

## *Dişsizlik Komplikasyonları ve tam Protezlerin Başarısında etkili olan Patolojik ve ruhsal Problemin Teşhis ve Tedavisi*

Metin TURFANER (\*)

Çağımızda koruyucu dişhekimliği ve paradantolojinin gelişmesi sayesinde dişsizlik yaşının geciktirilebilmiş olmasına rağmen, insan ömrünün daha fazla uzatılması nedeniyle, dişsiz şahısların sayısı yine de kabarık kalmaktadır.

Tam dişsizlik, uzun sür'eli, değişik sebeplere dayanan ve genellikle ihtiyarlıkta görülen bir organ noksanlığıdır. Zaten hayatın birçok nimetlerinden yavaş yavaş uzaklaşmakta olan şahıs üzerindeki etkileri derindir. Fonksiyonel, estetik ve sosyal sonuçlarının önemi inkâr edilemez.

Tipik bir dişsizini halini kısaca şöyle çizebiliriz :

Ağız kapalıyken dudak ve yanaklar dil ile temastadır. Arkada, yumuşak damak kasları, ağız solunumunu kesen bir kapak gibi dil sırtına oturmuştur; ağız boşluğu kaybolmuştur. Yüz buruşuktur. Zigomatik ve mandibüler ark genişlemiş gibidir. Bazen uyku sırasında yanaklar solunumun ritmine uyarak oynarlar. Konuşurken yüzün bütün alt kısmının hareketleri mübalâğalıdır; yanaklar şişer, iner.

Diş kavislerin temin ettiği fizyolojik desteğin yokluğundan, mimik kasları yavaş yavaş ödevini yapamaz hale gelirler. Çiğneme sı-

---

(\*) İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Total-Parsiyel protezleri kürsüsü asistanı (Dr. med. dent.)



**Dişsiz, çiğnerken, protezli**  
**Resim — 1: Dişsiz üç görünüşü**

rasında gülün, acayip bir durum ortaya çıkar. Çenesi burnuna yaklaşır. Protez taşımayan dişsiz, alveol kavisleriyle çiğnemek için didinir. Bazı gıdaları, dilini damağının ön kısmı (ruga palatina) üzerine bir rende, törpü gibi sürterek, ezmeyi başarır. Bunları yaparken yüzün bütün hareketleri anormal genişliktedir. Dişsizın ses tonu da özelliğini kaybetmiştir. Daha az karakteristik değildir.

Dişsizliğin getirdiği bu düzensizlikler, sonunda sindirim sisteminin bozulmasına, ruhî çöküntülere, eğer çabuk telâfi edilmezse sosyal hayatın aksamasına yol açar. Zayıflama ve kaşeksi belirtileri bunu takibedebilir.

Sosyal düzenin bozulması, aile ve mesleki ilişkilerdeki güçlüğü genel durum üzerine aksetmesiyle kendini gösterir. Çok defa dişsizliğin tedavisini yaparken, buna paralel olarak, önemli ruhî problemlerle karşılaşılabilir. Tedavi edilecek zorlukların, sadece fizik ve fonksiyonel değil, aynı zamanda duygusal ve ruhsal olduğu unutulmamalıdır. Burada hekim-hasta ilişkilerinin önemi büyüktür. Karakterleri, davranışları değişik, üstelik hapsinin, fizik ve pisişik kabiliyetlerinin azaldığı, hayatlarının bir dönüm noktasında olduğunu peşinen kabul ettiğimiz hastaları anlamak, isteklerine cevap verebilmek, protezin başarısında bize yardımcı olmalarını sağlamak ve güvenlerini kazanmak için hekimin biraz da psikolog olması gereklidir.

Bir hastanın tedavisi için sadece katı teknik bilgiler yeterli değil-

dir. Herbiri kendine ait özel bir problem ortaya koyan hastalarımızın derdine, bu bilgilerin yanısıra, sezgilerimizle, yargılarımızla, sağduyumuzla, mesleğimize ve insanlara olan sevgimizle çare bulunacaktır. Bir taraftan üzerinde çalışılacak dokunun, fonksiyonların, proteze etkili olabilecek patolojik durumların, anomalilerin titizce incelenmesi, diğer taraftan, bizzat hastanın kendisinin morfolojisinin, karakterinin, ruh halinin, çevresinin, moral yapısı kadar fizik yapısının, alışkanlıklarının, öğrenim ve kültür seviyesinin yarattığı özel tepkilerin araştırılması ile ideal sonuca, kesin başarıya ulaşılabilir.

Protezin başarısını garantilemek için bütün bu problemlerin açığa çıkarılması, ancak hekim ve hasta arasında bir güvenin, bir yakınlaşmanın doğmasıyla mümkündür. Bu da ilk tanışmadan itibaren başlar.

Klinik muayene ve soruşturmalardan önce, hastanın ziyaret sebebini, arzu ve dileklerini, güler yüzle, iyi niyetle kabul ederek dinlemek, ileriki seanslarda onun itimadını kazanmak, bize yardımcı olmasını sağlamak bakımından önemlidir. Bu konuşma sırasında onun ifadelerinden de faydalanılarak aşağıdaki noktalar tesbit edilebilir (6) :

\* Cinsiyeti : Önce görünen cinsiyeti (kadın-erkek). Sonra hastanın hakiki şahsiyetindeki dişilik-erkeklik belirtilerinin dozajı; hangisi daha önde gelmektedir? Bu elemanlar, bazen fonksiyonel gayenin, bazen estetiğin, bazen de her ikisinin arasında bir oran kurarak tedavi plânının tesbiti için gereklidir.

\* Yaşı : Üç görünüş altında incelemek lâzımdır. Birincisi nufus kâğıdındaki yaşı: Protokol defterine kaydetmeye yarar. İkincisi anatomik ve fizyolojik yaşı: Protez tekniğine tesirlidir. Üçüncüsü zekâ yaşı: Adaptasyon için önemlidir.

\* Meslek, sosyal şartları ve entellektüel seviyesi: Bu elemanlar, yapılacak protezin ideal şeklini bize telkin edeceklerdir. Bazıları için sadece çiğnemenin mükemmel olması arzu edilir. Bazen konuşmanın, bazen estetiğin öngörülmesi gerekir. Avukat, artist, öğretmen, müzik aleti çalanlar, herbiri tutacağımız yol için değişik bir durum yaratır. Hastanın ödeme gücü de önemlidir.

\* Duruşu, davranışları : Kabineye girişinden itibaren davranışlarından, konuşma tarzından, oturuşundan ve genel tutumundan onu bir an için psikolojik ve psikiyatrik yönden sınıflandırabiliriz Hasta-

nın karakterinin, mizacının, zihin yapısının, kısacası ruhsal davranışlarının klinikte ve protezin başarısındaki rolü son derece önemlidir! Hekim hasta ilişkilerinin temeli olan bu konuyu yazımızın ikinci bölümünde bütün ayrıntıları ile ele alacağız.

