**YAKINDOĞU ÜNİVERSİTESİ**

**DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

Prof.Dr.Atilla BERBEROĞLU

##### **YAŞLILARDA PERİODONTAL TEDAVİ**

##### **Periodonsiyumda yaşlanma**

Periodonsiyumun yaşlanması hücresel yaşlanmanın bir sonucudur. Genel olarak hücresel yaşlanma, zamanla ağız dokularında görülen esas değişikliklerin temelini oluşturur. Yaşlanma süreci her dokuyu aynı şekilde etkilemez. Örneğin, kas dokusu ve sinir dokusundaki yenileme minimal iken, periodonsiyumun ana bileşenlerinden biri olan epitel dokusu her zaman kendini yeniler.

***İnstriktik (dahili) değişiklikler.*** Günümüzde yaşlanmaya neden olan moleküler mekanizmalar ile ilgili en çok kabul gören kuram “moleküler saat/telomer-telomeraz” kuramıdır. Yapılan çalışmalar yaşam yarışına uzun telomerlerle başlayan ve telomerlerini etkin şekilde uzatabilen canlıların daha uzun yaşadığını destekliyor. Hücrelerin her bölünmede telomerlerinden bir miktar kaybederek “Hayflick sınırına” kadar bölünmesi, hücre içinde DNA hasar sinyalinin başlatılmasına neden oluyor. Telomerlerin kısalmaları ilk olarak 1961 yılında, doku kültürü çalışmaları sırasında Hayflick tarafından gözlemlenmiştir Hayflick insan fibroblastlarıyla yaptığı çalışmalarda, hücrelerin belirli bir bölünme sayısından sonra artık bölünemediğini fakat metabolitik aktivitelerini devam ettirdiğini gözlemlemiştir. Hayflick Limiti: Kültüre edilen fibroblastların yaklaşık 40-60 bölünme sonrasında gelişme ve bölünme yeteneklerini kaybederek yaşlanmaya başlamasıdır. İnsan embiyo hücreleri yaklaşık 60-80 bölünme sonrasında yaşlanmaya başlar. Orta yaşlı insanların hücreleri 10-20 defa bölünür. Benzer şekilde, uzun ömürlü canlıların hücreleri, daha kısa ömürlü canlılara göre daha fazla bölünebiliyor. Örneğin insanda bu sayı ortalama 50-60 iken farede yalnızca 15 kadar.

##### **Stokastik değişiklikler.** Hücreler içinde oluşan stokastik (rastlantısal,rastsal) değişiklikler aynı zamanda dokuyu da etkiler (örn. Glikosilasyon ve çapraz bağlanma morfolojik ve fizyolojik değişiklikler meydana getirir). Yapılar elastikiyet kaybı ve mineralizasyonun artışıyla ile daha sert hale gelir. Rejeneratif güç kaybıyla yapılar daha az çözünür hale dönüşür. Somatik mutasyonlar protein sentezinde azalmaya ve yapısal değişimlere yol açar. Serbest radikaller de hücredeki atık birikimine katkıda bulunur.

##### **Fizyolojik değişiklikler.** Periodontal ligamentteki kollajen liflerinin sayısında bir azalmaya, doku esnekliğinde kayba yol açar.

##### **Periodontal Hastalıkların Gelişiminde Yaşlanmanın Rolü**

Epidemiyolojik çalışmalar, yaşla birlikte periodontal hastalıkların görülme sıklığının ve şiddetinin arttığını ortaya çıkarmıştır. Ancak, ağız hijyeni iyi olan yaşlı bireylerde periodontal hastalık insidansı düşüktür. Klasik bir deneysel gingivitis çalışmasının yaşlılar versiyonunda, bakteriyel plak birikimi ve gingival inflamasyonu olmayan bireylerde üç hafta boyunca ağız hijyeni işlemleri kesilmiş ve gingivitis gelişmesine izin verilmiştir. Sonuçta yaşlılarda oluşan inflamasyonun, gençlere kıyasla daha hızlı geliştiği ve daha şiddetli olduğu görülmüştür. İleri yaşlarda en sık görülen klinik problemlerden birisi de dişeti çekilmesidir. Bu tablo, periodontal ataçman ve alveoler kemik kaybı sonucu ortaya çıkar. İleri yaşlarda rastlanan periodontal doku kaybı, birçok yıkıcı faktörün yıllar içindeki kümülatif etkisine bağlı olarak meydana gelir. Plağa bağlı periodontitis, sert fırçalama sonucunda mekanik travma ve hatalı dental restorasyonlar gibi faktörler periodontal doku kaybına yol açar. Ayrıca, periodonto-patojenlerin (periodontal hastalık yapan mikroorganizmaların) bulunması, sigara kullanımı, düzenli olarak dişhekimine gidilmemesi, iplik kullanamama, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, depresyon ve bellek kaybı gibi faktörler de yaşlıda periodontal yıkımın şiddetini arttırır.

