

## *Epileptik gingival hiperplazilerin modifiye edilmiş gingivektomi metodu ile tedavileri (\*)*

Erdem YARKUT (\*\*)  
Erdoğan TURGUT (\*\*\*)

### G İ R İ Ş

Bugün Dişhekimliği, tıbbın bölünmez bir parçası haline gelmiştir. Bu bakımdan, Dişhekimliği tıbbın diğer dalları ile sıkı bir işbirliği ve temas halindedir. Bu arada bazı nörolojik hastalıklarda, hastaya çene fonksiyonları yönünden tam bir fayda sağlanabilmesi için, nörologlarla Dişhekiminin koordine çalışması gerekmektedir. Bilindiği gibi, epileptik hastaların dilantinle tedavileri neticesi, ağız boşluğunda, gingival hiperplazilere rastlanmakta ve çoğu zaman Dişhekimlerince uygulanan konservatif-cerrahi tedaviler, bir müddet ağızda fizyolojik ortamı sağlayabilmektedir.

Epilepsi (sar'a) şuursuzluk ve ihtilaç nöbetleri ile karakterize bir hastalıktır ve Grand Mal ve Petit Mal olarak iki şekilde mütalâa edilmektedir.

Grand Mal nöbetlerine müessir en iyi ilaç luminaldir. Uzun müddet luminal alınması neticesi lüminale rezistan olan veya lu-

(\*) Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Yüksek Okulu Çalışmalarından.

(\*\*) Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Yüksek Okulu Ağız Patolojisi, Ağız Cerrahisi Bölümleri Doçent'i ve Şefi, Okul Müdürü.

(\*\*\*) Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Yüksek Okulu Cerrahi Bölümü asistanı (Dr. med. dent).

minalin narkotik tesir yaparak, şahsın psişik durumunu bozduğu vak'alarda dilantin tedavisine geçilmektedir (1).

Dilantin (5-5 Diphenyl-hydantoinate de sodium) Phenytoine'in sodyum tuzudur. Beyaz, kokusuz, acı lezzetli ve alkolde eriyen bir tozdur (2).

Bu kimyasal etken, kuvvetli antikonvulsan ve biraz da hipnotik tesiri dolayısı ile epilepsinin Grand Mal şeklinde genellikle kulanılmaktadır (3).

F e t t e r m a n (1940) ve G i l m a n (1955) yaptıkları araştırmalarda dilantinın pek çok yan tesiri olabileceğini tesbit etmişlerdir (4). % 15-20 vak'ada ataxi (beden faaliyetlerinde intizamsızlık, vücut hareketlerinde karışıklık) sinirlilik, tremor, niştagma, diplopi, pitoz, konuşma güçlükleri, apati, mental karışıklık, başağrısı, baş dönmesi, nefes alma ve verme güçlüğü, mide ağrısı, bulantı, kusma, ateş, titreme, lökositoz, cilt tezahürleri, (kaşıntı, cilt kuruluğu) libidonun artması, toksik amblyopie (görme zaafiyeti) olabilmektedir (2-4).

Dilantinın yan tesirlerinden gingivada husule gelen hiperplaziler ilk defa 1939 yılında O. P. K i m b a l l tarafından neşredilmiştir (5).

J a m e s R. B a b c o c k , New Castle State Hospital'de dilantin alan 369 hastanın % 36 sında gingival hiperplazi tesbit etmiştir (5). P a n u s k a 546 hastanın % 32 sinde, K i m b a l l 114 hastanın % 57 sinde husule geldiğini bildirmişlerdir. M e r r i t t ve P u t n a m % 3, G a r d n e r, G r o s s ve W y n n e % 78, G l i c k m a n ve L e w i t u s % 21 olarak zikretmektedirler (5). Ortalama olarak dilantin alan hastaların hemen yarısında bu hiperplazi görülmektedir. Bu araştırmalara göre 5-25 yaşlar arasında yani çocuklar ve gençlerde bu tip yan tesirler daha sık görülmektedir. Bu sıklık, 26 yaşına kadar olanlarda % 57, 26 yaşında büyüklerde % 21 dir (5-6).

Dilantinın gingivada hiperplazi husule getirmesinin askorbik asit metabolizması ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür (7). K i m b a l l ve P u t n a m bu hadiseyi ilâcın kandaki askorbik asit seviyesini düşürmesine bağlarlar (2).

B a b c o c k ve N e l s o n tükürüğün dilantin muhtevası

ile bu ilâcı alan hastalarda hiperplazi görülmesi arasında bir münasebet kurmuşlardır. Alt anterior dişler bölgesindeki gingivadan başlaması, bu bölgedeki tükürüğün rolü olduğunu gösterir demektirler (1-8-9).

Bütün bu çalışmalara rağmen, gingival hiperplazilerin nedeni bugün için henüz aydınlatılamamıştır.

Dilantin hiperplazilerinin tedavilerinde konservatif olarak antihistaminli ilâçlar denenmiş, fakat Brinker, Ingles, Breg ve Falcetti'nin araştırmaları ile antihistaminlerin tedavide rolü olmayacağı gösterilmiştir (1). Streaan ve Leoni Anti-inflammatory Steroid Neodecadron (% 0,1 dexamethose 21 phosphate-neomycin sulfat) ile gingiva masajı yapmayı tavsiye etmektedirler. Fakat şurası muhakkak ki, ilerlemiş vak'alarda tek ve kat'i tedavi cerrahidir. Bu hastalarda ameliyat endikasyonu 3 yünden önem kazanır (10-11). Bunlar :

1 — Fonksiyon, 2 — Ruhi Faktör, 3 — Estetikdir.

