfaji.

RAMSAY HUNT SENDROMU

- Sebebi aynı tarafta geniculate ganglionun herpes zoster virüsü enfeksiyonudur.
- **Fasiyal sinir paralizi.**
- **Kulak sorunları ve işitme bozukluğu.**

REİTER SENDROMU

- Reaktif artrit de denir.
- Üretritis, konjunktivitis ve artrit.
- Erkek - kadın oranı 9:1.
- **Eklem bozuklukları TME disfonksiyonuna yol açabilir.**

SAETHRE-CHOTZEN SENDROMU

- Kraniyosinostozis.
- Gözler birbirinden uzak ve şişkin.
- Maksiller hipoplazi.
- Gaga burun.
- Parmaklarda yapışıklık.





Klinik Bilimler 68. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 153

STICKLER SENDROMU

- Göz anomalileri, işitme kaybı ve eklem sorunları vardır.
- Orta yüz, zigoma ve burun kemeri hipoplazisine bağlı olarak yassı bir yüz izlenir.
- Pierre Robin sendromu belirtileri: yarık damak, geride duran dil (glossoptozis) ve mikrognati.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 69

69. Vezikülobüllöz hastalıklar arasında etiyolojisinde otoimmün etkenlerin yer alması en az olası olan hangisidir? El-ayak-ağız hastalığı

İLGİLİ NOTLAR

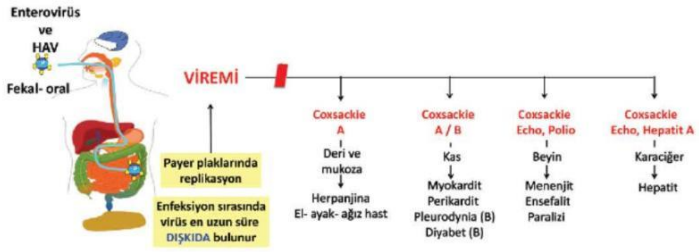
POLİOVİRÜS

- Çocuk felci hastalığının etkenidir. Kapsid proteinlerinde görülen antijenik değişikliğe göre üç serotipe ayrılır (tip 1, 2, 3). **Temel olarak fekal- oral yolla bulaşır.** Tipler arasında çapraz bağışıklık bulunmadığından üç kez polio geçirilebilir.
- **Klinik:**
  1. **Asemptomatik enfeksiyon. Hastaların yaklaşık %90'ında görülür.**
  2. **Abortif poliomyelit: En yaygın semptomatik formdur.** 3- 4 gün süren grip benzeri semptomlarla karakterizedir.
  3. **Nonparalitik poliomyelit:** Aseptik menenjit, ateş ve baş ağrısıyla karakterizedir.
  4. **Paralitik poliomyelit:** Daha çok proksimalde ve alt extremitelerde asimetrik falsk (gevşek) paralizi ve kas atrofisine neden olur fakat duyu kaybı görülmez.

Klinik Bilimler 69. soru
Mikrobiyoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 075

ENTEROVİRÜSLER

- **Coxsackie ve Echovirüsler solunum yoluyla bulaşabilmelerine rağmen en sık fekal- oral yolla bulaşır ve viremiyle yayılır. Coxsackie ve Echovirüsler viral menenjitlerin (aseptik menenjit) en sık rastlanan etkenidir.**



Şekil: Enterovirüslerde bulaş ve enfeksiyon

- **Herpanjina: Etken Coxsackie A'dır. Ağız ve farinkste ağrılı veziküler döküntüler görülür.**
- **El ayak ağız hastalığı: Genellikle beş yaş altı çocuklarda görülür. El, ayak ve ağızda ağrılı veziküler döküntüler vardır. Döküntüler sıkar bırakmadan iyileşir.**
- **Pleurodynia: Epidemik miyalji**
- **Enterovirüs tip 70 akut hemorajik konjuktivitin en sık etkenidir.** Bulber konjuktivada peteşiyal hemorajiler vardır ve tedaviye gerek kalmadan tamamen iyileşir.

