DUSEM®

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

120 SORUDA 116 REFERANS

Temel Bilimler: 39 Soru • Klinik Bilimler: 77 Soru

dusemegitim

PERİODONTOLOJİ

120/11

Periodontoloji Konu Kitabımız toplamda **11 soruya** referans vermiştir.



Periodontoloji Konu Kitabı

10/9

10 Periodontoloji Sorusunun **9'una** referans vermiştir.



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: Klinik Bilimler 66

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

İLGİLİ NOTLAR

- Kökler arasındaki alveol kemiği,
- Ekzostozlar,
- İyileşmekte olan (8-12 haftalık) çekim yerleri (Soehren 1979),
- Osteoplasti ve osteoektomi sırasında çıkarılan kemik,
- Çene ucu bölgesi vb.

Bu verici bölgelerden frezler, keskiler, kemik küretleri veya "trephine" adı verilen özel aletlerle alınan kemik dokusu parçacıkları, ilgili defekt içine yerleştirilir. **Ağız içi kaynaklı otojen kansellöz kemik ve iliği greftlerinin osteojenik potansiyeli oldukça yüksektir ve hastalık transferi riski yoktur.** Ancak, ikinci bir operasyon bölgesine ihtiyaç göstermeleri ve her zaman yeterli miktarda elde edilememleri ve uygulama zorlukları önemli dezavantajlarıdır.

Osseoz Coagulum: Kortikal kemikten edinilmiş kemik parçaları ile kanın karıştırılması ile elde edilir. Parçacık boyutunun avantajı, hücresel ve vasküler elemanların etkileşimi için ek yüzey alanı sağlamasıdır. Tekniğin avantajı, ameliyat sırasında zaten açıkta olan bir alandan kemik elde edilmesinin kolaylığıdır. Dezavantajları ise öngörülebilirliğinin nispeten düşük olması ve büyük defektler için yeterli greft temin edilememesidir.

Bone Blend: Edinilen kemik parçaları steril bir havan içerisinde öğütülerek plastik benzeri kütle haline getirilir.

Kanselöz Kemik İliği Nakli: Kanselöz kemiğin yoğun bulunduğu maksiller tüber bölgesinden, dişsiz alanlardan ve iyileşme soketlerinden elde edilebilir.

Bone Swaging (kemik dövme): Defekte komşu dişsiz alan gerekir. Komşu dişsiz alandaki kemik kırılmadan itilerek dişe teması sağlanır. Kemiğin şekillendirilmesi zordur ve kullanımı sınırlıdır

Ağız dışı kaynaklı otogreftler:

Periodontal tedavide otojen iliak kemik iliği greftlerinin kullanımı Schallhorn (1967, 1968) tarafından başlatılmıştır ve 1970'lerde çok yoğun olarak kullanılmıştır.

✪ **Kırmızı ilik içeren bu bölgedeki kemiğin osteojenik aktivitesi çok yüksektir. Tüm greftler arasında, yeni kemik oluşumunu sağlama açısından en yüksek potansiyele sahiptirler. İstenilen düzeyde yeni kemik oluşumu sağlayabilmektedir.**

İliak kemik greftlerinin önemli olumsuzluklarından biri, uygulandıkları bölgede kök rezorpsiyonuna neden olabilmeleridir. Dragoo ve Sullivan (1973) bu tür greftlerin %2.8 oranında eksternal kök rezorpsiyonuna neden olduklarını belirlemişlerdir. Bunun yanısıra, ikinci bir cerrahi işlem gerektirmesi, uygulamanın zor olması ve özellikle

Klinik Bilimler 66. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 215

Allogreftler:

Aynı türün aralarında genetik benzerlik bulunmayan bireyleri arasında **-insandan insana-** yapılan greft uygulamalarıdır. **Kadavralardan elde edilen** kemik dokusu çeşitli işlemlerden geçirildikten sonra kullanıma hazır halde bulundurulur. Otogreftlerdeki sınırlamalar allogreftlerin kullanımını gündeme getirmiştir. **Otogreftlere** göre, uygulama kolaylığı ve ikinci bir operasyon bölgesine ihtiyaç göstermemeleri gibi avantajları vardır. Ayrıca **otogreftlerdeki gibi miktar sınırlaması da yoktur. Ancak, allogreftler, xenogreftler hasta için yabancı bir madde olduğu için immun yanıta sebep olabilirler. Bu greft materyallerinin antijenik potansiyellerrini azaltmak için radyasyon, dondurma, kimyasal işlemler gibi çeşitli uygulamalar yapılır.**

Esas olarak üç tip allogreft söz konusudur:

1. Dondurulmuş kemik allogreftleri
2. Dondurulmuş-kurutulmuş kemik allogreftleri
3. Demineralize dondurulmuş-kurutulmuş kemik allogreftleri

Dondurulmuş Kemik Allogrefti

- Dondurulmuş kemik allogreftleri antijenik özelliklerinin eliminasyonundaki güçlükler ve hastalık transferi riski nedeniyle periodontal cerrahide kullanılmamaktadır (Nasr, Aichelmann-Reidy ve Yukna 1999).

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 66

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

Klinik Bilimler 66. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 216

Dondurulmuş-Kurutulmuş Kemik Allogreftleri (DKKA)

- Dondurarak kurutma işlemi, taze dondurulmuş kemikteki antijenik etki ve hastalık transferi gibi riskleri önemli ölçüde ortadan kaldırır.
- **DKKA indüktif proteinler içermelerine rağmen osteokondüktif etki gösterirler.** Zira, indüktif proteinlen kemiğin inorganik matriksi tarafından örtülmüştür. Osteokondüksiyon sürecinde, greft maddesi kemik oluşumunu aktive etmez. Bunun yerine alıcı bölge kemiğinin üzerine ve içine doğru büyüyeceği (gelişeceği) yapı iskelesi (matriks) görevi görür. Zamanla allogreft rezorbe olur ve yeni kemikle yer değiştirir.
- Deneysel çalışmalar DKKA nın, otogreftlerle karıştırılarak kullanıldıklarında daha iyi sonuç verdikleri gösterilmiştir (Mellonig ve ark. 1982).