Gingivadaki bu büyümeler, konservatif tedavi ile önlenemediğinden, cerrahi müdahale zorunluluğu doğmaktadır. Normal gingivektomi tekniği ile yapılan ameliyatı müteakip, hasta dilantin almağa devam ettiğinden, sık sık rezidivler olmaktadır (7).

İncelediğimiz kaynaklarda, bugüne kadar dilantin hiperplazilerinde normal gingivektomi tekniğinin uygulanmakta olduğunu tesbit ettik (12-13).

Rezidivlerin çok kısa zamanda meydana gelmesi dilantin hiperplazilerinin tedavilerinde bazı modifikasyonların yapılması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Genellikle normal gingivektomi tekniği uygulanan hastalarda bu sürenin uzatılması kanaatimizce mümkün olamamaktadır. Bilindiği gibi normal gingivektomi tekniğinde hiperplazik gingival dokular ve cepler radikal olarak alınmakta, normal post-operatif prosedür uygulanarak enfeksiyon bölgesi elimine edilmekte ve gingivanın büzülmesi sağlanmaktadır. Dilantin hiperplazilerinin histolojik tetkikinde görüldüğü gibi, enfeksiyondan daha çok, gelişen bir fibröz doku mevcuttur ve bu doku adetâ bir fibromatozisi andırarak dişlerin labial ve kök kısmına doğru iki istikamette gelişip, geniş bir bölgeyi kaplamaktadır. Normal gingivektomi tekniği ile yapılan cerrahi müdahale-

de ise sadece hiperplazik dokular alınarak yukarıda belirtilen komplikasyonların ortadan kaldırılması cihetine gidilmektedir. Şu halde sadece basit bir gingivektomi tekniği uygulanmaktadır. Bu şekilde rezidivin daha kısa zamanda meydana gelmesi tabiatile daha kolay olmaktadır. Bu tekniği modifiye ederek rezidiv süresini uzatmak mümkün olabilecek midir?

Çalışmamızın materyal ve metot kısmında teferruatı ile anlattığımız ve tarafımızdan 2 senedir uygulanan modifiye edilmiş gingivektomi tekniği bu sürenin daha uzun zamana münhasır kalmasını temin edebileceği düşüncesini ortaya koymuştur.

Bu suretle kanaatimizce gingival dilantin hiperplazisi olan vak'alarda rezidiv süresinin uzamasını temin etmek gayesine uygun bir gingivektomi tekniğinin ortaya çıkmasına da zemin hazırlanabilir.

### MATERYAL ve METOD

Araştırmalarımızı son 2 seneden bu yana Polikliniğimize müracaat eden 15 vak'a üzerinde yaptık.

Çalışmalarımızı laboratuvar ve klinik çalışmaları olarak 2 bölümde teksif ettik.

#### 1 — Laboratuvar çalışmaları :

Gingival hiperplazideki histolojik oluşumları tesbit edebilmek amacı ile, ameliyat esnasında kürete ettiğimiz materyeli formol içinde muhafaza ederek yine histoloji laboratuvarında preparat hazırlandı ve hematoksil-eozinle boyandı.

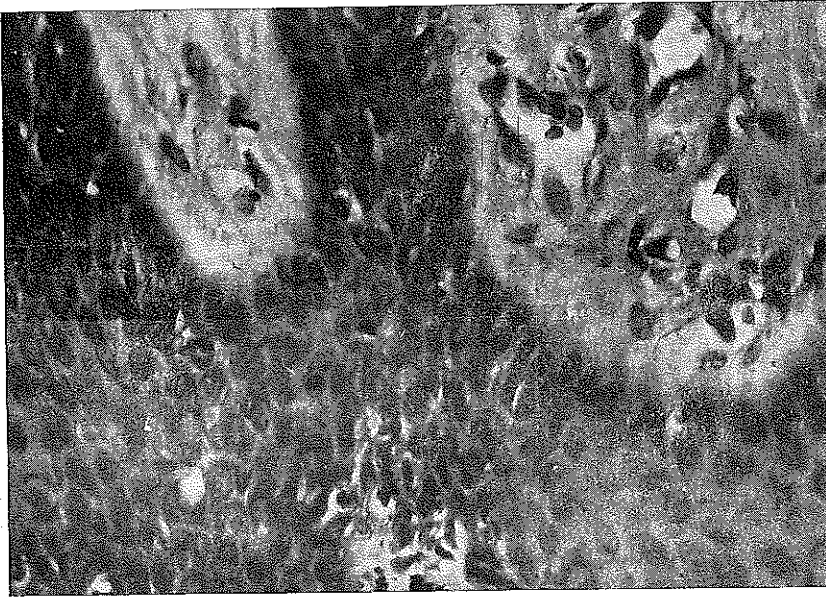
Genel patolojiden blindiği gibi, bir organın büyümesi, hücrelerinin veya stürüktürünün hacminin artması yahutta sayılarının çoğalması ile olur. Bilindiği gibi bir organ veya hücrenin hacminin büyümesine hipertrofi, hücre sayısının artması ile olan büyüme-ye hiperplazi adı verilir.

Dilantin tesiri ile gingivadaki büyümeler, hiperplazi mi, yoksa hipertrofi midir? Yapılan histolojik tetkikte bu büyümenin, submukozadak bağ dokusu elemanları ve kollagen fibrillerin sayılarının artması suretiyle husule geldiği, hacimce bir büyümenin ol-

madığı görülmüş ve burada gingival bir hiperplazinin mevzubahis olduğu anlaşılmıştır.

Metaplazide bir hücre, diğer bir hücre tipine değişir. Vitamin A karansında, epitelin keratinize epitel tipine değişmesi bir metaplazidir. Dilantin alanların gingiva epitelinde de parakeratozis tesbit edilmiştir. Şu halde burada da aynı zamanda bir metaplaziden de bahsedilebilir.