Yaşlanma ve periodontal hastalık arasındaki ilişkiyi etkileyen bir diğer faktör de yaş artışı ile ortaya çıkan biyolojik değişikliklerdir. Hem insanlarda ve hem de deney hayvanlarında yapılan çalışmalar, yaşlanma ile birlikte immün cevabın azaldığına işaret etmektedir. Bu durum, periodontal hastalıklara yatkınlığın artmasına yol açabilmektedir. Diğer yandan, yaşlı bireylerde sistemik hastalıklar da başlamıştır. Bu nedenle sürekli olarak ilaç kullanırlar. Hem bu hastalıklar ve hem de kullanılan ilaçlar, periodontal dokular üzerinde yıkıcı etki gösterebilir. Bütün bunlara rağmen, hayatları boyunca ağız hijyenine özen göstermiş kişilerde yaşlılıktaki ataçman kaybı minimum düzeydedir. Bu yüzden periodontal hastalığın yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olduğu söylenememektedir. Yaşlılık ile periodontal hastalıklar arasında bir ilişki olduğu gözlemlenmektedir ama tek başına periodontal hastalığa yatkınlığı arttıramaz. Demek ki; yaşlanma periodontitis oluşumu için gerçek bir risk faktörü değil ilişkili bir faktördür.

**Yaşlılarda Periodontal Tedavi – Değerlendirilmesi Gereken Unsurlar**

**Sağlık Durumu.** Modern tıptaki ilerlemeler ve yaşam süresinin uzamasına rağmen, akut ve kronik hastalıklara sahip yaşlı sayısı da artmaya devam etmektedir. Görme bozuklukları, katarakt, glokom ve işitme bozukluklarının frekansı yaşın ilerlemesine paralel olarak artar. Yaşlıların birçoğunda en az bir veya birden fazla kronik durum/hastalık söz konusudur. 1994 yılında yaşlı bireylerde en sık görülen kronik durumlar şunlardır: Artrit (%50), hipertansiyon (%36), kalp hastalığı (%32), işitme bozuklukları (%29), katarakt (%17), ortopedik bozukluklar (%16), sinüzit (%15), diyabet (%10). Kalp hastalıkları yaşlı kişilerde ölüme neden olan sebeplerin başında gelmektedir. Yaşlı erişkinlerde her on ölümden yedisi kalp hastalığı, kanser veya inme (felç) nedeniyle olmaktadır. Duyu bozuklukları ve artrit oral hijyenin kalitesini önemli ölçüde etkiler. İşitme ve duyma bozuklukları ve hareket kısıtlamaları bulunan yaşlıların iyi bir oral hijyen sağlamaları oldukça zordur.

**Dental Tedaviyi Etkileyen Sosyal ve Psikolojik Konular.** Yaşlı bireylerin eğitim durumunda düzelme (eğitim seviyesinde artma) görülmektedir. Daha üst düzeyde eğitim alanlar, nispeten daha iyi ekonomik koşullara sahiptirler. Fakirlik azalmaktadır. Eğitim düzeyleri ve fakirlik oranlarındaki gelişme yaşlıları ağız sağlığına yönelik istekliliklerini ve oral rehabilitasyona olan taleplerini artırmaktadır.

**Doğal Dişlerin Bulunması.** Geçen yıllar içinde diş kaybı ve total dişsizlik sorunu gittikçe azalmaktadır. İleri yaşlardaki bireylerin ağzında daha fazla doğal diş bulunmaktadır. Buna bağlı olarak dental işlem gereksinimleri de artacaktır.

