Medikal Problemler

Hastanın yaşı

Yaş önemli bir faktördür,

Çok küçük ve ikna edilemeyen çocuklarda diş çekimi,dolgu tedavisi, aparey yapımı için ölçü alma işlemleri ya güçlükle yerine getirilir veya getirilemez

İkna edilemeyen çocuklarda lokal anestezi uygulaması sırasında iğne kırılması veya iğnenin solunum ve sindirim sistemlerine kaçmasıda meydana gelebilir.

Bazı ebeveyn’ler kendi rahatları için çocuklarını dişhekimine götürmekle korkuturlar,bu son derece yanlış olup çocuğun bütün hayatını etkiler.

**Yaş faktörünün diğer bakımlardan önemi**

Normalde vücudun doğal savunma kuvvetleriyle mikroorganizmalar arasında bir denge vardır.

Bu denge mikroorganizmaların leyhine bozulursa hastalık meydana gelir. Bu dengenin bozulmasında yaş faktörüde önemlidir.

Çocuklara aspirin verilmez. Reye sendromu yapabilir

Tetrasiklin verilmez. Diş renklenmeleri yapar.

Grip, soğuk algınlığı gibi viral enfeksiyonlar nedeniyle aspirin kullanan çocuk ve gençlerde görülen “Reye sendromu” erken teşhis ve tedavi edilmediğinde ölüme neden olabiliyor.

16 yaşından küçük olan çocuklara grip veya ateşli başka bir virüs enfeksiyonu geçirdiklerinde aspirin yerine, parasetamol etken maddeli ağrı kesici-ateş düşürücü ilaç verilmesi daha uygundur.
En tipik belirtileri kusma, şuur bulanıklığı, hayal görme, huzursuzuk ve giderek koma tablosu görülebiliyor

9-12 yaşları arasında biskletten düşme olayları sık görülür. Bu durumda kafa travmaları, ön dişlerde kırık, avülsiyon gibi arızalar görülebilir.

Yaşlı Kişiler

65 yaşının üzerindeki bireylerdir.

Bunlardan çoğu yürümekte zorlanır, bazıları yatağa mahkumdur.

Yaşlılarda kemik elastikiyeti azdır, bunlarda damar büzülme kabiliyetide azalmıştır. Enfeksiyonlara karşı koyma süt çocuklarında ve çok yaşlı kimselerde erişkinlere göre daha azdır. Yaşlılar çoğunlıkla protezlerini yıkayıp temizlemez ve onunla yatarlar. Bu durumda halitozis ve kandida enfeksiyonları gelişir.

Bu durum uzun süre devam ederse «denture sore mouth» Husule gelir. Yaşlı bayanların bazılarında menapoz döneminde huy değişir,şüpheci olurlar,hekimle tartışırlar.Bunları normal kabul etmek gerekir.

Yaşlılarda diabet,kardiovasküler hastalıklar,ve malıgn hastalıklar daha sıklıkla görülür.

Yaşlılarda bazen ilaç tedaviside tehlikeli olabilir. Örneğin, antikolinerjik ilaçlar (atropin gibi) ,hastada prostat büyümesi varsa, üriner retansiyonu artırır.

Yaşlılarda düşmelere bağlı kırıklar, ekimoz yaraları İşitme ve görme kaybı nedeniyle kazalar sık görülür.

Yaşlılarda senil purpura görülebilir. Yaşlılarda akciğer fonksiyonları azalmıştır.

Yaş ilerledikçe sekonder dentin yapımına bağlı olarak daha az çürük görülür.

Yaş ilerledikçe dementia vak’alarında artış görülmektedir

 YAŞA BAĞLI OLARAK YAPILMASI GEREKENLER

Küçük çocuklara zorla anestezi veya diğer dental işlemleri yapmayınız, ikna yolunu seçiniz.

Gerekirse çok küçük çocukları muayene ve tedavi ederken önlük giymeyiniz.

Mümkünse klinik veya muayenehanede oyuncak bulundurunuz.

İğneden korkan hastalara iğnenin battığı yere yüzeysel anestezi yapılabilir.

Korkak ve ikna olamayan çocukların sallanan süt dişleri muayene ederken çekilebilir. Öte yandan korkusuz ve ikna olabilen çocuklara anestezi yapılması tavsiye edilir,

Çocuklarla samimi bir ortam yaratılarak güven duygusu verilmelidir.

Menstruasyon

Menstruasyon zamanlarında yapılan cerrahi müdahalelerde kanamanın uzun süreceği düşünülmekte isede “kanama ve pıhtılaşma zamanlarında bu dönemde dikkate değer bir fark” gözlenmemiştir.

Belirli bir kontrendikasyon olmamakla birlikte en iyisi bu dönemde büyük operasyonlara girişmemek daha doğru olur.

GEBELİK

Fizyolojik bir olay olmakla birlikte ağız operasyonlarında anne adayı ve fetüs açısından dikkatli olmayı gerektirir

Fetüs yönünden tehlikeler; röntgen çekimi, ilaç kullanımı, stres (ağrı),genel anestezi sırasında olur.

Gebeliğin genel ve dental komplikasyonları

Gebelerde bulantı,kusma, meme uçlarında veya yüzde pigmentasyon şeklinde endokrin değişiklikler olur.

Gebelerde kardiovasküler sistemler etkilenebilir.

Gebelik diabetojenik bir stres olarak kabul edilir.

Gebelerin % 20 kadarında anemi görülebilir, daha önce oluşmuş anemileri ağırlaştırır.

Gebelik hipertansiyona neden olabilir,ayrıca kan pıhtılaşabilirliğini artırır.

Gebelik diş çürüğünü artırmaz, çünki gelişimini tamamlamış dişler kalsiyum metabolizmasına katılmaz.

Eskiden gebelik diş çürüğünü artırır şeklinde yanlış bir inanış vardı. Hatta klasik kitaplarda “ For every child a tooth-Her çocuk için bir diş” deniyordu. Bugün:

Gebelik diş çürüğünü artırmaz, çünki gelişimini tamamlamış dişler kalsiyum metabolizmasına katılmaz şeklinde bilgilerimiz değişmiştir

Supin hipotansiyon sendromu

Gebeler sırt üstü yatırıldıkları zaman, bir hipotansiyon gelişir. Buna “supin hipotansiyon sendromu” denir.

Hastalar baş dönmesi ve baygınlık hissederler.

Bu olay büyümüş olan uterusun vena cava inferiora baskı yapmasından ve kalbe venöz dönüşü engellemesinden olur.

**Supin hipotansiyon sendromunun önlenmesi**

Bu sendromun oluşmasını önlemek için, diş tedavisi süresince hasta ya yarı oturmuş durumda 45 derece arkaya yaslandırılmalı yada sol tarafa döndürülmelidir.

Bu şekilde damarlar üzerindeki baskı **kaldırılmış olur.**

**Gebelere dişhekiminin yaklaşımı**

Gebelerde dental tedaviler mümkünse ikinci trimester’de yapılmalıdır.Çünki bu dönem gebeliğin en stabil dönemidir.

İleri periodontal girişimler ve gömük diş çekimlerini,gebelik tümörü operasyonlarını gebeliğin sonuna ertelemelidir.

Gebeliğin ikinci ve üçüncü dönemlerinde “supine pozisyonundan “kaçınılmalıdır. Fetüs bazı ilaçlara karşı risk altındadır, Örneğin; steroidler kongenital malformasyonlara yol açabilir.

Tetrasiklinler çocuklarda diş renklenmelerine neden olur,bu nedenle gebelere ve süt çocuklarına verilmemelidir.

Kural olarak teratojenik potansiyeli yüksek olan ilaçlardan kaçınılmalıdır.

İlaçlar ve bazı kimyasal maddelerin hamileler tarafından alındığında ,plasentadan fetüse geçerek fetüste deformasyona neden olmalarına “teratojenik etki” denir.

İlaç ve kimyasal maddelerden başka radyasyon,travma gibi bazı nedenlerde teratojenik etkiye sahiptir.

Teratojenik etkiye en fazla duyarlı olunan dönem, 18.-55.günlerdir.Bu dönem kadının gebe olduğunu bilemiyeceği dönemdir. Son menstruasyon tarihinden itibaren 32. güne rastlamaktadır.

Bu birkaç günlük gecikmeye gebelik açısından şüphe ile bakılır. Bu nedenle ilaç yazarken hasta hamile olmasa bile öyle imiş gibi davranılmalıdır

Genel anestezi gebelerde sakıncalıdır. Genel anestezide fetüs üzerine gelen en büyük tehlike anoxia’dir.

Ağrı kesici olarak parasetemol önerilir.

Penisilin,eritromisin,sefalosporinler güvenilir antibiotiklerdir.

Radiografi birinci trimesterde çekilmez.Hatta hastada gebelik şüphesi dahi varsa rontgen servisine bile girmesine izin verilmez.

Radiografi çekmek zorunluğunda kalınırsa birinci trimesterde olmamak kaydıyla hastanın pelvis bölgesi kurşun önlükle korunarak ve poz müddeti minimal olmak koşulu ile, çekilebilir.

