**YAKINDOĞU ÜNİVERSİTESİ**

**DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

Prof.Dr. Atilla BERBEROĞLU

DESTEKLEYİCİ PERİODONTAL TEDAVİ ve PERİODONTAL TEDAVİNİN SONUÇLARI

Tedavi sonrasında hastanın periodontal açıdan sağlıklı bir duruma kavuşturulmasıyla hekimin görevi bitmez. Şimdi, bu sağlığın korunması için özel bir program yapılmalıdır. Faz I tedavi tamamlandıktan sonra hastalar, nüksün önlenmesi için periyodik kontrollerden oluşan bir maintenance (bakım, idame) programına alınırlar. Aslında bakım, faz I tedavi tamamlandıktan hemen sonra başlamalıdır. Yani, gerekli cerrahi ve restoratif işlemler bakım fazında gerçekleştirilmelidir. Hastanın aktif tedavisi bittikten sonra idame programına alınması zaman alır ve yoğun bir çaba gerektirir. Hastalar maintenance programının ne amaçla oluşturulduğunu çok iyi anlamalıdırlar. Dişhekimi de dişlerin korunabilmesinin buna bağlı olduğunun altını çizmelidir. Düzenli idame programına alınmayan hastalarda rekürrent periodontitisin bulguları (örn. cep derinliğinde artış, kemik ve diş kayıpları) ortaya çıkabilir. Hastalar kendilerine önerilen destekleyici periodontal tedaviye (supportive periodontal treatment) ne ölçüde uyarlarsa o derece az sayıda diş kaybederler. Tedavi görmüş ve düzenli kontrollere gelen hastalara kıyasla, tedavi görmüş ancak kontrollere düzenli gelmeyen hastalarda diş kaybı 3 misli daha fazladır. Başarılı bir rejeneratif tedaviden sonra kontrollere düzenli gelmeyenlerde, düzenli olarak kontrollere gelenlere kıyasla ataçman kaybı riskinin 50 kat arttığı da gösterilmiştir. Cerrahi periodontal tedavi uygulanmadan önce uygulanan motivasyon teknikleri ve idame fazının tedavideki önemini kavramak gerekir. Çalışmalar, sadece çok az sayıda hastanın önerilen idame programına tam anlamıyla uyduğunu yansıtmaktadır. Bu kontrollerin önemini iyice kavratmamız gerekir. Hasta kontroller arasındaki sürede yapması gerekenleri tam olarak bilmelidir. Sadece düzenli olarak kontrollere gelmelerini söylemek bir işe yaramaz, bunu sağlamalıyız.

### Destekleyici Periodontal Tedavinin Amacı-Mantığı

### Çalışmalar, iyi yapılmış periodontal tedavi sonrasında da hastalığın bir miktar ilerleme kaydedebildiğini göstermektedir.

### Periodontal Hastalığın Tekrarlama Nedenleri

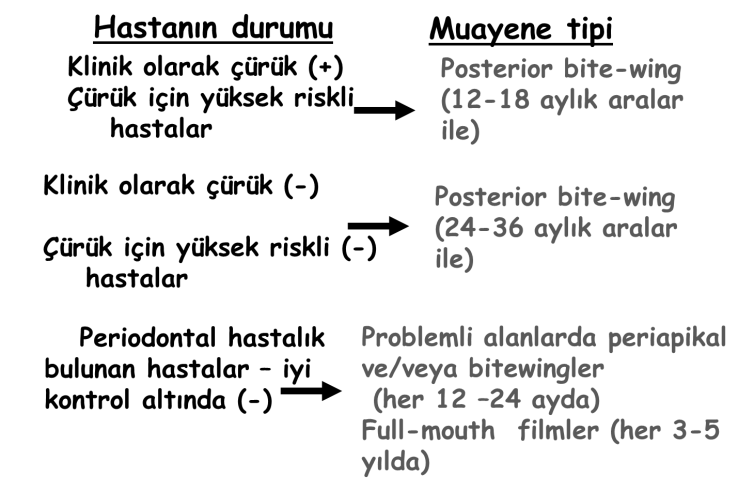
**1)** Subgingival plak eliminasyonunun yeterli olmaması. Temizlik sırasında bir miktar subgingival plak kalırsa cep içinde kolaylıkla yeniden kolonize olur. Subgingival plak supragingival plak ile kıyaslandığında daha yavaş bir süreçte tekrar gelişir. Bu süreçte (aylar olabilir) subgingival plak, dişeti kenarında hemen fark edilebilecek şekilde bir iltihabi cevap oluşturmayabilir. Klinik tanı, supragingival plak kontrolünü olması gerektiği gibi yapan hastalarda daha da güçleşebilir çünkü bu durumda plağın cebin iç yüzeyindeki yumuşak dokuda oluşturduğu iltihabi reaksiyonun “gingivitis” olarak gözlenmesi beklenmez. Bu şekilde, subgingival plak eliminasyonundaki yetersizlik klinikte fark edilmeden, dişeti iltihabı belirtisi oluşturmaksızın, sürekli devam eden ataçman kayıplarına yol açar.