## **I. BÖLÜM — DIŞSİZLİĞİN, DIŞSİZLİK KOMPLİKASYONLARININ, PATALOJİK BELİRTİLERİN TEŞHİS VE TEDAVİSİ**

İlk tanışmada edindiğimiz izlenimlerin ve hasta ile kurabildiğimiz yakınlaşmanın verdiği güvenle, artık klinik muayene ve soruşturmalarımıza başlayabiliriz. Bunun amacı, dışsizliğin sebebinin, üzerine protez yapılacak dokunun durumunun, hastada zaten mevcut olabilecek veya dışsizliğin getirdiği patolojik görüntülerin incelenmesi olacaktır.

Etiyolojinin teşhisi, tedavi yoluna bir açıklık vermek için faydalıdır; dışsizlik yavaş yavaş mı yoksa çabuk mu meydana geldi? Çürüklerle mi yoksa paradontitle mi ilgili? Bir şekil bozukluğu veya enfeksiyonun sonucu mu? Yaşanılan bölgenin özel şartlarına veya meslekî bir zehirlenmeye mi bağlı?

Diş organlarının kaybolmalarının tarih ve motifleri, bize hastanın hijyeni ve dişlerine olan düşkünlüğü hakkında bir bilgi verebilir. Hasta ne zamandan beri dışsizdir? Hastanın protez yaptırmayı geciktirmesine, maddî şartları kadar çevresindekilerin de etkisi olabilir; ailesinden bir kimsenin veya bir yakınının taşıdığı protezin uygunsuz olması, hastamızı proteze karşı çekimser yapacak, hekime müracaatını geciktirecektir.

Tam dışsizliğe geçinceye kadar, eğer yapılmışsa, parsiyel protezlerin rengi, şekli, diş montajının biçimi, kazandırdığı kötü refleksler, araştırılıp not edilmesi gereken hususlardır. Bunun gibi ,çekimlerden önce hastanın bir ortodontik tedavi geçirdiği anlaşılırsa eldeki fotoğrafları, mulâjları istemek lâzımdır. Estetiği bozmamak şartıyla, hastada alışkanlık bırakan bu durumları muhafaza etmek yerinde olacaktır.

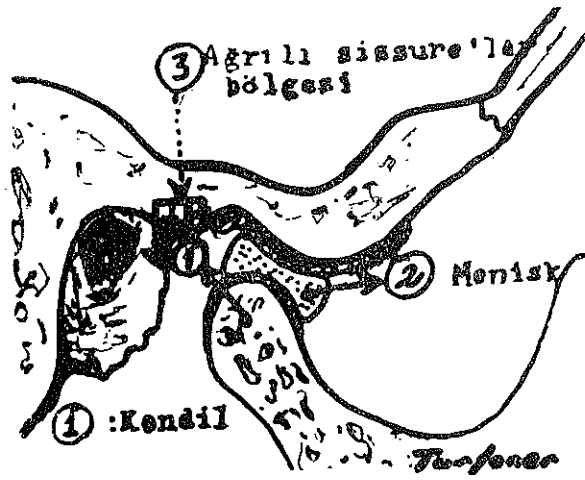
Hastamız zaten protez taşıyordu ise, onun fizik ve psişik tepkilerinin tatminkâr olup olmadığını araştırmak daha kolaydır. Aynı şekilde, taşıdığı protezdeki başarısızlığın veya şikâyetlerinin sebebi daha kolay anlaşılır.

A n a t o m i k teşhis; diş kemerlerinin gözle ve palpasyonla titizce incelenmesini gerektirir. Sadece dişlerin klinik ve radyografik yokluğunu görmek yetmez. Alveol çıkıntılarının yüksekliğini, yumuşaklığını ve düzgünlüğünü de göz önüne almalıdır. Protezle temas edecek bölgelerdeki sivri kemik çıkıntıları (ostéophite) ler, uygun olmayan oluşumlardır. Geniş ve hacimli kremler üzerinde bunların varlığı, ya cerrahi müdahale ile ortadan kaldırılmalarını, bazı durumlarda da, vestibül kenarsız protezler gibi, bu bölgeleri zedelemeyecek bir protez şeklinin kabulünü zorunlu kılar (11). Alveol tepesine nisbetle, lingual ve vestibül tarafta yumuşak kısımların seviyesi, kas ve ligamentlerin, frenilumların bağlantısı, korion mukozası ve mukosa altı dokuları incelenecektir. Palpasyon yapan parmağın altında, normal elâstikliği olan her tarafta eşit kıvamda bir damak, orta çizgi, (torus) hizasında kemik kabartıları gösteren, mütecanis olmayan bir damaktan çok daha fazla kaide plâğının yapışmasına uygundur.

Ayrıca, periferik stas göstermeyen iyi bir kılcal dolaşımın, normal bir tükrük salgısının, pek kocaman olmayan bir dilin tesbiti, protez için uygun bir ortamın habercisidir.

Dişsizlik sebebiyle düzeni bozulabilecek olan T e m p ö r o - m a n d i b ü l e r e k l e m ve çiğneme kaslarının durumu da gözden geçirilmelidir. Kasların muktedir oldukları gevşeme ve kasılma hareketlerini dengede tutan, çene eklemine istirahat pozisyonunu sağlayan diş kemerleridir. Diş kemerleri, sadece çenenin açılıp kapanışında değil, öne, sağa, sola hareketleri esnasında da bu dengeyi muhafaza eder. Bu hassas muvazene, dişsizlerde dişlerin kaybı ile kopmuş, kaybolmuştur. Bazan bu dengesiz duruma, uzun zaman süren kısmî bir dişsizlik yüzünden, meselâ bir taraftaki dişlerin veya büyük azıların yokluğu nedeniyle alışılmış olunabilir. Gaye, dengeli pozisyonu tekrar bulmak olacaktır. Bunun için istirahat ve hareket halinde dişsizlerin temporo-mandibular eklemine klinik tetkiki önemlidir. Dişsizlikle beraber, artikülasyon elamanları (Kondil başı ve menisk) düzleşmeye başlar. Dişsizlerde istirahat halinde kondil başı normalden daha arkada bir pozisyonudadır. Hareket halinde öne kayar. Çene hareketlerinin genişlemesine müsaade eder. Buna eşit olarak, palpasyon ve «électromyogramme» ile, kasların esnekliğinin azaldığı görülür. Bütün bunlar çene eklemi üzerinde kötü yankılar yaparlar. Bu yankılar daha ziyade eklem hizasında çatırdamalar duyulması ve çenenin blokajı, sık sık çıkması şekli altında görülür. Daha ileri

vak'alarda Costen sendromu adı altında gruplandırılmış bir takım ağrılı fenomenler meydana gelebilir.