Lokal anestezi

Adrenalinli lokal anestezi uygundur.

Amid tipli lokal anestezik tercih edilmelidir.

Hipofiz posterior hormonundan elde edilen FELYPRESSİN (octapressin) gebelerde lokal anestezik içine vasopressor olarak kullanılmaz, çünki bu madde doğum sancılarını uyarır.

Prilokain ,methemoglobin yapımı tehlikesi nedeniyle kullanılmamalıdır.

Amid tipli lokal anestezikler

Lignocaine (xylocaine, Lidocaine)

Prilocaine (Citanest)

Bupivacaine

Mepivicaine

Ester tipli lokal anestezikler

Cocaine

Procaine

Amethocaine

Benzocaine

MENAPOZ

Menapoz menstruasyonun sona ermesi ile kadın hayatında önemli olan bir dönemdir,40-50 yaşlar arasında başlayabilir.

Birçok kadında menapoz ile birlikte ciddi fiziksel bozukluk ve düzensizlikler olmaktadır:

Kilo artışı,

Bazı kasların tonusunda azalma,

Çene ucu ve üst dudakta kıllanma,

Sıcak basması,

Psikolojik bozukluklar,

Baş dönmesi,

Paranoya

Menapozda görülebilen değişiklikler

Atipik yüz ağrısı,

XEROSTOMİA

Desquamativ gingivitis,

Sjögren sendromu,

ORAL KONTRASEPTİF KULLANAN HASTALAR

Oral kontraseptifler ağızdan alınan ve gebeliği önleyen ilaçlardır.

Bu ilaçlar ovülasyonu inhibe ederek, endometriumda psedoatrofi meydana getirerek, servikal mukusu kıvamlı ve yapışkan yapıp spermlere karşı zararlı hale getirerek gebeliği önlerler

Oral kontraseptif alanlarda

Tromboembolik hastalıklarda artış,

Hipertansiyon,

Myokard enfarktüsü,gibi durumlar ortaya çıkabilir.

Fordyce granüllerinde artış gözle nir.

Bu nedenle oral kontraseptif kullanan hastalarda cerrahi girişim sırasında dikkatli olunmalıdır.

ENDOKRİN BOZUKLUKLAR

Endokrin sistem: Salgılarını, belirli bir kanal sistemine ihtiyaç olmadan, doğrudan kana veren bezlerin toplamına verilen isimdir.Bunlara iç salgı bezleri ismide verilir.

Bu bezler birbirlerinin görevlerini tamamlamakla yükümlüdürler.

Endokrin bezlerin salgılarına “hormon” denir.

Endokrin sistemin görevi, Vücut fonksiyonlarını düzene sokmaktır.

Hipofiz veya diğer adıyla Pitüiter bez bir fasülye tanesi büyüklüğünde yaklaşık 0,5 gram ağırlığında bir endokrin bezdir. Beyin tabanında, hipotalamusunaltında bir çıkıntı şeklinde uzanır. Beyni örten dura mater (sert zar) ile çevrilmiştir. Hipofiz hormon üretip salgılayarak Homeostasiyi düzenler. Bunu bütün iç salgı bezlerini denetleyerek yapar. Bu anlamda hipofiz,endokrin ve sinir sistemi arasındaki en büyük organizasyon ağını kontrol eder

Tıroid bezi, boğazımızda gırtlağın önünde yer alır. Deri ile gırtlak arasında kalır. hormon üretir ve kanımıza verir. Bu hormon ise vücudumuz için hayati öneme sahiptir. ömür boyunca bu hormona ihtiyaç duyarız. Bu hormonun adı "tiroksin" dir

Bu bez her insanda 1 adettir.
Paratiroid bezleri, tiroid bezinin hemen arkasında yerleşmiş ikisi üstte ikisi altta yer alan toplam dört adet iç salgı bezidir.  Paratiroid bezi, vücutta kalsiyum ve fosfor mineralleri arasındaki dengeyi sağlayan ‘parathormon’ adı verilen hormonu salgılamakla görevlidir

Endokrin Bezler

 Hipofiz,

 Tiroid

 Paratiroid bezi

 Adrenal bez

 Pankreas

 Overler,

 Testisler,

 Hipotalamus

 Pineal bez

 Timus

Hipotalamus, beyinde bulunur. Küçük nukleuslardan oluşur ve en önemli görevlerinden birisi hipofiz bezi aracılığı ile beyin ve endokrin sistem arasındaki bağlantıyı sağlamaktır.

Pineal bez beyinde bulunur. Bu bez melatonin hormonu salgılar.Pineal bez salgıladığı hormon ile vücudun gece gündüz farklılığına uyum sağlar. Bu hormon gece uyku getirir, gündüz uyanmaya yardımcı olur. kör insanların ve binlerce kilometre uçan göçmen kuşların yol bulma kabiliyeti de pineal gland’in marifetlerinden biridir...

Endokrin bozukluklar

* Anterior pituiter bezin (hipofiz) hiperfonksiyonu (gigantism ve akromegali)
* Tiroid hastalıkları (hipotiroidizm, hipertiroidizm)
* Paratiroid hastalıkları (Hiperparatiroidizm,hipoparatiroidizm)
* Adrenokortikal hastalıklar (Addison hastalığı, Cushing hastalığı)
* Adrenal medulla hastalıkları (Feokromositoma)
* Diabetes mellitus

Gigantizm

Gigantizm,hipofiz bezinin (pitüiter bez ) ön lob hormonu olan büyüme hormonunun (somatotropin) aşırı çalışması sonucu meydana gelir.

Somatotrop hormonunun doğuştan veya gelişme çağının başlangıcında hiperfonksiyonundan gigantizm,olmaktadır.

Gigantizmde hızlı bir büyüme görülür, ve dev insanlar meydana gelir

Akromegali

Somatotrop hormonun hiperfonksiyonu, gelişme çağını tamamlamış ve boyca büyümesi bitmiş bir insanda başlarsa, “akromegali” meydana gelir.Akromegalide el,ayak ve çenelerde büyüme olur. Özellikle mandibulada büyüme görülür. Ayrıca prognatizm görülür.

Büyüme hormonu bozukluğu olan hastalarda şu rahatsızlıklar görülür:

Diabetes mellitus

Hipertansiyon

Kardiomyopati

Sleep apne

Hiperkalsemi

Diabetes insipitus

Diabetes insipitus endokrin bir bozukluk olup şeker hastalığı ile karıştırılmamalıdır. Şeker hastalığı insülin yetmezliği sonucu olmaktadır.Bu hormon hücrelere enerji temin etmek için vücudun glikozu kullanmasını sağlar.

Diabetes insipitus ise Anti Diüretik Hormon (ADH) YETERSİZLİĞİ nedeniyle ortaya çıkar. Bu hormon hipofiz bezinin arka lobu tarafından salgılanır.

Anti diüretik hormon eksikliğinde vücutta su dengesinin kontrolü bozulur.

Günlük normal idrar miktarı 1-1.5 litreyken, bu hastaların günde 25 litreye kadar idrar çıkarabildikleri görülür. Buna paralel olarak aynı miktarda sıvı alınır.

Diabetes insipitus (Belirtiler)

Aşırı susama

Aşırı idrar,(bilhassa geceleri)

Ağız kuruluğu

Çok su içme

Görme bozuklukları

Kranial sinir defektleri

İntrakranial basınç artması

Diabetes insipitus dental yönü

Ağrı kontrolü için lokal anestezi (LA) yeterlidir.

ANKSİETE’Yİ kontrol etmek için bilinçli sedasyon gereklidir

Dişhekimliği işlemlerinde ağız kuruluğu komplikasyon yaratabilir.

TİROİD HASTALIKLARI (GOİTRE)

Goitre ,tiroid bezinin büyümesidir. Goitrenin nedeni aranmalıdır. Nedenlerden biri nadir olsada tiroid karsinomasıdır. Tiroid fonksiyonuna bakılır. Buna göre:

1.Normal

2.Aktif (hipertiroid)

3.Hipoaktif (hipotiroid ) olarak değerlendirilir. Birçok olguda cerrahi gerekli olmayabilir. Cerrahi şu durumlarda yapılır:

A.Hava yolları tıkanıklığı tehlikesinde (öksürük,ses değişiklikleri,dispne, yutma güçlüğü)

B.Kozmetik nedenler

Goitre hastalığında dental işlemler

Goitre’de dental işlemler, tiroid anormal fonksiyonlarından,

Goitre’nin altta yatan nedenlerinden ,

Solunum yollarının tıkanmasına bağlı komplikasyonlardan etkilenir

Tiroid nodülü

Radio iodinle nodül görünür ise büyük bir olasılıkla malign değildir, adenom olabilir.Buna SICAK NODÜL DENİR.

Radioiyodinle görünmüyorsa malign olasılığı fazladır. Buna soğuk nodül denir. İğne biyopsisi yapmak gerekir.

Tiroid Hastalıkları (hipotiroidizm

Tiroid bezinin az çalışması sonucu kanda tiroid hormon düzeyinin azalması ile karakterize bir durumdur.