**2)** Kronik ve agresif periodontitisli vakalarda dişeti dokularında perio-patojen bakteriler bulunur. Diştaşı temizliği, kök düzeltmesi ve hatta flap cerrahisi ile bile bazı alanlarda dişetindeki bakterilerin kökü tam olarak kazınamayabilir. Bu bakteriler cepte yeniden kolonize olup hastalığın nüksetmesine yol açabilirler. Özellikle patolojik ceplerin tam olarak elimine edilemediği olgularda hastalığın tekrarı söz konusudur. Periodontal hastalık ile ilişkili bakterilerin eşlere ve diğer aile bireylerine geçebileceği öne sürülmüştür.

**3)** Periodontal hastalığın nüksetmesi açısından bir diğer olası açıklama: Tedavi sonrasında dentogingival ünitenin iyileşmesi sırasında, çoğu kez yeni bir bağ dokusu ataçmanı yerine ***uzun birleşim epitelinin*** oluşturduğu ataçman gerçekleşmektedir. Bu şekildeki bir dentogingival ünite inflamasyona karşı daha dayanıksız olabilir. Bu durumda optimal düzeyde bir idame tedavisi sağlanamazsa, rekürrense yatkınlık söz konusudur.

Subgingival mekanik temizlik sonrasında periodontal ceplerdeki flora değişikliğe uğrar. Tek bir seans diştaşı temizliği ve kök düzeltmesi yapılan kronik periodontitisli hastalarda subgingival florada; bir hafta boyunca hareketli çomakların oranında azalma, 21 gün boyunca kokların oranında belirgin bir artma ve bir hafta süreyle spiroketlerin oranında azalma olduğu gösterilmiştir. Subgingival flora 9-11 hafta sonra tedavi öncesindeki oranlarına geri döner ama hastadan hastaya bu süre çok belirgin farklılıklar gösterir. Bu sonuçlar, mekanik temizliğin mikrobiyal flora üzerinde uzun-süreli bir etkiye sahip olduğunu ve farklı mikroorganizma gruplarının, değişik zaman süreçlerinde başlangıç düzeylerine döndüklerini göstermektedir. Mekanik tedavi ve randevular bakım sürecinde hastanın motivasyonuna katkıda bulunur.

Araştırmalar göstermiştir ki; hastalar iki randevu arasındaki sürede oral hijyen çabalarını azaltmaktadırlar. Evde yaptıkları bakım işlemlerinin kontrol seanslarında değerlendirmeye tabi tutulacağını bilmeleri onların daha iyi bir ağız hijyeni sağlamada daha fazla çaba göstermelerini sağlayabilir. Yapılan bir çalışmada, subgingival floranın mikroskobik olarak izlenmesi sonucunda belirlenen aralıklar ile üçer aylık idame kontrolleri yapılmasının etkili olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak düzenli bakım kontrollerinin yararlı olduğuna ilişkin bilimsel kanıtlar mevcuttur. Subgingival temizlik, cepteki mikroflorayı değiştirir ve bu değişim oldukça uzun bir süre için geçerliliğini sürdürür.

**İdame Programı.** İyi bir idame programının temelini periyodik kontroller oluşturur. Başlangıçta kontroller arası süreler 3 ay olarak belirlenir ancak daha sonra hastanın ihtiyaçlarına göre bu süre değiştirilebilir. Kontrol seansları üç kısımdan oluşur. ***Önce*** hastanın mevcut oral sağlığı değerlendirilir. ***İkinci*** kısım, gereken idame tedavisinin uygulanması ve oral hijyenin daha iyiye, daha ileriye ulaştırılma aşamasıdır. ***Üçüncü*** kısım ise hastaya verilecek bir sonraki kontrol randevusu süresinin belirlenmesini ve ek olarak yapılacak olan periodontal tedavileri veya restoratif işlemleri kapsar. Bir kontrol seansının süresi yaklaşık 1 saattir.