Demineralize Dondurulmuş-Kurutulmuş Kemik Allogreftleri (DDKKA)

Hidroklorik asit ile demineralizasyon işlemi inorganik kemik matriksi içindeki kemik oluşumunu uyarıcı proteinlerin açığa çıkmasını sağlar. Kemik oluşumunu uyaran bu proteinlerin tümü birden **"bone morphogenetic protein" (BMP)** olarak adlandırılabilir (Mellonig, 1998).

DDKKA ların iyileşmesi konusunda tartışma vardır. Bazı yazarlar bu tür greftlerin **osteoindüksiyon** ile iyileştiklerini ileri sürerler (Urist ve Strates 1971, Urist, Mikulski ve Boyd 1975). Bu süreç greftin yerleştirildiği alıcı doğal kemikten kaynaklanan çok potansiyelli hücreleri kapsar. Bölgeyi dolduran bu hücreler farklılaşarak osteoblastlara dönüşürler. Zamanla allogreft alıcı kemik tarafından rezorbe edilir, ve bu rejeneratif sürecin BMP ve muhtemelen allogreft içindeki diğer büyüme faktörleri tarafından indüklendiği düşünülmektedir. Greft materyalinin dondurulması veya dondurularak kurutulmuş olmasının greftin hücresel aktivitesini bozmadığı gösterilmiş olmasına rağmen, bazı yazarlar osteoindüksiyonun gerçekten meydana geldiğine inanmamaktadırlar.

✪ **DDKKA elde edilme kolaylığı, güvenilirliği ve ileri sürülen osteoindüktif özellikleri nedeniyle en çok kullanılan allogreftlerdir.**

Kortikal kemik allogreftlerinin antijenik özellikleri kansellöz kemik allogreftlerine oranla çok daha azdır. Aynı zamanda kanselloz kemikten daha yüksek konsantrasyonda BMP içerir. Bu nedenle DDKKA greftlerinden kortikal kemikten elde edilenleri tercih edilmelidir.

Allogreft uygulamalarında hastalık transferi riski önemli bir konudur. Doku bankaları kullanacakları kadavralarda HIV antikor ve antijeni aramakta ve lenf bezi biyopsileri yapmaktadırlar. Ayrıca, yalnızca dondurma işlemi uygulanmış olan allogreftlerde HIV bulunma olasılığı 8 milyonda 1 dir. HCl ile demineralizasyonun HIV'i inaktive etmektedir (Meloning, Prewet ve Moyer 1992). Uygun protokolle elde edilen DDKKA nin hesaplanmış HIV transferi riski 2.8 milyarda 1 dir (Nasr, Aichelmann-Reidy ve Yukna 1999).

- **Dondurarak kurutma allogreftlerin antijenik özelliklerini tümüyle yok etmez, minimize eder.**

DDKKA leri ile elde edilen sonuçlar farklılıklar göstermektedir. Bunun en önemli nedenleriniden biri üretilen DDKKA lerin birbirlerinden farklı özelliklerde olmasındandır. Ticari kemik bankaları ürettikleri her bir greftteki BMP miktarını veya greftin osteoindüktif kapasite düzeyini belirlememektedir. Greftin elde edildiği kadavranın yaşı, cinsiyeti, geçirmiş olduğu hastalıklar, kullanmış olduğu ilaçlar, genetik özellikleri, ölümünden sonra geçen süre ve saklanma koşulları ve doku bankasının greft üretim protokolü gibi birçok faktör greftin kalitesini etkilemektedir.

Heterogreftler:

Xenogreft olarak da adlandırılırlar. Farklı türlerden elde edilen greft maddeleridir. Yeni kemik gelişimi için iskelet görevi görürler. Sığır, at, domuz kaynaklı olabilir. Mercan kaynaklı hidroksiapatitler de vardır.

Sığır Kaynaklı Hidroksiapatitler: Sığır kemiklerinin tam olarak deproteinize edilmesi ile elde edilirler. Doğal sığır kemiğinin organik bileşenleri tümüyle elimine edilir. Geri kalan inorganik bölüm, poröz hidroksiapatit partikülleridir ve yapısal olarak insan kansellöz kemiğine benzer.

- **Alıcı doku tarafından iyi tolere edilirler.**
- İyileşmeye **osteokondüktif katkı gösterirler.**

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 81

81. Epitel hücrelerinin proliferasyonunun büyük oranda gerçekleştiği tabaka…Stratum Basale

İLGİLİ NOTLAR

- Bu süreçte önemli proteinler şunlardır:
- Filaggrin
- Lorikrin

Klinik Bilimler 81. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 010

Bazal tabakadan yüzeye doğru giderken hücrelerde görülen değişiklikler

1. Tonofilamentlerin ("bundle sitokeratin") prevalansı artar
2. Hücreler aşamalı olarak yassılaşır;
3. Hücreler arası bağlantıların (desmozomların) granülozum tabakada üretilen keratohyalin granülleri ile birleşmesi
4. Keratinize tabakada çekirdeğin ve hücre organellerinin kaybolması;
5. Keratinlerin (çapraz bağlı sitokeratin, filaggrin, lorikrin ve involukrin'den oluşan) ve lipitlerin plazma membranında birikmesi ve bir araya gelerek hücre zarfını oluşturması görülür.