RABİES

- **Rabies virüsü kuduz hastalığının etkenidir. Zarflı, mermi şeklinde RNA virüsü olup tek antijenik tipi vardır.**
- Bulaş genellikle hayvanın ısırması ile tükrükte bulunan virüsün kas hücrelerine girmesi şeklinde olabileceği gibi tırmalama ile veya çok düşük oranda da olsa yarasaların yaşadığı magaralardan inhalasyon yoluyla bulaşabilir. **Yarasalar önemli bir risk faktörü olup latent olarak virüsü taşıyabilir.**
- **Klinik:** Kuluçka süresi ısırık bölgesinin beyne uzaklığına ve doza bağlı olarak değişir. Bu süre ortalama 1- 3 ay dır (1 hafta ile 3 yıl arasında). **Kuduz virüsü viremi yapmaz, retrograt aksonal transportla MSS'e gider.**
- Yara etrafında ağrı ve kaşıntı vardır. Hastanın yutkunması, solunum ve larinks kaslarında spazma neden olduğundan hastalar sudan korkar (hidrofobi), aerofobi ve fotofobi görülür. Yine larinks kaslarında spazm ve hipersalivasyon nedeniyle hastanın ağzından sürekli tükrük akar **(tükrükte virüs bulunur). Ölüm solunum kaslarının paralizisine bağlıdır.** Kuduz, hastalık semptomları geliştikten sonra %100 ölümcül bir hastalıktır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 69

69. Veziküloböllöz hastalıklar arasında etiyolojisinde otoimmün etkenlerin yer alması en az olası olan hangisidir? El-ayak-ağız hastalığı

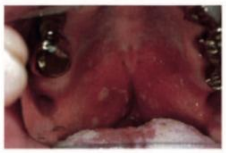
İLGİLİ NOTLAR

Ayırıcı Oral Özellikler	HSV'den farkı: HSV küçük, yüzeyel ve kümelenmiş; CMV derin, krater tarzı ve persistandır. Aftözden farkı: büyük, düzensiz, nekrotik, uzamış iyileşme ve sıklıkla sistemik CMV bulgularıeşlik eder.
Diğer Oral/ÜSYE Bulguları	Submandibüler/parotis hassasiyeti, sialadenit. Odinofaji, özofajitle birliktelik, tat değişikliği, sialore.
Çene ve Radyografik Bulgular	Doğrudan kemik veya radyografik bulgu yoktur. İmmünsüpresyon ve konjenital tutulumda sekonder çene/yüz anomalileri görülebilir.
Histopatoloji	Sitomegali (dev hücreler) ve "baykuş gözü" intranükleer inklüzyonlar tipiktir. Epitel ve endotelde geniş hücreler, çekirdek kenarında haleler.
Tedavi	İmmünkompetanlarda semptomatik tedavi yeterlidir. İmmünsüpresyonlu hastalarda gansiklovir veya valgansiklovir. Altta yatan immünsüpresyonun düzeltilmesi esastır.

ENTEROVİRÜS ENFEKSİYONLARI (COXSACKİE / ENTEROVİRÜS)

Genel

- Etken: **Coxsackie virüsleri (A ve B serotipleri)** ve diğer **enterovirüsler**.
- Bulaş: **Fekal-oral**, **damlacık**; yaz ve sonbahar aylarında sık.
- Tanı çoğunlukla klinik; PCR ve seroloji destekleyici olabilir



Resim 354: Enterovirüs enfeksiyonuna bağlı herpangina: Yumuşak damakta veziküler lezyonlar.

1. Herpangina

Klinik Özellikler	Ani ateş, boğaz ağrısı, disfaji, halsizlik görülür. Servikal lenfadenopati eşlik edebilir.
Oral Bulgular	Posterior orofarinks ile yumuşak damak-uvula-tonsil kenarları tipik tutulum alanlarıdır. 1-2 mm'lik çok sayıda vezikül, 24-48 saat içinde sığ, sarı-gri ülserlere dönüşür. Ön ağız segmentleri genellikle korunur; anterior bölgede yaygın ülser varsa HSV veya eritema multiforme düşünülmelidir. Süre 5-7 gün; ateş ilk 3 günde düşer, ülserler 1 hafta içinde iyileşir.
	Primer HSV (yaygın gingivitis, tüm ağız tutulumu, ateş belirgin; anterior

Klinik Bilimler 69. soru
Ağız Diş Çene Radyolojisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 263

2. El-Ayak-Ağız Hastalığı (HFMD) (Coxsackie A16, A6, EV-A71)

Klinik Çekirdek - Prodrom	Düşük-orta ateş ve halsizlik sonrası ağız ve cilt lezyonları gelişir.
Ağız Lezyonları (Tanısal)	Bukkal mukoza, dil dorsumu ve kenarı, yumuşak/sert damak, bazen gingiva tutulur. 2-4 mm veziküller → hızla ülser, çok sayıda ve çok ağrılıdır; yemek-içmeyi kısıtlar.
Cilt Lezyonları	Avuç içi-ayak tabanı başta olmak üzere bazen kalça/dirsek/diz. Oval vezikül-papüller; pruritus az, ağrı belirgin.
Süre	7-10 gün; oral ağrı ilk 3-5 günde en şiddetlidir.
Ayırıcı Tanı	Varisella (farklı evreli döküntü; palmoplantar şart değil). Primer HSV (gingivitis + yaygın ülser; palmoplantar yok). Aftöz ülser (tekli/az sayıda; sistemik döküntü yok).
Tedavi	Destekleyici: analjezik-antipiretik, lokal anestezik jel (yutma güvenliğine dikkat), soğuk-yumuşak diyet, hidrasyon. Şiddetliyse kısa süreli "magic mouthwash" (çocukta dikkat). Antiviral yok, antibiyotik gereksiz (sekonder enfeksiyon hariç).