Tiroid azlığı doğuştan mevcutsa, meydana gelen tabloya “kretinizm”, erişkinde ortaya çıkarsa “mikzödem” adını alır.

Kretinizm-tipik bulgular

İskelet gelişimi ve diş erupsiyonu gecikmesi

Mental gelişimin bozulması

Kafatası ve yüz kemiklerinin defektif gelişmesi nedeniyle geniş ve düz bir yüz

Makroglossi

Kuru kalın bir cilt

Cücelik

Erişkin hipotiroidizm’i (mikzödem)

Kilo alma

Aktivite ve hafıza azalması

Kuru cilt ve saç dökülmesi

Soğuğa tahammülsüzlük

 İskemik kalb hastalığına yatkınlık

Hipotiroidizm’li hastalarda dişhekiminin yaklaşımı

Mikzödem koması riski nedeniyle ,diazem dahil sedatiflerin ,opioid analjeziklerin ve genel anestezi uygulamasından kaçınmak gerekir,

Anemi ve iskemik kalb hastalıklarına eğilim olduğu için, bu hastalarda lokal anestezi tercih edilmelidir.

Hipertiroidizm

Tiroid hormonunun fazla miktarda salgılanması’ndan meydana gelen tablo dur.

Bu tabloya “tirotoksikoz”da denir.

Hipertiroidizm genç erişkinlerde daha sık görülür.

Hipertiroidizm-önemli bulgular

Kilo kaybı

Ekzoftalmus

Taşikardi

Tedavi edilmeyen yaşlı hipertiroid’li hastalarda kardiovasküler hastalık

Ellerde titreme

Aşırı terleme ,Sıcağa tahammülsüzlük

Hipertiroidili hastalara dişhekiminin yaklaşımı

Hipertiroidizm tedavi edilmeden diş hekimliği cerrahisinde genel anestezi verilmemelidir. Çünki genel anestezi bu hastalarda tehlikeli aritmilere yol açabilir.

Acil durumlarda genel anestezi bir spestyalist tarafından hastanede verilmelidir.

Bu hastalarda lokal anestezik içinde adrenalin verilmemelidir. Çünki endojen adrenalin ile birlikte “tirotoksik kriz” gelişebilir.

Hipertiroid hastalarında lokal anestezik olarak,prilocain (citanest), ile felypressin (octapressin) kullanılabilir.

Benzodiazepinler anti-tiroid ilaçların etkisini potansialize eder (artırır),ve dental tedavilerden önce sedasyon için emniyetle kullanılırlar.

Bu hastalarda sedasyon mutlaka gerekir, çünki anksiete tirotoksik krizi artırır.

Hipertiroidizm tedavisinden sonra hasta hipotiroidizm riskine girebilir. Bu husus genel anestezi yapılacaksa, dikkate alınmalıdır.

Hipertiroidizm’in “carbimazole” ile medikal tedavisi bazen agranulositozis ‘e yol açar, bu da oral veya orofarengeal ülserasyona yol açar.

Tirotoksik kriz-belirtileri

Huzursuzluk

Stupor (bilinç sislenmesi,yarı uyku durumu)

Disoriantasyon (kişide zaman ve yer kavramını algılayabilme yeteneğinin yitirilmesi )

Vücut ısısının 40 derecenin üzerine çıkması

Nabız hızının 140/dak. Üzerine çıkması

Beyin fonksiyonlarının bozulması

Hipertiroidizm tedavisi

Sedasyon

Oksijen verilmesi

Kortizon enjeksiyonları

Hastaneye yatırılmak

Paratiroid hastalıkları

Paratiroid bezler tiroid bezinin arkasında, ve 4-5 tane mercimek büyüklüğünde bezler olup, hormonuna “parathormon” denir.

Parathormon, kalsiyum iyonlarının vücutta sıvı kompartmanlarındaki dağılımında ve konsantrasyonunun homeostatik dağılımında önemli bir düzenleyici olarak rol oynar.

Parathormon hem osteoblastları ve hemde osteoklastları uyarır ve faaliyetlerini artırır.

Böylece “kemik yenilenmesini “hızlandırır.

Hipoparatiroidizm

Paratiroid bezlerin az çalışması sonucu husule gelir,

En sık tiroidektomi sonucu görülür, bazen idiopatik bir nedenle de olabilir.

Hipoparatiroidizm’in en önemli bulgusu “tetani”dir.

Tetani vücutta kalsiyum eksikliğine bağlı olarak kasların kasılmış durumda kalmaları halidir.

Tetaninin erken semptomu dudak ve ekstremitelerde parestezi’dir.

Hipoparatiroidizm-dental görünüm(oral bulgular)

Mine hipoplazisi

Dişlerin erupsiyonunda gecikme

Kronik mukokütanöz kandidiazis

Fasiyal parestezi,fasiyal tik

Dental işlemlerde dikkat edilecek konular

Tetani

Epilepsi

Psikiatrik problemler veya mental handikap

Hipoadrenokortisizm veya diğer endokrinopatiler (diabetes mellitus gibi)

Aritmiler

Hiperparatiroidizm’in dişhekimliği yönünden değerlendirilmesi

Hiperparatiroidizmde dental değişiklikler; lamina duranın kaybı,genel kemik rarefaksiyonu, dev hücreli lezyonlar oldukça nadirde olsa görülür

Hiperparatiroidizmde dental tedavileri güçleştiren durumlar

Hipertansiyon

Kardiak aritmiler

Renal hastalık

Peptik ülser

Kemik fragilitesi

Renal dializ olan hastalarda Hepatit B riski

Adrenokortikal hastalıklar

Adrenokortikal yetersizlik nadiren primer (Addison hastalığı),sıklıkla kortikosteroid tedavisine bağlı olarak sekonder olabilir.

Addison hastalığı

Addison hastalığında addison krizi meydana gelebilir, bu durum kan basıncının hızlı düşmesi nedeniyle olabilir.

Addison hastalığı adrenal korteksin atrofisi,ve adrenal korteksten salgılanan cortisol ve aldosterone hormonlarının sekresyonunda yetersizlikle karakterizedir.

Pigmentasyon erken bir bulgu olup ağızda gingivada,bukkal mukoza ve dudaklarda görülür.

Bu pigmentasyon kahverengi veya siyah olabilir.

Addison hastalığında –tipik klinik bulgular

İştahsızlık, bulantı,kusma,

Halsizlik,kuvvetsizlik

Anormal oral ve cilt bölgesinde pigmentasyon

Gastro-entestinal bozukluk

Kilo kaybı

Kan basıncı düşüklüğü

Hipotansif krize yatkınlık

Addison hastalarına dişhekiminin yaklaşımı

Addison krizi gelişebilir,

Addison krizi; kan basıncında ani düşme, dolaşım kolapsı (şok), ve kusma ile karakterizedir.

Addison krizi olursa, yüksek dozda i.v. Hidrokortizon, ve sıvı tedavisi ile hayat kurtarılabilir.

Addison hastalığının hidrokortizonla tedavisinde olabilecek komplikasyonlar

Yara iyileşmesi bozulur

Kan şekeri yükselir

Fırsatçı enfeksiyonlar gelişir

Bazı ciddi hastalıklar maskelenebilir (örneğin, kortikosteroid kullanmakta olan bir hasta lösemi olabilir ve kendini iyi hissedebilir).

Cushing hastalığı

Adrenal korteksin tümüyle hiperfonksiyonu söz konusudur.Bu hastalıkta bulgular:

Hirsutizm (kıllanma)

Gövde ve yüzde şişmanlık (ay yüzü)

Baş ağrısı

Hipertansiyon

Osteoporoz

Glikozüri

Cushing hastalığında dişhekiminin yaklaşımı

Cushing sendromunun spesifik bir oral bulgusu yoktur.Hastalar yüzlerindeki şişliğin dental bir sebebe bağlı olduğu düşüncesiyle dişhekimine başvururlar.

Operasyon, anestezi ve travma adrenal krize sebep olabilir.

Dişhekimliği işlemleri; kardiovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diabetes mellitus, olasılığı nedeniyle komplikasyon yaratabilir.

Diabetes mellitus

Karbonhidrat metabolizması bozukluğu sonucu görülen bir hastalıktır.

Karbonhidrat metabolizması; pankreas,adrenal korteks,ve pitüiter bez (hipofiz) tarafından kontrol edilir

İnsülin,Langerhans adacıklarından salgılanır,bu madde kan şekerini glikojene çevirir,glikojen karaciğerde depo edilir.

Epinefrin, adrenal medullasından salgılanır,karaciğer glikojeninden şekeri mobilize eder.

Adrenokortikal hormon, amino asitleri protein yerine şeker haline çevirir.

Diabetojenik hormon, anterior pitüiter bezden salgılanır ve insülinin antagonistidir (kan şekerini yükseltir)

Diabetes mellitus sıklıkla insülin yetersizliğinden oluşur. Bunun anlamı şudur: kan şekeri ne depo edilir ve nede kullanılır.

Sonuç olarak kan şekeri yükselir (hiperglisemi), idrarla atılır (glikozüri), aşırı idrar yapma (poliüri), aşırı susama (polidipsi) görülür.