**Muayene ve Değerlendirme.** İdame evresindeki kontrol muayenesi aynı hastaya başlangıçta yapılan ilk muayene gibidir. Sadece hasta yeni değildir. Bu nedenle hekim hastada son incelemeden bu yana ortaya çıkan değişimleri değerlendirebilir. Hastanın oral hijyen durumunun belirlenmesi esastır. Tıbbi hikaye değişiklikleri, restorasyonlar, çürükler, protezler, mobilite, dişetinin durumu ve periodontal cepler değerlendirilir. Oral mukoza da patolojik oluşumlar açısından mutlaka incelenmelidir. Radyografik değerlendirme hastaya özgü olarak gerçekleştirilmelidir bu da vakanın başlangıçtaki şiddetine ve kontrol seansında saptanan bulgulara bağlıdır. Önceki radyograflar kemik yüksekliği ve kemik defektlerindeki tamir, oklüzal travma bulguları, periapikal patolojiler ve çürük açısından karşılaştırılmalıdır.

**Plak Kontrolü**. İlk yapılacak iş plak kontrolündeki etkinliğin değerlendirilmesi olmalıdır. Bu işlem hasta gerekli beceriyi gösterene kadar tekrarlanmalı ve hatalar düzeltilmelidir. Gerekirse bunun için ek seanslar düzenlenmelidir. Plak kontrolü açısından; eğitilen hastalarda plak ve gingivitis görülme sıklığı eğitim verilmeyenlere oranla daha azdır. Supragingival plağın bulunması subgingival anaerobik organizmaların sayısını arttırır.

**Tedavi.** Gerekli diştaşı temizliği, kök düzeltmesi, polisaj işlemleri yapılır. Sulkus derinliği normal (1-3 mm) olan alanlarda aşırıya kaçılmamaya özen gösterilmelidir. Çünkü ***sağlıklı bölgelerde çok sık subgingival temizlik ve kök düzeltmesi yapılması ataçman kaybına yol açabilir***. Antimikrobiyal ajanlar ile irrigasyon patolojik ceplerin tümüyle elimine edilemediği olgularda uygulanır.

**Periodontal Hastalıkların Nüksü (rekürrensi).** Nadiren de olsa lezyonlar nüks edebilir. Bu çoğu kez hastanın plak kontrolünün yetersiz olmasına veya destekleyici periodontal tedavi programına uymamasına bağlıdır. Ancak hastanın başarısızlığının hekimin başarısızlığı olduğu unutulmamalıdır. Zira hastalara plak kontrolünü öğretmek, onları motive etmek hekimin görevi ve sorumluluğudur. Hasta yeterli plak kontrolü becerisini gösterene ve tedaviye katkıda bulunmaya istekli hale gelene kadar cerrahi tedavi yapılması önerilmez.

**Nüksün Diğer Sebepleri**

1. Plak birikimine yol açan, plak birikimini kolaylaştıran tüm potansiyel faktörlerin elimine edilemediği eksik kalmış tedavi (zor ulaşılan alanlardaki diştaşı temizliğindeki yetersizlik vb.).
2. Periodontal tedaviden sonra uygun olmayan veya hatalı restorasyonların yapılmış olması.
3. Hastanın periyodik kontrollere gelmemesi. Nedeni hastanın bilinçli veya bilinçsiz şekilde tedaviye devam etmeme kararını vermesi veya hekimin veya yardımcı personelin periyodik kontrollerin önemini yeterince vurgulayamamış olmaları olabilir.
4. Mükemmel plak eliminasyonuna rağmen, hastanın konak direncini etkileyebilen sistemik bazı hastalıkların bulunması.

**Başarısız bir vaka şu bulgular ışığında ortaya çıkarılabilir**

1. Dişetindeki değişiklikler ve sulkusun sontlanması ile saptanan kanama bulguları ile ortaya çıkarılan inflamasyon tekrarı.
2. Sulkus derinliğindeki artışa bağlı cep oluşumu
3. Radyograflar ile belirlenen kemik kaybında süregelen artış
4. Klinik muayene ile belirlenen diş mobilitesinde süregelen artış

Yeterli ve uygun tedavi uygulanmasına rağmen tekrarlayan veya belirlenemeyen nedenler ile nüks eden vakalara “refraktori periodontitis” adı verilmektedir. Periodontitisli hastalarda klinik karar, periyodik kontrolde yapılan bakım tedavisi seansında değil aradan 1-2 hafta geçtikten sonra verilmelidir. Çünkü; bu seansta yapılan tedavi sonrasında ödemin çözülmesine ve dişetinin iyileşmesine bağlı olarak tablonun düzelme olasılığı yüksektir.