Hazırladığımız preparatın mikroskopik tetkikinde, en dıştaki çok katlı yassı epitelde bir kalınlaşma (acanthosis) ve yeryer parakerotik bölgeler tesbit ettik. (Şekil 1)

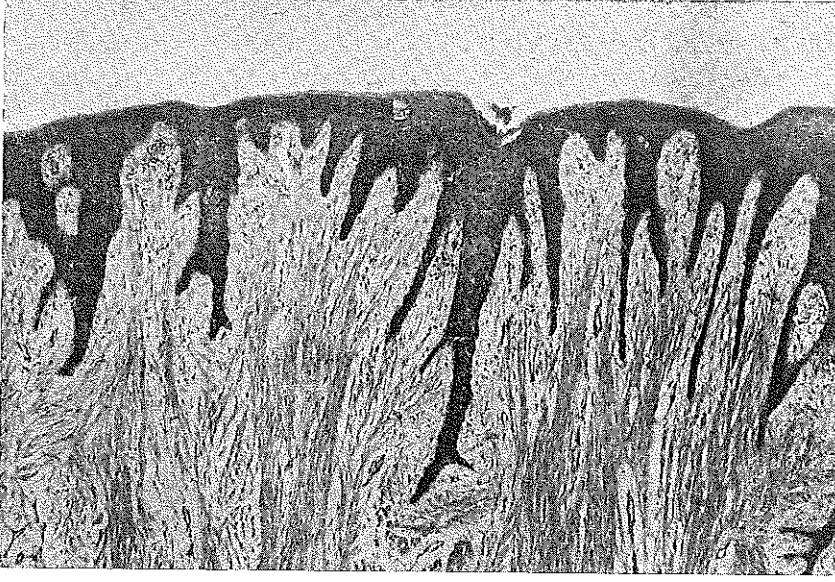


Şekil 1 : Çok katlı yassı epitel

Epitel papilla tarzında ince ve sık tepecikler halinde stromaya doğru ilerlemiştir. (Şekil 2)

Lamina propriadaki kollagen liflerde ileri derecede bir çoğalma, sayı artması vardır. Fibroblast ve fibrositler de fazlalaşmıştır. Proliferasyon bağ dokusunda olduğu gibi, konnektif doku stro-

masındaki kapillerde de mevcuttur. Kan damarları çoğalmış ve genişlemiş olup, irregülerdir. (Şekil 3-4)



Şekil 2 : Çok katlı yassı epitel ve Stroma

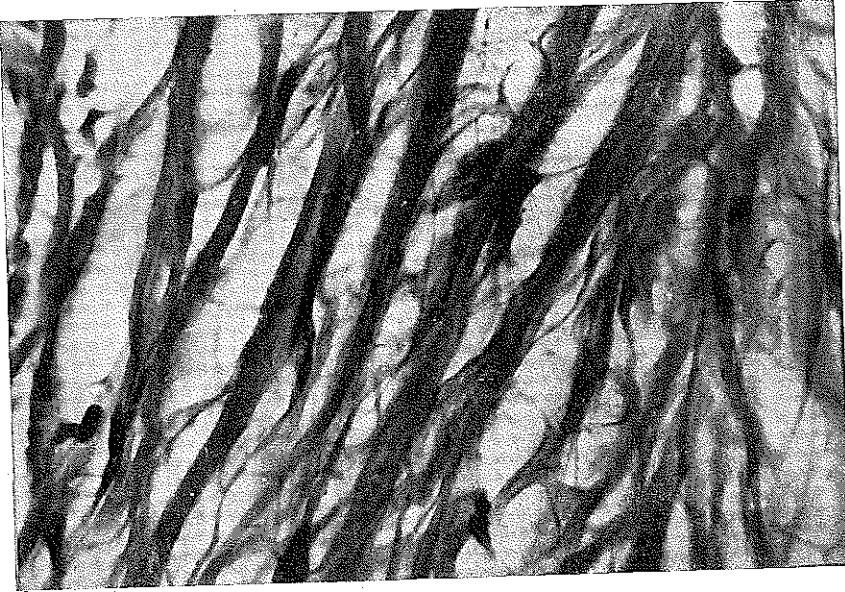


Şekil 3 : Stroma : Kollagen lifler



**Şekil 4 : Stroma : Fibroblast, fibrosit ve damarlar**

(Şekil 5) de çoğalan kollagen lifleri, fibroblast ve fibrositleri, büyük büyültme ile gayet net olarak görmek kabil olmaktadır.



**Şekil 5 : Kollagen lifler, fibroblast ve fibrositler**

Şu halde histolojik preparatlarda da görüldüğü gibi bu bütümler gingivanın daha çok papiller bölgesinden başlayarak gelişmektedir. Bu durum uyguladığımız modifiye gingivektomi tekniği için çok önemli histolojik bir bulgudur. Çünkü tekniğimizi bu bulguya göre geliştirmemiz icap etmektedir.

## 2 — Klinik çalışmaları :

Bilindiği gibi gingivektomi 3 şekilde uygulanmaktadır:

- 1 — Bisturi ile,
- 2 — Elektro cerrahi metodu,
- 3 — Chemiocotery metodu,

Modifiye ettiğimiz metotta, ilk iki şekli birleştirerek uygulamaktayız. Chemiocotery tekniği ise, triklorasetik asit % 50, fenol, kromik asit % 10, zenk klorid % 8 gibi solüsyonlarla, atuşmanlar yaparak, şimik yolla koterize etme esasına dayanmaktadır.