**Periodontal Durum.** Son dönemdeki veriler, yaşlıların periodontitise yatkınlığında azalmaya işaret etmektedir. Bir zamanlar sanıldığı kadar ileri periodontal hastalığa rastlanmamaktadır. Yaşlıların büyük bir kısmında orta düzeyde ataşman kaybı izlenirken ancak pek az bir bölümünde şiddetli kayıplar görülmektedir. İncelemeler, yaştaki ilerleme ile birlikte dişeti çekilmelerinin ortaya çıkma sıklığının arttığını (55-84 yaş aralığındaki bireylerin 1/3’ünde ve 85+ yaşındaki bireylerin %46’sında 3 mm veya daha fazla dişeti çekilmesi bulunmaktadır) göstermektedir. Altı milimetre ve daha fazla cep derinliği 45-54 yaşları arasındaki bireylerin %7’sinde, 55-64 yaş aralığındaki bireylerin %8’inde ve 65+ yaşındaki bireylerin %7’sinde tespit edilebilmiştir. Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004 araştırmasında 65-74 yaş grubunda 6 milimetreden fazla cep yüzdesi kadınlarda %2,2, erkeklerde ise %%1,2 olarak bulunmuştur. Bu sonuçları değerlendirirken ağzında dişi olmayanların oranının (%48) göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Diş yoksa periodontal cep de oluşamaz. Bununla birlikte, ileri periodontal hastalıklar belirgin bir şekilde azalma eğiliminde olduğu görülmektedir.

Ataçman kaybı da yaşla birlikte artış göstermektedir. Altmış beş yaş üstü bireylerin yarısından azında 5 mm veya daha fazla ataçman kaybı bulunmaktadır. Yaş periodontal yıkım riskini artırır, fakat bu risk büyük ihtimalle patolojiye bağlı olarak değil başarılı bir yaşlanma süreci ve yaşam boyu oluşan kayıpların toplamı ile uyumludur.

**Çürük Durumu**

Yaşlı bireylerde özellikle kök çürüklerine sık rastlanır. Medikal problemler, birçok ilacın bir arada alınması ve ataçman kaybına bağlı ekspoze olmuş kök yüzeyleri kök çürüğü riskini artırır. Yani, kök çürüğü prevalansı yaş ile artar.

**Dişhekimine Gitme Durumu**: Yaşlı bireylerin dişhekimine gidip/gitmemeleri yaş ile ilgili değil ağızda diş bulunup-bulunmaması ile ilgilidir. Yapılan bir araştırma ABD’de yaşlı hastaların dişhekimliği hizmetlerinden oldukça sık yararlandıklarını göstermektedir.

**Kandidiazis:** Candida albicans’ın aşırı proliferasyonu ve oral mukozal tabakalara infiltrasyonu patojenik bir enfeksiyona (kandidiazis) neden olur. Hastanın immün sistemini bozan herhangi bir durum kandidiazis için risk faktörü olarak değerlendirilir. Uzun süreli antibiyotik ve stereoid kullanımı veya kemoterapi uygulamaları sonucunda kandidiazis ortaya çıkabilir. Diyabet, baş-boyun radyasyon tedavisi ve HIV, akut psedomembranöz hastalıklar kandidiazis için risk faktörleridir. Kronik atrofik kandidiazis çoğunlukla ağız hijyeninin iyi olmadığı bireylerde maksiller protezin altında eritamatöz bir alan olarak görülür. Kronik atrofik kandidiazis veya anguler şeilitis dudak komissürlerinde de oluşabilir. Bu durum çoğunlukla hastanın salyayı ağız köşelerinde toplama (biriktirme) eğilimi veya sürekli olarak dudaklarını yalama alışkanlıkları sonucu ortaya çıkar.

**Dental ve Tıbbi Değerlendirmeler**

**Dental Anamnez**

Geçmişte yapılan restoratif, periodontal veya diğer dental tedaviler, baş ve boyun bölgesi kanserleri ve tedavileri, alerjiler, oral hijyen teknikleri, alkol ve sigara kullanımı gözden geçirilmelidir. Geçmişteki yaralanmalar, dental tedaviler ve gelecekte yapılacak olan dental tedavilerin sonuçlarına dair hastanın beklentileri, içme suyundaki (şehir suyu, şişe suyu) flor durumu ve kullanılan diş macunu (florlu/florsuz) hakkında da bilgi edinilmelidir.

