

AĞIZ ORTAMINDA YAŞLANMA İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN DEĞİŞİMLER

Changes in the Oral Cavity Due to Ageing

Gökhan ÖZKAN¹, Aydan KANLI²

Makale Gönderilme Tarihi: 14/03/2012

Makale Kabul Tarihi: 01/08/2012

ÖZ

Yapılan bilimsel çalışmalara, hayat standartlarının yükselmesine ve insanların hijyen koşullarına önem vererek yaşamlarına bağlı olarak son yüzyılda yaşam süresinde önemli artış olmuştur. Yaşlı bireylerde ağız ve diş sağlığının, genel sağlık üzerindeki etkisi ihmal edilemeyecek kadar büyüktür. Yaşlanmanın orofasiyal bölgedeki etkisinin yanı sıra, edinilen sistemik hastalıklar ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar ağız ortamında istenmeyen değişikliklere yol açmaktadır. Diş kayıpları, aşınmalar, periodontal hastalıklar, diş çürükleri, oral mukozada meydana gelen lezyonlar vb. yaşlı hastaların oral fonksiyonları yeterince iyi yerine getirememelerine yol açar. Konuşma bozuklukları, kaslarda atrofi, tat almada değişiklikler de gözlenebilir. Çiğneme kabiliyeti protezlerle desteklenir ancak ağız kuruluğu, protez kullanımına ve temizliğine çeşitli nedenlerden dolayı dikkat edilememesi mukozanın bütünlüğünü bozan rahatsızlıklara yol açar. Böyle durumlarda ortaya çıkan oral mukoza ve dişlere ait komplikasyonların bazıları basit yollarla tedavi edilebilirken bazıları daha ciddi sorunlar doğurabilir. Yaşlı bireylerin, genel sağlık durumunu takip eden tıp hekimleri ile diş hekimlerinin birlikte hareket etmesi ve iyi bir diş tedavi planlaması yaşlıların ağız sağlığını kazandırır, ancak düzenli kontrol göz ardı edilmemelidir.

Anahtar kelimeler: *Yaşlı hasta, Orofasial değişimler*

ABSTRACT

Over the last century there has been a marked increase in life expectancy due to advances in science, improved living standards and people attaching more importance to hygiene conditions. The impact of oral and dental health on general health status of the elderly population is too big to be ignored. Besides impacts of ageing in the orofacial region, acquired systemic diseases and related medication produce unwanted changes in the oral cavity. Tooth loss, abrasions, periodontal disease, dental caries, oral mucosal lesions etc. impair satisfactory fulfillment of oral functions of elderly patients. Speech disorders, muscle atrophy, changes in taste may also occur. Dentures improve the chewing efficiency but dry mouth, denture use and cleaning deficiencies for various reasons might produce conditions disrupting integrity of oral mucosa. While some of the complications arising in the oral mucosa and teeth because of such situations might be treated with some simple measures, some might lead to serious problems. Cooperation between dentists and doctors following general health status of the elderly and a good dental treatment plan can help restore dental health of an elderly, but routine control should not be neglected.

Keywords: *Elderly patient, Orofacial changes*

¹Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D.

²Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D.

Giriş

Sağlıklı bir yaşlılık dönemi geçirebilmek için fiziksel ve mental kabiliyetlerin kaybedilmemesi kadar, doğal, sağlıklı ve fonksiyonel dentisyonun korunması da önemlidir. Özellikle gelişmiş ülkelerde daha fazla yetişkin daha uzun ve sağlıklı yaşam sürmektedir. Yaşlı ve çok yaşlı nüfusun artması ile birlikte diş bakım standartlarının da yükselmesine orantılı olarak dişlerini muhafaza eden yaşlıların yüzdesi dişsiz yaşlılara oranla artmakta dolayısı ile dişsiz nüfus da azalmaktadır. Bu sebeple yaşlıların ağız bakımı ile ilgili çalışmalarda dişsiz hastalardan ziyade dişleri olan yaşlı hasta tedavisine ağırlık verilmektedir (1). Dünya nüfusundaki yaşlıların oranı 2000'li yıllarda %10 iken, 2025'e kadar %15, 2050'ye kadar ise %21,1'e ulaşması beklenmektedir. Yaşam süresinin uzaması büyük bir gelişme olsa da, bu ekstra yılların sağlıklı geçirileceği anlamına gelmemektedir (2). Nüfus yaşlandıkça akut ve kronik hastalıklı yetişkinlerin sayısında artış görülmektedir (3). Yaşlı yetişkin nüfus heterojen bir dağılım gösterir ve bu dağılım birçok alt guruba ayrılabilir. Bu guruplar; genç yaşlı, ileri yaşlı, sağlıklı, hasta, zihinsel veya fiziksel engelli, hareket kabiliyeti olan ya da tekerlekli sandalye kullanan, evde yaşamaya mahkum veya bir kurumda hizmet alanlar, bunların yanı sıra ekonomik yönden avantajları olan ya da olmayanlar şeklinde de gruplandırılabilir. Ekonomik ve sosyal olarak sıkıntıda olan yaşlı nüfus ile fiziksel engelleri olanlar diş kaybı, tedavi edilmemiş çürük, periodontal hastalık gibi durumlardan etkilenme oranları en yüksek olan gruptur.

Yaşlanma ile birlikte orofasiyal bölgedeki değişimler multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Yaşlıların tedavilerini ve rutin kontrollerini yapan hekimler, hastalarını ağız sağlığına dikkat etmeleri konusunda

uyarmalıdırlar (1).