**Tedavi Görmüş Hastaların Sınıflandırılması.** Periodontal tedaviden sonraki ilk bir yıl hastanın idame programına entegrasyonu ve oral hijyenin geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Uygulanan cerrahi periodontal tedavinin sonuçlarını doğru şekilde değerlendirmek için üzerinden birkaç ay geçmesi gerekir. Optimal sonuç alınamayan bölgelerin yeniden tedavi edilmesi gerekir. Bu ilk yılda gözden kaçmış veya önemsenmemiş etiyolojik faktörler de saptanabilir. Periyodik kontrollerdeki hastalar çeşitli gruplara ayrılırlar, hastalığın iyileşmesine veya kötüleşmesine göre hastalar farklı zamanlarda farklı sınıflara girebilirler. Sınıflama en kötü olan bölgeye göre yapılmalıdır.

**Hastaların Periodontoloji Uzmanına Sevki.** Periodontal tedavilerin büyük bir kısmı dişhekimleri tarafından yapılabilir. Koruyucu dişhekimliği uygulamalarının başarılı olduğu durumlarda bireylerde diş kaybı prevalansı düşer. Kişilerin dişlerini koruma bilincinin ve yaşlı bireylerin oranının artması gibi nedenler periodontal idameye ihtiyaç duyan birey sayısını artırır. Özellikle zor vakaların tedavisinde periodontistlere ihtiyaç olacaktır. Dişhekimleri veya periodontistlerce tedavi edilecek vakaların arasına kesin bir hat çizmek oldukça zordur. Aşırı kemik cerrahisi veya komplike rejeneratif tekniklerin gerektiği durumlar veya ikinci molarların distal yüzeylerindeki cerrahilerin periodontoloji uzmanları tarafından yapılması daha yerinde olabilir. Hastanın periodontal sorunlara bağlı diş kaybı açısından taşıdığı risk, periodontal yıkımın lokalizasyonu ve boyutu değerlendirilmelidir. Bakım fazındaki tedavilerin A sınıfı hastalarda dişhekimleri, C sınıfında periodontistler tarafından yapılması uygundur. B sınıfı hastalarda ise her ikisi grup hekim de başarılı olabilir. Aslında kural şudur: Hastanın, idame tedavisinin dişhekimi mi/ periodontist tarafından mı gerçekleştirileceğini hastalığın kendisi belirler.

### Hastalık Aktivite Testleri. Etkili bir periodontal tedaviye rağmen, hastalar rekürrens açısından yaşam boyu risk altındadırlar. Ayrıca furkasyon alanlarındaki bazı cepler cerrahiye rağmen elimine edilemeyebilir. Ölçüm yaparak ve önceki ölçümler ile karşılaştırılarak ataçman kayıplarının oluştuğu alanlar saptanır. Bazı bilgisayarlı sistemler eski bulgular ile kıyaslama yapmaya olanak tanımaktadır. Birtakım klinik ve laboratuvar test yöntemleri de vardır ama en iyisi periyodik olarak tekrarlanan sontlama ölçüm sonuçlarıdır. Hastalık aktivitesini tam doğrulukta belirleyen bir yöntem yoktur. Bu amaçla; sontlamada kanama, cep ve ataçman ölçümleri tekrarlanıp eski ve yeniler karşılaştırılır.

### Dental İmplant Hastalarında İdame. İmplant hastaları peri-implantitis adı verilen kemik kayıplarına yatkındırlar. Bilgilerimiz plağın-indüklediği inflamasyona implantların, doğal dişlerden daha fazla duyarlı olduğunu göstermektedir. Kısmi dişsiz hastalardaki genel periodontal durum implant çevresindeki klinik durumu etkileyebilir. Parsiyel dişsiz hastalarda implant mikroflorası dişsiz hastalardan farklıdır. Parsiyel dişsiz hastalarda implant florası dişlerin florasıyla benzeşir. Periodontal durum ve implant idamesi birbirleri ile ilişkilidir. İmplant mikroflorasının sağlıklı kalabilmesi için periodontal floranın da sağlıklı olması gerekir. İmplantın yerleştirilmesinden önce periodontal hastalığın tedavisinin yapılması ve sonra da bunun iyi bir destekleyici periodontal tedavi ile pekiştirilmesi önemlidir. Genel olarak implant hastalarında idame doğal dişlere sahip olanlara benzese de belli başlı üç fark öne çıkar.

1. İmplant üzerindeki diş taşlarının uzaklaştırılması için implantı çizmeyen özel aletler gerekir.
2. Profilaktif amaçlı florlu ajanlardan asidik olanlar kullanılmaz.
3. Abraziv olmayan polisaj pastaları kullanılır.