Diabet, primer ve sekonder olarak iki şekilde olur.

Sekonder diabet pankreas bozukluklarında ve endokrin anomalilerinde görülür.

Primer olan ise, genç diabeti(juvenil diabet) ve erişkin diabeti (adult diabet) OLARAK iki tipe ayrılır.

Genç diabetinde genetik faktörler,erişkin diabetinde ise, genetik faktörler ve şişmanlık rol oynar. Juvenil diabet tip I veya “insüline bağımlı diabet”,

Erişkin diabeti ise, tip II veya “insüline bağımlı olmayan diabet” olarakta sınıflandırılmaktadır.

Diabetli hastalarda oluşabilecek problemler

Hiperglisemik koma

Hipoglisemik koma

Yara iyileşmesinde problemler

Kanama problemleri

Enfeksiyon riskinin artması

Dermatolojik problemler

Hipoglisemi belirtileri

Hastada baygınlık, halsizlik

Açlık hissi

Renk solukluğu

Hızlı nabız

Terleme

Nemli ve soğuk bir cilt

Pupillalarda midriazis

Şuur bulanıklığı

Diabetes mellitus’ta Oral Bulgular

Periodontal hastalık insidansının artması

Ağız kuruluğu

Tükrük bezlerinde, şişlik

Pulpitis

Oral mukozada ülserasyonlar

Ağız yaralarında ve çekim yaralarında iyileşme gecikmesi

Halitozis

Diabetli hastalara dişhekiminin yaklaşımı

Diyabetli hastalar dişhekimi tarafından muntazam peryodlarla muayene edilmelidir.

Diş taşları sık sık temizlenmelidir,

Hastalara ağız hijyeni öğretilmelidir.

Ağrı,heyecan, stres,korku’dan sakınılmalıdır.

Asepsi-antisepsi kurallarına her zamankinden daha fazla uyulmalıdır

Lokal travma yapabilecek protezler kullanılmamalıdır.

Lokal anestezik madde adrenalin içermemelidir.

Diabetli hastada ağrı duyurulmamalıdır.

Operasyonlar sabahları kahvaltıdan sonra yapılmalıdır.

Operasyonlar hafta sonunda değil, hafta başında planlanmalıdır.

Oral antidiabetik ilaç veya insülin almakta olan bir hastaya salisilat verilmez. Bu durumda kan şekeri düşer.

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI

* Üst solunum yolu enfeksiyonları
* Alt solunum yolu enfeksiyonları
* Akciğer tüberkülozu
* Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
* Astma
* Sarkoidoz

Solunum sistemi hastalıkları sık görülür, dental tedavileri güçleştirirler, genel anesteziye kontr endikasyon oluştururlar.

Öksürük sık görülen bir semptom olup reflex olarak solunum yollarını korur.

Mukoid balgam daha çok kronik bronşitin bulgusudur.

Pürülan (cerahatli) balgam ise bronşektazi ve akciğer absesinde görülür.

Öksürükle kan gelmesi (hemoptisi) ciddi bir bulgu olup karsinoma veya tüberkülozu düşündürebilir. Kan öksürme ayrıca bronşit, bronşektazi ve akut enfeksiyonlardada görülebilir.

Üst solunum yolu enfeksiyonları

Bunlar genellikle viral orijinli olup ilk safhalarda hayli bulaşıcı ve inkübasyon peryodları birkaç gün kadardır.Bu hastalıklar:

1.Soğuk algınlığı sendromu (nezle)

2.Faranjit ve tonsillit

3.Laringotrakeitis

Soğuk algınlığı çeşitli viruslarla meydana gelirsede çoğunlukla rhino-virus etkili olmaktadır.

Klinik bulgu olarak nazal akıntı ve tıkanıklık, nazofarengeal hassasiyet,genel vücut direnci düşüklüğü görülür

Faranjit ve tonsillit

Farenjit ve tonsillit birçok olguda viruslarla meydana gelir.

Fakat diğer ajanlarda (streptokoküs piyogenes, mycoplasma pnemonia, corynebacterium diphteria) neden olabilir.

Farenjit ve tonsillitte yutma sırasında boğazda ağrı ve hassasiyet ,bazen ateş ve konjunktivit görülür.

Komplikasyonlar nadir olmakla birlikte peritonsiller abse, kızıl,akut glomerulonefrit ve romatizma ateşi görülebilir.

Stereptokokal boğaz ağrısı olgularında çoğu kez penisilin ve eritromisine cevap alınır.

Özellikle glandular fever (enfeksiyöz mononükleoz) olgularında ampicillin ve amoksisillinden kaçınılmalıdır. Çünki lekelere neden olabilir.

Laryngotrakeitiste ses kısıklığı,sesin kaybolması,öksürük görülür.

Üst solunum yolu enfeksiyonlarında hastaya yaklaşım

Diş tedavileri ertelenmelidir.

Enfeksiyonun akciğerlere yayılma ihtimali nedeniyle genel anestezi sakıncalı olabilir.

Eğer genel anestezi yapılmak durumunda kalınırsa entübasyonun supin pozisyonda yapılması gerekir. Böylece nazal sekresyonun larinks’e geçmesi önlenmiş olur.

Alt solunum yolu enfeksiyonları

Alt solunum yolu enfeksiyonları viral, bakteriel ve mycoplazmal olabilir.

Klinik bulgular solunum yolunun hangi kısmı etkilenmiş ise ona bağlı olarak değişir.

Bronşit; öksürük, göğüste hırıltı, bazen nefes darlığına (dyspnoea) sebep olur.

Bronşiolitis, daha ziyade küçük çocuk ve bebeklerde görülür, klinik olarak hızlı solunum, göğüste hırıltı, ateş,ve nefes darlığına neden olur.

Pnemoni ; öksürük,ateş,hızlı solunum, nefes alamama,göğüs ağrısı,titreme ile karakterizedir

Diş hekiminin yaklaşımı

Alt solunum yolu enfeksiyonlarında genel anestezi tehlikelidir.

Diş tedavileri genel bulgular düzelene kadar ertelenmelidir.

Akciğer tüberkülozu

Akciğer tüberkülozu hala sık görülme özelliğini koruyan bir hastalıktır.

Etkeni mycobacterium tuberculosis veya Koch basilidir.

Hastalık insanlara hasta hayvanlardan (hasta ineğin sütünün yeterince kaynatılmadan içilmesi) veya tüberküloz bulaşmış insanlardan geçer.

Hastalık daha çok solunum ve sindirim yolu ile ,nadirende deri ve mukozalar yolu ile bulaşır.

Tüberkülozun organizmaya yerleşmesinde bazı predispozan nedenler etkili olabilir.Bunlar vücut direncini kırarak tüberküloza yatkınlığı artırırlar.

Tuberküloza yol açan predispozan faktörler

Diabet

Fena beslenme

Gebelik

Kronik alkolizm

Oral bulgular

Oral bulgu olarak dilin orta kısmında ülser görülebilir.

Ülser tipiktir,köşeli veya yıldız biçimindedir,tabanı soluk renktedir,erken döneminde ağrısızdır.

Dudaklar ve ağzın diğer kısımları daha az etkilenir.

Tuberküloz belirtileri

Kronik öksürük

Hemoptisi

Kilo kaybı

Gece terlemeleri

Ateş

İştiha kaybı

Halsizlik

Tanı kriterleri

Fiziksel muayene

Göğüs radyografisi

Balgam kültürü

Tüberkülin testi

Sedimentasyon hızının kontrolü

Dişhekiminin yaklaşımı

Tüberkülozda oral bulgular nadir olup dil sırtında ülser gelişebilir.

Tuberküloz servikal lenf nodülü büyümesine neden olabilir.

Bazen pulmoner tüberkülozun teşhisi oral ülser biyopsisi ile konabilir.

Basil positive (+) dönemde diş çekimi yapılmamalıdır, kemik tüberkülozuna neden olunabilir. Ayrıca bu dönemde kanama daha fazla olur ve hastanın bulaştırma riski fazladır.

KANAMA PROBLEMLERİ

Cerrahiyi etkileyen önemli kan hastalıkları:

Anemi

Thalassemia

Leukemia

Hemofili A

Antikoagülanlar ve cerrahi

Anemi

Kırmızı kan hücreleri ve hb azlığı ile karakterizedir.

Kanın oksijen taşıma kapasitesi azalmıştır.

Anemi durumunda oral mukozada ve konjunktivada renk solukluğu olur.

Anemilerin en sık rastlanan sebebi demir eksikliği ve Vit. B12 eksikliği sonucu görülen anemilerdir.

Diğer nedenler sistemik hastalıklarda görülen anemilerdir.Bunlar karaciğer hastalıkları, neoplazmlar, kronik iltihap,lösemi,üremi, hipotiroidizm, hipopituitarizm gibi hastalıklardır

Klinik bulgular

Cilt rengi aneminin tanısında bir indikatör olabilir.

Alt göz kapağının konjunktivası,tırnak yatakları,oral mukoza özellikle dil, tanı için daha güvenilir dokulardır.