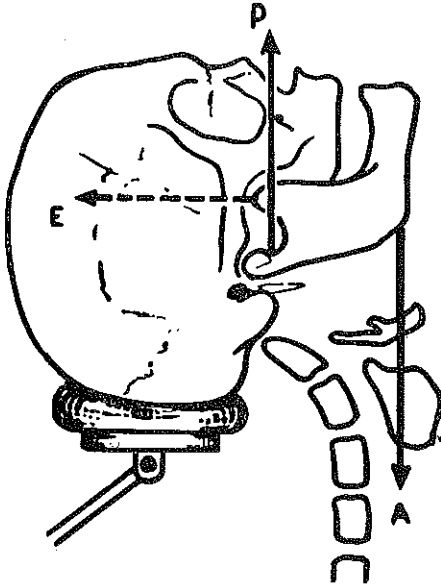
Resim — 2

Kondilin arkaya, menisk'in öne kayması, ağrılı kapalı ağız blokajına, aksi durum açık ağız blokajına sebep olacaktır.

Blokaj, sadece ağız açıkken, esneme ve uyku esnasında çenenin öne çıkmasıyla klasik şekilde olmaz. Arka subluxation yani kondilin geriye kaymasıyla meydana gelen, daha az tanınan ve görülen diğer bir türü daha vardır. Burada arkaya zorlanan kondilin ilerlemesi menisk'i öne kaydırır. Ve bu ménisco - condilien luxation hastanın kendi kendine bir el manevrasıyla düzeltebildiği, diğerinin aksine, kapalı bir ağız blokajı meydana getirir. Kondilin glenoid kavite içinde çok geri ilerlemesi, kavitenin bu tarafında bulunan ve ağrı bölgesi denilen (sissure) ler ile temasa geçmesi şiddetli ağrılara, artrid ve menicit'e ve hatta iltihaplı kan toplanmasına sebep olabilir. Sonunda mukoz ve derinin yüzeysel planında yanma tezahürleriyle, muayyen saatlerde gelip geçen derin zonklamalar (neuraljiform sancılar karakterini alır. Bu ağrılar, çenenin arka kısmına yerleşmişleridir. Altçene kavsinden çok kulağa, temporal boşluğa ve farinkse doğru yayılırlar. İşitme ve tad alma bozuklukları, yutma zorlukları görülebilir (9). Hatta psişik bozukluklardan bahsetmeğe kadar gidilir. Ağrılar çoğu zaman sabahları ve çeneyi açma kapama anlarında daha şiddetlidir. Kondil başının fossa mandibularis'te bulunan n. auriculo-

temporalis üzerine yaptığı baskı sonucunda bu ağrıların meydana geldiğini ilk defa C o s t e n ortaya koymuş, çok defa kulak ağrıları, trigeminus nevraljisi ile hatâli olarak karıştırılabilen bu tip ağrıları diğerlerinden ayırmıştır. Açma-kapama hareketlerinin zorlukla yapılması, çene ekleminin palpasyonunda takırdamaların duyulması ve hastanın ağrı hissetmesi, teşhise bir işarettir. Yapacağımız bir protezle, temporo-mandibüler eklemin dengesinin düzeltilmesinden sonra hastalığın yok olması, bu bozuklukların nedenini ortaya koymaktadır. Protezle sağlanan yeterli bir yükseklik, kondil başını glenoid çukur içindeki gerçek yerine getirecek, kondilin geri kaymasını önleyerek bu nevralji şeklindeki ağrılara ve iltihaplı duruma son verecektir.

Çene mafsalının ve çiğneme kaslarının esnekliğine ait düzenin bozulmasına bir de ihtiyarlık paralizisi, titreme, iradî ve irade dışı koordinasyonsuz hareketler eklenince, bilhassa santral kapanışın alınışı sırasında kendini gösteren, protezin uğursuz güçlükleri ortaya çıkar. Santral kapanış alırken klasik metodların fayda etmediği vak'alarda, resimde görüldüğü gibi hastanın başını gergin şekilde arkaya yaslayarak (7) veya «Lütfen üst çenenizi dışarı doğru çıkarırmısınız!» diye mantıksız bir istekte bulunarak hakiki santral kapanış daha kolayca elde edilebilir.



Resim — 3

Bu pozisyonda çeneyi öne iten kasların yorulmasıyla, bir müddet sonra gerçek santral kapanış daha rahatlıkla elde edilebilir.

Dişsizliğin sebep olduğu ağrılardan bir diğeri de «alveol hiperestezisi» dir. Çok defa, dokunulduğu zaman, bağlı olduğu sinir bölgesi içinde yayılan acılar, sancılar şeklinde kendini gösterir. Yemeklerin ve bazen de dilin teması bu ağrıları kamçılar. Bu tür ağrılara üst çeneden çok alt çenede rastlanır. Bu ağrılar mukoza altındaki travmatik, pürtüklü kemik çıkıntılarına bağlı olabildiği gibi, basınca açık kalan bir bölge içindeki alt çene sinirlerinden, hatta kemik düzeltilmiş olsa bile daha derinde kalan sinir uçlarından gelebilir. Daha ileri derecelerde bu fenomenler bir fasiyal nevralji halini alırlar ve ancak nörotomi ile çaresi bulunur (9).

Dişsizlerde diğer fonksiyonel bozukluklar, herşeyden önce çiğnemenin yokluğu, tükürük salgılarının yetersizliği ve bu noksanlıkların tat duygusu ve sindirim üzerindeki yankısından ileri gelir. Bu konuda, bu bozukluklar, kademeli bir alışma süresi içinde çok veya az telâfi edilirler.

Normal çiğnemenin yokluğu, ağız kuruluğu, tükürük bezlerinin atrofisi veya atonisi, sık sık pamukçuk (muguet), uçuk, yalama (perlèche) gibi belirtilerin görünmesine sebep olur. Dudak bileşeklerinde (komissura) larda yer alan yalama (perlèche), dişsizlerin huzurunu kaçıran bir görüntüdür.

Dişsizliğin genel komplikasyonları içinde, yanlış bir gıda rejimine bağlı veya bir psikik asteni ile beraber olan zayıflamayı sayabiliriz. Dişsizlik meydana gelmesinden itibaren, zayıflamaktan korumak için, hastaya özel bir rejim tatbik etmek gerekir.