Amaç, yaşlılarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunların belirlenmesi, yapısal ve fonksiyonel sorunların çözümüne yönelik yapılan bilimsel ve klinik çalışmalarda elde edilen bilgilerin değerlendirilmesidir.

Geriatrik orofasiyal değişimler

Sert dokularda meydana gelen değişiklikleri diş kayıpları, aşınma, çürükler, hatalı restorasyonlar, periodontal problemler olarak ve yumuşak dokularda meydana gelen değişiklikleri ise oral mukozada görülen enfeksiyöz lezyonlar, tükürük bezlerindeki değişiklikler, ağız kuruluğu, ağız yanması sendromu, sistemik hastalıklarla ilgili olarak kullanılan ilaçların yan etkileri, kullanılan proteze bağlı olarak gelişebilen durumlar ve prekanseröz lezyonlar olarak gruplandırabiliriz. Dişlerde ayrıca yaşlanmaya bağlı olarak şekilsel farklılıklar, sekonder dentine bağlı renklenme, flor içeriğinin artışı, mine çatlaklarının daha sık oluşması, sement kalınlığında artış, dentin tubüllerinin daralması ve pulpa kan desteğinin azalması gibi değişiklikler de görülmektedir (4).

Diş Kaybı: Bireyin sosyo-ekonomik düzeyi, yaşam şekli, içinde bulunduğu toplumun kültürel özellikleri ve yaşanılan coğrafi bölgenin şartlarına bağlı olarak değişir. Yaşlılarda diş kayıplarının önemli bir bölümünü diş çürükleri ve periodontal hastalıklar oluşturur (5). Sağlık sorunları olan yaşlılarda diş kaybı daha fazla görülür. Bu sorunlar biyolojik ve fonksiyonel bozukluklara sebep olarak periodontal hastalıkların daha hızlı ilerlemesine ve diş kaybına yol açarlar. Ayrıca, bazı hastalarda ileri tedavi uygulamaları yerine genellikle çekim tercih edilir. Diş kaybı fazla olan hastalarda beslenme problemleri ve buna bağlı sistemik

sorunlar daha sık ortaya çıkmaktadır (6). İlaç tedavisi altında olan yaşlı hastalarda ağız bakımının, sistemik hastalığı olmayan yaşlılara göre daha iyi olması gerekmektedir.

Osteoporoz ve periodontal hastalık insan sağlığında kemik kırılması ve diş kaybına etkileri ile ön plana çıkmaktadır (7). Son yıllarda yapılan çalışmalarda diş kaybı ile kemik mineral densitesi arasında ilişki olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum osteoporoz ve osteopeninin alveoler kemiği ve dolayısı ile dişleri etkileyebileceğini düşündürmektedir. 2001 yılında yapılan ve üç yıl süren bir araştırmada, yaşlılarda osteoporozu önlemek için verilen kalsiyum ve vitamin D takviyesi ile kemik mineral densitesindeki kaybın azaldığı ve dolayısı ile daha az diş kaybına yol açtığı gösterilmiştir (8).

Diş Çürükleri: Literatürde, yaşlı nüfusta kronal ve kök çürüklerinin daha yaygın bir sorun olduğuna dair birçok kanıt vardır. Yaşlılarda gençlere oranla primer kronal çürüklere daha az, sekonder kronal çürüklere ve kök çürüklerine daha fazla rastlanır. Tüm dişlerini veya birçoğunu koruyarak yaşlanan nüfusun artması ile birlikte geriatric gurupta çürük önleyici ve tedavi edici yeni materyaller geliştirilmektedir. Kök çürüklerinin oluşmasına sebep olan risk faktörleri, hem ağız içi hem de çevresel etkilenmeye bağlıdır ki buda çürükle mücadelenin kompleks ve multidisipliner olması gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Kök çürüğü olan hastalar, remineralizasyon stratejileri, yeniden şekillendirme teknikleri, yeni geliştirilen veya eski materyaller ile bir seri intra kronal, ekstra kronal restorasyonlar ile tedavi edilebilirler (9). Genel sağlıktaki gerileme ile birlikte ilaç kullanımı ve çeşitli nedenlerle ağız hijyenine gereken önemin gösterilememesi kök çürüğü riskini arttırmaktadır (3).

İleri yaşlarda fizyolojik olarak ve perio-

dontal sorunlara bağlı gelişen dişeti çekilmesi sonucu kök yüzeyi açığa çıkar ki bu bölgeler plak birikimi ve çürük oluşumuna uygun hale gelir. Plak birikimini kolaylaştıran faktörlere ağız hijyeninin yeterli olmaması da eklenirse çürük artışı kaçınılmazdır. Aşınmış dentin yüzeyleri, hareketli protez kroşeleri, kron, köprü gibi sabit restorasyonlar, periodontal hastalıklar ve tükürük hacmindeki azalmada da çürük artışına katkıda bulunur. Tükürük hacim olarak azalınca mekanik temizleme etkisi de azalır, plak birikimi artar, pityalin ve çürük oluşumunu önleyici tamponların seviyesi düşerek diş çürüğe daha yatkın hale gelir (10,11).