Kardiovasküler bulgular (taşikardi,veya ayak bileğinde ödem) şiddetli aneminin sonucudur.

Bazı anemilerde aftöz stomatit, angüler stomatit, protez stomatiti, ve kandidiazis’te görülebilir.

Özellikle orta yaşın üzerinde bu gibi lezyonlar görülürse,bunlar tedavi edilmeden önce anemi olup olmadığı araştırılmalıdır.Aksi taktirde altta yatan hastalık tedavi edilmeden bu lezyonlar tedaviye cevap vermez

Anemi nedenleri

Kronik kan kaybı

Demir eksikliği

Vit. B 12 eksikliği

Bazen lösemi gibi ciddi bir hastalığın sonucu meydana gelebilir.

Anemide yapılması gerekenler

Şiddetli anemide kan sayımı ve hb miktarı normale düşürülmeden operasyona girişilmemelidir.

Genel anestezi sakıncalıdır.

Lösemi

Lökositlerin periferik kanda patolojik artışları ile karakterize malign bir hastalıktır.

Klinik olarak akut ve kronik şekiller gösterir.

Akut lösemi daha ziyade gençlerde ve çocuklarda görülür,hızla ölüme götürür.

Akut lösemi genel bulgular

Renk solukluğu (anemi)

Enfeksiyonlar

Purpura

Lenf nodüllerinde büyüme

Dalak büyüklüğü

Kilo kaybı

Kemiklerde ağrı

Kuvvetsizlik

Anorexia (iştahsızlık )

Periferik kanda lökosit artışı

Akut lösemide oral bulgular

Oral mukozada kanama

Oral mukozada solukluk (anemi)

Oral mukoza ve dişetlerinde ülserasyon

Servikal lenfadenopati

Tümör benzeri oluşumlar

Akut lösemide gingiva şiş ve penbe bir renktedir.

Akut lösemide dental problemler

Enfeksiyonlar

Kanama

Anemi

Hepatitis B riski

Aids

Dental tedaviler hastanın hekimi ile konsültasyon sonucu yapılmalıdır.

Çekimlerden kanama riski ve enfeksiyon riski (osteomyelit ve septisemi ) nedeniyle kaçınılmalıdır.

Cerrahiden önce platelet infüzyonları, kan el altında hazır bulunmalıdır

Aynı zamanda antibiotik özellikle penisilin yara iyileşene kadar kullanılmalıdır.

Bu hastalarda kan transfüzyonuna başvurulmak durumunda kalındığı için hepatit B ve AİDS riski her zaman mevcuttur.

Hemofili

Cinse bağlı resesif karakterli bir hastalıktır.

Kadınlar tarafından taşınır, erkeklerde görülür.

Ancak hemofili taşıyıcı bir kadınla hemofilik bir erkek evlenirse doğacak kız çocuklarındada hemofili görülebilir.

Bu hastalığa plazmada bulunması gereken faktör VIII veya antihemofilik globulin denen bir maddenin eksikliği yol açmaktadır

Hemofili ve dişhekimliği

Ağız ve diş bakımı ihmali nedeniyle çürük sayısında artış

Halitosis

Cerrahi işlemlerde kanama riski

Anestezi ve intramusküler enjeksiyonlar tehlike yaratır

Bazı ilaçlar kanama yapabilir

Anksiete kanamayı artırır

İlaç iptilası olabilir.

Faktör VIII eksikliği yerine konmadan yapılan lokal anestezi sonrası oluşan kanama ve hematom oluşur.

Faktör VIII SEVİYESİNİ YÜKSELTEN PREPARATLAR

* Taze kan
* Taze ve dondurulmuş plazma
* İnsan plazmasından hazırlanan cryopresipitate
* Kuru ve dondurulmuş hayvan AHG’si
* Kuru ve dondurulmuş insan AHG’si

Taze kan ve plazma düşük konsantrasyonlarda faktör VIII ihtiva eder.Taze kan % 5-7 oranında, taze ve dondurulmuş plazma % 15-20 oranında faktör VIII ihtiva eder.

Ayrıca taze kan süratli verilemeyeceği için bununla eksik faktör seviyesi yerine konamaz. Bu nedenle kan transfüzyonları sadece kan kaybını telafi için kullanılmalı, faktör VIII’in seviye yükseltilmesinde kullanılmamalıdır

İnsan AHG’si, eksik faktörü % 50-60 seviyesine, hayvan AHG’si ise % 60-100 seviyesine getirir.

Ancak hayvan AHG’si, sığır ve domuzdan elde edildiği için, yabancı protein olup antijenik etki gösterir ve bu nedenle acil durumlarda kullanılmalıdır.

Cryopresipitate, taze ve dondurulmuş plazma,genellikle diş çekimlerinde kullanılan ve faktör VIII seviyesini yükselten preparatlardır.

Diş çekiminde ve lokal anestezi ‘de faktör VIII seviyesinin % 50-75 arasında olması istenir.

Cryopresipitat günlük verilir ve hasta kanamasız olarak en az 5 gün kadar hastanede yatırılmalıdır.

Bu dönemde hastaya kesinlikle aspirin verilmez.

Ağrı kesici olarak parasetemol veya dihidrokodein verilebilir.

Antifibrinotikler faktör VIII ihtiyacını önemli şekilde azaltırlar.

Bunlardan “epsilon amino caproic acid” (EACA) isimli bir antifibrinolitik madde son yıllarda çekimden sonra pıhtının stabilitesini artırmak için, kullanılmaya başlamıştır.

Epsikapron günde 4 defa verilirse etkili olmakta fakat bazı yan etkiler meydana getirmektedir.

Bu yan etkiler; hipotansiyon,bulantı,kusma,diare gibi etkilerdir.

Antifibrinolitikler residüel pıhtı varlığında kullanılmamalıdır. Örneğin, idrar yollarında ve intrakranial pıhtı varlığında kullanılmamalıdır

E.A.C.A birtakım lokal tedbirlerle (AHG replasmanı veya AHG replasmansız) kombine olarak kullanılabilir.

Diş çekiminde düşünülecek noktalar

Faktör VIII seviyesi operasyondan önce yükseltilmelidir.

Atravmatik çalışılmalıdır.

Yara uçlarına dikiş konmamalıdır.

Operasyondan önce mümkünse ölçü alınarak plak yapılmalıdır

Postoperatif kanama olursa, hasta oturma pozisyonuna getirilmeli,mandibula ekstra-oral bandajla tesbit edilmeli,ve konuşturulmamalıdır. Daha doğrusu Hastanın yanına ziyaretçi alınmamalıdır.

 Hastanın sıcak içki ve alkol alması önlenmelidir.

Hastanın stres ve ağrı duymaması gerekir.

Hastanın beslenmesi mide sondasıyla sağlanabilir, yumuşak gıdalar almalıdır

Aspirin, phenylbutazon gibi ilaçlar kanamayı artıracağı için, kullanılmamalıdır.Bunların yerine paracetemol verilebilir.

Hemofiliklerde cerrahi dışında diğer dental müdahaleler

Endodontik tedavi: Hemofiliklerde kök- kanal tedavisi emniyetle yapılabilir. Endodontik tedavi, çekimi önlemek açısından önemli bir tedbirdir. Bununla beraber pulpa ve periodontal dokulardan şiddetli kanama olabilir.

Periodontal tedavi Faktör VIII yerine konduğu taktirde diş taşı temizliği,ve periodontal cerrahi yapılabilir. Fakat ileri periodontal cerrahi tavsiye edilmez.

Konservatif tedavi Anestezi yapılmadan konservatif tedavi yapılabilir.

Ancak yumuşak doku travmalarından kaçınılmalıdır.Örneğin ara yüz dolgularında kullanılan matriks gingivayı zedelememelidir.

Ortodontik tedavi Hemofilide diş hareketlerinin bir kontrendikasyonu yoktur.

Fakat keskin kenarlı apareyler,teller,bantlar vs. ile mukoza irite edilmemelidir

Antikoagülanlar ve cerrahi

Antikoagülanlar myokard enfarktüsü ve dializ hastalarında kullanılırlar.

Myokard enfarktüsünde kumarin, dializ hastalarında heparin kullanılır.

Ayrıca kalp hastalarında kanı sulandırmak için kullanılan aspirin ve romatizma hastalarında devamlı kullanılan aspirinde antikoagülan olarak düşünülür.

Operasyonlardan 3-4 gün önce (en az 2 gün) antikoagülanın veya aspirin’in kesilmesi uygun olur. Ancak buna karar verecek olan hastanın doktorudur. Çünki bu konuda yanlışlık yapılacak olursa trombo-emboli riski olduğu riski unutulmamalıdır

BÖBREK HASTALIKLARI

Böbrek hastalıkları içinde kronik renal yetmezlik önemlidir.

Bu hastalıklarda ilaç tedaviside önemlidir, çünki ilaç birikmesi tehlikesi vardır.