Gingival keratinizasyon derecesi;

- Gingival **keratinizasyon** derecesi **yaşla** ve **menopoz** ile azalır. Ancak menstural siklusun farklı aşamalarında değişmez.
- **Oral mukozanın keratinizasyon derecesi** farklı bölgelerde **çeşitlilik** gösterir. Keratinizasyon dereceleri sıralandığında
  - Damak (En fazla keratinize)
  - Dişeti
  - Dil gövdesi
  - Yanak (en az keratinize)

Epitelin Yenilenmesi (Turnover)

- Oral epitelde **bazal ve spinoz tabakalar** devamlı yeni hücreler oluştururken, yaşlanmış hücreler ağız boşluğuna dökülür.
- Mitotik aktivite **sabahları HIZLANIR, akşamları YAVAŞLAR.**
- **Non keratinize** alanlarda **ve gingivitis** ile cinsiyetten bağımsız olarak mitotik aktivite **HIZLANIR.**
- Deney hayvanlarında mitotik oran yüksekten düşüğe doğru:

Bukkal mukoza>sert damak>sulkus epiteli>birleşim epiteli>marjinal diş etinin dış yüzeyi >yapışık diş eti

Desquamasyon epitelin savunma sistemlerinden olduğundan dişetinin iltihabi durumlarında mitotik aktivite artar.

2-Diğer epitel hücreleri

Dişetinde keratinositler(%90) dışında **melanositler, langerhans hücreleri ve merkel** hücreleri vardır. Her 3 hücrede yıldız (parmak) şeklinde çeşitli boyutlarda, sitoplazmik uzantıları olan hücre görünümündedirler.

Melanositler

- **Stratum bazale** (daha yoğun) ve Stratum spinosum tabakasında bulunurlar.
- Melanin pigmentini sentezlerler.
- Melanin sentezi, hücre içinde bulunan özel organellerde gerçekleşir: Melanozom
- Gingival pigmentasyondan sorumlu temel hücrelerdir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 82

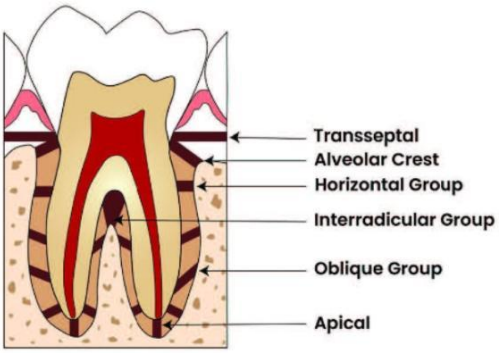
82. İnterproksimal alanda alveoler kemik kretinin üzerinde uzanıp komşu iki dişin sement dokusu arasında horizontal olarak seyreden periodontal ligament lifi…Transseptal lifler
Periodontal hastalıktan kaynaklanan alveolar kemik yıkımından hemen sonra rekonstrükte olan periodontal ligament fibril grubu… Transseptal lifler

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 82. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 029

Periodontal Ligament Fibrilleri

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



1. **Transseptal Lifler:** Dişlerin servikal alanından çıkan bu lifler iterproksimal bölgede alveolar kret tepesi üzerinden ilerleyerek komşu dişin sementine gömülür. **Periodontal hastalıklara bağlı oluşan yıkımlarda iyileşme durumunda tekrar yapılır. Bu lifler kemiğe atake olmadığı için gingivaya ait olduğu düşünülebilir.**
2. **Alveolar kret lifleri:** Epitelyal ataşmanın hemen altındak sementten oblik olarak alveolar krete uzanırlar. **Dişin ekstrüzyonuna ve lateral kuvvetlere direnç gösterir.**
3. **Horizontal lifler:** Alveolar kret liflerinin apikalinde dişin uzun eksenine dik olarak sement ve alveol kemik arasında seyreder.
4. **Oblik lifler:** PDL lif gruplarının **en geniş olanı** olup alveolar kemik ve sement arasında koronal yönde kök doğrultulu oblik olarak seyreder. **Vertikal** çiğneme **kuvvetlerini karşılar** ve alveol kemikte gerilime dönüştürür. Sayıca en fazla olan lif grubu olduklarından en kolay tolere edilebilen kuvvetler vertikal kuvvetlerdir.
5. **Apikal (ışınsal) lifler:** Dişlerin apeksinde düzensiz ve ışınsal olarak seyreder. **Kök oluşumunu tamamlamamış dişlerde bulunmazlar.**
6. **İnterradiküler lifler:** Furkasyon bölgelerinde bulunurlar.

Periodontal İligament hücreleri ve ara madde

Hücresel yapıda 4 hücre tipi bulunmaktadır. Bunlar;

1. **PDL bağ dokusunda bulunan hücreler:** Fibroblastlar, sementoblastlar, sementoklastlar, osteoblastlar, osteoklastlar ve ektomezenşimal kök hücreleri (sementoblast, osteoblast ve fibroblastlara döüşebilirler.) içerir.
2. **Epitel artığı hücreleri (malassez epitel artıkları):** Hertwig kök kınının artıkları olarak düşünülür. Stimüle edildiklerinde çoğalarak periapikal kist ve lateral kök kisti oluştururlar.
3. **İmmun sistem hücreleri:** Nötrofil, Lenfosit, Makrofaj, Mast hücreleri ve Eozinofilleri içerir.
4. **Nörovasküler hücreler**

Periodontal ligament ara maddesi, temelde glikozaminoglikan ve glikoprotein olmak üzere 2 komponentten oluşur. Yüksek oranda su içerir.

Periodontal ligament **SEMENTİKEL** isimli kalsifiye kütleler de içerir. Kök yüzeylerine yapışık veya ayrık olarak bulunabilir.

Periodontal ligamentin kan dolaşımı

PDL'nin kan dolaşımı

- Periapikal bölgedeki kan damarlarından

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 83

83. Herediter gingival fibramotozis vakalarında lezyonlar…aşırı fibrotik ve görece avasküler

İLGİLİ NOTLAR

Sistemik hastalıklara ilişkili büyüme

Lösemi

Lösemik hücreler olarak adlandırılan blastlar dokuları infiltre eder. kan hücrelerinin yapısı ve sayısı değişir. Trombositopeni sonucu kanama, sağlıklı beyaz hücrelerin azalmasına bağlı enfeksiyon riski artar.