**Tıbbi Anamnez**

Detaylı bir tıbbi anamnez alınmalıdır. Geçmişteki ve şimdiki medikal ve mental durum (alerji ve invaziv durumlar dahil) değerlendirilmelidir. Sistemik hastalık veya bozukluklar (özellikle dental tedaviyi etkileyebilecek olanlar- örneğin; kanama hastalıkları ve antikoagülan kullanımı, diyabet, kalp kapağı problemleri, bazı kardiyo vasküler durumlar, inme, kalça protezleri ve kortikosteroid kullanımı) dikkatli bir inceleme gerektirir. Özellikle medikal problemleri olan hastalarda ve komplike ve invaziv işlemler planlanıyorsa doktoru ile konsültasyon yapılması gereklidir. Yaşlı hastalarda tam bir medikal hikayenin alınması uzun sürebilir, sabırlı olmakta yarar vardır. Dişhekimi ile hasta arasındaki diyalog çoğu kez medikal, psikolojik ve dental tedavilere ilişkin çok önemli bilgilere erişimi sağlayabilir.

**İlaç Kullanımı.** Yaşlı hastalar çok ilaç kullanırlar ve bunların çoğu ağız sağlığını olumsuz yönde etkiler. Hastalardan kullandıkları ilaç şişelerini veya kutularını getirmelerini istemek gerekir. Böylece kullanılan ilaçların listesi tam olarak çıkarılabilir.

**Beslenme Durumu.** Diyet; çeşitli tip besin kaynaklarının tüketimi anlamına gelirken, beslenme, gıdaların enerji sağlamak ve yaşayan organizmaların dokularını sürdürmesi, restore etmesi ve bakımını sağlamak için kullanılan süreci ifade etmektedir. Yaşlanma ile yaşlı yetişkinlerde beslenme yetersizliği riski artar. Bununla birlikte, gerçek risk malnütrisyon değildir; Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaşlı erişkinlerde malnütrisyon oranı düşüktür. Gerçek riskin dengesiz beslenme olduğu bildirilmektedir.

Yaşlı yetişkinlerin beslenme şekilleri; yaşlanma süreci, hastalıklar ve tedavisinde kullanılan ilaçlar ve sosyal bir ekonomik koşul da dahil olmak üzere birçok faktöre bağlı olabilir. Genel olarak, yaşlılıkta enerji ihtiyacı ve alımı yaşla birlikte azalmaktadır. Vücut ağırlığı ve yağsız vücut kitlesi, kısmen primer yaşlanmaya bağlı olarak azalmaktadır. Yaşlı erişkinlerde metabolik, hormonal ve nöral değişiklikler de dahil olmak üzere fizyolojik fonksiyonlardaki değişiklikler, kalitesiz beslenme ile ilişkilendirilmiştir.

Yiyeceklerin çeşitliliği azalmıştır. 65-80 yaş grubundaki insanların yarısından çoğunda ve 80 yaş ve üzerindekilerin %75'inde koku duyusu azalmaktadır. Böylece gıda tanıma ve yeme isteği de azalmaktadır. Tüm bunlara ilaveten yetersiz çiğneme beslenme sorunlarını arttırır ve diyette zorunlu olarak çeşitliliği azaltır. Şu anda, yaşlı erişkinlerin yaklaşık yarısında doğal diş bulunmamaktadır. Tam protez ile normal çiğneme etkinliğinin yalnızca %25'i karşılanabilmektedir. Mevcut dişlerin çoğunda izlenen çürük ve periodontal hastalıklar çiğnemeyi etkileyerek veya iştah kaybına neden olabilmektedir.

**Riskin Değerlendirilmesi**

Amerikan Anesteziyoloji Birliği cerrahi ölüm riskinin tahmininde hastaları 5 kategoriye ayırmaktadır. Dişhekimleri invaziv periodontal işlemler öncesinde bu skalayı kullanabilirler. Medikal riskin değerlendirilmesinden sonra periodontal hastalıkların ilerlemesine neden olan risk faktörleri belirlenmelidir. Prognostik risk faktörleri; sigara, genetik yatkınlık, hastanın uyumu ve diyabettir.

Acil cerrahi girişim gerektiğinde hastanın sınıflama numarasından sonra “E” harfi eklenmektedir. ASA IE gibi.