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 69

69. Vezikülobüllöz hastalıklar arasında etiyolojisinde otoimmün etkenlerin yer alması en az olası olan hangisidir? El-ayak-ağız hastalığı

İLGİLİ NOTLAR

- **Primer enfeksiyonda** intraoral lezyonlar herhangi bir lokalizasyonda olabilir.
- **Sekonder enfeksiyonda** lezyonlar sadece dudak, damak ve dişetinde görülür.
- **İmmün yetmezlik** durumlarında hastalık destrüktif ve yaygındır.

HERPES ZOSTER VİRÜS (HZV)

- HZV (Varisella zoster)'nin primer enfeksiyonu su çiçeğidir.
- Enfeksiyon sonrası virüs sinirlerde latent olarak kalır. İlerleyen yaşlarda virüsün reaktivasyonu sonrası gelişen klinik tabloya zona (herpes zoster) denir.

Suçiçeği (Varisella)

- Genellikle çocuklarda görülür.
- Ateş, titreme, halsizlik, baş ağrısı ile beraber özellike baş ve boyunda döküntüler gelişir.
- Döküntüler vezikül→ püstül → **ülser şeklindedir.** → Birkaç hafta içinde skarsız iyileşir.

Zona (Herpes Zoster)

- Genellikle **orta** ve **ileri yaşlarda** izlenir. Çocuklarda nadirdir.
- **İmmünsüpresyonlarda** risk artar. (maligniteler, HIV enfeksiyonu, ilaç kullanımı)
- **Gövde** ve **baş-boyundaki** duyu sinirleri etkilenir. Lezyonlar (vezikül̈ler) trigeminal sinir sahasında ve torasik sinirin dermatom alanlarında izlenir ve orta hattın bir tarafında izlenir, diğer tarafa geçmez. **(asimetrik)**
- Trigeminal sinir dallarının etkilenmesi ile oral, fasiyal ve oküler lezyonlar gelişir.
- Dermatom alanında önce ağrı ve uyuşma → sonra vezikül→ püstül → ülser **şeklinde lezyonlar izlenir.**
- **Komplikasyonları:** Postherpetik nevralji (yaşlılarda ağrının uzun süre devam etmesi), sekonder bakteriyal enfeksiyon, motor sinir tutulumu.
- **Fasiyal ve işitsel sinirlerin** birlikte tutulumuna **Ramsay Hunt sendromu** denir. (fasiyal parezi, aynı taraf dış kulak

Klinik Bilimler 69. soru
Patoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 070

EL AYAK AĞIZ HASTALIĞI

- Sıklıkla **Coxsackie type A16** veya **enterovirüs 71** etkendir.
- Genellikle 5 yaş altı çocukları etkiler.
- Okul çağındaki çocuklarında epidemiler yapan ve ortalama bir hafta içerisinde kendiliğinden iyileşen bir hastalıktır.
- El ve ayak cildi ile ağızda ağrılı ülserlerle karakterizedir.
- Oral lezyonlar özellikle bukkal mukoza ve dilde görülür. Dudak ve diş eti korunur.

HERPANJİNA

- **Coxsackie** (Tip A1-6, A8, A10, A22, B3) virüslerin neden olduğu, kontamine tükürük ve dışkı ile bulaşabilen bir hastalıktır.
- Mukozalarda veziküler döküntü (enantem) ile karakterizedir. Ekzantem (cilt döküntüsü) görülmez.
- 3-10 yaş arası çocuklarda sıktır ve genellikle yaz sonu-sonbahar başında görülür.
- İntraoral veziküller yumuşak damak, farinks ve tonsillerde görülür. 4-6 gün içinde eritematöz faranjit gelişebilir.
- Genellikle 7 gün içinde kendiliğinden geçer.