Lösemiyle ilişkili dişeti büyümeleri çoğunlukla akut formda lokalize veya generalize şekilde görülebilir. Büyümeler frajil, ödematöz, hemorajik ve irritasyona karşı duyarlıdır. Genellikle koyu kırmızı ve parlaktır. Büyümeler interdental papil, serbest ve yapışık dişeti kısımlarında görülür. büyümelerin dişli hastalarda görülmesi büyümelerin nedenin plak ilişkili dişeti inflamasyonundan kaynaklandığını gösterir.

Dişeti büyümeleri oral hijyenin sağlanmasını güçleştirebilir. Büyümeler kemoterapiye iyi sonuç verir ve kendiliğinden gerileme eğilimi gösterebilirler. Hastaların sistemik durumu kontrol altına alındıktan sonra cerrahi olmayan periodontal tedaviler yapılır. gerekiyorsa gingivektomi ve flep cerrahileri ile büyümeler uzaklaştırılıp sağlığın idamesi sağlanır.

Granülomatöz hastalıklar

Wegener granülomatozisi

Solunum sisteminin nekrotizan hastalığıdır. Nekrotizan granülomatöz enflamasyon ve küçük damarların vasküliti ile karakterize idiyopatik sistemik enflamuar bir hastalıktır. solunum yolları, oral kavite ve nasal bölgede akut granülomatöz nekrotik lezyonlar vardır.

Wegener granülomatozu 3 farklı histopatolojik özelliğe sahiptir.

- Nekroz
- Granülomatöz enflamasyon
- Vaskulit

Oral mukazada ülserasyonlar, gingival büyüme, anormal diş mobilitesi ve diş kayıpları olabilir. Dişetinde sıklıkla maksilla anterior bölge etkilenir. Büyümüş eritematöz interdental papillaların oluşturduğu çilek benzeri klinik görüntü karakteristik olup dişetinin rengi kırmızıdan mora değişebilir. Yüzeyinde peteşi veya sarı çöküntülü granüler yapı görülebilir.

Etiyolojide immun kaynaklı doku yaralanmaları düşünülür. Böbreklerdeki hasara bağlı sık ölüm görülürken immunsupresif ilaçlar sayesinde hastalığın remisyon dönemi uzamıştır.

Sarkoidoz

Klinik Bilimler 83. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 256

nodüller veya papüller olarak görülebilir.

Gingival fibromatozis

Gingival fibromatozis, kalıtsal veya idiyopatik olabilir. Bu lezyonlar nadirdir ve oldukça fibrotik dişeti büyümeleri formlarında ortaya çıkar. Kalıtsal gingival fibromatozis en yaygın formdur ve birkaç genetik lokusla ilişkilendirilmiştir. İdiyopatik dişeti büyümesi, nedeni belirsiz nadir bir durumdur.

Büyümeler, yapışık diş etini, dişeti marjinini ve interdental papillayı etkiler. Genellikle Mandibula ve maksilla'nın fasial ve lingual yüzeyleri etkilenir, ancak tutulum her iki çene ile sınırlı olabilir. Büyümüş dişeti, pembe, sıkı, yoğun ve karakteristik küçük taştan kabarcıklar gibi bir yüzeye sahiptir. Ağır vakalarda, dişler neredeyse tamamen kaplanır. Dişeti sınırında ikincil inflamatuar değişiklikler yaygındır.

Neoplastik dişeti büyümeleri

Dişetinin benign tümörleri

- Epulis
- Fibroma
- Papilloma
- Periferal giant cell granüloma
- Central Giant cell granüloma
- Dişeti kistleri

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 85

85. Lineer IgA hastalığının ayırıcı tanısında ilk sırada düşünülen hastalıklar… Deskuamatif gingivitis ve mukozal erozyon/bül oluşturan tüm kronik otoimmün dermatözler ve vezikülöbüllöz hastalıklar

İLGİLİ NOTLAR

Şekil: Eritem ve ülserasyon, kronik deskuamatif gingivitisin klinik tanısı ile tutarlıdır. Direkt ve indirekt immünofloresan çalışmalar, tabakalı epitelyuma spesifik antinükleer antikorları gösterir. (Courtesy Dr. Douglas Damm, University of Kentucky, Lexington, KY.)



Kronik ülseratif stomatit, esas olarak oral mukozayı etkileyen otoimmün bir durumdur. Klinik ve histolojik özellikleri

Klinik Bilimler 85. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 104

Linear IgA hastalığı

LAD (yani lineer IgA dermatozu), kadınları daha çok tutan nadir bir mukokutanöz bozukluktur. LAD'ın etyopatojenik yönleri tam olarak anlaşılamamasına rağmen, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri tarafından tetiklenen ilaca bağlı LAD bildirilmiştir.

LAD'ın oral belirtileri veziküller, ağrılı ülserasyonlar veya erozyonlar, eroziv gingivitis veya cheilitis'tir. En sık sert ve yumuşak damak etkilenir; tonsillalar, bukkal mukoza, dil ve dişeti tutulumu görülür. Nadiren, oral lezyonlar kutanöz lezyonların ortaya çıkmasından birkaç yıl önce LAD'nin tek bulgusu olabilir. LAD'ın oral lezyonları klinik olarak deskuamatif gingivitis olarak bildirilmiştir.

LAD'ın mikroskobik özellikleri, eroziv liken planuste gözlenenlere benzer.

Dermatitis herpetiformis

Dermatitis herpetiformis, genellikle 20 ila 30 yaşları arasındaki gençlerde (özellikle erkekler) görülen kronik bir durumdur. Kanıtlar, dermatitis herpetiformis'in çölyak hastalığının kütanöz bir bulgusu olduğunu göstermektedir.

Çölyak hastalığı olan hastaların yaklaşık %25›inde dermatitis herpetiformis vardır. Çölyak hastalığının nedeni belirsizdir, ancak doku transglutaminaz bağırsakta, deride ve bazen mukozada baskın otoantijen gibi görünmektedir.

Gluten enteropati hastaların yaklaşık üçte ikisinde şiddetli olabilir ve kalan üçte birinde hafif veya subkliniktir. Ağır vakalarda, hastalar disfaji, halsizlik, ishal ve kilo kaybından şikayet edebilirler.