İmplantların üzeri açıldıktan sonra ultra yumuşak fırçalar, gargaralar, diştaşı oluşumunu kontrol eden diş macunları ve irrigasyon cihazları kullanılmalıdır. Hastalar implantlara dokunmaya korkarlar dolayısıyla bu alanları temiz tutmaları için cesaretlendirilmelidirler. Metal el aletleri ve ultrasonik ve sonik uçlar kullanılmamalıdır çünkü bunlar titanyum yüzeyde çiziklere ve değişime neden olabilirler. Sadece plastik aletler veya özel olarak tasarlanmış altın-kaplama küretler ile temizlik yapılmalıdır. İmplant yüzeyi kolaylıkla çizilebilir. Lastik bir uç ile polisaj pastaları hafif ve kesintili temaslar ile implant yüzeyine uygulanabilir. Glisin tozu kullanılan hava püskürtmeli polisaj aygıtlarıyla son derece başarılı sonuçlar alınmaktadır. Günlük topikal antimikrobiyallerin kullanımı tavsiye edilmekte ise de, asidik florlu ajanlar kullanılmamalıdır çünkü bunlar titanyum yüzeylerde hasar yapabilirler. Protezler çıkarılıp, bakımı yapıldıktan sonra yerine takıldığında oklüzyonda hafif değişiklikler olabilir. Oklüzal uyumlama öncesinde biraz beklenmelidir.

#### İdame fazındaki periyodik kontrollerde yapılacak işlemler

**1.Kısım.** **Muayene**

* Medikal hikaye değişiklikleri
* Oral patolojik inceleme
* Oral hijyen durumu
* Dişeti değişiklikleri
* Cep derinliklerindeki değişiklikler
* Mobilite değişiklikleri
* Oklüzal değişiklikler
* Diş çürüğü
* Restoratif ve protetik durum

**2.Kısım. Tedavi**

* Oral hijyenin desteklenmesi
* Diştaşı temizliği
* Polisaj
* Kimyasal irrigasyon

**3. Bir Sonraki İşlemin Planlanması**

Bir sonraki kontrol randevusunun planlanması

Yapılacak daha ileri periodontal tedavinin planlanması

Restoratif veya protetik tedavilerin planlanması

Faz 1

Faz 1

Yeniden değerlendirme Yeniden değerlendirme

Faz 2 (periodontal cerrahi) Faz 4 (maintenance=idame)

Faz 3 (restoratif) Faz 2 (periodontal cerrahi) Faz 3 (restoratif)

Tedavi planı fazlarının ***doğru*** dizilimi

Faz 4 (maintenance=idame)

Tedavi planına ilişkin **yanlış** şema.

Maintenance fazı Faz 1 tedavinin yeniden değerlendirilmesinden hemen sonra başlamalıydı.

**Hastalık rekürrensinin belirtileri ve sebepleri**

**Semptom**  **Olası Nedenler**

**Mobilite artışı**  İltihabın şiddetlenmesi

Kötü ağız hijyeni

Subgingival diştaşı

Hatalı restorasyonlar

Kötü planlanmış veya bozuk protezler

Plağa yanıtı değiştiren sistemik hastalıklar

**Dişeti çekilmesi** Diş fırçalamasına bağlı abrazyon

Keratinize dişeti yetersizliği

Frenilum çekmesi

Ortodontik tedavi

**Cep derinliğinde bir değişme ve** Lateral interferenslere bağlı oklüzal travma **radyografik bir değişim olmaksızın** **rekkürens** Bruksizm

Mobilite artışı Yüksek restorasyon

Kötü planlanmış veya aşınmış protezler

Kron-kök oranının azalması

**Radyografik bir değişiklik olmaksızın cep** Ağız hijyeni yetersiz

**derinliğinde artış** Düzensiz veya uzun süreli periyodik kontroller

Subgingival diştaşı

Uyumsuz parsiyel protez

Dişsiz alanda meziyale yatma

Yeni ataçman cerrahisinin başarısızlığı

Çatlak-kırık dişler

Dişlerdeki oluklar

Yeni periodontal hastalık

**Radyografik kemik kaybındaki artışla birlikte** Ağız hijyeni yetersiz

**cep derinliğinin de artması** Subgingival diştaşı

Periyodik kontroller yeterince sık değil

Uyumsuz protezler

Hatalı tasarlanmış protezler

Plağa karşı yanıtı değiştiren sistemik hastalıklar

Çatlak-kırık dişler

Dişlerdeki anatomik oluklar

Yeni periodontal hastalık

## Destekleyici periodontal tedavideki hastalarda radyografik muayene

(Radyograflar diyagnoz ve tedaviyi etkileyeceği zaman çekilmelidir. Bu tablodaki öneriler kişiye göre değişebilir ve her hastaya uymayabilir).