Coxsackie virüslerin neden olduğu oral veziküler döküntü yapan hastalıklar:
- El-ayak- ağız hastalığı
- Herpanjina

KIZAMIK

- **Paramiksovirüs** hastalığıdır.
- Sıklıkla beş yaş altı çocuklarda izlenir.
- Ateş, halsizlik, konjuktivit, fotofobi ve öksürük ile başlar.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 69

69. Vezikülobüllöz hastalıklar arasında etiyolojisinde otoimmün etkenlerin yer alması en az olası olan hangisidir? El-ayak-ağız hastalığı

İLGİLİ NOTLAR

- Yumuşak damakta Forscheimer lekeleri ilk belirtilerdir.
- Kızamıkçığın tek tehlikeli olduğu durum gebeliktir. Gebeliğin ilk üç ayında görülen kızamıkçık, %40 ile %90 arası, fetüse zararlıdır. Fetüsün bu virüse aşırı duyarlılığı nedeniyle **doğacak bebekte göz kusurları, sağırlık, kalp ve dolaşım bozuklukları ve gelişim bozuklukları** görülebilir.

ÇİÇEK

- Etkeni Poxvirüs grubundan bir virüstür (Çiçek virüsü). Kuluçka süresi 10-13 gündür. Hastalık yüksek ateşle başlar.
- 4. gün ateşin düşmesiyle beraber yüzde ekzantemler, dil üzerinde enantemler ortaya çıkar ağız mukozası eritemli ve ödemlidir. Mukoza üzerinde parlak noktacıklar halinde veziküller oluşur, bunlar patlayarak üzerleri pseudo membranla örtülür. Bu dönemde lezyonlar ağrılıdır. Pelte gibi kuru dilin üzeri kalın bir pasla örtülüdür ve kenarları kırmızıdır.

KABAKULAK

- Damlacık infeksiyonuyla geçen virütik bir hastalık olup en çok 8-15 yaşları arasında görülmektedir.
- Özellikle parotis olmak üzere tükrük bezleri hızla şişer. Kulak memesi yukarı doğru kalkmıştır. Parotis bezinin çift taraflı iltihabına bağlı olarak Stenom kanalı çevresi ödemli ve hiperemiktir.



- Stenom kanalı çevresine basınç yapıldığında ağrı oluşur. Çiğneme ağrılıdır. Tüm ağız mukozası normalden daha kırmızıdır. Bu semptomlar yaklaşık bir hafta sürer. Eğer iltihap sublingual ve submandibular bezleri de içerisine alıyorsa, şişen ağız tabanı nedeniyle

Klinik Bilimler 69. soru
Pedodonti Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 175

EL AYAK VE AĞIZ HASTALIĞI

- Coxsackie virüslerin özellikle Grup A tip 16'nın neden olduğu deri ve mukozayı etkileyen veziküler bir hastalıktır.
- İnkübasyon periodundan sonra hastada, ateş, kırgınlık gibi bulgular görülür. Karakteristik lezyonlar ağız, el ve ayaktadır. Ellerdeki lezyonlar özellikle parmakların yan, ön yüzlerinde ve avuç içinde görülebilir. Benzer lezyonlar ayak parmakları ve topukta bulunabilir.
- **Ağız lezyonları:** Eritamatöz tabanlı ufak veziküller veya ağrılı ülserler şeklinde kendini belli eder.
- Bu lezyonlar ağzın tüm bölgelerinde bulunabilir, ancak tonsillerde nadir gözlenir.
- Oral lezyonların iyileşmesi 5-10 gün sürerken deri lezyonları 2 haftada bu süreyi tamamlar.
- El, ayak ve ağız hastalığı, herpes simpleks ile karışabilir. Herpetik lezyonlar genellikle bir parmakta görülürken, bu hastalığın lezyonları birden fazla parmağı içerir.

HERPANGINA

- Epidemik yayılım gösterebilir. **Coxsackie A** grubu virüslerin neden olduğu 4 yaşın altındaki çocuklarda viral bir hastalıktır.
- Öncelikle tonsiller, uvula ve yumuşak damakta çok sayıda veziküler lezyonlarla karakterizedir.
- Veziküller rüptüre olarak eritemle çevrili ülserlere dönüşür. Bu ağrılı lezyonlar damağın ön 2/3 ünde bulunmaz. Farinks eritemli olabilir ve yutkunma zorluğu göze çarpan bir bulgudur. Kırgınlık ve ateş hastalığa eşlik eder.