Klinik olarak, dermatit herpetiformis, öncelikle ekstremitelerin ekstansör yüzeyleriyle sınırlı olan bilateral ve simetrik pruritik papüller veya veziküller ile kendini gösterir. Sakrum, kalçalar ve bazen yüz ve ağız boşluğu etkilenebilir.

Herpetik terimi vezikül ve papillerin ilk önce deride ortaya çıkmasıyla ilişkilidir. Bu vezikül ve papüller zamanla iyileşir ve yerini hiperpigmente alanlar alır.

Oral lezyonlar vezikül ve büllerin yırtılmasıyla ortaya çıkan ağrılı ülserlerdir.

Dermatitis herpetiformis'in başlangıç lezyonlarının mikroskobik incelemesinde, dermal papillerin apekslerinde fibrin birikintileri arasında nötrofiller ve eozinofillerin fokal infiltrasyonu görülür.

İlaca bağlı oluşan lezyonlar

İlaçların lokal ve sistemik uygulamalarına bağlı olarak oral kavitede hipersensivite ve alerjikreaksiyonlar görülebilir. Ağızda ülser, eritemaztöz lezyon ve diğer mukozitlerin görüldüğü ilaçlara bağlı mukozal reaksiyonlara **stomatitis medikamentoza** denir. İlaçların kullanımına bağlı desquamativ gingivitis tablosu oluşabilir.

Pirofosfat ve onun tadını baskılamak için kullanılan **tarçın ürünleri** içeren diş macunlarına da **plazma hücreli gingivitis** denilen, **eritemli yapışık dişeti** görünümü ile karakterize lezyona sebep olabilir.

Etken olan ajanın **kullanımının sonlandırılması** ile lezyonlar geriler. Eğer ilaç ya da maddenin kesilmesi söz konusu değilse topikal kortikosteroid veya tacrolimustan faydalanılabilir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 86

86. Yüksek gülme hattının (gummy smile) temel anatomik ve etiyolojik nedenleri…Gecikmiş pasif sürme, üst dudak hipermobilitesi/formu ve vertikal maksiller fazlalık

İLGİLİ NOTLAR

- En net dişeti **kurutulduğunda** görülebilir.Azalması gingival hastalığın göstergesi olup gingival sağlık geri döndüğünde tekrar oluşur.

Dişetinin Sıkılığı ve Formu

- Sağlıklı dişeti, künt bir aletle palpe edildiğinde **sıkı ve tıkız** yapıdadır.
- Künt bir aletle basınç uygulandığında **direnç gösterir**.
- Basınç ortadan kalktığında **eski formuna geri döner**.
- **Serbest dişeti,** dişe yapışık olmadığı için hafif mobilite gösterebilir.
- **Yapışık dişeti,** alveol kemiğine sıkıca tutunduğu için mobil değildir.
- **Dişeti papili,** interdental bölgeyi doldurur.
- **Marjinal dişeti,** koronale doğru incelerek **bıçak sırtı şeklinde** sonlanır.

Cep Yapısı ve Derinliği

- Klinik olarak sağlıklı gingival sulkus derinliği ideal durumda **0 veya 0'a yakın** kabul edilir.
- Ancak sağlıklı bireylerde **2-3 mm sondalama derinliği** normal kabul edilebilir.
- Sağlıklı dişetinde cep derinliği ucu künt bir aletle ölçüldüğünde:
  - **Kanama olmaz**

Klinik Bilimler 86. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 020

Pozisyon ve Erüpsiyon

- Dişin sürmesi iki fazda değerlendirilir:
  1. **Aktif erüpsiyon**
  2. **Pasif erüpsiyo**n

Aktif Erüpsiyon

- Dişin **okluzal düzleme ulaşıncaya kadar yaptığı hareket** aktif erüpsiyon olarak adlandırılır.
- Bu süreçte diş, alveol kemiği içinden ağız ortamına doğru hareket eder.

Pasif Erüpsiyon

- Diş okluzal düzleme ulaştıktan sonra, gingivanın apikale doğru yer değiştirmesiyle kronun daha fazla açığa çıkmasına **pasif erüpsiyon** denir.
- Başlangıçta fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmıştır.
- Ancak günümüzde özellikle **gecikmiş/değişmiş pasif erüpsiyon**, gingival marjinin normalden daha koronalde kalmasına neden olduğu için **patolojik veya estetik problem oluşturan bir durum** olarak değerlendirilir.

Dört evrede gerçekleşir;

- **Evre 1:** Dişler oklüzyon çizgisine ulaşır. **Birleşim epiteli** ve **sulkus tabanı mine** üzerindedir.
- **Evre 2: Birleşim epitelinin** bir kısmı **sement** üzerinde, bir kısmı da **mine** üzerinde olacak şekilde çoğalır. **Sulkusun tabanı** hala **minenin** üzerindedir.
- **Evre 3:** Birleşim epitelinin tamamı **sement** üzerindedir ve **sulkusun tabanı mine sement sınırındadır.**
- **Evre 4: Birleşim epiteli sement** üzerinde daha da çoğalmıştır. **Sulkusun tabanı sementin** üzerindedir ve bir kısım sement açığa çıkar.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 87

87. ingivektominin kontraendike olduğu durumlar…
- **Kemik cerrahisi** gerekiyorsa
- Periodontal cepler **mukogingival birleşimin altına** uzanıyorsa, keratinize dişeti **darsa**
- **Estetik problem** yaratacak durumda
- Yüksek post.op **kanama** riski olan hastalarda