Gothenburg'da yaşayan 65,75 ve 85 yaş guruplarından, tesadüfi örnekleme metodu ile seçilen bireyler 10 yıl boyunca araştırmacılar tarafından takip edildi. Katılımcıların %95'inde 10 yıl süresince yaşla birlikte daha çok görülmek üzere 1 veya 1den fazla kronal veya kök yüzeyi çürüğü tespit edildi. 65 yaş gurubunda bu süre boyunca %9 kök yüzeyi çürüğü görülürken, aynı dönemde 85 yaş gurubunda kök yüzeyi çürüğü görülme oranının %25e kadar ulaştığı görüldü. Araştırmacılar sekonder çürüklerin primer çürüklere eklendiğini ve protez kronlar ile restore edilmiş diş yüzeylerinin %70'i oluşturduğunu rapor ettiler. Katılımcıların %61'i tükürük azaltıcı yan etkiye sahip ilaç kullanmakta idi. Araştırmacılar ayrıca yaş artışıyla beraber tükürükte azalma ve toplam tükürükteki streptokokus mutans, laktobasillus görülme sıklığının arttığını, en fazla artışın ise en yaşlı gurupta meydana geldiğini, kullanılan ilaçlar, ağız hijyeni alışkanlıklarının çürük oluşumunda en iyi gösterge olduğunu vurguladılar (12).

Dişlerde aşınma: Dişlerin kapanışında, çiğneme işlevine bağlı olarak başbaşa gelmeleri ile kesici kenarlarda ve okluzal

yüzeylerde meydana gelen aşınmalara atrizyon denir. Bu durum seneler içinde meydana gelen basit yüzey aşınmalarından, bruksizm nedeniyle dişte önemli derecede madde kaybına yol açan aşınmaya kadar gidebilir. Dişlerin anatomik kron boyutu kısalmır ve minenin aşınması sonucu dentin dokusu açığa çıkar. Yavaş geliştiği için tersiyer veya reparative dentin oluşarak diş kronunun yarısı aşınmış bile olsa pulpa canlılığını korur. Atrizyon yaşlılarda en sık rastlanan bulgudur.

Dişlerin servikal bölgelerinde çığnemeye bağlı olmayan diş fırçalama gibi mekanik kuvvetlere bağlı olarak oluşan diş dokusunun anormal kaybı abrazyon adını alır. En belirgin sebebi diş fırçasının yanlış kullanımı ve aşındırıcı temizlik malzemelerinin diş yüzeyine uygulanmasıdır. Sıklıkla üst çene anterior ve premolar dişlerde görülür. Yaşlılarda sıkça rastlanan dişeti çekilmesi sonucu diş kökleri açığa çıkar. Diş kronlarına oranla, sement ve dentin, yapısal özellikleri nedeniyle, mekanik ve mikrobiyal etkilere daha az dirençlidirler. Yaşlılarda sert fırçalama kök yüzeylerinde abrazyona neden olur.

Kimyasal reaksiyonlara bağlı olarak dişlerde oluşan yüzeyel aşınmalar erozyon olarak adlandırılır. Alkollü içecekler, yüksek oranda asit içeren meyveler (portakal ve limon gibi) sebep olabilir. Bunlar tüketildikten sonra dişlerin hemen fırçalanması yerine ağzın su ile çok iyi çalkalanması tavsiye edilir. Fırçalama bir süre sonra yapılmalıdır. Doğal dişleri olan yaşlıların büyük bir kısmının dişlerinde atrizyon ve abrazyona rastlanır.

Çığneme bozuklukları, yaşlılarda genellikle premolar ve molar dişlerin eksikliğine bağlı olarak gelişir. Atrizyon da yaşlıda çığneme bozukluğuna yol açar. Aşınmış insizal kenarlar veya okluzal yüzeyler sert besinlerin çığnenmesini güçleştirir. Hatalı yapılmış veya uzun zaman kullanılmış protezler, çığneme fonksiyonu

bozukluklarına, temporomandibuler eklem rahatsızlıklarına, çığneme kaslarında ağrılara, konuşma bozukluklarına diş sıkıma neden olarak yaşlı hastaların yaşam kalitesini önemli şekilde etkiler (11,13,14).

Periodontal hastalıklar: Yaşlanma ile birlikte periodontal dokularda meydana gelen değişimler bu dokulardaki biyokimyasal, immünolojik ve fizyolojik olayları etkileyebileceğinden yaşlılıkta periodontal hastalıkların risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Diş kayıplarının yaygın sebebi periodontal hastalıklar olarak görülür. Sinsice başlayan kronik bir gelişim gösteren periodontal hastalıklar, genellikle yıllar boyu süren diyet alışkanlıkları, oral hijyen uygulamaları, oral alışkanlıkların birikmesi ile ortaya ortaya çıkar (5).

Araştırmalarda yaş artışı ile periodontal hastalık insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye dikkat çekilmektedir. Ağız hijyeni iyi olmayan kişilerde yaşlanmanın periodontal dokular üzerindeki etkisi daha şiddetlidir. Periodontopatojenlerin (periodontal hastalık yapan mikroorganizmaların) varlığı, sigara kullanımı, düzenli diş hekimi kontrolü olmaması, diş ipi kullanılmaması, depresyon, hafıza kaybı gibi faktörler de yaşlılarda periodontal yıkımın şiddetini artırır. Yaşlanma ile birlikte immün cevabın azlığı bu hastaları periodontal hastalıklara daha yatkın hale getirebilir. Başarılı bir periodontal tedaviye iyi bir cevap alınabilir. Kişisel ağız bakımını engelleyen bedensel engelleri olan yaşlılar, çevresine bağımlı olabilir. Bu durumda amaç periodontal hastalığın ilerlemesini önlemektir (10).