**Dişsizlikte beslenme :** Eğer hastanın kontrendike bir hastalığı yoksa, süt, sütlü tatlılar, yoğurt, et suyu, yumurta, meyva ve sebze püreleri, beyin, kıyma et ve çorbalar onun alabileceği besinler arasında sayılabilir. Yeterli bir kalori miktarına sahip vitamin ve minerallerden zengin, dengeli bir gıda rejimi tavsiye edilmelidir. Proteze uygun olmayan hassas bir mukozaya, kemik yapısına sahip kimselerde, çok sigara içenlerde ve alkoliklerde, polivitamin tavsiyesiyle, protein ve kalsiyum metabolizmasını düzenleyen medikal tedavi zorunludur.

**Çekim yerlerinin iyileşmesi ve rezorpsiyonun incelenmesi :**

Tam protezlerde, çekim yerlerinin iyileşmesinde, çekimlerin az

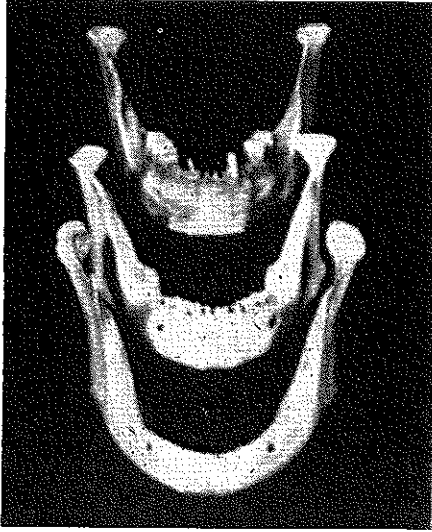


zamanda veya tedricen mi yapılmış olmasının, dişlerin kaybına sebep olan genel veya yerel faktörlerin büyük rolü vardır.

İyileşme, düzgün ve devamlı bir ahenk içinde meydana gelmez. Dişlerin çekiminden hemen sonra jansiv-alveol rezorpsiyonu çok çabuk olur. İlk saatler içinde, dişetin düzelmesi, doğumdan sonra uterusun düzelmesine benzetilebilir. Dişeti sıkışarak alveolün ağzını kapatır. Kemik rezorpsiyonu ve alveolün şekillenmesi, ilk üçüncü haftanın sonuna kadar hızla gelişir ve gittikçe yavaşlayan bir tempo ile ilk dört ay içinde devam eder. Çekimden bir yıl sonra, alveolün hayalini, radyografi üzerinde belli belirsiz görebilmek mümkündür (9).

Sihhatli bir hastada, kemik düzelmesi daha yıllarca devam eder. Fakat bir an gelir ki, küçülmüş, önemli şekil değişikliğine uğramış, ihtiyarlarda görülen daha sağlam yapılı iskelet kalır. Bu kalan kemiğin varlığının devamı için, (eğer uygunsuz şekilde yapılmış Implant protezlerin tatbikatıyla yeni baştan kamçılanılmamışsa), rezorpsiyon, gitgide gücünü azaltarak kaybolur ve kemiğin hacminde artık bir değişme olmaz.

Patalojik durumlar veya genel konjenital yetersizlikler, protez altındaki dokunun çok daha çabuk erimesine, kemik rezorpsiyonunun



Resim — 4  
Alt çenede rezorpsiyon

anormal şekilde hızlanmasına sebeptirler. Böyle durumlar, çiğneme basıncının, protez plağıyla, dayanma yüzeyine dağıtılmasında büyük dikkati öngörür. Ayrıca, protezin tatbikinden sonra durumu izleyebilmemiz için, hastadan sık sık kontrole gelmesini ısrarla istemek gerekir. Kendisine, zaman zaman protezinin değiştirilmesinin veya besleme (rebasage) ile düzeltilmesinin icabedebileceği hatırlatılır.

Kemik kitlesinin hızla azalmasına (rezorsiyonuna) sebep olan kemik metabolizması hastalıklarının başında **o s t é o p o r o s**'lar gelir. Teşhiste faydalı olur ümidiyle, oséoporos'ların sebeplerine göre sınıflandırılmasını kısaca hatırlamak uygun olacaktır: (5)

### I — Genel Ostéoporos'lar :

#### A — Asıl ostéoporos'lar :

- Dönüşüm ostéoporos'u (İhtiyarlık ve menopoz sonrası O.P.)
- Genç hastalara mahsus (Idiopathique) O.P.

#### B — İkinci derece ostéoporos'lar :

##### a) İç salgı bezlerinden menşeyini alan :

Cinsiyet hormonlarının kifayetsizliği:

- Kısırlaştırma (castration, ovariectomie) O.P.u.
- Hémochoromatose O.P.

Cortico-surrénale (böbreküstü) hormonların hiperfonksiyonu :

- Cushing Sendromu
- Uzayan cortison tedavileri sonucunda

Hipertiroid'e ait

Hiperparatiroid'e ait

##### b) Sindirim sisteminden menşeyini alan O.P. lar:

- Fena sindirim: Mide ameliyatları (Gastrectomi) sonrası
- Barsaklardaki absorpsiyon bozukluğu
- Karaciğer sirozu

##### c) Devamlı antikoagülan tedavilerinden sonra (Günde 1500 Ü. heparinin 6 aydan fazla bir müddet verilmesi)

- d) İltihaptan menşei alan: Romatizmal poliartritler  
e) Genetik (soyaçekim) orijinli: Kemik yapısının kırıl-  
ganlığı (Lobstein hastalığı)

## II — Lokal Ostéoporos'lar :

- Hareketsizlik: Meselâ ağızda; çiğnemenin yokluğu  
— Ağrılı sinir reflekslerinin bozucu tesiri (Algoneurodystrophi)  
Meselâ ızdırıp veren protez cihazlarının sebep olduğu O P.

Bu konuda soruşturma (anamnez) ve gözlemlerimizle araştırıl-  
ması icabeden, protez yaparken gözönüne alınması gereken diğer spe-  
sifik hastalıkları şöyle sıralayabiliriz:

— Ostéomalasi : 30-50 ve daha ileri yaşlardaki şahısların raşitiz-  
mi olarak kabul edilebilir. Sebep olarak fazla gebelik, vitamin ve pro-  
vitamin eksikliği, hormon bozuklukları (ovarium hiperfonksiyonu) gös-  
terilmiştir (2). Hastada, yürüme sırasında devamlı bel ve sakral ağrı-  
lar vardır. Buraları zamanla deforme olur. Bazı kere kemikler istenildi-  
ği gibi bükülebilecek kadar yumuşar. Radyografide ostéoporos görü-  
lür.

Basınçsız ölçü alınması ve proteze yumuşak kaide maddeleriyle  
besleme (rebasage) yapılması uygundur.