İLGİLİ NOTLAR

İyileşme

- İşlem sonrası periodontal cep sahasında kanama olur ve pıhtı oluşur. Bölgede PMNL birikimi olur.
- Bunu GRANÜLASYON DOKU PROLİFERASYONU izler, doku olgunlaşırken küçük damarların sayısı azalır.
- Sulkusun epitelizasyonu 2-7 günde, birleşim epiteli restorasyonu en erken tedavi sonrası 5. günde tamamlanır.
- Olgunlaşmamış kollajen fibriller 21 günde görülür.
- Skaling ve küretajdan sonra iyileşme yeni bağ dokusu ataşmanı olmaksızın uzun birleşim epiteli şeklinde

Klinik Bilimler 87. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 193

GİNGİVEKTOMİ - GİNGİVOPLASTİ

Gingivektomi; dişetinin eksize edilerek uzaklaştırılması demektir. Cep duvarının uzaklaştırılması ile kök düzlemesinin yapılabilmesi ve diş taşlarının tamamen uzaklaştırılabilmesi için görünürlük ve erişebilirlik sağlar. Bu teknik cep eliminasyonu ve dişetinin uygun bir forma kavuşturularak oral hijyenin sağlanmasına olanak veren fizyolojik dişeti formunun oluşturulması amacıyla yapılır.

Endikasyonları

- Duvarı **fibrotik** ve sıkı ise derinliğinden bağımsız olarak **kemik üstü** ceplerin eliminasyonu
- Dişeti **büyümeleri**

✪ *****Gingivektomi** işleminin yapılabilmesi için **keratinize dişeti genişliğinin yeterli olması, periodontal ceplerin mukogingival hattın apikaline geçmemesi, alveolar kemiğe herhangi bir işlemin yapılmayacak olması ve estetiğe zarar vermiyor olması gerekir.**

Kontrendikasyonları

✪
- **Kemik cerrahisi gerekiyorsa**
- **Periodontal cepler mukogingival birleşimin altına uzanıyorsa, keratinize dişeti darsa**
- **Estetik problem yaratacak bölgelerde, özellikle üst çene anterior bölgede**
- **Yüksek post.op kanama riski olan hastalarda**

Gingivektomi işlemi bisturi, elektro-cerrahi, lazer veya kimyasal yolla yapılabilir.

Ginvektomi tekniğinin uygulanışı

Ceplerin İşaretlenmesi: Periodontal cepler gingivektomi işlemi için özel olarak düzenlenmiş cep işaretleyici presel veya periodontal sond yardımıyla cep tabanından işaretleme yapılır. işlem gingivektomi uygulanacak tüm dişlerin vestibul ve lingual yüzeylerinde ayrı ayrı yapılır. böylece insizyon hattına rehberlik edecek kanama odakları oluşturulmuş olur.





Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 88

88. Mobilitenin **en yaygın** nedenleri... Aşırı oklüzal kuvvetlere bağlı veya bruksizim ve diş kenetlenmesi gibi alışkanlıklar

İLGİLİ NOTLAR

Atrizyon: Karşıt dişlerin fonksiyonel kontağı sonucu oluşan okluzal aşınma

Hipersensitivite: Dişetinin çekilmesiyle açığa çıkan kök yüzeyleri termal değişikliklere veya dokunmaya karşı hassas olabilir. Sond ile bölgeye dokunarak veya soğuk hava sıkarak teşhis edilir.

Klinik Bilimler 88. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 139

Diş mobilitesi

- Tüm dişlerde farklı dişlere ve günün zamanlarına göre değişen hafif derecede fizyolojik mobilite vardır. (0.12mm)
- 24 saat içinde mobilitede meydana gelen değişiklikler sağlıklı periodonsiyuma sahip bireylerde bruksizm gibi alışkanlıklara sahip olan bireylerden daha az belirgindir.
- Gece boyunca dişlerin kontakta olmayışından dolayı dişlerde meydana gelen hafif bir erüpsiyona bağlı mobilitede artış olur. Dişlerin tekrar fonksiyon görmesiyle beraber dişler asıl konumlarına döner ve mobilite azalır.
- Tek köklü dişler çok köklü dişlerden daha fazla mobilite gösterir.
- Mobilite esasen horizontal yönde meydana gelir (az derecede aksiyal yönde de mobilite görülebilir).

Fizyolojik sınırlar dışındaki mobiliteye anormal veya patolojik mobilite adı verilir. **Artmış mobilitenin nedenleri:**

- Destek kemik kaybı
- Okluzal travma
- İnflamasyonun dişetinden veya kök apeksi çevresinden periodontal ligamente yayılması
- Periodontal cerrahi
- Hamilelik, menstrual siklus ve oral kontraseptif kullanımıyla ilişkili olarak
- Alveol kemiği harap eden çenelerin patolojik durumları (osteomyelit, tümör)

Mobilite artışına neden olan faktörler

1. **Dişte destek kaybına (kemik kaybı) bağlı mobilite**: Kemik kaybının miktarına ve dağılımına, kökün uzunluğuna ve şekline, kron-kök oranına bağlı olarak mobilitenin şiddeti değişir. Aynı miktardaki kemik kaybına rağmen kısa, konik köklü dişler uzun köklülere oranla daha fazla sallanırlar.
2. **Oklüzal travma:** Aşırı oklüzal kuvvetlere bağlı veya bruksizim ve diş sıkması gibi alışkanlıklar mobilitenin en yaygın nedenlerindendir. Okluzal travmada kemiğin kortikal tabakasının yıkıldığı aşama veya adaptasyon sırasında periodontal ligamentin genişlemesi sebebiyle artmış mobilite görülür. **Hipofonksiyona** bağlı olarak da mobilite **artabilir.**
3. **İnflamasyonun yayılması**: Dişetinden veya apeks çevresinden periodontal ligament aralığına inflamasyonun yayılması sonucu mobilite artar.
4. **Periodontal cerrahi** sonrasında mobilitede geçici olarak artış görülür. 148 DUS HAZIRLIK MERKEZLERİ
5. **Gebelik**, menstrüasyon, **hormonal kontraseptifler** fiziko-kimyasal değişiklikler periodontal hastalık olmaksızın mobiliteyi arttırabilirler.
6. **Çenedeki patolojik değişiklikler**: Alveoler kemik ve köklerin yıkılmasına sebep olan anormal durumlardır. **Osteomyelit ve tümörler** bu gruptadır. **Campylobacter rectus, Peptostreptococcus micros** ve muhtemelen P.gingivalis, insanlarda mobilitesi artmış dişlerde daha sık görülmektedir.