Ağız Kuruluğu (Xerostomia, Kserostomi): Yaşlılarda sık rastlanan şikayetlerden biridir. Bu durum 50 yaş üzerindeki bireylerde %10 oranında ve 65 yaş üzerindeki bireylerde ise

%30 oranında görülür (15). Yaşlanma ile birlikte tükürük bezlerinde görülen morfolojik ve fonksiyonel değişiklikler, yaşlanmanın fizyolojik etkilerinden çok patolojik durumlara, kullanılan ilaçlara ve radyasyon tedavisine bağlı olarak gelişebilir. Bu durum tükürük bezi hipofonksiyonuna yol açar. Majör tükürük bezlerinden özellikle parotis'in her yaşta tükürük sekresyon hızının aynı olduğu düşünülmektedir. Ancak araştırmalar, minör tükürük bezlerinin sekresyonlarının yaşla birlikte azaldığını göstermektedir. Bu azalma sonucunda, çürük oluşma riski, periodontal hastalıklar, çiğneme problemleri, oral candida artışı, tat almada azalma, konuşma ve yutma zorluğu, ağız kokusu, ağız yanması sendromu gibi durumlar ortaya çıkar (15,16).

Ağız kuruluğu nedeniyle ağız mukozası parlak ve kaygan yapısını kaybeder. Mukoza kuru, hassas ve frajil bir yapıya dönüşür. Bu durumda mukoza protezi de destekleyemez. Protezin tutuculuğunu negatif yönde etkilediği için hareketli protez kullanımı zorlaşır (15).

Mukozanın mekanik irritasyonlara direnci azaldığı için yaşlılarda ağızda ve dudak köşelerinde ülser lezyonları sık görülür. Bu duruma dilde yanma, ağrı şikayetleri de eşlik edebilir. Tükürüğün temizleme ve nemlendirici etkisi azaldığı için oral kavitede ve farinkste candida (özellikle eritematöz tip) enfeksiyonları gelişebilir (10,13,15).

Ağız kuruluğu şikayeti olan yaşlılar sigara, alkol kullanmamalı, çay ve kahveyi az tüketmelidirler. Gıda seçiminde dikkatli olmalı, çürüğe yol açan besinlerden kaçınmalı ve bol sıvı tüketmelidirler. Sıvı gıdalar dehidratasyon özelliği olan kafein içermeli ve mukozayı irrite edecek asitlerden yoksun olmalıdır. Ağız hijyeni çok iyi olmalı, plak kontrolü yapılmalı ve florid içeren ağız gargaraları önerilmelidir (15).

Tedavide, tükürük akış hızını artıran pre-

paratlar ile mukozayı nemlendirici ajanlar ve yapay tükürük kullanılır. Şekersiz sakızlar da tükürük akış hızının artırılmasına yardımcı olur. Şiddetli ağız kuruluğu vakalarında sistemik ilaç tedavisi (pilokarpin, bromheksin HCl, dipenhydramine HCL) önerilir. Candida enfeksiyonları teşhis edilirse antifungal ajanlar topikal veya sistemik uygulanır (Nystatin ointment gibi) (10,13,14,16).

Tükürük artışı (Ptyalizm, sialorrhoea): Ağızda tükürük artışı ve yutma zorluğu ile ilgili olarak ortaya çıkan ender görülen bir durumdur. Nöromusküler kontrol azaldığı ya da düzenli çalışmadığı için normal tükürük akışı olduğu halde yutkunamayan hastalarda bu durum varmış gibi görülebilir. Parkinson hastalığı, felç, psikojenik faktörler, Bell's palsy bunlara örnektir. Ayrıca ağır metal zehirlenmeleri(kurşun ve cıva), kullanılan ilaçlar, ağızdaki enflamasyonlar ve yaralanmalar, dental uygulamalar ve yeni protez kullanımına başlayan yaşlı hastalarda tükürük artışından şikayet görülür. Bu hastalarda dental uygulamalar sırasında hastanın dik oturtulması ve rubber dam kullanılması uygundur (15,17).

Ağız yanması sendromu (Burning mouth syndrome): Oral mukozada klinik bulgu olmaksızın ortaya çıkan, genellikle yaşlı hastalarda rastlanan etiyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı subjektif bir ağrı sendromudur. Hastalar yanma hissi ile beraber tükürük azlığı, baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı, tat almada değişiklik şikayetlerinin yanında gerginlik, yorgunluk, sıcak yiyecekler ve konuşmanın da yanma hissini artırdığını ifade ederler. Yanma hissi şikayetleri en fazla dil, sert damak ve alt dudağın mukozal yüzeyindedir. Kadın hastalarda erkeklere oranla 7 kat daha fazla gözlenir ve yaş ortalaması kadınlarda 60, erkeklerde ise 45'tir. Etiyolojisinde; lo-

kal faktörler, sistemik faktörler, psikojenik faktörler, ağız kuruluğu sayılabilir. Lokal etkilenme açısından parafonksiyonel alışkanlıkları, mikrobiyal etkileri ve protezle ilgili sorunları değerlendirmek gerekir. Sistemik olarak ise, menapoz, özellikle B12, B6 vitamin yetmezlikleri, folik asit, çinko eksikliği ve diabetes mellitus sayılabilir. Psikojenik faktörler yönünden ise depresyon, anksiyete ve kanser fobisi değerlendirilmelidir. Tedavisi, iyi teşhis edilerek nedenin ortadan kaldırılması yönünde olmalıdır (18).