**Hastanın durumu** **Muayenenin tipi**

Klinik olarak çürük bulunan veya Posterior bite-wing (12-18 aylık aralar ile)

Çürük için yüksek riskli hastalar

Klinik olarak çürük bulunmayan veya Posterior bite-wing (24-36 aylık aralar ile)

Çürük için yüksek riskli olmayan hastalar

Periodontal hastalıklı iyi kontrol altında Problemli alanlardan periapikal ve/veya olmayan hastalar bitewingler (her 12 –24 ayda), full-mouth filmler (her 3-5 yılda)

Periodontal tedavi öyküsü bulunan hastalar Bitewing (her 24-36 ay),full-mouth filmler

(iyi kontrol altında olan) her 5 yılda bir.

Kök formunda dental implant taşıyan hastalar Periapikal veya vertikal bite-wingler (6, 12 ve 36 aylarda – protezlerden sonra) daha sonra ise klinik problem yoksa her 36 ayda bir.

Bize gönderilen periodontal hastalar veya Eğer hasta beraberinde full-mouth

implant idamesindeki hastalar filmlerini getirmemişlerse çekmemiz

gerekir, eğer son 24 ay içinde çekilmiş full-mouth filmler varsa sadece implant

bölgelerinin veya problemli alanların filmlerini çekmemiz gerekir.

Hastaların 1-8 yıl boyunca maintenance tedavisi ile uyum yüzdeleri (n=961)

**Çeşitli hastalar için periyodik kontroller arası süreler**

## Sınıflama Özellikler Aralık süresi

**İlk yıl** İlk yıl hastası. Rutin tedavi ve sorunsuz 3 ay

iyileşme göstermiş vaka veya ilk yıl hastası. Komplike protezli, furkasyon problemli, kron-kök oranı bozulmuş veya kooperasyonu soru

işaretli zor vaka

## A sınıfı Bir yıl veya daha uzun süre boyunca elde edilmiş

## mükemmel sonuçları sürdürülebilmiş 6 ay-1 yıl

Hastanın ağız hijyeni iyi, minimal diştaşı, oklüzal problem yok, komplike protezler yok, persiste cep yok, alveol kemiği desteği %50’den az diş bulunmuyor

**B sınıfı** Genel olarak iyi sonuçlar 1 yıl veya daha fazla 3-4 ay (negatif oldukça iyi korunmuş, fakat hastada faktörlerin sayısı ve

aşağıdakilerin bazıları mevcut şiddetine göre)

1. Kötü veya düzensiz oral hijyen
2. Aşırı diştaşı birikimi
3. Periodontal yıkımı predispoze eden sistemik hastalık
4. Persiste cepler
5. Oklüzal problemler
6. Komplike protezler
7. Ortodontik tedavi sürüyor
8. Rekürrent çürük
9. Bazı dişlerde %50’den az kemik desteği
10. Sigara
11. Pozitif genetik test

**C sınıfı** Tedavi sonrası genel olarak iyi olmayan sonuçlar 1-3 ay (negatif

ve/veya aşağıdaki negatif faktörlerden bazıları faktörlerin sayısı ve mevcut şiddetine göre, bazı 1.Kötü veya devamsız oral hijyen alanlarda yeniden 2.Aşırı diştaşı birikimi tedavi veya çekim) 3.Periodontal yıkımı predispoze eden sistemik hastalık

4. Kalan cepler

5.Oklüzal problemler

6.Komplike protezler

7.Rekürrent çürük

8.Endike olan periodontal cerrahinin uygulanamaması (medikal, psikolojik)

9.Birçok dişte %50’den az kemik desteği

10.Periodontal cerrahi ile iyileştirilemeyecek kadar ileri durumlar

11.Sigara

12.Pozitif genetik test

13.Ceplerin %20’sinden fazlasında sontlamada kanama

# PERİODONTAL TEDAVİNİN SONUÇLARI

Periodontal hastalığın prevalansı, yüksek oranda diş kayıplarına yol açması ve kronik periodontitisin çeşitli sistemik hastalıkların komplikasyonlarını agreve etme (artırma) potansiyeli önemli bir soruyu gündeme getirmektedir: Periodontal tedavi, kronik enfeksiyonu ve periodontal hastalıkların yarattığı progressif yıkımı kontrol etmede ve önlemede etkili midir? Bugün için tedavinin değerlendirilmesindeki konseptler bilimsel bir temele ihtiyaç duymaktadır. Bu ise kanıta-dayalı tedavi kavramı olarak tarif edilmektedir. Bugün, periodontal tedavinin periodontal hastalığın önlenmesinde, periodonsiyumun yıkımının yavaşlatılmasında ve diş kaybının azaltılmasındaki etkisini gösteren çok sayıda kanıt vardır.