ASA ve PERİOPERATİF MORTALİTE ORANLARI

Sınıf Mortalite oranları %

1) 0.06-0.08

2) 0.27-0.4

3) 1.8-4.3

4) 7.8-23

5) 9.4-51

ASA (American Society of Anesthesiologists) SINIFLANDIRMASI. Preoperatif olarak hastanın sınıflandırıldığı ve buna göre anestezik yaklaşımın ve özellikle monitorizasyon yöntemlerinin belirlenmesi için yararlı olduğu kabul edilen bir değerlendirme sistemidir.

ASA 1. Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi.

ASA 2. Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi.

ASA 3. Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan kişi.

ASA 4. Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan kişi.

ASA 5. Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki kişi.

ASA 6. Yukarıdaki 5 gruba daha sonra bu grup eklenmiştir. Bu gruba da organ alınmaya uygun, beyin ölümü gelişmiş hastalar girmektedir.

**İntraoral ve Eksraoral Muayene**

Ayrıntılı bir dental muayenede; geçmiş dental tedaviler, dental girişimler, çürük ve periodontal durum değerlendirilir. Ayrıca, baş ve boyun bölgesindeki yumuşak dokular da muayene edilmelidir. Oral ve farinjiyal kanserlerin görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Yüz ve boyun bölgesindeki deri, lezyonları ve lenf nodlarındaki olası hipertrofi gözle ve palpasyonla muayene edilmelidir. İntraoral olarak yumuşak doku anomalileri yönünden (özellikle kırmızı veya beyaz lezyonlar, ülserler veya şişmeler) dudaklar, yanaklar, dil, dişeti, ağız tabanı, damak, retromolar bölge ve orofarinks de aynı şekilde incelenmelidir. Oral ve farinjial kanser riski; sigara, sık alkol alma ve güneş ışığına aşırı maruz kalma (dudakta) gibi faktörlerle de artar. Erken teşhis edilirse kolaylıkla tedavi edilebilen bu lezyonlar geç dönemde teşhis edildiğinde; şekil bozukluğu, fonksiyon kaybı, yaşam kalitesinde düşüş ve ölüme kadar varan sonuçlara neden olabilir. Oral ve farinjiyal kanserler; ağrısız bir ülserasyon, şişme, 1-2 hafta içinde iyileşmeyen kırmızı veya beyaz renkli acıyan bir yara şeklinde görülebilirler ayrıca, lenf nodlarında şişme, çiğneme ve yutma güçlüğü olabilir.

**Yaşlılarda Periodontal Hastalıklar**

**Etiyoloji**

Yaş ile periodontal hastalık arasındaki ilişki yaşlanmanın bir sonucu değildir ancak bu ilişki yaş ile bağlantılıdır. Yaşlılardaki periodontitis kronik bir hastalık olduğundan zaman (yıllar) içindeki birikiminden kaynaklanan bir yıkım izlenir. Araştırmalar, yaşlı bireylerde orta şiddette periodontitisin ileri evrelere oranla daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır. İlerlemiş periodontal hastalığı olan kişilerde diş kayıplarının çoğu yaşamın daha erken dönemlerinde gerçekleşir. Bu da ilerlemiş yaşın periodontal hastalık için bir risk faktörü olmadığı teorisini güçlendirmektedir. Periodontal hastalık için risk faktörlerinin yaş ile farklılaşıp/farklılaşmadığı açıkça bilinmemektedir. Genel sağlık durumu, bağışıklık, diyabet, beslenme, sigara, genetik, ilaçlar, mental sağlık durumu, salya akışı, fonksiyonel hasarlar veya ekonomik durum muhtemeldir ki periodontal hastalık ile yaş arasındaki ilişkiyi değiştirebilir. Yaşlı kişilerin çok kullandıkları bazı ilaçlar dişeti dokularını etkileyebilir. Menopoz sonrası stereoid tedavisi gören kadınlarda bu ilacın indüklediği tür bir gingivitis görülebilir. Ağız hijyeni kötüyse siklosporin veya kalsiyum kanal blokörleri ve antikonvülsanlar (örn. nifedipipin veya fenitoin) dişeti büyümesine neden olabilmektedir.