Ağız hijyeni: Yaşlılarda ağız hijyeni gençlerdeki kadar iyi değildir, çeşitli nedenlerle manüplasyon yeteneğini yitirmiş olabilirler ve ağız hijyenine gereken önemi veremeyebilirler, ayrıca çoğunlukla ağız sağlığı ve genel sağlık arasındaki ilişkiyi tam kuramayabilirler.

Koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin yetersizliği, sistemik hastalıklar, dişeti çekilmesi, tükürük akış hızı azalması, kötü beslenme ve birçok diğer faktör ağız hijyenini negatif yönde etkiler. Ağız hijyeninin tam olarak sağlanabilmesi için bakteriyel diş plağının uzaklaştırılması ve bu eklentinin tekrar diş ve dişeti üzerine birikiminin önlenmesi gerekir. Diş plağının uzaklaştırılması periodontal hastalıkları ve diş çürüklerini önler. Diş fırçaları, diş ipi, ara yüz fırçaları, sakızlar mekanik olarak, ağız gargaraları, diş macunları ise kimyasal olarak ağız hijyenini sağlamada yardımcıdırlar.

Sapı şekillendirilebilen fırçalar, ya da elektrikli diş fırçaları yaşlılar tarafından daha kolaylıkla kullanılabilir. Arkadan öne doğru dilin fırçalanması ise dil üzerinde biriken yiyecek artıklarını uzaklaştırarak halitozisin azalmasını sağlar. Diş ipi kullanımı daha zordur, uygunsuz kullanım dişetinde travmalara yol açar, ülserasyonlara neden olabilir. Günlük fırçalama diş plağını uzaklaştırır, diş taşı

oluşumunu azaltır, ancak tamamen ortadan kaldıramaz. Diş taşı temizliği yapılarak fırça ve diş ipinin ulaşamadığı bölgelerin temizliği sağlanmalıdır.

Periodontal problemlerde, oral muköz membran hastalıklarında, çekim gibi cerrahi işlemlerden sonra, fiziksel ve mental yetersizliği olanlarda, aftöz lezyonlarda, protez stomatitisinde ağız gargaraları kullanılır. Ksilitol (Xylitol) içeren sakızlar mekanik olarak plak kontrolü yanında ksilitolün antibakteriyel etkisine bağlı olarak plağın asidojenitesini de azaltarak çürük oluşumunu önler (19).

Yaşlılarda hareketli protezlerin temizliği, mukozanın ve destek dişlerin sağlığı açısından çok önemlidir. Protez üzerinde biriken eklentiler, destek dişlerde çürüklere, ağız kokusuna ve protez stomatitisine neden olur. Protezlerin temizliği yemeklerden sonra özel protez fırçaları ve sıvı sabun kullanılarak yapılabilir. Ayrıca protezleri temizlemek için üretilmiş suda eriyen tabletler de kullanılır. Protezler destek dokuların normal dolaşımının sağlanması için geceleri çıkarılmalı ve 6-8 saat su dolu bir kaptaki korunmalıdır. Ayrıca, yaşlı bireyler rutin kontrollere geldiklerinde hatalı, eski ve iyi korunmamış protezleri var ise bu protezlerin yenilenmesi konusunda motive edilmelidirler (10,11).

Oral mukozadaki lezyonlar

Mukoza, toksik veya enfeksiyöz ajanlar için mekanik bir bariyer oluşturabildiği gibi, etkili bir inflamatuvar ve immün cevabın gelişmesine de yardımcı olabilir. Yaşla birlikte mukozada görülen incelme, düzleşme, kuruma mekanik irritasyonlara karşı mukozanın direncinin azalmasına yol açar. Kapiller dolaşımın azalmasına bağlı olarak mukoza soluk bir görünüm alır. Yara iyileşmesi gecikir, dilde filiform papiller kaybolur, yanma hissi

başlar ve tat alma duyusu azalır.

Yaşlanmayla birlikte genellikle sistemik hastalıkların etkilerine, beslenme bozukluklarına, ilaçların yan etkilerine ve oral enfeksiyonlara bağlı olarak lezyonlar gelişebilir. Travmatik yaralanmalar da sıkça görülebilir.

Protez stomatitisi: Protez kullanan yaşlılarda en sık rastlanan oral mukozal lezyonlar arasındadır. Tam veya bölümlü protezlerle temas eden mukozal dokularda kronik eritemler halinde görülen bu iltihabi değişiklikler protez stomatitisi olarak adlandırılır (10,18,20,21,22). %15 ile %65 arasında protezi gece de taşıyan özellikle kadınlarda ve hemen her zaman üst çenede görülür. Alt protezler vakum yapmaması nedeni ile mukozayı sıkıca örtmezler ve araya giren tükürük bölgeyi temizler. Alt çenede protez stomatitisi oluşamaz denebilecek kadar enderdir (3,14).

Yüksek dikey boyut, yanlış oklüzyon ve artikülasyon, diş sıkma ve gıcırdatma gibi parafonksiyonlar, protezin gece-gündüz devamlı taşınması mukozanın iltihaplanmasını kolaylaştıran faktörlerdir. Stomatitise yol açan predispozan faktörler arasında; radyoterapi, trankilizan ilaç kullanımı, diabetes mellitus, demir ve vitamin eksiklikleri, sjögren sendromu vb. nedenlerle tükürüğün azalmasını, immün sistem hastalıklarını sayabiliriz. Mekanik travma ile olabildiği gibi, gıda birikimi, candida albicans enfeksiyonuna bağlı olarak da oluşabilir (20). Protezin sürekli kullanılması, kötü protez hijyeni sonucunda candida albicansın da dahil olduğu çeşitli mikroorganizmalardan oluşan bir plak tabakasının gelişmesine neden olabilir. Mukoza ve protez içinden yapılan smear ve kültürde hemen her zaman candida albicans türü mantarlara, ender olarak da Gram (+) bakterilere rastlanmaktadır (21).