ENFEKSİYÖZ MONONÜKLEOZ (ÖPÜCÜK HASTALIĞI)

- Epstein-Barr virüsü (EBV) ile enfekte B lenfositlerinin proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır.
- Başlıca bulgusu, farenjittir. Viral yayılma tükürük ve orofarengeal sekresyonlarla olmakta ve bunlarla temas edenlere bulaşmaktadır.
- Ağız boşluğundaki değişiklikler arasında dişeti kanaması, yumuşak damak peteşileri, diş etinde ve bukkal mukozada ülserasyon bulunur.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 69

69. Vezikülobüllöz hastalıklar arasında etiyolojisinde otoimmün etkenlerin yer alması en az olası olan hangisidir? El-ayak-ağız hastalığı

İLGİLİ NOTLAR

Periodontal Sağlık

GINGIVAL SAĞLIK VE GINGIVAL HASTALIK/DURUMLARIN SINIFLANDIRILMASI (2017)

1. PERIODONTAL SAĞLIK

2. BIYOFILM TARAFINDAN İNDÜKLENEN GINGIVITIS

A) Sadece biyofilm ile ilişkili
B) Sistemik ve lokal risk faktörlerinin etkilediği
i. Sistemik risk faktörleri (modifiye edici faktörler)
a) Sigara
b) Hiperglisemi
c) Beslenme faktörleri
d) Farmakolojik ajanlar
e) Sex hormonları
Puberte
Menstruel siklus
Hamilelik
Oral kontraseptifler
f) Hematolojik durumlar
ii. Lokal risk faktörleri (yaz-dayıcı faktörler)

Klinik Bilimler 69. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 041

3. BIYOFILM TARAFINDAN İNDÜKLENMEYEN GINGIVAL HASTALIKLAR

A) Genetik/gelişimsel bozukluklar
i. Herediter gingival fibromatozis
B) Spesifik enfeksiyonlar
i. Bakteriyel orijinli
a) Neisseria gonorrhoea
b) Treponema pallidum
c) Mycobacterium tuberculosis
d) Streptokokkal gingivitis
ii. Viral orijin
a) Coxackie virus (el-ayak-ağız hastalığı)
b) Herpes simplex I & II (primer veya tekrarlayan)
c) Varicella zoster
d) Molluscum contagiousum (viral hastalık)
e) Human papilloma virus
iii. Fungal kaynaklı
a) Candidiozis
b) Diğer mikozlar (histoplazmoz'is)
C) İltihabi ve immünolojik durumlar
i. Hipersensitive reaksiyonları
a) Kontakt allerji
b) Plasma cell gingivitis
c) Erythema multiforme
ii. Deri ve mukoz membranları ilgilendiren otoimmün hastalıklar
a) Pemfigus vulgaris
b) Pemfigoid
c) Liken Planus
Sistemik lupus eritematosis
Discoid lupus eritematosis
iii. Granulamatoz iltihabi lezyonlar (orofasial granulomatolar)
a) Crohn's hastalığı
b) Sarcodiosis
D) Reaktif süreçler
i. Epulides
a) Fibröz epulis
b) Kalsifiye fibroblastik granuloma
c) Vaskuler epulis
d) Periferal dev hücreli granülom
E) Neoplazmalar
i. Premalign
a) Lökoplaki
b) Eritroplaki
ii. Malign
a) Squamous hücreli karsinoma
b) Lösemik hücre infiltrasyonu
c) Lenfoma (Hodgink - Non-hodgink)
F) Endokrin, beslenme & metabolik hastaliklar
i. Vit C eksikliği (scurvy)
G) Travmatik lezyonlar
i. Fiziksel/mekanik travma
a) Sürtünmeye bağlı keratosis
b) Mekanik etkilenmeye bağlı gingival ülserasyon
c) Yalancı yaralanmalar (kişisel yaralanma)
ii. Kimyasal (toksik) yaralanmalar
iii. Termal yaralanmalar
a) Dişeti yanıkları
H) Gingival pigmentasyon
a) Melanoplakia
b) Sigara melanozisi
c) Ilaca bağlı pigmentasyonu
d) Amalgam renklenmeleri

İnflamatuar periodontal hastalığın ve klinik olarak inflamasyon bulgularının olmadığı bir durum olarak tanımlanır.

Periodontal sağlık bir kişide önceden olabildiği gibi, periodontal tedavi sonrasında da sağlanabilir.

Mutlak (pristine) sağlık: Klinik inflamasyonun hiçbir bulgusu olmadığı gibi, histolojik inflamasyonun da bulunmadığı durumdur. Oldukça nadir görülür.

Klinik sağlık: Sondlamada kanama hiç görülmediği ya da minimal düzeyde görüldüğü, az sayıda izole alanda klinik inflamasyon bulgularının görüldüğü durumdur.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 70

70. Enfeksiyonun kemiği delip yumuşak dokulara yayılması, progresif gelişmesi ve 48 saat içinde tedaviye yanıt alınamaması durumlarında kültür ve antibiyotik duyarlılık testi yapılmalı mıdır? Evet, tüm bu durumlarda yapılmalıdır.