**Sistemik Hastalıklar ile İlişki**

Ağız sağlığı; aspirasyon pnömonisi ve kardiyo vasküler hastalıklar arasında da ilişkili olabilir. Periodontal hastalıklar ile özellikle koroner arter problemleri, serebro vasküler olaylar, diyabet ve inme arasında da bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

**Periodontal Tedavi Planlaması.** Genel olarak yaşlı bireylerdeki periodontal hastalık hızlı ilerleyen tip değildir ve çoğunlukla uzun süreli kronik hastalık özelliklerini taşır. Periodontal hastalığın eksaserbasyon ve remisyon dönemleri olduğundan, aktif ve sessiz periyotların belirlenmesi ve bunların kayıt altına alınması tedavi planı ve prognoz açısından önemlidir. Yaşlı hastalarda tedavi planı yapılırken çok çeşitli faktörlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Periodontal iyileşme ve hastalığın rekürrensi yaştan etkilenmez. Değerlendirilmesi gereken faktörler; tıbbi ve mental sağlık durumu, ilaçlar, fonksiyonel durum ve periodontal tedaviyi, tedavinin sonucunu ve hastalığın ilerlemesini etkileyebilen yaşam biçimleridir (davranışlar). Tedavi planı yapılırken dişhekimi tarafından periodontal hastalığın şiddeti, tıbbi ve mental durum, kullandığı ilaçlar, fonksiyon, oral hijyenini sağlayabilme becerisi ve bireyin tedaviyi tolere edip/edemeyeceği de değerlendirilmelidir. Hem cerrahi hem de cerrahi olmayan tedavinin yararları ve riskleri göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer önemli noktalar arasında ağızda kalan dişlerin periodontal desteğinin yeterlilik durumu, geçmişteki periodontal yıkımın boyutu, dişin tipi, oklüzal kontakların sayısı ve hastanın kişisel tercihleridir.

Yaşlılara dental implantlar yapılabilir ve yaş tek başına implant için bir kontrendikasyon değildir. Yaşlı kişilerde cerrahi-olmayan yaklaşım ilk tedavi seçeneğidir. Periodontal hastalığın karakteri ve boyutu doğrultusunda, cerrahi tedavi de endike olabilir. Cerrahi teknik mevcut dişeti çekilmesini biraz daha arttırmamalıdır. En iyi yanıt alınan hastalar, cerrahi sonrası elde edilen sonuçları koruyabilen/sürdürebilen hastalardır ve cerrahi tedavi için yaş tek başına bir kontrendikasyon değildir. Tedaviye uyum göstermeyen, kötü ağız hijyeni olan veya medikal veya mental problemleri bulunan hastalarda, cerrahi periodontal tedavi yerine, palyatif destekleyici tedavi yaklaşımları tercih edilmektedir. Tüm yaşlı hastalarda iyi bir ağız hijyeni ve mekanik debridman ile bakteri plağının azaltılması ortak bir amaçtır. İyi bir plak kontrolü ile yaşlılarda da periodontal hastalığın gelişimi veya ilerlemesi hem önlenebilir hem de bu olumlu sonuç sürdürülebilir bir hale getirilebilir. Destekleyici periodontal tedavi aşamasında bazı hastalarda periyodik diştaşları temizliği kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemine topikal antibiyotik tedavisi de eklenebilir. Kök çürüğüne yatkın alanlara da oral hijyen açısından dikkat edilmelidir.

**Yaşlı Hastalarda Periodontal Hastalığın Önlenmesi ve Periodontal Sağlığın Sürdürülmesi**

Hem genç hem de yaşlı hastalarda periodontal tedavinin sonucunu belirleyen en önemli faktör plak kontrolünün etkinliği ve profesyonel tedavinin sıklığıdır. Yaşın ilerlemesinin plak kontrolü açısından bir önemi yoktur. Ancak yaşlı hastalar yeterli ağız hijyeni sağlamada; sistemik hastalık, mental durum, ilaçlar, fiziksel hareket ve beceri değişikliği nedeniyle güçlükler yaşayabilirler. CVA[[1]](#footnote-1) (cerebrovascular accident) sonucu yarım felç, görme bozuklukları, demans ve artrit sonucu oluşan yetersizliklere bağlı olarak hastalar diş fırçalama alışkanlıklarını değiştirebilirler. Hafif ve elektrikli diş fırçaları fiziksel ve duyusal engelleri olan yaşlılarda daha yararlı olabilir. Kırk yaşın üzerindeki bireylerde diş ipi kullanımı alışkanlığı azalmaktadır. Hastalar bu işlemi uygulamakta başarısız kalıyorlarsa interproksimal fırçalar ve iyi şekillendirilmiş kürdanlara yönlendirilmelidirler.