Bütün hastalarımızda hemoglobin, kanama müddeti ve pıhtılaşma zamanının da tetkiki yapılmıştır. Dişetlerinde inflamasyon da mevcutsa önce konservatif tedavi uygulanmış ve birkaç seans detartaraj yapılmıştır.

Hastalarımıza genellikle lokal blok ve infiltrasyon anestezisi tatbik edilmiştir. Anestetik madde olarak % 2 lik novacaine veya xylocaine kullanılmıştır.

Genel anestezi tatbikinin ise mümkün olduğu kadar istisnai hallerde kullanılması cihetine gidilmiştir.

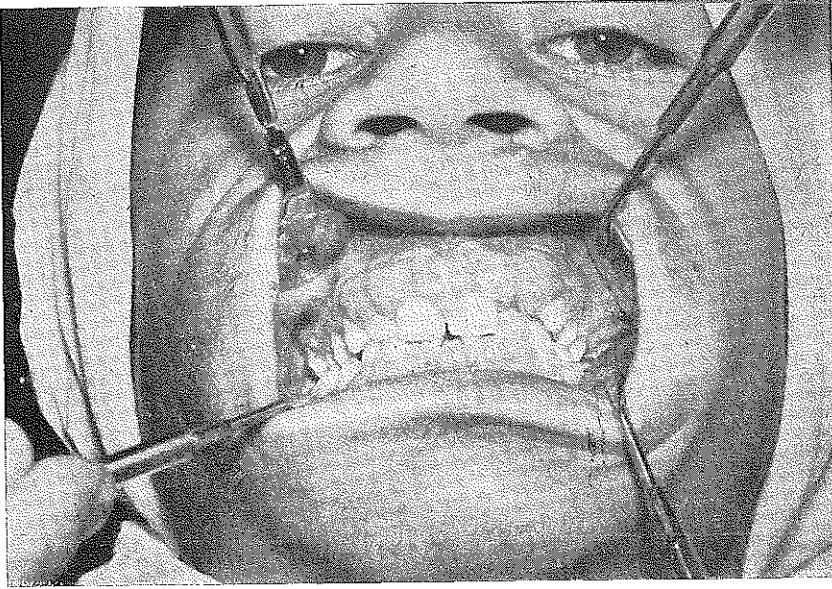
Ameliyat esasında epilepsi nöbeti gelen hastalara 5-10 mg. intramuskuler paraldehit verilmiştir.

**Modifiye gingivektomi tekniğimiz :** Ameliyattan önce hastanın başı ve üstü steril örtülerle kapatılmıştır (Şekil 6).

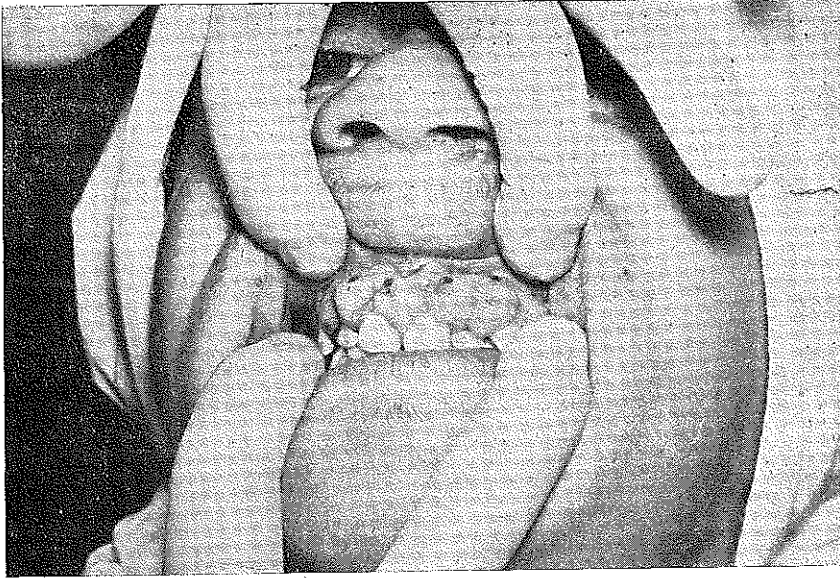
Anestezi tatbikinden sonra, son dişten itibaren, öne doğru, önce vestibülden sonra lingual ve palatinalden bütün diş ceplerinin, cep derinliği ölçme preseli ile markajı yapılarak hiperplazik dokuların derinlikleri tesbit edilmiştir (Şekil 7).

Cep derinliği ölçme preseli, bir ucu 2 mm. kadar eğilmiş bir presele benzer. Sağ ve sol için olmak üzere iki tanedir. (Şekil 8)