Diş mobilitesi 2 aşamada oluşur:

Başlangıç veya soket içi safha: Diş periodontal ligament sınırları içinde hareket eder. Bu ligamentin visko elastik distorsiyonu ile ilişkilidir.

İkinci safha (sekonder mobilite): Artmış horizontal kuvvetlere cevap olarak alveol kemiğin elastik deformasyonudur ve yavaş meydana gelir.

Diş mobilitesinin ölçümü için pek çok mekanik ve elektronik aygıt geliştirilmiştir. Fakat mobilite genelde klinik olarak belirlenir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 89

89. Peri-implantitisi Peri-İmplant mukozitisten ayıran **en temel kriter…**Kemik kaybı varlığı

İLGİLİ NOTLAR

2. Periodontal hastalıkların patogenezini etkileyen diğer sistemik düzensizlikler

1. Diabetus mellitus
2. Obezite
3. Osteoporozis
4. Arthritis
   - Romatoid artrit
   - Osteoartrit
5. Emosyonel stres ve depresyon
6. Sigara (nikotin bağımlılığı)
7. Medikasyon

3. Periodontitisten bağımsız olarak periodontal dokuların kaybıyla sonuçlanan sistemik düzensizlikler

3.1. Neoplazmlar

1. Periodontal dokuların primer neoplastik hastalıkları
   - Oral squamoz cell karsinom
   - Odontojenik tümörler
   - Periodontal dokuların diğer primer neoplazmları
2. Periodontal dokuların sekonder metastazik neoplazmları

3.2. Periodontal dokuları etkileyen diğer hastalıklar

1. Granulomatosis with polyangiitis
2. Langerhans cell histiocytosis
3. Giant cell granulomas
4. Hyperparathyroidism
5. Systemic sclerosis (scleroderma)

Klinik Bilimler 89. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 052

Peri-İmplant Hastalıklar ve Durumlar

Peri-implant sağlığı, peri-implant mukozitis ve peri-implantitis için yeni bir sınıflama çalıştay tarafından geliştirilmiştir. Dünya çapında kabul edilebilecek bu sınıflandırma için bir konsensus elde etmek amacıyla peri-implant sağlığının, hastalıkların ve implant bölgesi koşullarının ve deformitelerinin tüm yönlerini gözden geçirmek için çaba gösterilmiştir. Olgu tanımları, klinisyenler tarafından bireysel vaka yönetimi ve ayrıca nüfus çalışmaları için kullanılmak üzere geliştirilmiştir.

- Periimplant sağlık,
- Periimplant mukozitis
- Periimplantitis
- Periimplant sert ve yumuşak dokuda eksiklikler

Peri-İmplant Sağlık

Peri-implant sağlığı hem klinik hem de histolojik olarak tanımlandı. Klinik olarak peri-implant sağlığı, inflamasyonun görsel bulgularının ve sondlamada kanamanın yokluğu ile karakterizedir. Peri-implant sağlığı normal veya azalmış kemik desteğine sahip implantlar etrafında bulunabilir. Peri-implant sağlığı ile uyumlu bir dizi sondlama derinliği tanımlamak mümkün değildir.

Peri-implant Mukozitis

Peri-implant mukozitis, sondlamada kanamayla ve görsel iltihap belirtileri ile karakterizedir. Peri-implant mukoza iltihabının plaktan kaynaklandığına dair güçlü kanıtlar olsa da, plakla ilişkili olmayan peri-implant mukozitis için çok sınırlı kanıt vardır. Peri-implant mukozitis plağın ortadan kaldırılmasını amaçlayan önlemlerle tersine çevrilebilir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 89

89. Peri-implantitisi Peri-İmplant mukozitisten ayıran **en temel kriter…**Kemik kaybı varlığı

Klinik Bilimler 89. soru
Periodontoloji Dus Konu Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 053

Peri-İmplantitis

İnflamasyon ve/veya BOP'un eşlik ettiği alveolar kemiğin ilerleyici yıkımıdır. İmplantın kemik seviyesindeki değişiklikleri belirlemek için geçmiş verilerile karşılaştırılabilir . Geçmiş veriler mevcut olmadığında peri-implantitis tanısı için, sondalamada kanama ve/veya süpürasyon varlığı, sondalamada cep derinliği(≥6 mm) ve implantın en koronal noktasından apikaline doğru kemik kaybı (≥3 mm) değerlendirilir.

Peri-implant sert ve yumuşak doku eksiklikleri

Diş kaybını takiben normal iyileşme, hem sert hem de yumuşak doku eksikliklerine neden olan alveolar proçes boyutlarının azalmasına yol açar. Daha büyük kret defektleri, ciddi periodontal destek kaybı, ekstraksiyon travması, endodontik enfeksiyonlar, kök kırıkları, ince bukkal kemik plakaları, kötü diş pozisyonu, maksiller sinüs yaralanması ve pnömatizasyonu ile ilişkili alanlarda ortaya çıkabilir. Kreti etkileyen diğer faktörler, ilaçlarla ve doğal olarak oluşan kemik miktarını azaltan sistemik hastalıklarla, dişlerin ageneziyle ve protezlerden gelen baskı ile ilişkili olabilir.

Endodontik-İmplant Çevresi Lezyonları

- Endodontik lezyonların periodontal dokuların yanı sıra peri-implant dokuları da etkileyebildiği rapor edilmiştir.
- Önceden, rezidüel endodontik bakterilerin, radyografik olarak bir implantın apeksini çevreleyen radyolüsent bir lezyon olarak tanımlanan, "retrograd peri-implantitis" olarak adlandırılan bir duruma neden olabileceği biliniyordu. Bu lezyonlar genellikle ilerlemez ve implantın fonksiyonel stabilitesini bozmaz.
- Periodontal ve peri-implant hastalıkların sınıflandırılmasına yönelik dünya çalıştayının (2017) ardından, 2020'de yeni bir hastalık olarak Endodontik-Peri-implant Lezyon (diğer adıyla Endo-implant) tanımlandı.