Hastalar ağız hijyeni açısından motive

edilir, klorheksidin solüsyonu ile protezlerin dezenfeksiyonu sağlanır. Üç beş hafta boyunca protezler geceleri %0.02'lik klorheksidin solüsyonu içerisine bırakılırlar. Buna cevap alınmaz ise, mikostatik tedaviye başlanır ve protezlerin iç yüzeylerine antifungal ajanlar uygulanır.

Ayırıcı tanıda; alerjik kontak stomatitis, eritroplaki, keratinize olmayan geniş tabanlı papillom, karsinom gibi verriköz benign ve malign oluşumlar dikkate alınmalıdır (10,14,21).

Protez intoleransı (protezi yabancılaşma hissi): Mukozada somut bir değişiklik olmamasına rağmen damakta, dil ucunda, boğazda acı veren yanma, tat bozukluğu, ağız kuruluğu gibi şikayetlerin olduğu subjektif semptomlar söz konusudur. Bu şikayetler daha çok depresif ve anksiyete içinde bulunanlarda ortaya çıkmaktadır. Özellikle kadınlarda menapoz sonrası dönemde diğer faktörlerinde etkilemesiyle protez intoleransı olasılığı artmaktadır. Ayrıca çok yaşlı hastalarda veya serebral dolaşım bozukluğu olanlarda bu problemin ortaya çıkma oranı yüksektir. Protezin yenilenmesi çare olamaz, aksine hastanın şikayetleri devam ettiğinden panik ve kanser fobisine yol açabilir. Tedavide; hasta ciddiye alınmalı protez kullanım süreleri kısaltılarak uzun dönemde alışması beklenmelidir. Psikiyatrist hekim konsültasyonu ve kontrolünde gerekirse antidepresan tedavisi uygulanabilir. Ayırıcı tanı protez materyaline karşı gelişen alerjik reaksiyon ile yapılmalıdır (21).

Anguler Şelitis (Angular Cheilosis, Perleş): Dudak köşelerinde eritemli, fisürlü, ağrılı ve pul pul dökülen enflamatuvar bir durumdur (13,14,20,21). Derinleştiğinde ve kabuk oluştuğunda normal oral fonksiyonlarda kanama görülebilir. Protez stomatitisi

yada glossitis ile birlikte sıklıkla 50 yaş üzeri protez kullanan kadın hastalarda rastlanır (14). Etiyolojisinde; sistemik hastalıklar, anemi, diabetes mellitus, HIV(human immunodeficiency virus) enfeksiyonu, vitamin B eksikliği, kötü ağız hijyeni, kserostomi, dudak kenarlarını yalama alışkanlığı, dikey boyutun azaldığı durumlar, candida albicans, staphylococcus aerous, streptococlar en çok bilinen sebeplerdir (14,20,21).

Sıklıkla bilateral olarak protez kullanan yaşlılarda dudak köşelerinde fissür oluşumu ile karakterizedir. Dudak köşeleri hastaların protezlerinde bulunan Candida albicans ile enfekte olur. 65 yaş üzeri protez kullananların %10-25'inde rastlanır. Yüzün vertikal boyutunda azalma, dudak köşelerinin nemli olması gibi faktörler de şelitis gelişimine etki eder. Tedavisinde, predispozan faktörler elimine edilerek nystatin gibi anti fungal ajanlardan yararlanılır (10,13,20).

Epulis fissuratum (Irritation hyperplasia): Ağız uyumu iyi olmayan total veya parsiyel protezlerin sonlandığı dişeti mukoza sınırlarında, uzun süreli kronik irritasyona bağlı olarak gelişen yavaş büyüyen oldukça sık rastlanan hiperplazik, fibröz bağ dokusu lezyonudur (13,14, 15, 20,21). Hiperplazik doku özellikle alt veya üst çene anterior alveoler sulkusta çok sayıda doku katlanması şeklinde ve daha sık kadın hastalarda ortaya çıkar (14). Protezleri destekleyen kemiklerde meydana gelen sürekli rezorpsiyonlar doku ile uyumu bozar ve mukoza düşük derecede uzun süreli irritasyona maruz kalırsa hiperplastik reaksiyon ile cevap verir. Protez kanatlarının uzun veya keskin olması hiperplaziyi aktive eder (10). Doku normal renginde veya hiperplazik doku katlantılarının arasında protezin oturduğu iritasyon alanları eritemli veya ülserle şekilde görülebilir (13,21). Tanı klinik muayene ile koyulur. Protez travma-

sının şiddeti artarsa doku katlanmalarının tabanında çoğu zaman ağrılı ülserlere ya da hiperkeratozise rastlanır.

Ayırıcı tanı; skuamoz hücreli karsinom, multiple fibromlar, pyojenik granülom, nörofibromatozis ile yapılmalıdır. Tedavide, dokunun cerrahi eksizyonu ile birlikte protez uyumu yada protezin yenilenmesi önerilir. CO₂ lazer uygulanabilir (20).