Kronik renal yetmezlikte riskler

* İlaç atılımının bozulması
* Kortikosteroid ve immünosupresyon tedavisi gören hastalar
* Hipertansiyon
* Kanama eğilimi
* Hepatit B taşıyıcılığı
* Anemi
* Bazı ilaçlar

Kronik renal yetmezliği olan çocuklarda büyüme ve diş erupsiyonu gecikir. Maloklüzyon ve mine hipoplazisi görülür.

Oral mukoza anemi nedeniyle soluktur. Oral ülserasyon, ağız kuruluğu ve metalik tat olabilir. Tükrük bezleri şiş ve tükrük akışı azalmıştır.

Kortikosteroid tedavisi gören hastalarda oral kandidozis gelişebilir

Nefrotoksik ilaçlar

* Tetrasiklin
* Aspirin
* Parasetemol
* Antihistamin’ler
* Ampisilin
* Amoksisilin,
* Metronidazol
* Benzilpenisilin

Birçok ilaç böbreklerden atılır, bunlrın dozu azaltılmazsa istenmeyen etkiler yaparlar. Aspirin, tetrasiklin nefrotoksiktir. Böbrek bozukluğu olanlara verilmemelidir.

Bazı ilaçlar düşük dozlarda verilebilir (ampisilin,amoksisilin, metronidazol, benzilpenisilin)

Atılımı geciken ilaç

Uzun etkili barbitüratlardan fenobarbiton da kullanılmamalıdır

Ağız kuruluğu ve üriner retansiyon yapan ilaçlar

Antihistaminikler

Doz değişikliğine gerek duyulmayanlar

Eritromisin

Kodein

Diazepam

Mağnezyum tuzları ihtiva eden antasitler

Mağnezyum retansiyonu yaptığı için kullanılmamalıdır.

Kalsiyum ve aliminyum içeren antasitler

Tetrasiklinlerin,penisilin V’nin,sulfonamidlerin ve fenilbutazonun absorbsiyonunu bozduğu için kullanılmamalıdır.

KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR

Kardiovasküler hastalıklar bütün dünyada ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. Kardiovasküler hastalıklar sık meydana gelmeleri, bazı dental girişimlerin ve ilaçların bu hastalarda tehlike yaratması, dişhekimlerinin Bu hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmalarının gerekliliği ortadadır.Kalb hastalarında anksiete ve ağrı kalbin yükünü artıracağından ve hastaya zarar vereceğinden bu hastalarda ağrı duyurmamak esastır

Kardiovasküler Hastalıkların Tipleri

1. Kalb yetmezliği

2. Hipertansiyon

3. Angina pektoris

4.Myokard enfarktüsü

Kalb yetmezliği Kalb vücudun ihtiyacı bulunan kanı pompalıyamaz. Yetmezlik genellikle bir kalb hastalığı sonucunda meydana gelebileceği gibi normal kalbde de görülebilir.Örneğin hipertiroidizmde veya şiddetli anemi durumlarında olduğu gibi kalb aşırı çalışırsa yetmezliğe girebilir.

Kalb Yetmezliğinin Klinik Bulguları

1.Nefes alamama

2.Bacaklarda ödem

3.Boyun venlerinde congestion

4.Siyanoz

5.Yorgunluk

6.Muntazam olmayan hızlı nabız

Nefes alamama (dyspnea) nedeni: Yatma pozisyonunda karın organları diaframı yukarı doğru hareket ettirir, ve bu şekilde akciğerlerin vital kapasitesi azalır. Bu nedenle Kalp yetmezliği olan hastaların dental tedaviler sırasında sırt üstü (supin pozisyonda) yatırılmamaları gerekir.

Dişhekimliği Yönünden Kalb Yetmezliği

Kalb yetmezliğinde genel anestezi sakıncalıdır.

Bu hastalarda lokal anestezi altında bazı dental uygulamalar yapılabilir.

Hastayı supin pozisyonuna getirmek (sırt üstü yatırmak) dispne’yi artıracağından, doğru değildir.

Dental işlemler sırasında hasta ağrı duyarsa endogen olarak adrenalin açığa çıkar. Endogen adrenalin kalb hastalarında tehlike yaratır. Bu nedenle lokal anestezik maddenin içinde adrenalin olması önemli değildir.Hastanın ağrı hissetmemesi önemlidir.

Hipertansiyon

Kan basıncının yükselmesidir.

Tedavi edilmezse ölüme neden olabilir

Yüksek kan basıncı uzun süre devam ederse böbrekler,kalb,beyin ve göz gibi organlarda hasar oluşabilir.

Genellikle diastolik basıncın 90 mm Hg’nin üzerinde olması,

Sistolik basıncın 140 mm Hg’nin üzerinde olması erişkinler için hipertansiyon sayılır.

Hipertansiyon nedenleri

Hipertansiyon nedeni birçok olguda bilinmemektedir. Bu duruma essential hipertansiyon denir.

Essential hipertansiyon yaşın ilerlemesiyle dahada artar.Genetik faktörler,şişmanlık, aşırı tuz alımı, aşırı sigara içimi buna neden olabilir.

Hipertansiyon % 10-20 olguda bazı hastalıklara bağlı olarak gelişir. Buna da sekonder hipertansiyon denir.

Sekonder hipertansiyonun en sık görülen nedeni kadınlarda oral kontraseptiflerin kullanılmasıdır.

Hipertansiyon oluşumunda risk faktörleri de rol oynar.

Bunlar:

Sigara içimi,şişmanlık,anormal glikoz toleransı gibi faktörlerdir.

Hipertansif hastaların % 40 kadarında katakolamin seviyesi yükselir (adrenalin,noradrenalin).Bu nedenle hipertansiyonu olan hastalarda adrenalin kullanmak doğru değildir. Bu hastaların sempatetik aktiviteleri de yükselir. Ani heyecan,kızgınlık ve sıkıntı kan basıncında yükselmeye neden olabilir.

Bu nedenle bu gibi hastalarda stres meydana getiren herhangi bir olay kan basıncını yükseltebilir.

Kliniğe gelen hipertansiyon şüphe ettiğimiz bir hastada veya anamnezinden hipertansiyon hastası olduğunu öğrendiğimiz bir hastanın herhangi bir işlem yapmadan önce istirahat halinde tansiyonu ölçülür.

Kan basıncı yüksekse hastaya bunun normalin üstünde olduğu söylenir ve herhangi bir dental işlemin yapılmasının sakıncaları söylenir. Hasta konsültasyon için bir iç hastalıkları uzmanına yönlendirilir

Angina pektoris

Angina pektoris, eforla gelen ve dinlenme ile hafifleyen şiddetli göğüs ağrısına verilen isimdir.

Angina pektorisin kesin nedeni bilinmediğinden risk faktörleri üzerinde durulmaktadır.

Angina pektoriste risk faktörleri Hipertansiyon, diabet,şişmanlık, sigara alışkanlığı,hareketsizlık,irsiyet, enfeksiyonlar (özellikle fokal enf.), kişilik yapısı, çevre faktörleri, anemi, polisitemia, hipertiroidi,kalb yetmezliği gibi. Ayrıca soğuk havalarda yapılan fiziksel eksersizler de bunlara eklenebilir.

Klinik: Anginal ağrının en tipik yeri sternum un alt kısmıdır. Ağrı buradan sol tarafa yayılır.Bazen de sol kolun üst kısmına ,mandibulaya, nadirende dişlere ,dile ve damağa yayılır.

Angina Pektoris’in Dişhekimliği Yönünden Önemi

* Önceden angina krizi geçirdiğini bildiğimiz hastalarda çekim ve diğer girişimlerin yeni bir kriz uyandıracağını hatırdan çıkarmamalıyız.
* Tedavi sırasında kriz gelirse, derhal işlem durdurulmalıdır
* Hasta istirahat ettirilmeli, yürütülmemelidir.
* Hastanın dil altına 0.5 mg nitrogliserin verilir.
* Ağrı 5 dakika içerisinde geçmezse myokard enfarktüsü düşünülür
* Bu durumda hasta eve gönderilmez ve gerekirse ambulans istenerek emniyetli bir şekilde hastaneye yönlendirilir.

Myokard enfarktüsü

Koroner kalb hastalığının en ağır şeklidir.

Hastaların % 30-50’sinde ilk birkaç saat içinde,% 10-20’sinde takibeden günlerde ölüm görülür.

Ağrı istirahat veya aktivite sırasında başlayabilir.

Ağrı dayanılmaz şiddette ve dehşet vericidir.

Buradaki ağrı istirahat ve nitrogliserin ile geçmez.

Ağrının dışında hastalarda kusma,renk solukluğu,terleme,yorgunluk,öksürük, nefes alamama, bazen şuur kaybı olabilir.

Myokard enfarktüsünde ağrı göğüste hissedilir.

Bazen ağrı sol tarafta,nadiren mandibulada hissedilir.

Elektrokardiografik (EKG) bulgular, kalb kası enzimlerinin kanda serbest hale geçmesi tanı’yı doğrular.

Myokard enfarktüsü belirtileri

* Kalb atım hızında değişiklik
* Aritmiler
* Hipotansiyon
* Şok
* Ateş ve lökositoz
* EKG değişiklikleri

Myokard enfarktüsünün dişhekimliği yönünden değerlendirilmesi

Geçirilmiş bir myokard enfarktüsünden sonra genel anestezi kontrendikedir.