PERİODONTAL PATOLOJİ

Patogenez terimi; bir hastalığın gelişiminin en erken safhasından yani başlangıcından gelişimine kadar gerçekleşen olaylar serisi olarak tanımlanabilir.

KLİNİK OLARAK SAĞLIKLI DİŞ ETİ

Klinik olarak sağlıklı dokularda, düşük dereceli inflamasyon ile bakteriyel biyofilmin sürekli varlığı arasındaki denge mevuttur. Bu kararlı denge bireyin ömrü boyunca devam edebilir. Bu dengenin korunmasında

- Sağlam bir **epitel bariyerinin** (birleşim ve sulkus epiteli) korunması.
- Sulkustan dışarı **DOS akışı** (seyreltme etkisi ve yıkama etkisi).
- Birleşim ve sulkus epitelinin yüzey **epitel hücrelerinin dökülmesi.**
- Sulkusta bakterileri fagosite edecek **nötrofil ve makrofajların varlığı.**
- DOS içerisinde **antikorların** varlığı rol alır

Periodontal hastalık patogenezinde 4 aşama vardır.

Kolonizasyon: Pelikıl formasyonunun oluşumu ile bakteriyel kolonizasyon gerçekleşmesi.

İnvazyon: Bakteri ve ürünlerinin subgingival cep yoluyla bağ dokusu ve alveol kemiğine doğru invaze olması

Doku yıkımı: Dokuya penetre olan bakteri ve ürünleri ile konağa bağlı faktörlerle birlikte doku yıkımı gerçekleşmesi

İyileşme ve fibrozis: Antijenlere cevap olarak humoral immun cevap oluşur ve iyileşme başlar.

Gingival inflamasyon

Gingivitiste patolojik değişimler gingival sulkustaki mikroorganizmaların varlığı ile ilişkilidir. **Mikroorganizmalardan salınan;** Kollajenaz, Hyalürodinaz, Proteaz, Kondrotin sülfataz, Endotoksinler epitel hücrelerini, bağ dokusu hücrelerini ve ekstraselüler matriksi yıkan enzimlerdir. Bakteri ve bakteri kaynaklı enzim ve toksinler ile aynı zamanda mikroorganizmaların ürünleri nötrofil ve makrofajları aktive ederek bağ dokusu ekstraselüler matriksin yıkımına neden olan proinflamatuar sitokin ve mediatörlerin salımına neden olurlar. Bakteri ve ürünlerinin bağ dokusuna penetre olabilmeleri için önce birleşim epiteline zarar vermeleri gerekir. Bundan sonra, gingival inflamasyon iki yolla gelişir:

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 90

90. Cerrahi sırasında granülasyon dokusu, fibröz interdental dokular ve yapışmış subgingival birikintileri uzaklaştırmak için daha geniş ve güçlü küret…Prichard küreti

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 90. soru
Periodontoloji Dus Konu
Kitabı-2026(Ekim) Sayfa 179

Kalp pili taşıyan hastalarda kullanımı kontrendikedir.

Periodontal cerrahide kullanılan aletler

Eksizyon ve insizyon yapan aletler

- **Kirkland:** Fasial yüzeylerde
- **Orban:** Interdental alanın gingivektomisinde kullanılır.



Gingivektomi bıçakları

1. Üstteki 'Orban' 2. Alttaki 'Kirkland'

Bunlar haricinde çeşitli bistüriler vardır. Ayrıca;

- Cerrahi küretler
- Periost elevatörleri
- Cerrahi chisel
- Kemik file
- Portegü
- Doku pensi
- Makaslar

SCALİNG VE ROOT PLANNİNG PRENSİPLERİ

SCRP-SRP

Scaling; kazıma anlamına gelmektedir. Diş taşının ve plağın uzaklaştırılması işlemidir. Yüzeydeki birikintiler temizlenir.

Root planning; kökten rezidüel sementin (plak, diştaş, endotoksin) bir kısmını uzaklaştırma işlemidir, pürüzsüz, sert ve temiz bir yüzey elde edilir. Yani enfekte ve nekrotik kök yüzeyi temizlenir.

- Scaling ve root planning ayrı prosedürler değildir; scalingteki tüm prensipler root planningle aynı uygulanır.
- İkisinin arasındaki fark, yalnızca tabakalardır.
- Diş yüzeyinin tabakası belirlenmelidir, buna göre scale (kazıma) veya plan (düzeltme) yapılır.

Subgingival Kök Yüzeyi Düzleştirmesi Tekniği

- Subgingival diştaşları, supragingival diş taşından daha serttir, pörözdür ve bakteri ve endotoksin barındırır, bundan dolayı tamamen uzaklaştırılması gerekir.
- Sement ekspoze olduğunda plak bakterileri dental tübülleri istila eder ve endotoksinle kontamine olur.
- Dolayısıyla yalnızca yüzey temizliği bunları uzaklaştırmak için yetersizdir.
- Sementin ince olduğu yerlerde instrumantasyonun yapılmasıyla dentin açığa çıkar ve hassasiyete sebep olabilir.
- Bu yüzden aşırı miktarda dentin ve sementin uzaklaştırılmasından kaçınılması gerekir..

Teşhis Yetenekleri

- SCRP işlemlerinden sonra, kök yüzeyindeki düzensizliklerin ve kalan eklentilerin iyi bir ışıkla ve temiz, kuru bir ortam sağlandıktan sonra saptanması için iyi bir görsel veya dokunsal muayene yapmak gerekir.
- Diştaşı ile karşılaşıldığında, aletin uç kısmı apikal yönde, kök yüzeyinde diştaşının bitim noktası hissedilene kadar ilerletilmelidir.