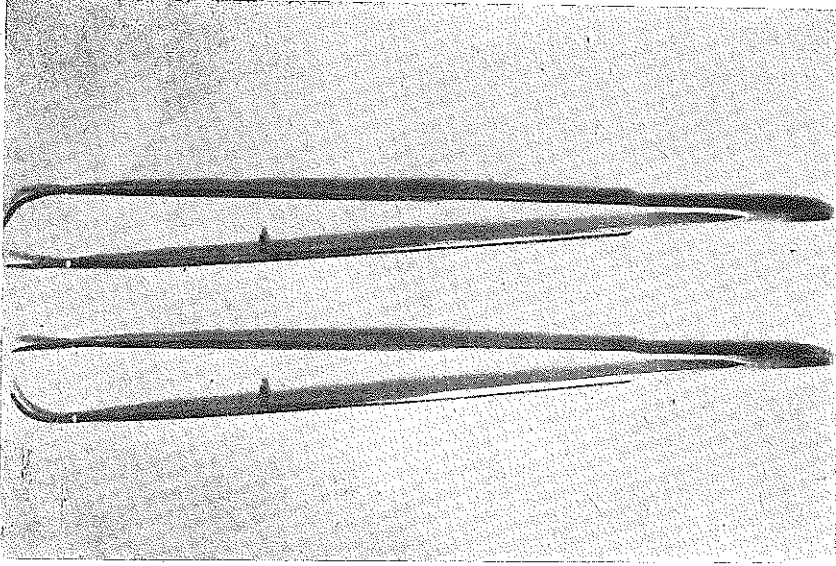




**Şekil 6 : Ameliyat öncesi**



**Şekil 7 : Ceplerin markajı**



Şekil 8 : Cep derinliği ölçme preselleri

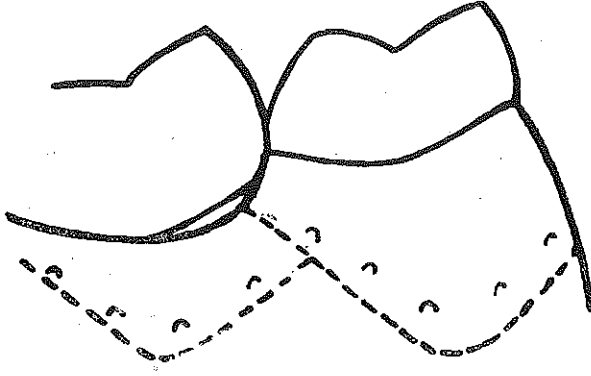
Modifiye gingivektomi safhaları :

1 — İlk ensizyon : İki şekilde uygulanabilmiştir.

A — Devamlı olan ensizyon : Mukoza, son dişten başlamak üzere, markajı yapılan kısımların 2-3 mm. üzerinden geçmek üzere, öne doğru kesilmiştir. Bisturi, dişlerin aksamı 45° lik bir meylle tutularak periosta kadar inmek suretiyle ensizyon yapılmıştır. (Şekil 9)



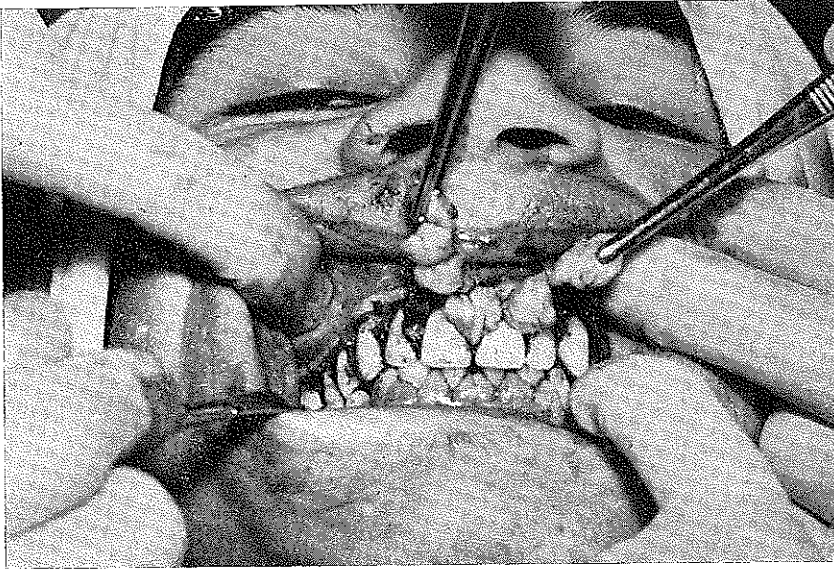
Şekil 9 : Devamlı olan ensizyon



Şekil 10 : Devamlı olmayan ensizyon

B — Devamlı olmayan ensizyon : Son dişten itibaren, bir dişin distofacial köşesinden, diğer dişin distofacial köşesine olmak üzere Şekil 10 da gösterilen bu ensizyon bazı vak'alarımıza uygulanmıştır. Tabiatıyla ensizyon facial, lingual ve palatinal kısımlara sıra ile tatbik edilmiştir.

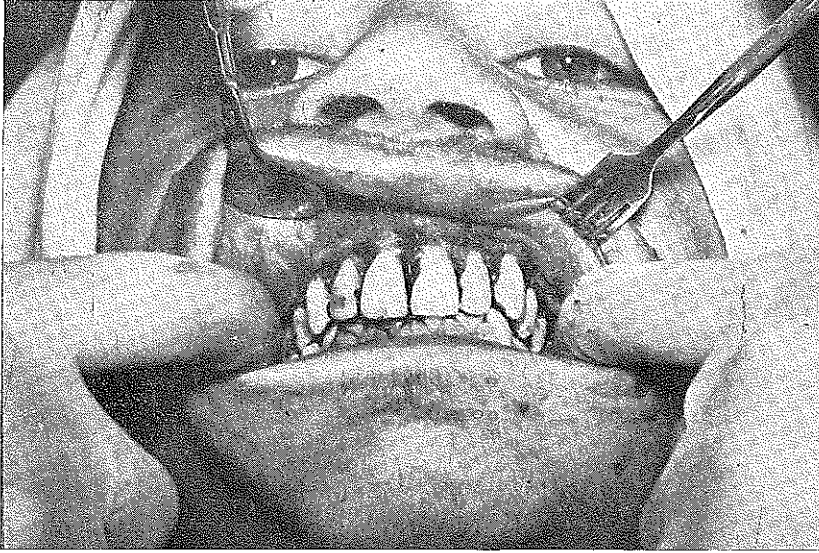
İlk ensizyondan sonra, periost elavatörü ile büyümüş diş eti kısımları, blok halinde ekarte edilmiştir. (Şekil 11)