**Kemoterapötik Ajanlar**

**Antiseptik Ajanlar.** Hastalık veya yetersizlik nedeniyle plak eliminasyonunu yeterince yapamayan hastalar klorheksidin, listerin veya türevleri gibi gargaralardan yararlanabilirler. Klorheksidin, katyonik bir bisguanid’dir ve tıpta geniş-spektrumlu bir antiseptik ajan olarak 1950’lerden beri kullanılmaktadır. Avrupa’da %0,2’lik klorheksidin konsantrasyonu koruyucu (önleyici) ve tedavi edici bir ajan olarak yıllardır kullanılmaktadır. Klorheksidin oral dokulara bağlanabilmektedir. Doza bağlı olarak bakteriyostatik veya bakterisit etki gösterebilmektedir. Bazı yan etkileri vardır (diştaşı oluşumunu artırır, dişleri boyar, tat almayı değiştirir ve dişleri kalıcı olarak boyayabilir). Klorheksidin genellikle kısa-süreli (6 aydan az) kullanılır. Uzun-süreli (6 aydan fazla) kullanım ile ilgili elimizde fazla bir veri yoktur. Klorheksidin’in supragingival plağı ve gingivitisi azalttığı kabul edilmektedir. Özellikle plağı uzaklaştırmada güçlük çeken kişilerde veya fenitoin, kalsiyum kanal blokörleri ve siklosporin nedeniyle dişeti büyümesi riski taşıyan yaşlılarda kullanılabilir.

Listerin’in aktif içeriği metil salisilat ve üç esansiyel yağdan (eukaliptol, timol ve mentol) oluşur. Yüksek oranda alkol içerdiğinden (%21,6-%26,9) ağız kuruluğunu artırabilir ve genel olarak alkol tedavisi gören ve Antabus (disulfiram) kullanan kişilerde kontrendikedir. Listerin özellikle klorheksidin’in tadını ve boyama etkisini tolere edemeyen hastalarda, yararlıdır.

**Flor**

Mevcut en etkili çürük önleyicidir. Flor 1- Minenin çözünürlüğünü azaltır 2- Erken çürük lezyonlarında remineralizasyonu başlatır 3- Bakteri plağının metabolizmasını bakterisit olarak etkiler. Topikal flor, çürüğün önlenmesi ve tedavisi için önerilmektedir. Bunlar; florlu diş macunları, ağız gargaraları ve 230-1500 ppm konsantrasyonda flor iyonları içeren jellerdir. Kişisel olarak uygulanabilen flor jel, köpük veya cila şeklindeki ürünlerde 9050-22.600 ppm oranında flor iyonları bulunmaktadır.

**Yapay Salya Bileşenleri**

Salyayı kimyasal ve fiziksel olarak taklit eden, ona eşdeğer olması amaçlanan ve ağız kuruluğu semptomlarını azaltmaya yönelik olarak üretilen bileşenlerdir. Kompozisyonları birbirinden farklıdır ancak çoğunlukla tuz iyonları, tat verici bir ajan, paraben (bozulmayı önleyici-saklamayı kolaylaştırıcı), selüloz türevleri veya hayvan müsinleri ve florit içermektedirler. Birçok yapay salya bileşeni hastaların kendileri tarafından kullanılabilir (sprey şişe, gargara veya yüzeye sürme şeklinde). Ayrıca ağız kuruluğu için diş macunları ve nemlendirici jeller de bulunmaktadır. Bu tür hastalar şekersiz sakızdan salya akışını stimüle etmek açısından yararlanabilirler. Xilitol sakızın çocuklarda antikariyojenik etki yaptığı öne sürülmektedir. Xilitol sakızın erişkinlerde çürüğü önleme etkisine yönelik bir çalışma yoktur ama fazla kök çürüğü bulunan ve xerestomia’lı hastalar xilitol sakızdan yarar görebilirler.

1. Kan akışının yetersizliği nedeniyle lokalize bir alanda beyin hücrelerinin ani ölümüne bağlı inme. [↑](#footnote-ref-1)