İLGİLİ NOTLAR



Selülit: Yaygın, sınırları belli olmayan, sert ve çok ağrılı şişlik.



Apse: Sınırları daha belli ve flüktüasyon alınmakta.

- *Selülit ve apse tanımı enfeksiyonun geniş veya küçük olmasıyla değil, sınırlarının diffüz veya lokalize olmasıyla ilgilidir.*

Vücut savunma sistemlerini zayıflatan faktörler:

- Kontrolsüz metabolik hastalıklar: Diyabet, terminal aşamada böbrek hastalığı vs.
- Bağışıklık sistemini bozan hastalıklar: HIV, lenfoma, lösemi vs.
- Bağışıklık sisteminin baskılanması: Kanser kemoterapisi, steroid kullanımı, organ nakli vs.

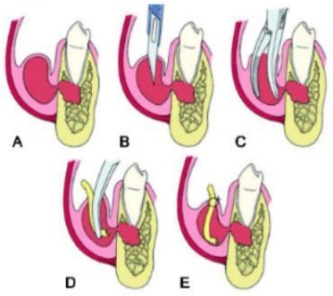
CERRAHİ TEDAVİ

- **Odontojenik enfeksiyonların temel tedavi prensibi cerrahi drenaj sağlamak ve enfeksiyon kaynağını ortadan kaldırmaktır.** Endodontik ekstirpasyon da cerrahi bir işlemdir.
- Endodontik işlem veya diş çekimi yetmezse insizyon ve drenaj (İ&D) gerekebilir. Böylece:
  - Birikmiş pü uzaklaşır, bakteri yükü ve debris azalır.

Klinik Bilimler 70. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 078

içine ve etrafına infiltre
dır.

  - Hızlı ilerleyen enfeksiyon.
  - Daha önce çok sayıda antibiyotik tedavisi denenmiş.
  - 48 saatten fazla geçtiği halde tedaviye cevap vermeyen enfeksiyon.
  - Rekürrent enfeksiyon.
  - Vücudun savunma sistemlerinde sorun varsa.
- İnsizyon sisliğin en fazla olduğu yerden yapılır. Kapalı bir hemostat ile girilir ve hemostatın ağzı birkaç yöne çevrilerek açılır. Pü akıntısı bittikten sonra giriş açıklığını korumak için bir dren yerleştirilir. Tüm akıntı bitene dek dren yerinde kalmalıdır. Bu da çoğunlukla 2 ilâ 5 gün sürer.



Bir alt premolar dişte vestibüler apse drenajı. İnsizyondan sonra hemostat ile girilir ve dren süturlanır. Pü genellikle dren içinden değil etrafından akar.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 72

72. Ailesinde kolon kanseri öyküsü bulunan 30 yaşındaki hastada, çok sayıda diş eksikliği, çene ve frontal kemikte osteomalar, çoklu radyoopak odaklar, g
En olası tanı hangisidir?
Doğru cevap: B) Gardner sendromu

İLGİLİ NOTLAR



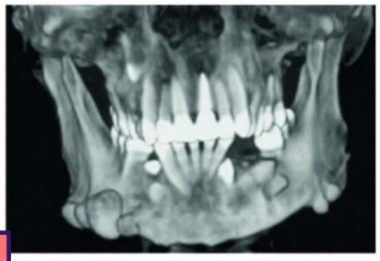


Ehlers-Danlos sendromunda hipermobil eklemler ve aşırı esnek deri.

FREY SENDROMU

- **"Gustatuar terleme" veya "aurikülotemporal sendrom" olarak da adlandırılır.**
- Cerrahi işlem veya travma sonucu zarar gören aurikülotemporal sinir yanlış rejenere olur, ter bezlerini innerve etmeye başlar. Yemek yerken aurikülotemporal kütanöz bölgede terleme meydana gelir.





Gardner sendromunda osteomalar.

Klinik Bilimler 72. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 149

GARDNER SENDROMU

- Malign dönüşüm gösteren intestinal polipozis.
- **Çok sayıda gömülü ve süpernümerer diş.**
- **Çene kemiklerinde osteomalar.**
- Çok sayıda yumuşak doku tümörleri.