Myokard enfartüsünden altı hafta sonra lokal anestezi altrında basit cerrahi uygulamalar yapılabilir

Cerrahi işlem sırasındahastaya ağrı ve sıkıntı duyurulmamalıdır.

Anestezik solüsyonun damar içine verilmesinden kaçınılmalıdır.

Lokal anestezik aşırı dozda verilmemelidir.

Hasta antikoagülan kullanıyorsa doktoruna danışarak bunun kesilmesi gerekir.Kesilmezse kanama olur.

Antikoagülan tedavi gören hastalarda kanamaya karşı K vitamini kullanılmaz,tromboz tehlikesi vardır

Tiroid ile ilgili kalb hastalıkları

Hipertiroidizm

Hipertiroidizm, tiroid bezinin hormonu olan tiroksin’in fazla miktarda salgılanması sonucu oluşur.

Tiroksin’in başlıca görevi hücresel metabolizmayı, büyümeyi ve dokuların farklılaşmasını stimüle etmektir. Bu hormonun fazla salgılanması bazal metabolizma hızını yükseltir,kalbin aktivitesini artırır,ve myokardium’u sempatetik aktiviteye karşı duyarlı hale getirir.

Hipertiroidizm (treotoksikoz)

Klinik bulgular

Kilo kaybı

Vücut ısısında yükselme

Kan basıncında yükselme

Generalize osteoporozis

Terleme

Ekzoftalmi

El ve parmaklarda titreme

Tedavi edilmeyen treotoksikoz taşikardi’ye sebep olur,sonuçta kalb yetmezliği, myokard enfarktüsü gibi durumlara yol açabilir. Bilhassa bu durum yaşlılarda görülür.

Bu hastalıkta metabolizma düşük seviyededir.

Bozukluk çocukluk çağında ortaya çıkarsa ‘kretinizm’, erişkinde görülürse ‘mikzödem-myxedeme’ adını alır.

Hipotiroidizm

Kretinizm :Hipotiroidizm’in çocuklukta görülen şeklidir. Belirtiler:

Büyüme,mental ve seksüel gelişimde gerilik

Kan basıncı düşüklüğü

Çocuğun yürüme ve konuşmasında gecikme

Saçlar kolay kırılır

Ter bezleri atrofiktir.

Kretinizm oral bulguları

Diş erupsiyonunda gecikme

Maloklüzyon

Büyük dudaklar

Dilde büyüme

Dental yaş kronolojik yaştan daha geri bulunmuştur

Mikzödem

Kadınlarda daha sık görülür

Yorgunluk

Kan basıncı düşüklüğü

Dil büyüklüğü ile karakterizedir

Tiroid ile ilgili kalb hastalıklarının dişhekimliği ile ilgisi

Hipertiroide bağlı kalb hastalıklarında diğer kalb hastalıklarındaki hususlar dikkate alınmalıdır.

Adrenalin dozu fazla olmaması şartıyla lokal anestezik içinde kullanılabilir.

Kontrol altına alınmamış hipertiroidzmde sedasyon yapılabilir.

Ağır mikzödem durumunda diazepam ve santral sinir sistem,i depresanları risk yaratabilir.

Enfektif Endokarditis

Buna önceleri ‘subakut bakteriel endokarditis’ deniyordu.

Endokarditis’in başlıca etkileri ;kalb hasarına neden olması ve birçok organda özellikle böbreklerde embolik bozukluklara veya enfeksiyona sebep olabilmesidir.

Enfektif endokarditis % 30 öldürücü bir hastalıktır.

Enfektif endokarditis iki hazırlayıcı faktöre bağlı olarak gelişebilir:

1. Hastada kongenital kalb hastalığı gibi bir rahatsızlığın bulunması

2. Bakteriemi

Bu bakteriemi bir diş çekiminden kaynaklanabilir.

Endokarditis steril olmayan iğnelerle ve enjektörlerle i.v. enjeksiyonlar sırasında kana verilen stafilokoklar vasıtasıylada meydana gelebilir. Bu durum bilhassa ilaç iptilası olanlarda daha çok görülebilir.

Kandida albikans’ta bir endokardit nedeni olabilir.

İlaç alışkanlığı olanların dışında bağışıklık mekanizmaları bozuk olan yaşlılarda ve sitotoksik ilaç kullananlarda da endokardit gelişebilir.

Toparlayacak olursak endokardit nedenleri:

1. Bakteriemi

2. i.v. Enjeksiyonlar

3. Kandida albikans

4. İlaç alışkanlığı olanlar

5. Bağışıklık mekanizmaları bozuk olan yaşlılar

6. Sitotoksik ilaç kullananlar

Enfektif endokardit’i önlemek için:

1. Hastanın risk altında olduğunu belirlemek

2. Tedaviden önce antibiotik vermek

Enfektif endokardit yönünden risk altında olan hastalar

Kongenital kalb hastalığı

Romatizmal kalb hastalığı

Kapak protezleri

Degeneratif aortik (kalsifik) kalb hastalığı

Hipertrofik kardiomyopati

Önce geçirilmiş enfektif endokarditis

Diğerleri

Sifilitik kalb hastalığı

Sistemik lupus eritemozus

Karsinoid sendrom

Ankilosing spondilitis

Marfan’s sendromu

Ehlers Danlos sendromu

Osteogenesis imperfekta

Hurler’s sendromu

Enfektif endokarditli hastalarda operasyondan önce profilaktif olarak uygulanacak antibiotik rejimi

Amerikan Kalb Birliğinin 1977 yılında aldığı tavsiyesine uymaktayız.Buna göre:

* Erişkinlerde operasyondan 1 saat önce 2 gr AMOKSİSİLİN
* Çocuklarda 50 mg/kg

Ağızdan alamayanlar

* Erişkinde ampisilin 2 gr. IM
* Çocuklarda 50 mg/kg IM

Penisilin alerjisinde:

* Erişkinde klindamisin 600mg
* Çocuklarda 20 mg/kg

Her iki seçenekte antibiotik hemşire veya dişhekiminin yanında alınmalıdır.

Diğer sebeplerle gerekli olmadığı taktirde postoperatif olarak hastanın antibiotiğe devam etmesi gerekmez.

Valf (kapak )hastalıkları öldürücü olduğu için bunlarla ilgili son kararı kardiolog verir

Kardiovasküler hastalıklara dişhekimliği açısından toplu bakış

Dişhekimliği tedavileri sırasında olabilecek riskli durumlar :

1. Anksiete ve ağrı

2. Genel anestezi

3. Enfektif endokardit

Dişhekimliği girişimlerinde kalbi yoracak aşırı stres ve ağrı meydana getirecek işlemlerden kaçınılmalıdır. Stres hem kalbin yükünü artırmakta hemde arteriel basıncı yükseltmektedir.

Hekim hastasını saatlerce kapıda bekletmemeli ve nazik davranmalıdır. Gerekirse hastalar diazepamla sedasyona tabi tutulmalıdır.

Lokal anestezi

Birçok kalb hastası lokal anestezi altında dişhekimliğinde rutin olarak yapılan girişimlere tahammül gösterirler.

 Lokal anestezik maddeler içinde kullanılan adrenalin’in hipertiroid kalb hastalığında ve bazı kalb hastalıklarında teorik olarak tehlike yarattığı bilinmektedir. Fakat pratikte tehlikeli olacağı şüphelidir. Kalb hastalarında adrenalinsiz lokal anestezik daha tehlikeli olabilir. Çünki etkisiz bir anestezi oluşursa hasta ağrı duyabilir.

Kalbin yükü artar ve endojen olarak katakolaminler (adrenalin,noradrenalin) açığa çıkar.

Endojen olarak bu maddelerin açığa çıkması , lokal anestezik madde içine konan adrenalinden daha tehlikeli olmaktadır.

Kalb hastalarında tek seansta bir’den fazla diş çekimi yapılmamalıdır.

Lokal anestezik maddenin damar içine verilmesine engel olmak için aspire edilebilen şırıngalar kullanılmalıdır.

Engelli hastalıklar

Zihinsel faaliyet bozuklukları, fiziksel hareketlerin yetersizliği, görme ve işitme bozuklukları, yaaşlılık gibi durumlar engellilik (handicapped) olarak kabul edilir.

Bu insanlarda normal insanlar gibi dental tedavilere ihtiyaç gösterirler.

Önemli engellilik hastalıkları

Zihinsel yetersizlik (mentaly handicapped)

Kromozom anomalileri (Down’s sendromu)

Beyin felci (cerebral palsy)

Görme bozukluğu

İşitme bozukluğu

Yaşlılık

Zihinsel yetersizlik

Zihinsel yetersizlik, zihin faaliyetlerinin tam gelişmemesidir.Genetik sebepler,doğum travmaları, yakın akraba evlilikleri, küçük yaşlarda geçirilen ateşli hastalıklar, menenjit ve ensafalit gibi hastalıklar, zihinsel yetersizlik sebeplerinden bazılarıdır.