— Recklinghausen'in kemik hastalığı (Ostitis fibrosa cystica):  
Hastalığın sebebi genellikle paratiroid adenomdur. Kemiklerde defor-  
masyonlar, spontane kırıklar olur. Basınç altında ağrılar hissedilir. Rad-  
yolojik muayenede ostéoporos, kistler, kortikal atrofi ve Havers ka-  
nallarında genişleme vardır. Basınçsız ölçü ve yumuşak protez kaide  
maddeleri tavsiye edilir.

— Handschüller-Christian hastalığı: Exophtalmi ve kemik doku-  
sundaki bozukluklarla kendini belli eder. Radyografide kemiğin süng-  
gerimsi bir hal aldığı görülür. Bazan alt çene üzerinde lokalize ol-  
muş, sık sık görülen kemik ağrılarından dolayı, ölçü alırken ve pro-  
tez yaparken özel dikkat ister. (Basınçsız ölçü ve yumuşak akril)

— Diyabet: Çok idrar çıkarma, aşırı iştah, aşırı susama ve lokal  
olarak ağız ortamının kuruluşu hissiyle kendini gösterir. Teşhis, kan  
tahlili ile kolayca gerçekleştirilebilir. Çizgili çatlak bir dil, anemik  
bir mukoza, madenî bir tat ve ileri vak'alarda ağızda aseton kokusu

mevcuttur. Aseton kokusu protezin akriliğine bile sızmış olabilir. Burada da basınçsız bir ölçü gerekir. Aynı şekilde protezin dengesinin zaman zaman kontrolü, dişlerin çiğneyici yüzlerinden tüberküllerin aşındırılması, temizliğe ve gıda rejimine dikkat edilmesi lâzımdır.

— Paget hastalığı (Ostitis deformans): Yaşlılarda görülen, sebebi bilinmeyen bir hastalıktır. Cranium büyük ve asimetriktir. Kemiklerde eğrilik ve kalınlaşma vardır. Radyografide kemiğin iyice bozulmuş olduğu ve pamuk manzarası aldığı görülür. Üst çenede, bilhassa tüberler bölgesinde devamlı bir değişme vardır. (Basınçsız ölçü ve yumuşak maddeyle kaide plağının takviyesi)

— Parkinson hastalığı (Paralysie agitante): 50-60 yaşlarından sonra, genellikle arterioskleroz'la birarada, daha ziyade erkeklerde görülür. Yavaş yavaş veya şiddetli bir heyecan sonunda birdenbire başlayabilir. Hasta, sanki vücudu öne doğru çekiliyormuş gibi yürür. Baş ve göğüs öne doğru eğilmiş, yüz hareketsiz, maske takmış gibidir. Bilhassa ellerde ve parmaklarda hap yapar, para sayarmış gibi titremeler mevcuttur. Çok fazla miktarda salya ifrazatı vardır. Protez yapımının her safhasında büyük zorluklarla karşılaşılır. Dikkat ve itinayla yapılmış bir teşhisten sonra, salya kesici ve teskin edici ilâçların tavsiyesiyle, çalışabilmek için elverişli bir durum sağlanacaktır.

— Plummer-Vinson sendromu: Bilhassa kadınlarda, 40 yaşından sonra görülür. Anemiyle beraber, dudaklardan başlayarak ağız ve bütün sindirim sistemi mukozasının atrofisi ve ağrılı yutma güçlüğüyle kendini gösterir. Medikal tedavisi, protetik tedaviye başlamadan önce olmalıdır. Aksi halde çatlak komissuralarla ağızın zor açılışı yüzünden, cansıkıcı, üzücü bir durum doğar. Ağız mukozasının atrofik oluşu, basınçsız ölçüleri, iç yüzü yumuşak akril gibi bir maddeyle kaplı, çiğneyici yüzleri aşındırılmış bir protezi gerektirir. Ayrıca, hiç olmazsa yılda üç defa periodik olarak adaptasyonun ve artikülasyonun doğruluğunun kontrol edilmesi lâzımdır (6).

— Osteo-radionécrose: Bilhassa ağız ve farinks kanserlerinin tedavisi için tatbik edilen X ışınlarının mukozada sebep olduğu yaralar ve ülserasyonlarla belirir. Protez, ya bu ülserasyonlar başlamadan veya iyileştikten sonra yapılır. Yukarıda istenen mecburiyetler burada da lüzumludur.

— Tüberküloz : Mukozanın aynı dayanıksızlığı ve aynı sakınca ile izah edilir.

— Frengi (Syphilis) ve Tabeş (tabes dorsalis): Mukoza, fibromukoza ve kemik dokusunun kıymetine tesirli olabilirler.

Araştırılması ve çare bulunması gereken diğer psiko-somatik bozukluklar şunlardır:

○ Vaso-Motrislerin stabilitesinin kaybolması veya hipertansiyonla dolaşım sisteminin düzeninin bozulması: Dolaşımın fena olduğu durumlarda protezle temasta olan mukoza kısımları çok çabuk ülserleşebilir.

○ Sebebi açıklanamayan bulantı refleksi ve nefes alma güçlüğü ile kendini gösteren solunum sistemi bozukluğu: Çok heyecanlı ve telâşlı bir hasta, bizi, basitleştirilmiş ve eksiksiz bir ölçü yolunu tercihe zorlamalıdır. Ölçü maddelerinin ve tükürüğün yutulmaması için fotöyde hastanın kendisinin ve başının pozisyonunu en uygun şekilde ayarlamalıdır. Hastaya daha önceden birçok defalar provalar yaptırılarak, ölçü sırasında nefesini gürültülü ve ahenkli bir tarzda burundan alıp vermesi söylenir.

○ Kalem veya dudakları ısırma, tırnak kemirmek, bruksoma gibi kötü alışkanlıklar: Bu alışkanlıklar kemik rezorpsiyonu ve mukoza ülserasyonlarına yol açarlar.

Protezin başarısı için güçlükler yaratan yukarıda saydığımız bütün bu patolojik durumlarda, çok defa, o konunun bir uzmanı ile beraber çalışmak yerinde bir hareket olur.

### **Dişsizlik Komplikasyonlarının Tıbbî Tedavisi (\*)**

Dişsiz hastalarımızın protezini yaparken ortaya çıkan, yukarıda ele aldığımız problemlerin tıbbî tedavisi nasıl yapılacaktır? Hangi vak'alarda hangi ilaçların kullanılması gerekir?

İnce ve hassas mukozaya sahip hastalarda, bilhassa ihtiyarlarda

(\*) 1969 yılında, Türkiye'de ilaç laboratuvarlarının çıkardıkları, bu konuda kullanılabilinecek spesiyalitelerin bir listesini, hatırlamaya kolaylık olması gayesiyle, yazımıza ekliyoruz: (1, 4, 10) **Vitaminler: A vitamini;** Avigen (Aksu Laboratuvarı): Kapsül 25000 İ.Ü. - 10000 İ.Ü. Fort 100000 İ.Ü. Vitabiol A (I.E): Damla 4000 Ü/1 damlada, kapsül 50000 Ü.