# Gingivitisin Önlenmesi ve Tedavisi. Uzun yıllardır iyi bir ağız hijyeni sağlamanın gingivitisin tedavisinde ve önlenmesinde çok gerekli olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca epidemiyolojik çalışmalar da ağız hijyeninin sağlanmadığı durumlar ile gingivitis arasında yakın bir ilişki olduğunu onaylamaktadır. İlk çalışmalardan birinde, daha önce mükemmel düzeyde oral hijyenleri ve sağlıklı dişetleri bulunan kişilerde oral hijyen işlemleri bilerek deney amacıyla durdurulduğunda bireye göre değişen 9-21 günlük bir sürede içerisinde, aşırı plak birikimi oluştuğu ve hafif bir gingivitis başladığı tespit edilmiştir. Oral hijyen girişimleri yeniden başlatıldığında 1-2 gün zarfında birçok alandaki plak kaybolmuş ve plağın uzaklaştırılmasını takiben yaklaşık 1 hafta sonra da gingivitis iyileşmiştir. Dolayısıyla gingivitis reversible’dir (geriye dönebilir) ve günlük etkili bir plak kontrolü programıyla düzelebilir. Yapılan birçok uzun süreli çalışmalarda dişeti sağlığının etkili oral hijyenin sağlanması ve diştaşı temizliği işlemleri ile sürdürülebileceğini göstermektedir. 1248 bireyin 3 yıllık takibi, oral hijyenin yüksek seviyede tutulması için her türlü çabanın gösterildiği bireyler ile kıyaslandığında, bu türden bir ilginin gösterilmediği bireylerde plak ve debris birikimin 4 kat fazla artmış olduğu ve gingivitis bulgularının da daha fazla olduğu saptanmıştır. Tüm bu bulgular kronik marjinal gingivitisin iyi ağız bakımı ve diştaşı temizlikleri ile kontrol edilebileceğini göstermektedir.

## Ataçman Kaybının Önlenmesi ve Tedavisi. Periodontal tedaviler 100 yıldan fazla bir süredir uygulanmaktadır ancak tedavinin doğal dentisyondaki periodontal desteğin progresif kaybını azaltmadaki etkinliğine yönelik çalışmalar 1970’lerin ortalarından bu yana yapılmaktadır. Norveç ve Sri Lanka’da gerçekleştirilen uzun süreli bir araştırmada Norveç’li bireylerde ataçman kaybı 1.5 mm’nin hafifçe üstünde bulunmuştur. Yıllık ataçman kaybı hızı interproksimal alanlarda 0.08 mm ve bukkal yüzeyler için 0.10 mm’dir. Sri Lanka’lı bireylerde ataçman kaybı 4.50 mm, interproksimal alanlardaki yıllık ataçman kaybı hızı 0.30 mm ve bukkal yüzeylerde yıllık ataçman kaybı hızı 0.20 mm’dir. Bu çalışma eğer durdurmak için müdahale edilmezse periodontal lezyonların ilerlemeye devam ettiğini göstermektedir. Sri Lanka’lı bireyler daha ayrıntılı incelendiğinde tüm bireylerin eşit bir hızda ataçman kaybı göstermedikleri de saptanmıştır. Tüm alanlarda gingival inflamasyon bulunmasına rağmen, ataçman kaybı çok farklılık göstermiştir - hastalığın hızlı ilerleme gösterdiği bireyler (% 8), orta düzeyde ilerleme gösteren bireyler (% 81) ve gingivitis varlığı dışında hiç ilerleme göstermeyenler (%11). Doğal koşullar altında ve herhangi bir tedavi sağlanmayan Sri Lanka’lı bireylerin % 89’undaki şiddetli periodontitis, tedavi olanakları fazla Norveç’li bireylere göre çok daha fazla oranlarda ilerleme göstermektedir. Bir diğer 3 yıllık çalışmada da ağız bakımı konusunda ilgi gösterilmeyen ve bu konuda desteklenmeyen bireylerde, bu açıdan özen ve destek (motivasyon ve sık dişhekimi kontrolleri ve detartraj) gören bireylerle kıyaslandığında ataçman kaybının 3.5 kez daha hızlı bir oranda geliştiği gösterilmiştir. Tüm bu bulgular ataçman kaybının iyi bir ağız hijyeni ve sık aralıklarla yapılan detartrajlar ile azaltılabileceğini göstermektedir. Yapılan bir çalışma orta-ileri düzeydeki periodontal hastalık ilerlemesinin periodontal tedavi ile 3 yıl boyunca durdurulabileceğini göstermiştir. Daha uzun süreli gözlemlerde 7 yılın üzerindeki bir zamanda ataçman kaybının sadece 0.3 mm olduğu saptanmıştır ki bu sonuçlar ilerlemiş periodontal lezyonların tedavi ile daha önce sanılandan daha iyi bir prognoza sahip olabileceğini göstermiştir. 75 ileri periodontitisli hastada yapılan bir diğer çalışmada detartraj ve cerrahi cep eliminasyonundan sonra, hastaların mükemmel bir ağız bakımı yaptığı 5 yıllık gözlem periyodunda daha fazla alveol kemiği kaybı olmadığı belirlenmiştir. Tedavi sonrası on dördüncü yılda da hastaların büyük bir çoğunluğunda kazanılmış periodontal sağlığın korunabildiği/sürdürülebildiği sadece birkaç hastanın birkaç bölgesinde ataçman kaybı olduğu görülmüştür. Tedavi edilmemiş olgularda cep derinlikleri ve radyografik kemik kayıpları sürekli olarak artmaktadır. Tedavi edilmeyen hastalarda, tedavi edilen ve iyi bir maintenance uygulanan hastalardan 20-30 kat fazla alanda hastalığın ilerlemekte olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular tedavinin ataçman kaybının azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir.