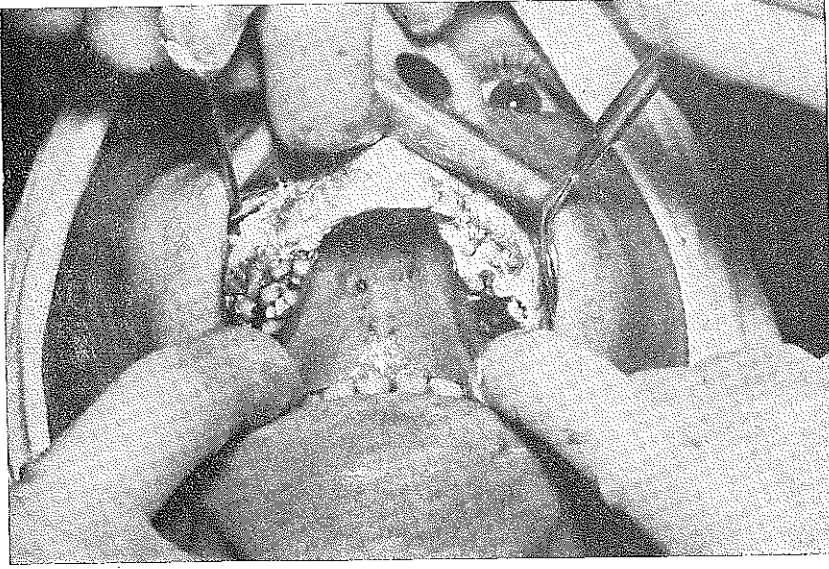
Şekil 11 : Hiperplazik dokunun kaldırılması

2 — İkinci ensizyon : İnteraprosimal kısımlar çeşitli büyüklükteki küretlerle dişten diş alınmıştır. Elektrokoterle kanyan damar uçları yakılmış veya interaprosimal kısımlar yine elektrokoterle elimine edilmiştir. Kemikte heteroplazi olan vak'alarda, uygun boydaki rond frezlerle kemiğin düzleştirilmesi, heteroplazik kısımları alınması cihetine gidilmiştir (Osteoplasti). İlk ensizyonun yapıldığı dişeti düz bir çizgi halinde olduğu için, eğri makasla, papillere uyan konturlar verilmiş ve iyileştikten sonra tabii formda bir dişetinin husule gelmesi sağlanmıştır. (Şekil 12) Ameliyat esnasında, açığa çıkan subgingival tartırlar kretuvarlarla temizlenmiştir. Operasyon sahası spançlarla iyice kurutulduktan sonra, doku dıştan zenk-oksit-öjenol patı ile kapatılmıştır. (Şekil 12) Pat bir hafta ongün sonra preselle tutularak parçalar halinde çıkartılmış, ağız iç % 5 hidrojen peroksitle irrigé edilmiş, epitelizasyonun iyi husule gelmediği vak'alarda, tekrar pat koymak gerekmiştir.

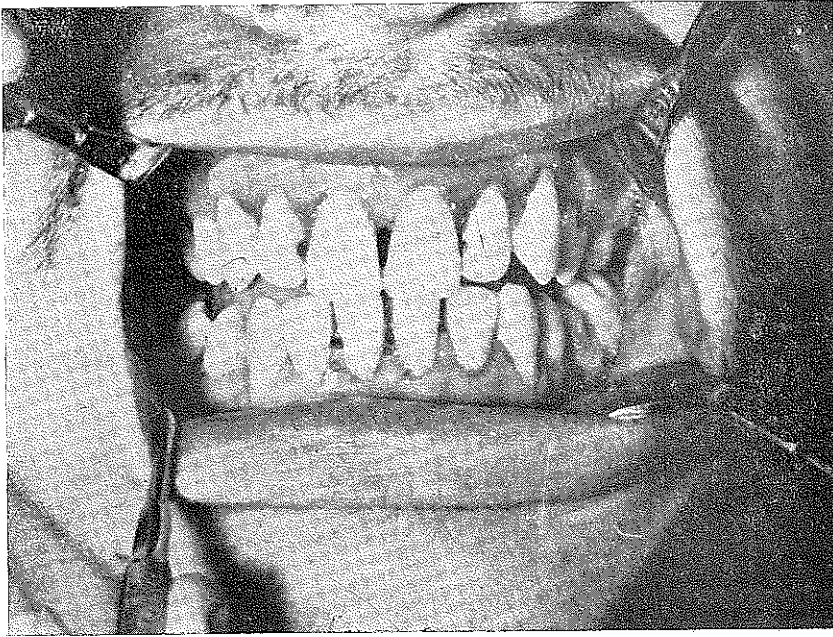
Genellikle hastalarımızda ameliyattan üç hafta sonra gingivanın normal hale geldiği tesbit edilmiştir. (Şekil 14)



Şekil 12 : İkinci ensizyondan sonra



Şekil 13 : Pat tatbiki



Şekil 14 : Normal gingiva (Ameliyattan 3 hafta sonra)

## SONUÇ ve TARTIŞMA

Bu araştıma, dilantinle tedavi edilen epileptik hastalarda husule gelen gingival büyümelere modifiye bir gingivektomi tekniği uygulayarak, rezidiv süresini uzatmak amacı ile yapılmıştır. Baş vurduğumuz kaynaklarda, bugüne kadar bu tip hastalara normal gingivektominin uygulandığını, bunun sonucu, kısa bir süre sonra rezidiv olduğunu tesbit ederek, hastalara yardımcı olmak bakımından, tarafımızdan geliştirilen modifiye bir teknik uygulamayı denedik. Bu gaye ile, Materyel ve Matotda izah ettiğimiz teknik ile, Tablo I de görüldüğü üzere, Polikliniğimize müracaat eden 15 gingival hiperplazi vak'asına gingivektomi ameliyatı tatbik ettik. Modifiye tekniğin faydalı olup olmadığını tesbit bakımından, bu hastalardan 4 tanesine normal gingivektomi ameliyatı yaptık. Bu hastalarda 5-7 ay gibi kısa bir süre sonra rezidiv husule geldiğini gördük. Diğer taraftan, modifiye teknikle ameliyat edilen 11 vak'ada rezidiv süresi 10-21 ay arasında değişmektedir (Tablo 1). Bu sürelerin mukayeselerinden anlaşılacağı üzere, modifiye teknikte rezidiv süresi, normal gingivektomiye nazaran en az bir misli uzamış olmaktadır.