#### **A vitaminli pomatlar:**

Cuti A (Hema): 200000 Ü. A vit.

mukoza üzerindeki tahrişlerinin önlenmesi için iyi bir gıda rejimiyle beraber gerekli tıbbî tedaviden de faydalanmak zorunludur. Böyle durumlarda vitaminlerin çoğu doğrudan doğruya kullanılabilir. Düşkün dişsizlerde, avitaminoz'da polivitamin-mineral (arsenik, demir, magnezyum) karışımı, enerji verici (tonik) ve geriatric preparatların önemi unutulmamalıdır. Bu preparatlar ağızdan ve enjeksiyon yoluyla verilebilir.

Diş çekimlerinden sonra kalsiyum ve protein metabolizması düzensizliklerin gidermek için anabolizanlar tavsiye edilebilir. Tablet ve ampul tarzındaki kalsiyum, kan dolaşımı ve kemik yapısı bozukluklarında, bütün ağırlı ve allerjik vak'alarda kullanılan bir elemandır.

Dolaşım bozuklukları (kılcal damarların permeabilitesinin bozul-

Aderma (Aksu Lab.): 50000 Ü. vit. A, sülfanilamid, ZnO, Salisilik asit

**B<sub>1</sub> Vitamini:** Bevigen (Aksu): Ampul ve tablet 250 mg.

Nervit (D.E.V.A.): Ampul ve tablet 250 mg.

Stinal (Dilmen): Tablet 100 mg., ampul 250 mg. vit B<sub>1</sub> ve 3 mgstriktrin

**B<sub>5</sub> Vitamini:** Di B<sub>5</sub> (Dinçel): Ampul 250 mg.

Adervit (D.E.V.A.): Tablet 100 mg; ampul 250 mg.

Libavit B<sub>6</sub> (Liba): Ampul fort 300 mg.

**B<sub>12</sub> Vitamini:** Beduzin (Dinçel): Ampul 1000 mcg.

Dodex (D.E.V.A.): Ampul 1000 mcg.

Hemovit (M. Nevzat): Ampul flakon enjektabl; 1000 mcg/cc

Rubramin (Squibb): Flakon enjektabl 100-1000 mcg/cc, damla 30 mcg/cc.

Viplex B<sub>12</sub> (Haver): Ampul 1000 mcg.

**C Vitamini:** Effen C (İltaş), Cebion (Merck), Redoxon (Roche): Her üçü de 1 gr. vit. C ihtiva eden efervesan tablet şeklinde.

Ascorbex (D.E.V.A.): Ampul 500 mg., damla 100 mg/ml. tablet 500 mg.

Santavit C fort (Santa Farma): Ampul 500 mg., tablet 200-500 mg.

**PP Vitamini** (Nikotik asit ve Niasinamid):

Niacin (Wander): Tablet ve ampul 50 mg. nikotik asit

Vi-Nicotil (Wander): Tablet ve ampul 0,10 gr. nikotinamid

Vitabiol N (İ. E.): Tablet ve ampul 100 mg.

**Polivitaminler:**

B Biol (İ.E.): Flakon enjektabl; B grubu vitaminleri, PP, pantotenol

Bemiks T (E.B.): Draje, B grubu vit., niasinamid, folik asit, Ca pantenat

Beviten C (Abbott): Tablet; vit. C, B grubu, PP, Ca pantotenat, karaciğer ekstresi

Kombevıt (D.E.V.A.): Tablet, B grubu, PP vitaminleri, folik asit, Ca pantotenat

**Polivitamin ve mineral bileşikleri:**

Vi-Mineral (D.E.V.A.): Çiğneme tableti

Viterra (Pfeizer): Tablet-her türlü alınabilir

Vigoton (E.B.): Draje (Yeşil: mineraller) (Kırmızı: vitaminler)

Vitona B (Wander): Draje

ması) ve tükürük ifrazatının azalması, protezin başarısını gölgeleyen faktörlerdir. Bu durumda sadece C ve PP vitaminlerinin verilmesi yetmez. Kortizon daha aktiftir. Fakat tatbikatı titiz bir hekim nezaretini icabettirir. Buna karşılık İod, potasyum iodür şeklinde, hiçbir sakınca olmadan aylarca devamlı verilebilir (9). Gücünü yitirmiş tükürük ifrazatının kamçılayıcıdır.

Yine, hekim kontrolünde verilmesi uygun olan antikoagülanlar, fevkalâde bir kılcak dolaşım temin ederek ağız mukozasının esnekliğini artırır. Dolaşım bozukluğu alanında görülen varis'in ağız ortamındaki tezahürlerini yoketmek için vena toniklerinin büyük faydaları olacaktır.

#### **Kalsiyum ve kalsiyum + vitaminler:**

Calcium fort (Sandoz): Effervesan tablet, 2,94 gr. Calcium glukto-laktat  
Calcium amp. (Adeka-Picken): 10 cc. lik amp. % 10 Ca gluconat  
Calcium-D-Redoxon (Roche): Eff. Tablet, 1 gr. C vit. 0,625 gr. CaCo<sub>3</sub>, D, B<sub>6</sub>  
Calcium-C (Sandoz): Ampul ve eff. tablet, 0,5 ve 1 gr. Vit C ile

#### **Kan yapıcılar (Antianemikler):**

Vi-Fer (D.E.V.A.): Tablet çeşitli kan yapıcı faktörler  
Jectofer (Ecz. B) (Astra): Ampul, demir preparatı  
Campolon fort (Bayer): Ampul, karaciğer ekstresi, B<sub>12</sub> vit.  
Arseno-Ferratose (Berk): Şurup, arseno-bi ferratin  
Fervigen (Aksu): Şurup, Folik asit, demir, B<sub>12</sub> Vit. ve B comp.

#### **Enerji verici ve Geriatrik preparatlar:**

Balana Gelée Royal (Aksu): Kapsül, 50 mg gelée royal  
Baljel (Aksu): Macun, 240 mg. gelée royal  
Efor (İlsan): Tablet, 250 şer mg. potasyum ve magnezyum aspartate.  
Fosfostimol (Hoechst): Amp. ve tablet, 100 mg. organik fosfor bileşiği,  
Balvit (Lokman): Kuvvet macunu  
Geriaton-H3 (İlsan): Amp., B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, nikotinamid, panthenol, inosital, paba (Vitamin H<sub>3</sub>)  
Geriatrin (E.B.): Draje, Vit. A, B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, D. E. İnosital, Ca pantotenat, niasinamid, inistol, rutin  
Neo-bion (Pfizer): Kapsül, hormonlar, vitamin ve mineraller, dijestif enzimler

#### **Ağız kokusu gidericiler:**

Dequadin (Glaxo): Antiseptikli pastil  
Mental (Diler): Tablet

#### **Sekresyon azaltıcılar:**

Dilatrop (H. Arsan): Günde 3x15-20 damla

#### **Anabolizanlar:**

Orgabolin (Organon): Tablet, iştahsızlık, halsizlik ve senil osteoporoz'da, vak'a-ya göre günde 1-2 tablet.  
Oranobol (Farmitalia): Tablet ve damla, 10-15 günlük devrelerle. günde 20 mg.  
Dianobol (Ciba): Tablet ve solusyon, günde 5 mg.