Zihinsel yetersizlik gösteren çocuklar akranlarının çok gerisindedirler.

Böyle çocuklar birçok işlevlerini ailelerinin yardımıyla yerine getirirler. Bazılarına hiç değilse kendi ihtiyaçlarını giderebilmeleri öğretilebilir.

Intelligence Quotient (I Q) 70’in altı olan kişiler zihinsel yetersiz olarak kabul edilir.

Bunlar suç işlemeye yatkın kimselerdir.

Dişhekimliği yönünden zihinsel yetersizlik

Diş ve çene cerrahisi

Zihinsel yetersiz olanlar kendilerine hakim olamadıkları için her an düşebilirler. Bu düşmelerde çene ve diş kırıkları ile dil, yanak, dudak ve ağzın diğer yumuşak dokularının yaralanmaları söz konusu olabilir.

Hastalar ağız ve diş bakımını yapamadıklarından erken diş kaybına uğrarlar. Konservatif ve endodontik tedaviler yaptıramazlar. Dolayısıyla abse oluşumu, ağrı gibi sorunlar ortaya çıkar. Geniş çürük kaviteleri nedeniyle halitozis mevcut olur.

Diş çekimleride lokal anestezi ile yerine getirilemediği için genel anesteziye ihtiyaç duyulur. Genel anestezi altında birkaç diş çekilebilir,bazen dolguda yapılabilir.

Periodontal hastalıklar

Zihinsel yetersizliği olanlarda ağız bakımının yerine getirilmesi genellikle mümkün değildir. Plak teşekkülü ve periodontal problemler sık görülür.

Epilepsi tedavisinde kullanılan sodyum dilantin dişetlerinde hipertrofi meydana getirir. Bazen dişetlerindeki büyüme dişleri kapatacak boyutlara ulaşır. Böyle durumlarda ilacın kesilmesi tavsiye edilir.

Protez

Zihinsel yetersizliği olan hastalar erken yaşlarda dişsiz kalırlar.

Müteharrik protezler bu hastalarda pratik değildir. Çünki bu hastalar bu tür protezleri takıp çıkaramazlar ve konvülsiyonlar sırasında protezler kırılarak solunum yollarına kaçabilir.Ağzın yumuşak dokularıda yaralanabilir. Ayrıca parsiyel protezleri hijyenik şartlarda kullanamayacakları için periodontal hastalıklara da zemin hazırlanır.

Protez yapılacaksa yumuşak ve radyoaktif materyalden yapılması tavsiye edilir.

Protez yapımı için ölçü alma işlemindede zorluklarla karşılaşılır. Ölçü maddesinin kolay uygulanır olması ve gerektiğinde hemen çıkarılabilir olması lazımdır.

Down’s sendromu

Buna mongolizm de denir. Mongol genellikle yaşlı bir anneden doğar. Örneğin 25 yaşındaki bir anneden mongol doğma şanssızlığı 1/2000 iken 45 yaşındaki bir anneden 1/100 ihtimalle mongol doğar.

Bütün mongollar zeka bakımından geridir.

Dişhekimliği açısından bu hastalığın önemi büyüktür.Mongollarda birçok oral anomali bulunur. Dil genellikle büyük ve skrotal tiptedir.

Papilla circumvallata büyümüştür,filiform papillalar ise bulunmayabilir.

Dudaklar kalın,kuru ve çatlaktır.

Down’s sendromu(dişhekimliği açısından )

Down sendromlu hastalarda anterior open bite,posterior crossbite ve diğer malokluzyon tipleri görülür.

Maksilla ve zigomatik kemikler küçük, mandibula protrusiv’dir.

Bunlarda dudak-damak yarıklarıda görülebilir.

Mongol’larda diş formasyonu gecikmesi ve erupsiyon rötarı (retarded eruptıon) vardır. Birinci dentisyon 9 ay civarında başlayabilir ve tamamlanması 5 yıl sürebilir. Süt molarları süt kesicilerden önce sürebilir ve süt lateral kesiciler % 15 olguda görülmez.

Kalıcı dişlerin erupsiyonuda muntazam değildir.

Mongol’larda periodontal hastalık görülme sıklığı çok fazladır. Alt ön bölge periodontal hastalık yönünden daha fazla etkilenir.

Görme bozuklukları

Görme bozukluğu önemli bir engelliliktir.Görme bozuklukları genetik olabildiği gibi sistemik hastalıklardan da olabilir.Örneğin diabetes mellitus ve aterosklerozis tedavi edilmedikleri taktirde ileri dönemlerinde görme bozukluklarına neden olabilirler.

Hasta iyi göremiyorsa veya görme yeteneğine sahip değilse önce iyi bir ağız hijyeni sağlayamaz.Örneğin diş fırçalarken fırçanın etkisini göremez.

Göremeyen hastalara yaptığımız işlemleri izah etmeliyiz. Örneğin şimdi iğne yapıyorum,dişinizi çekiyorum gibi.

İşitme engelliliği

İşitme kaybı irsi olabilir veya sonradan meydana gelebilir.

Sonradan kazanılan işitme kaybı streptomisin’in aşırı kullanılmasından olabilir. Yaşlılıktan olabilir. Meslek hastalığı olarak ortaya çıkabilir. Örneğin askerlikte uzun yıllar topçu olarak görev yapanlarda görülebilir.

Kongenital malformasyonlarla birlikte görülebilir(treacher collins sendromu)

İşitme kaybı dental tedaviler sırasında hekim ve hasta arasında anlaşma problemi doğurabilir. Söz ve işaretle durum izah edilemezse mutlaka yazılı olarak yapılacak işlem izah edilmelidir.

Radioterapi gören hastalar

Baş ve boyun bölgesinde görülen kanserler başlıca şu yöntemlerle tedavi edilir:

1.Cerrahi tedavi

2. Radioterapi

3. Kemoterapi

4. Kombine tedavi

Radioterapinin bazı komplikasyonları olabilir:

1. Mukositis

2. Tat duyusunun kaybı

3. Oral kandidiazis

4.Ağız kuruluğu (xerostomia)

5. Radyasyon çürüğü

6. Dişlerde aşırı duyarlık

7. Osteoradionekrozis

8. Trismus

Radioterapi gören hastaların kontrolü

Tedavi planı:

Radioterapiden sonra oral komplikasyonlar olacağından bunun tedbirinin önceden alınması gerekir.

Radiasyon tedavisinden önce ağız hijyeninin titizlikle sağlanması gerekir ve koruyucu restoratif işlemler yapılmalıdır.

Dişlerde çürük varsa ve ağız hijyeni iyi değilse radioterapiden önce bunlar çekilmelidir. Hastanın itirazı yoksa total çekim yapılabilir. Radioterapi başladığında ağız içinde çıplak kemik yüzeyi bulunmamalıdır.Yani çekimler bitip yerleri kapandıktan sonra radioterapi’ye başlanır.Radioterapiden sonra 6 ay içinde diş çekimi kesinlikle yapılmaz.

Radioterapi sırasında yapılacak işlemler

Ilık tuzlu su gargaraları veya binde 2 klorheksidin solüsyonları ile ağız çalkalanırsa mukositis durumunda rahatlık sağlanır.

Trismus, günde üç defa ağız açma eksersizleri ile azaltılabilir.

Nystatin suspansiyon gibi antifungal ilaçlarla, günde 4 defa ağız çalkalanırsa mantar enfeksiyonu kontrol altına alınabilir.

Radioterapiden sonra alınacak önlemler

Ağız hijyeni ve koruyucu bakım devam ettirilmelidir.

Diş çekimi en az 6 ay yapılmamalıdır. Aksi taktirde osteoradionekroza sebebiyet verilir.

Radioterapiden sonra çekim mecburiyetinde kalınırsa hastanın doktorunun mutlaka görüş ve tavsiyeleri alınmalıdır.

Bu durumda travma minumum olmalı,çekim yeri dikişle kapatılmalı,sivri kemik çıkıntıları bırakılmamalı ve en az dört hafta yoğun dozda antibiotik postoperatif ve operasyondan 48 saat öncesinden başlanarak verilmelidir

. Protezler travma etkisi yapabilecekleri için tavsiye edilmez.

Radyasyon çürüğü ve dişlerde aşırı hassasiyet günlük fluorid uygulamasıyla,non-kariojenik diyet uygulamasıyla,fluoridli ağız yıkama sularıyla,kontrol altına alınabilir.

**Kaynaklar**

Cawson RA.,Scully C.: Medical Problems in Dentistry, Wright PSG, 1982.

Crıspıan Scully.:Medical Problems in Dentıstry,6th. Edith.,Churchill Livingstone, 2010

Tyldesley WR.:Oral Medicine,Oxford University Press, Third Edition,1989

Anne Field.,Lesley Longman.:Tyldesley’s Oral Medicine.fifth edith.,Oxford University Press, 2003.

RP Langlais.,CS Miller.: Color Atlas of Common Oral Diseases, Lea and Febiger, 1992.

Crıspıan Scully.:Oral and Maxillofacial Medicine ,Wright, 2004