Bu duruma göre, uygulanan bu tekniğin, rezidiv sürelerinin uzaması bakımından, yararlı olduğu ortaya çıkmaktadır.

Normal gingivektomide, poşların markajı yapıldıktan sonra bunun hemen üzerinden ilk ensizyon yapıldığı halde, biz ilk ensizyonu 2-3 mm. yukarıdan yapmaktayız. Bu teknik, proliferen olmuştaki bağ dokusunun olduğu gibi, geride artık bırakmaksızın kürete edilmesi esasına dayanmaktadır. Gingival hiperplazinin sebebi madem ki bağ dokusunun çoğalmasındır; o halde bu doku tamamen alındığı takdirde rezidivler o nisbette geç husule gelmektedir.

Ayrıca bisturi ve elektro cerrahi tekniğini aynı zamanda tatbik etmekteyiz. Elektrokoterle koterize edildiği için, iyileşme sonucu sert nedbe dokusu husule gelmektedir. Kanaatimizce bu dokunun dilantin tesiri ile büyümesi daha geç olmaktadır.

Hastalardaki hiperplazi derecesini ölçmek için, histolojik tetkiklerde bulunduk. Bu suretle, hiperplazinin derecesine göre operasyonu uygulamak mümkün olabildiği gibi, yine histolojik

TABLO I.

No	Prot. No	Adı	Yaşı	Hiperplazi Derecesi	Ameliyat Tekniği	N E T İ C E		
1	44	F. P.	27	Fazla	Normal	Gin.	7 ayda	Rezidiv
2	222	F. G.	16	Orta	»	»	6 »	»
3	344	M. E.	18	Orta	»	»	5 »	»
4	2523	İ. G.	24	Az	»	»	6 »	»
5	17823	M. K.	12	Fazla	Modifiye	Gin.	16 »	»
6	108	N. A.	21	Az	»	»	21 »	»
7	1455	M. Ö.	10	Orta	»	»	16 aydır	rezidiv Y.
8	1873	A. K.	15	Fazla	»	»	10 »	rezidiv
9	1906	M. T.	26	Orta	»	»	18 »	»
10	2434	Ü. Ü.	19	Orta	»	»	19 »	»
11	2522	Ü. Y.	31	Az	»	»	17 »	» Y.
12	2581	K. T.	10	Orta	»	»	15 »	» »
13	2613	H. Y.	14	Fazla	»	»	14 »	» »
14	2901	F. C.	19	Az	»	»	11 »	» »
15	3218	Y. A.	21	Fazla	»	»	9 »	» »

tekkiklerde tesbit edilen sekonder enfeksiyonların, operasyondan önce lokal ve konservatif tedavilerle giderilmesi sonucu, postoperatif komplikasyonların incelenmesi mümkün olabilmektedir.

Diğer taraftan, konservatif yoldan hiperplazilerin gelişmesini önleyebilmek için, epileptik hastaları tedavi eden nörologlarda, dilantine geçmeden önce gingival hiperplazi yapmayan mesantoin (methoin), hibicon 1-4 gr., gemonil 0.1 - 0,08 gr., primidon (mysoline), 0,4 - 2 gr., dianox 1-3 gr., peganon 2-3 gr., bromürler 3-6 gr. denenmesi yerinde olur (14-17). Vak'alarımızdan 3 tanesinde, luminalden hemen sonra veya luminalle birlikte dilantine (epdantoin) geçildiğini tesbit ettik. Ameliyatı müteakip, rezidiv olmaması için, müdavi hekimi ile görüşerek, dilantin yerine mysoline verilmesini temin ettik. Bu hastalarımızda epilepsi mysoline ile kontrol altında tutulabildiği gibi, mysolinin gingivada hiperplazi husule getirmesi gibi bir yan tesiri olmadığından, halen bu hastalarımızdan rezidiv olmamıştır. Bu şekilde, hastalarda ikinci bir ameliyat zorunluluğu olmamaktadır.

Kanaatimizce ağız içinde mevcut olabilecek irritasyonlar, gingival hiperplazinin başlamasına amil olmakta ve ilerlemesini



hızlandırmaktadır. Nitekim total protez kullanan ve dilantin tedavisi uygulanan epileptik bir hastada, gingival hiperplazinin husule gelmesinde, total protezin irritasyonunun sebep teşkil etmesi akla yakın gelmektedir. Bu bakımdan, ameliyatı müteakip, gingiva iyileştikten sonra, oral fizyoterapi tatbik edilmesi, hastanın en az günde 3-4 defa periyodik olarak dişlerini fırçalaması ve dişetlerine parmakla masaj yapması şarttır.

Irritasyon yapabilecek kalkulusların eliminasyonu ve daima iyi bir oral hijyen sağlanması gerekmektedir.

Bunu temin için hasta ve ailesi ile sıkı bir iş birliği kurmak yine Dişhekimine düşen bir görev olmaktadır.

### Ö Z E T

Bu araştırma, dilantin alan epileptik hastalarda husule gelen gingival hiperplazilerin modifiye bir teknik uygulanarak rezidiv sürelerinin uzamasını temin gayesi ile yapılmıştır.