Protez maddesine karşı allerji hallerinde, mukoza ile temasta olan kaide plağını (meselâ şeffaf akril veya metal plak ile) değiştirmeden önce, B<sub>6</sub> vitamini, kalsiyum, phénergan ve pepton'lu antihistaminikler denenebilir. Anemide, B<sub>12</sub> vitamini, karaciğer hülâsaları, demir ve diğer mineraller faydalıdır. Dudak bileşeklerinde görölen Perlèche (Yalama), A vitaminli patlar ve % 5 oranında gümüş nitrat veya % 20 lik kromik asit solüsyonlarıyla atuşman yapılarak tedavi edilirler (8). Ağız mukozasının bütün ülserasyonlarında A vitaminin lokal olarak kullanılması faydalı sonuçlar vermektedir. Antibiotikli patlar ve pudralar, çok ender olarak ve ihtiyatla tatbik edilecektir (9).

Bulantı refleksine karşı anestezi tabletler ve solüsyonlar çok az tesirlidir. Öteden beri bulantı ve kusmayı adet haline getirmiş olanların dışında, bu konuda endişe eden hastaların hiçbirinde bu refleks zaten hiçbir zaman devam etmez.

Klinikte, bilhassa ölçü alırken büyük zorluklar gösteren salya salgısının fazlalığı ve parkinsonlu vak'alarda atropin veya scopolamin'li damlalardan yararlanılabilmektedir. (% 0,5 sulfate neutre d'atropine solüsyonu) günde üç defa birer damla, veya, (10 gr. bromhydrate de scopolamin + 100 gr. eau chloroformé) günde 3-6 kahve kaşığı verilebilir (2).

Diabet v.s. gibi genel patolojik durumların, sindirim sistemi afet-

---

**Antikoagölanlar:** -Uzman hekim nezaretinde verilecek-

Heparin lente, Heparin Novo Lente (E.B.) (Boots): Uzun tesirli amp.

Liquemin (Roche) amp, Coumadin (E.B.) tablet, Pindione (Zambeletti) tbl.

**Vena tonikleri:**

Venaroid P<sub>4</sub> (İlsan): Draje, kapiller ve vena yetersizliklerine bağlı permeabilite bozukluklarında günde 3x1-2 draje

**Antihistaminikler:** Sandosten drg. ve Sandosten Calcium Eff. Tablet (Sandoz),

Avil -tablet- (Hoechst): Günde 2-3 defa 1/2-1 tabl.

İncidal (Bayer): Draje, günde 2-6 drajeye kadar.

Epargriseovit (Farmitalia): Amp. B<sub>12</sub>, PP, C vit. ve folik asit kombinasyonu, organik çöknütü, nevralsi ve trigeminus nevralsisi, gıda allerjisi, anemi ve karaciğer hastalıklarında haftada 2-3 enfeksiyon.

**Trankilizanlar:**

Librium (Roche): 5 ve 10 mg. lık drajeler, günde 30-40 mg.

Serepax (Wyeth): 10-15 mg. lık tablet, günde 3x10-30 mg.

Meprofil (Lokman): Korku, yorgunluk ve bütün psikopatilerde günde 3-1

Plegicil (Üni-şimi): Damla ve şurup, bütün asabi hallerde, öksürük, bulantı, dermatoz ve kaşıntılı ekzamalarda, nörovejetatif hazım bozukluklarında, günde 3x15-20 damla, şurubundan 1-2 komposto kaşığı.



lerinin sebep olduğu ağız kokularında, hastanın ve çevresindekilerin huzurunu sağlamak için, koku giderici pastil ve tabletlerin verilmesi işe yarar.

Çene eklemi hastalıkları (Costen sendromu), hyaluronidase ve bilhassa cortison preparatlarının eklem içine enjeksiyonları ile sakinleştirilir (3, 9).

Salisilikler, barbitürükler, opium deriveleri gibi ağrı kesiciler, ağız vasatında protez için pek elverişli değildirler. Mukozanın ve alveollerin aşırı hassasiyetine gereği kadar faydalı olmadıkları gibi, bunların hepsinin azçok ağız kuruluğuna, sindirim sistemine, böbreğe, kana ve dolayısıyla ağız mukozasına kötü tesirleri vardır. Sinir sistemi zâfiyetlerinde ve ağrılı durumlarda, B<sub>1</sub> vitamini, faydalanılabilecek bir elemandır.

Tıbbî tedavinin en önemli bir safhası da, hemen hemen her vak'ada düşünülmesi gereken p s i k o t e r a p i ' dir. Çok defa basit bir psikolojik hazırlama yeter. Buna rağmen çok kere de bu konuda büyük güçlüklerle karşılaşılır. Hastanın davranışlarına göre, eğer gerekirse küçük dozlarda devamlı olarak verilecek trankilizanlar hatırı sayılır faydalar sağlar.

## II. BÖLÜM — PROTEZİN BAŞARISINDA ROLÜ OLAN RUHSAL DAVRANIŞLARIN ARAŞTIRILMASI

Hekim teknik bilgilerden ne kadar zengin olursa olsun, protez, isterse hiç kusursuz, en ideal şekliyle yapılmış olsun, eğer hekim ve hastanın ruhsal davranışları arasında bir çelişme, bir çatışma varsa, başarının sonucundan şüphe etmek gerekir. Bugün, gelişmiş metod ve malzemelerin ortaya koyduğu teknik imkânlar sayesinde, teknik bakımından başarıya ulaşamıyacak bir protez vak'ası hemen hemen düşünülemez. Buna karşılık bazı hastalardaki ruhsal davranışlar ve hekim-hasta ilişkilerindeki aksaklıklar yüzünden klinikte, tedavi sırasında hekimin işi güçleşebilir ve sonunda bütün emekler ziyan olabilir.

Dişsizliğe geçiş devresi, hayatın ciddi bir dönemidir. Genellikle kadın ve erkeklerin bir ruhî bunalım içinde olmalarının mâkul karşılanması icabeden bir devreye rastlar. Böyle bir devirdé tam protez yap-tırılacak hasta ile karşılaşan hekimin önsezisi ve psikolojik bilgisi, hastanın ruh yapısını, karakterini, kişiliğini anlamaya yeterli olmalıdır.