Labial Kret (Mobil Kret): Şiddetli kronik travma sonucu alveol kretinin rezorbe olması ve bu bölgenin fibröz doku ile dolması sonucu meydana gelen, belirli oranda hareketlilik gösteren oluşumlardır. Çoğunlukla alt üst total protez taşıyan hastaların üst anterior bölgelerinde görülebildiği gibi çiğneme kuvvetinin dengesiz dağılımı ile alveol kretin herhangi bir yerinde de oluşabilir. Tedavide, o bölgeye gelen aşırı kuvvetin diğer bölgelere doğru dengelenmesi, çok geniş oluşumlarda augmentasyon veya eksizyonu yapılabilir (21).

Stomatitis medikamentoza: Yaşam süresi uzadıkça akut ve kronik hastalıklara bağlı olarak kullanılan ilaçların sayısında da artış görülür. İlaçların sistemik etkileri sonucunda görülen stomatitis tablosuna stomatitis medikamentoza (alerjik stomatitis, stomatits venenata) denir. İlaçların büyük bir çoğunluğu sistemik mekanizmalar yolu ile anlaşılması güç lokal etkileri olan mukozal reaksiyonlara yol açabilirler. Sistemik yollarla ortaya çıkan reaksiyonlara inflamasyonlu ülserler, likenoid reaksiyonlar veya eritema multiformlar dahildir. Ayırıcı tanı iyi yapılmalıdır. İlaç erüpsiyonlarında deride lokalize eritem ve ödem sahaları vardır ve nadiren ağız içinde lezyon meydana gelir.

İlaç kullanımı mukozada kuruluğa, kanamalı lezyonlara, doku büyümelerine ya da hipersensitivite reaksiyonlarına neden

olabilir.

Yaşlıda ağız mukozasında görülen deskuamasyon ya da vezikülö-büllöz lezyonlar genellikle ilaç kullanımına bağlı sekonder olarak gelişen bir olayı düşündürebilir (13,17,18,20).

İlaç kullanımına bağlı dişeti büyümeleri: Kullanılan ilaçların bazılarının yan etkisi olarak dişeti büyümeleri (hiperplazi) sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Ağrısız dişeti büyümelerinde, dişeti sert, lobüler, hafif kırmızıdır ve kanama eğilimi yoktur (20). Dişeti lokal veya yaygın olarak diş kronlarını örtecek kadar büyüyebilir. Dişsiz bölgelerde yani dişeti cebinin olmadığı bölgelerde dilantine bağlı gingival hiperplazi gözlenmez (13,21). Organ trasplantasyonlarında immunosupresif olarak kullanılan siklosporin de dilantin benzeri hiperplaziye neden olabilir ancak dişetleri daha yumuşaktır ve kanamaya daha yatkındır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan nifedipin, fenitoin sodyum, kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçlarında gingival hiperplazi reaksiyonlarına yol açtıkları bilinmektedir. Yaşlı hastalardan dikkatli anamnez alarak, hem hastalık hem de kullanılan ilaçlar, ilaçların dozu ve tedavi süresi hakkında bilgi edinerek doğru bir tanıya varabiliriz (14,17,20,21,23). Dişeti büyümelerinin tedavisinde ağız hijyeni düzeltilmesi, düzenli kontrol, gingivektomi ve gingivoplasti uygulanır. Hormon replasman tedavileri ender olarak dişeti büyümesine sebep olurlar. İlaçlara bağlı gingival hiperplazi tedavinin durdurulabilmesi veya modifiye edilebilmesi ile geriye dönebilir (24).

Prekanseröz lezyonlar: Uzun süre latent durumda kalan fakat seyirleri sırasında malignite gösterebilen lezyonlardır. Bu nedenle kronikleşen tüm atrofik mukoza değişiklikleri, submukozanın fibrotik değişikliği izlenmelidir. Prekanseröz lezyonlar arasında

atrofik- eroziv liken planus, lökoplaki (verrüköz, nodüler, eroziv), eritroplaki, bowen hastalığı, prekanseröz melanom sayılabilir (18,21). Yaşlılarda ağız içi yumuşak dokularda lökoplaki, eritroplaki gibi prekanseröz oluşumlara en sık 65 yaş civarlarında rastlanır. Tütün ve alkol en yaygın risk faktörleridir (3). Ağız boşluğunda görülen malign oluşumların %90'ı skuamoz hücreli kanserlerdir. %10'u ise adenokarsinom ile sarkomlardan oluşur. Yaşlılarda ağrısız ağız lezyonları ve uzun süre iyileşmeyen lezyonları biyopsi ile kanıtlanana kadar malign oluşumlar olarak izlemek gerekir. Rutin diş hekimi kontrolleri oral mukozal lezyonların teşhisi ve prekanseröz lezyonların erken tanısı açısından önemlidir (10).

Yaşlı hastaların intra oral muayeneleri ve tedavi planlamaları dikkatli yapılmalı, ağız hijyeni motivasyonu ihmal edilmemelidir. Detaylı bir dental hikayeye birlikte extraoral, perioral, intraoral dokuların çok titiz klinik muayenesi yapılmalı, mevcut protez dikkatle gözden geçirilmelidir (4). Total ya da parsiyel dişsiz hastaların sosyal yaşamlarında daha çekingen davrandıkları belirtilmiştir. Bu negatif etkinin önlenmesi için dişsizlik protetik rehabilitasyonla giderilerek hastaların sosyal yaşamlarına daha kolay adapte olabilmeleri sağlanmalıdır (25). Yaşam kalitelerini en üst düzeye yükseltmek ve bu düzeyi koruyabilmek için hem diş hekimleri hem de yardımcı personel geriatik hastalar konusunda bilgilendirilmelidir. Hastaların kendilerine de gerekli eğitim verilmeli ve düzenli diş hekimi kontrolünün önemi vurgulanmalıdır (26).