Deneyler laboratuvar ve klinik olarak iki bölümde toplanmıştır. Laboratuvar deneylerinde hiperplazik gingivanın histo - patolojik durumu incelenmiş, çok katlı yassı epitelli kalınlaşma ve parakeratozis, subepitelial tabakadaki kollagen lifler, bağ dokusu elemanları ve damarlarda sayıca çoğalma, sekonder enfeksiyonun da bulunduğu vak'alarda perivasküler infiltrasyon, plazma hücreleri ve lökositler tesbit edilmiş olup, bu bulgular ile klinik deneyleri desteklenmiştir.

Bu duruma göre lüminale mukavemet eden epilepsi vak'alarında, aynı gaye için kullanılan diğer ilaçlar denenmeden dilantin tedavisine geçilmesi kanısına varılmıştır.

Bilantine bağlı gingival hiperplazilerde, tarafımızdan modifiye edilen gingivektomi tekniği ile proliferen olan bağ dokusunun tamamen kürete edilmesi ve elektrokoter kullanılarak, skar dokusunun husule gelmesinin temini, hastalarda yapılan uygulamalarda müsbet neticeler vermiştir.

Ayrıca ameliyat sonrası, hasta ile işbirliği yapılarak, oral hijyene riayet sağlanması ve hastanın daima kontrol altında bulundurulması gerektiği de ortaya çıkmıştır.

### S U M M A R Y

This research was carried out to discover the effects of a modified technique for the treatment of hyperplastic gingivitis in epileptic patients taking the drug DILANTIN, to improve the time lapse in the re-occurrence of the gingivitis.



Both clinical and laboratory findings have been shown separately. The histopathological studies carried out in the laboratory showed extra layers of epithelial tissue thickened and with parakeratosis, an increased blood supply to the superficial connective tissue and plasma cells and leucocytes were seen in cases of secondary infection due to perivascular infiltration.

In view of the radical treatment required for this disease, it is our opinion that patients suffering from epilepsy, found resistant to luminal should have the benefit of the trial of other drugs available before resorting to the use of DILANTIN.

This modified technique of gingivectomy for the treatment of hyperplastic gingivitis resulting from the taking DILANTIN by the complete cur-retting of the increased connective tissue and cautery to the resulting scar tissue, has proved successful.

With the co-operation of the patient in the observance of strict oral hygiene and a continuous follow - up of these cases in clinic marked improvement in delaying the re-occurrence of hyperplastic gingivitis has been proved.

#### L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Burket, L. W.** : The Nerves, the Nervous System and the Muscles. Oral Medicine. J. B. Lippincott Company. Philadelphia and Toronto. U.S.A. 28 : 376, 1965.
- 2 — **Kantemir, İ.** : Antiepileptik ilaçlar. Tedavinin esası farmakoloji. A. Ü. Tıp Fak. Yayınlarından. Ankara. 2 : 80, 1957.
- 3 — **Thoma K. H.** : Neurologic diseases Oral surg. The C. V. Mosby Company. Saint Louis. U.S.A. 6:831, 1963
- 4 — **Grollman, A.** : Hydantoin derivatives. Farmacology and therapeutics. Lea and Febiger. Philadelphia. U. S. A. 7:215, 1965
- 5 — **Babcock, J. R.** : Incidence of gingival hyperplasia associated with Dilantin therapy in a hospital population. The journal of the American dental association.
- 6 — **Manson, İ. D.** : Periodontal disease associated with systemic conditions. Periodontics for the dental practitioner. Herry Kimpton, London. 16:70, 191, 1966
- 7 — **Wade, A. B.** : Pathology. Basic Periodontology. John Wright. Sons Ltd. Bristol - England. 4:95, 111, 232, 1965
- 8 — **Glicman, İ.** : Gingival enlargement. Clinical Periodontology. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London 8:81, 555, 665, 1965.
- 9 — **Bhaskar, S. N.** : Periodontal diseases. Synopsis of oral pathology. The C. V. Mosby Company, Saint Louis. U. S. A. 9:162, 1965

- 10 — **Mc Bonald, R. E.** : Gingivitis and periodontal disturbances in children, *Pedodontics*. The C. V. Mosby Company. Saint Louis. U. S. A. 8 : 284, 1963
- 11 — **Archer, W. H.** : Surgical treatment of oral nonmalignant tumors, *Oral Surg.* W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 12 : 567, 569, 570, 571, 1966.
- 12 — **Goldman, H. M.**, : Schluger, S., Fox, L., Cohen, D. V. : Physical health status affecting periodontal therapy, *Periodontal therapy*. The C. V. Mosby Company. Saint Louis. U. S. A. 28 : 409, 833, 1964
- 13 — **Pauline, F. S.** : *Periodontics. Dimensions of dental hygiene.* 9 : 383, 1966.
- 14 — **Grant, D., Stern, I. B., Everitt, F. G.** : Hyperplastic periodontal conditions. *Orban's periodontics*. The C. V. Mosby Company. Saint Louis. U. S. A. 4 : 220, 337, 1963.
- 15 — **Shafer, W. G., Hine, M. K., Levy, B. M.** : Physical and chemical injuries of the oral cavity. A textbook of *Oral Pathology*. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 10 : 470, 667, 1966.
- 16 — **Goldman, H. M., Schuger, S., Cohen, D. W., Shaikin, B. S., Fox, L.** : Therapy of the marginal lesion. An introduction to *Periodontia*. The C. V. Mosby Company. Saint Louis. U. S. A. 13 : 209, 1966.
- 17 — **Farmer, E. O.** : *Stomatitis and allied diseases. Stones' Oral and dental diseases.* E. S. Livingstone Ltd. Edinburgh and London. 28 : 661, 1966.