GORLIN GOLTZ SENDROMU

- Bazal hücreli nevus sendromu olarak da bilinir.
- **Deride bazal hücreli karsinoma.**
- Avuç içi ve ayak altında çukurcuklar.
- Hipertelorizm.
- Frontal ve temporoparyetal kabarıklık.
- Mental retardasyon.
- Mandibular prognatizm.
- Multipl odontojenik keratokistler.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 74

74. Dört yaşındaki çocukta bilateral, ağrısız çene şişlikleri, göz altı sklerasının görünmesi ve radyografide mandibular ramus ile maksiller tüber bölgelerinc
En olası tanı hangisidir?
Doğru cevap: D) Cherubism (Şerubizm)

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 74. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 148

CHERUBİSM

- 2-5 yaşları arasında ortaya çıkar.
- **Maksilla ve mandibulada çift taraflı progresif genişleme var.**
- **Radyografik olarak çene kemiklerinde multiloküler ya da sabun köpüğü görünümü izlenir.**
- Puberte sonrası hastalık ilerlemeyi bırakınca konturlar düzeltilir.





Cherubism ve radyografik görünümü (farklı hastalar).

CROUZON SENDROMU

- Kraniyofasiyal disostozis de denir.
- **Apert sendromunun el-ayak anomalileri bulunmayan hali gibidir.**
- Kraniyosinostozis ve buna bağlı fasiyal bozukluklar.
  - Orta yüzde çöküklük.
  - Gözler şişkin ve araları geniş.
- Maksiller hipoplazi ve dişlerde çapraşıklık.
- Yarık damak.
- Egzoftalmi.

DOWN SENDROMU

- En yaygın kromozom anomalisidir. Trisomy 21 olarak da bilinir. Hastada 46 değil 47 kromozom vardır.
- Kalp defektleri.
- Hipotiroidizm.
- Yüz profili yassı.
- Dudak-damak yarıkları var.
- Diş sürmesinde gecikme.

EHLERS-DANLOS SENDROMU

- TME de dahil olmak üzere eklemlerde aşırı hipermobilite
- Aşırı esnek deri
- Frajil mukoza
- Erken yaşta periodontal hastalık
- Hipoplastik mine ve dentin

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 74

74. Dört yaşındaki çocukta bilateral, ağrısız çene şişlikleri, göz altı sklerasının görünmesi ve radyografide mandibular ramus ile maksiller tüber bölgelerinc
En olası tanı hangisidir?
Doğru cevap: D) Cherubism (Şerubizm)

Klinik Bilimler 74. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu
Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 148

CHERUBİSM

- 2-5 yaşları arasında ortaya çıkar.
- **Maksilla ve mandibulada çift taraflı progresif genişleme var.**
- **Radyografik olarak çene kemiklerinde multiloküler ya da sabun köpüğü görünümü izlenir.**
- Puberte sonrası hastalık ilerlemeyi bırakınca konturlar düzeltilir.





Cherubism ve radyografik görünümü (farklı hastalar).

CROUZON SENDROMU

- Kraniyofasiyal disostozis de denir.
- **Apert sendromunun el-ayak anomalileri bulunmayan hali gibidir.**
- Kraniyosinostozis ve buna bağlı fasiyal bozukluklar.
  - Orta yüzde çöküklük.
  - Gözler şişkin ve aralan geniş.
- Maksiller hipoplazi ve dişlerde çapraşıklık.
- Yarık damak.
- Egzoftalmi.

DOWN SENDROMU

- En yaygın kromozom anomalisidir. Trisomy 21 olarak da bilinir. Hastada 46 değil 47 kromozom vardır.
- Kalp defektleri.
- Hipotiroidizm.
- Yüz profili yassı.
- Dudak-damak yarıkları var.
- Diş sürmesinde gecikme.

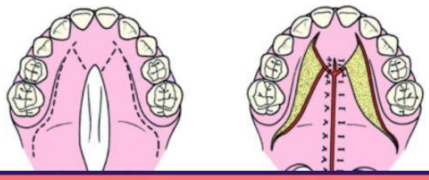
EHLERS-DANLOS SENDROMU

- TME de dahil olmak üzere eklemlerde aşırı hipermobilite
- Aşırı esnek deri
- Frajil mukoza
- Erken yaşta periodontal hastalık
- Hipoplastik mine ve dentin

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 93

93. Dudak-damak yarıklı bireylerde sekonder alveolar greftlemenin uygulanma zamanıyla ilgili yanlış ifade nedir? Daimî kaninler sürdükten sonra yapılması hedeflenir.