## Diş Kaybı. Birçok çalışma tedavi ile diş kaybının önlenebildiğini veya geciktirilebildiğini ortaya koymuştur. Her 3-6 ayda bir yapılan subgingival temizlik ile 5 yıl boyunca ağız hijyeninin iyi olmadığı durumlarda dahi diş kaybının azaltılabildiği gösterilmiştir. 2604 diş üzerinde yapılan bir çalışmada ileri periodontal yıkımlı dişlerde tedaviden 1-7 yıl sonra diş kaybının minimal olduğu (%1.15) saptanmıştır. Bir diğer çalışmada periodontal desteğinin % 50 veya daha fazlasını kaybetmiş olan ileri hastalık varlığında oral hijyen girişimleri, diştaşı temizliği, çekim (umutsuz dişler), periodontal cerrahi ve protezler (gereken durumlarda) ile tedavi sonrasında 5 yıl sonra hastaların hiçbirinde daha fazla periodontal destek kaybı olmadığı belirlenmiştir. Bu 5 yılda hiç diş çekimi de yapılmamıştır. Bu hastalar çok iyi ağız bakımı yapabilen hastalardır. Bu çalışma, periodontal desteği çok azalmış dişlerde dahi detaylı bir ağız bakımı programı ile periodontal cerrahinin bir arada uygulanmasının hastalığı sadece geçici olarak tedavi etmediğini periodontal yıkımın ilerlemesini de azalttığını göstermektedir. On dört yıl sonra bu hastaların bir bölümü incelendiğinde, bazı alanlarda periodontal hastalığın nüksettiği ve buna bağlı diş kayıpları olduğu görülmüştür. Tüm nedenlere bağlı (diş kaybı oranı 30/1330 diş yani % 2.3 tür. Periodontal tedavi sonuçlarının 15-34 yıl sonra incelendiği bir çalışmada her 10 yıl için diş kaybı oranı 1.6 diştir. Bir diğer çalışmada 5 yıl veya daha uzun süre önce tedavi edilmiş olan ve düzenli kontroller altındaki (ortalama her 4.6 ayda 1) 442 hastadaki 11.000 dişte kayıp diş sayısı 178’dir. Hastaların % 78’i tek bir diş bile kaybetmemişlerdir.% 11’i ise sadece 1 diş kaybetmiştir. Bu örnekler çoğaltılabilir. Özetle periodontal hastalığın prevelansı ve hastalığın yol açtığı yüksek orandaki diş kaybı etkili bir tedavinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bugün periodontal hastalığın hamilelik komplikasyonları, kalp hastalıkları ve diyabet gibi çeşitli sağlık problemlerinin gelişimine katkıda bulunduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Periodontal hastalığın önlenmesi ve kemik kaybının ilerlemesinin durdurulması ve diş kaybının azaltılması için etkili tedaviler bulunmaktadır. Her dişhekiminin periodontal tedavilerin felsefesi ve teknikleri ile yakından ilgili olması gerekir.