Sonuç

Diş hekimliği fakültelerinde yaşlılıkta ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar ve bunların tedavisine yönelik eğitim oldukça sınırlıdır.

lıdır. Mezuniyet öncesi eğitim programları geriatrik diş hekimliği ile ilgili gereksinimleri de karşılayacak şekilde düzenlenmeli, pratisyen diş hekimleri için özel eğitim programları geliştirilmelidir. Sağlık hizmet programları hazırlanırken evde yaşam süren hastaların dental gereksinimleri de göz önüne alınarak gerektiği takdirde hastalar uygun yöntemlerle hastanelere taşınmalı ya da hastalara evlerinde mobil hizmet verebilen ekipmanlarla tedavi imkanı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Nitschke I. Geriatric oral health issues in Germany. *Int Dent J*, 2001; 51: 235-46.
2. Rai S, Kaur M, Goel S, Bhatnagar P. Moral and professional responsibility of oral physician toward geriatric patient with interdisciplinary management – The time to act is now! *J Midlife Health*, 2011; 2(1): 18-24.
3. Niessen LC, Fedele DJ. Aging successfully: oral health for the prime of life. *Compend Contin Educ Dent*, 2002; 23: 4-11.
4. Holm-Pedersen P, Løe H. *Textbook of Geriatric Dentistry*. 2nd ed., Copenhagen: Munksgaard Textbook, 1996, p.100,175.
5. Shah N, Sundaram KR. Impact of socio-demographic variables, oral hygiene practices and oral habits on periodontal health status of Indian elderly: a community-based study. *Indian J Dent Res*, 2003; 14: 289-97.
6. Adebusey LA, Ajayi IO, Dairo MD, Ogunnuyi AO. Nutritional status of older persons presenting in a primary care clinic in Nigeria. *J Nutr Gerontol Geriatr*, 2012; 31(1): 71-85.
7. Koduganti RR, Gorthi C, Reddy PV, Sandeep N. Osteoporosis: “A risk factor for periodontitis”. *J Indian Soc Periodontol*, 2009; 13: 90-96.
8. Krall EA, Wehler C, Garcia RI, Harris SS, Dawson-Hughes B. Calcium and vitamin D supplements reduce tooth loss in the elderly. *Am J Med*, 2001; 111: 452-56.
9. Saunders RH Jr, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dent Clin North Am*, 2005; 49: 293-308.
10. Nazlıel H. Yaşlıda ağız ve diş sağlığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 1999; 2: 14-21.
11. Hersek N. Yaşlıda ağız ve diş sağlığı. Geriatri “Yaşlı sağlığına multidisipliner yaklaşım”. Ankara: Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, 2009, s.59-66.
12. Fure S. Ten-year cross-sectional and incidence study of coronal and root caries and some related factors in elderly Swedish individuals. *Gerodontology*, 2004; 21: 130-40.
13. Yücetaş Ş. Ağız ve çevre dokusu hastalıkları. Ankara: Atlas Kitapçılık, 2005, s.462,493.
14. Langlais RP, Miller CS. *Color atlas of common oral diseases*. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 2003, p.78,80,94,130.
15. Bricker SL, Langlais RP, Miller CS. *Oral diagnosis, oral medicine and treatment planning*. London: BC Decker Inc., 2002, p.260-63, 620-21.
16. Atkinson JC, Grisius M, Massey W. Salivary hypofunction and xerostomia: diagnosis and treatment. *Dent Clin North Am*, 2005; 49: 309-26.
17. Cawson RA, Odell EW. *Cawson’s essentials of oral pathology and oral medicine*. London: Churchill Livingstone, 2002, p.207, 368-70.
18. Ünür M, Onur ÖD. Ağız hastalıklarının teşhis ve tedavisi. İstanbul: Quintessence Yayıncılık, 2003, s.45, 61-63.
19. Simons D, Brailsford S, Kidd EA, Beighton D. The effect of chlorhexidine acetate/xylitol chewing gum on the plaque and gingival indices of elderly occupants in

residential homes. J Clin Periodontol, 2001; 28: 1010-15.

20. Laskaris G, çev. Esmâ Kürklü. Ağız hastalıklarının tedavileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007, s.47,71.

21. Özbayrak S. Ağız hastalıkları atlası. İstanbul: Quintessence Yayıncılık, 2003, s.104-114, 146-148, 154-167.

22. de Oliveira CE, Gasparoto TH, Dionísio TJ, Porto VC, Vieira NA, Santos CF, Lara VS. Candida albicans and denture stomatitis: evaluation of its presence in the lesion, prosthesis and blood. Int J Prosthodont, 2010; 23: 158-59.

23. Scutariu MM, Voroneanu M. Oral effects of systemic medication in elderly. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2009; 113: 885-91.

24. De Rop C, Picksak G, Stichtenoth DO. [Gingival hyperplasia]. Med Monatsschr Pharm, 2010; 33: 23-24.

25. Papadaki E, Anastassiadou V. Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. Gerodontology, 2012; 29(2): e721-27. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00550.x.

26. Nazlıel HE, Hersek N, Ozbek M, Karaagaoglu E. Oral health status in a group of the elderly population residing at home. Gerodontology, 2012; 29(2): e761-67. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00556.x.

Yazışma Adresi:

Gökhan ÖZKAN

Adnan Menderes Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D.

Aydın, Türkiye

Tel: 05065009470

E-mail: asgokhanozkanus@hotmail.com