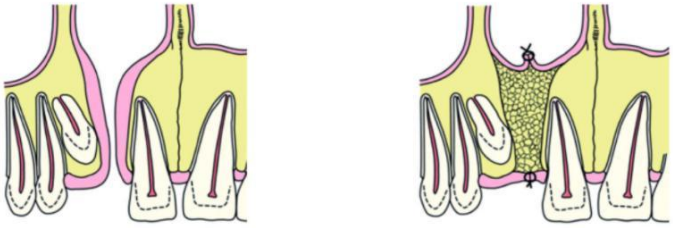
İLGİLİ NOTLAR



Klinik Bilimler 93. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 145

ALVEOL YARIKLARININ GREFTLENMESİ

- Alveolar kleftlerde kemik grefti kullanılmasının avantajları:
  - Klefte komşu dişlere ve defekt içine sürecek dişlere kemik desteği sağlanır.
  - Oronazal fistül kapanır.
  - Dudak ve burun kanatları desteklenir.
- Genellikle 6-10 yaşına kadar beklenir. Böylece maksilla epeyce gelişmiş olur ve ameliyattan fazla etkilenmez. **Daimi kaninler kleftin içine doğru sürmeden önce greftleme yapılmalıdır.**



Alveol yarığında kemik grefti uygulanışı. Kanin kısmen gelişmiştir ve lateral diş yoktur. İnsizyonla fistül mukozası ayrılır, mukoza flebi burun boşluğuna doğru içeri döndürülür ve dikilir. Defekt içine kemik grefti konur ve oral mukoza kapatılır.

- Sonraki dönemlerde greft bölgesine ortodontik diş hareketi veya implant da yapılabilir.
- Alveolar greftleme veya ortodontik tedaviden önce sabit köprü restorasyonlar yapılmamalıdır.
- Kemik desteğini korumaya yardımcı olan süpernümerer dişlerin çekimi ertelenmelidir.
- Kleft kenarlarına yakın dişlerin periodontal desteği iyi değildir.
- Cerrahi ile velofaringeal düzelme sağlanamazsa hipernazaliteyi azaltmak amacıyla apareyler yapılır.



Protetik konuşma apareyi yumuşak damağı kaldırır. Gerekirse oral ve nazal kaviteler arasını ayırır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 116

116. Çocuklarda kullanılan farmakolojik ajanlar ve ait oldukları ilaç sınıfları arasındaki yanlış eşleştirme hangisidir? Propofol – Benzodiazepin

İLGİLİ NOTLAR

- **Operasyon sonunda nöromusküler bloke edici ajanlar antagonize edilir.** Böylece diyafram tekrar çalışmaya başlar ve hasta spontane solunuma geçebilir.

Klinik Bilimler 116. soru
Ağız Diş Çene Cerrahisi Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 036

SEDASYON VE GENEL ANESTEZİDE KULLANILAN İLAÇLAR

BENZODİAZEPİNLER

Oral cerrahide en çok kullanılan sedatif ve anksiyolitik ilaçlardır. Etkileri:

- Sedasyon.
- Anksiyolizis.
- Amnezi.
- Kas gevşetici.
- Antikonvülsan.
- **Analjezi yapmazlar.**
- Doza bağlı olarak bilinçli sedasyon, derin sedasyon hatta genel anestezi meydana getirirler.

Başlıca benzodiazepinler:

- Diazepam.
- Midazolam.
- Lorazepam.
- Triazolam.

BARBİTÜRATLAR

- Sedatif, hipnotik, antikonvülsan yapıdadır.
- Bilinç kaybı meydana getirir
- Amnezi oluşturur
- **Analjezi sağlamaz,** hatta düşük dozlarda kullanıldığında ağrı eşiğini düşürür.

Başlıca barbitüratlar:

- Thiopental.
- Methohexital.
- Pentobarbital.

OPİOİDLER

- **Başlıca kullanım amacı analjezidir.**
- Sedasyon ve öfori de meydana getirirler.
- Amnezi oluşturmazlar.
- Genellikle benzodiazepin veya barbitüratlar ile birlikte kullanılırlar.

Başlıca opioidler:

- **Morphine.**
- **Meperidine.**
- **Fentanyl.**
- **Remifentanil, Sufentanil ve Alfentanil**
- **Nalbuphine.**

DİĞER İNDÜKSİYON AJANLARI

- **Propofol:** Tüm sedasyonlarda çok kullanılır, genel anesteziyi indüklemek için kullanılan başlıca ajandır.
- Etomidate
- Ketamine: Analjezik etkisi vardır, amnezi de oluşturur. Kötü halüsinasyonlara yol açabilir, kullanımı pek tavsiye edilmez.

İNHALASYON ANESTEZİKLER

- Nitrous Oxide: Anksiyolitik, hafif sedatif, analjezik.
- Güçlü inhalasyon ajanları
  - Halothane: Kendi grubunun en eski ve en ucuz ilacıdır, günümüzde kullanımı azalmıştır.
  - İsoflurane.
  - Sevoflurane.
  - Desflurane.