Raymond Devin, ruhsal davranışların tam protezin başarısındaki rolünü şöyle özetler: «İyi veya kötü, fakat biri diğeri kadar tamam, aynı teknik kıymeti olan iki protez çalışması yapılacaktır. Müdahalemizin başarısı, hastamızın bizimle yardımlaşmasına, anlayışına, ilgisine ve sebat etmesine bağlıdır. Herşey bittiği zaman, protezi teşkil eden yabancı cisme alışılması için bir özel çaba gösterilmesi beklenir ki bazı hastaların hissî ve iradî davranışları, böyle bir müsbet sonuca karşı koyabilir» (7).

Protezin başarısında, hekim-hasta münasebetleri, karşılıklı davranış ve tutumları, en az modern ölçü teknikleri veya çeneler arası münasebetin tesbiti kadar önemlidir. Birçok hatâları olan, fena yapılmış ve ne kadar çok protez görülmüştür ki hastalar tarafından şikâ-yetsiz kullanılmaktadır. Yine pek çok, tam anlamıyla doğru ve güzel yapılmış protezler vardır ki hasta kabul etmemiştir veya bir sandığın dibinde yahutta cepte, mendile sarılı işe yaramadan dururlar. Bu başarı veya başarısızlıkta etkili faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- a) Hastanın karakteri, mizacı ve davranışları,
- b) Hastanın zihin yapısına ait psikiyatrik durumlar,
- c) Tedavinin yapıldığı yerin ve hekim yardımcısı, personelin hasta psikolojisi üzerinde bıraktığı izler,
- d) Hekimin tutumu ve kabiliyeti.

**a) Hastanın karakter ve mizacı :**

Hasta ile ilk karşılaşılarda hekimin bunu keşfetmesi, onunla yapacağımız müşterek mesainin ve tedavi plânının peşinen ayarlanması için gereklidir. Hastamız ne tip bir insandır? Ne türlü bir tedavi şekli onu tatmin edecektir? Protezin başarısı için ondan ne gibi bir gayret bekleyebiliriz? Bu soruların cevabını, hastamızın hal ve hareketlerinden, oturuşundan, konuşuşundan, yüz hatları ve vücudunun biçiminden çıkarmak mümkündür.

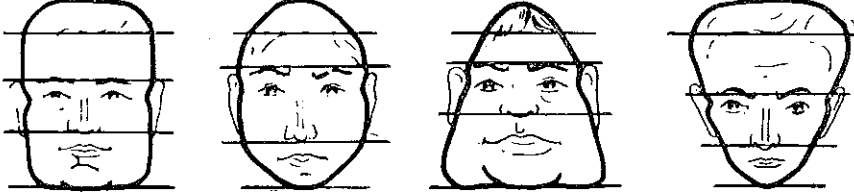
Asırlardan beri birçok bilginlerin yaptıkları gibi, bizim de önceden, hastalarımızı, morfolojik yapıları ve davranışlarına göre kıyaslayarak bir tasnife tâbi tutmamız uygun olacaktır.

Léon Vannier (12), La Typologie isimli eserinde «Yüzümüzün hatları, bedenimizin şekli, bizim hakiki davranışlarımızı ifade eden, belirten sembollerdir.» diyerek, tarih boyunca insan tipini inceleyen

Hipokrat, Hermez, Hasankaleli İbrahim Hakkı (Marifetname isimli eserin müellifi) gibi batılı, doğulu birçok düşünürün fikrine tercüman olmuştur.

**Fransız morfoloji ekolünün tasnifi: (7, 12, 13)**

Bu okula ve bilhassa Sigaud'a göre (1910), yaşayan herkes çevresinin ve gelişmiş bir fonksiyonunun ağır basmasıyla şekil bulan vücut yapısının tesiri altındadır. Yazar dört morfolojik tip tarif etmiştir:



Resim — 5

**Sigaud'un sınıflandırması**

- a) Kassal (Adaleli), b) Solunumsal (Soluklu), c) Sindirimsel (Obur),  
d) Beyinsel (Düşünür) tipler

- Adaleli tip: Bu tip hasta, protezinde estetik, konuşma ve çiğneme fonksiyonlarının aynı derecede mükemmel olmasını ister.
- Soluklu (nefesli) tip: Bu tipler, protezde rahatlığı arar. Az hacimli, vuruk ihtimali olmayan protezleri tercih ederler.
- Obur tip: Bunlar için çiğneme fonksiyonunun mükemmelliği en başta gelen faktördür.
- Düşünür tip: Protezde estetik ve bilhassa konuşmaya önem verirler. Acıya tahammülleri yoktur.

**Corman'a göre iki tip alıkonulabilir:**

- Ferah tipler: Her türlü duruma intibak edebilirler, fakat kişilikleri zayıftır. (Resim)
- Kasılgan tipler: Kişilikleri daha kuvvetli fakat intibak kabiliyetleri iyi değildir. (Resim)

Not: Resimler (7) No. lu eserden alınmıştır.



Resim — 6  
Ferah tip

Corman'a göre



Resim — 7  
Kasılgan tip

**Sheldon ve Martiny'nin sınıflandırması:** Bu yazarlar, insan kişiliğini, özel bir önem taşıyan üç esas embriyoner tabakadan birinin fazla gelişmesine bağlar.

- Endoblastik: İç embriyoner yaprakdan meydana gelen organların gelişimi daha üstündür.
- Mezoblastik: Orta embriyoner yaprak fazla gelişmiş; mezoderm yani bağ dokusu organlarının gelişimi daha üstündür.
- Ektoblastik: Dış yaprağın fazla gelişimi; uzuvlarının fazla uzamasıyla belirir.

**Léon Vannier'e göre,** insan varlığı, onun şekli, hareketleri, soyaçekimi, fizik, psikolojik, biyolojik ve dinamik imkânlarının bütünüyle belirir. Bu yazar ve Henri Bernard, fertlerde değişmeyen bir yapının ve ona bağlı olan davranışların ayırılmasını kabul ederler.

**Henri Bernard,** yapıyı meydana getiren unsurların önemine göre dört tip ayırır:

- Sülfür (nötr)

- Karbonik
- Fosforik
- Fluorik

— Sülfür : Bu tipler şekil bakımından tam manasıyla düzgün oranlara sahiptir. Sportif, ince, mevzun vücutludur. Fizik yapısı kadar düşüncelerinde de ölçülü ve dengelidir. Müsbet, pratik, icabında basit ve mantıklıdır. Girişilecek ve kaçınılacak işleri bilir. Protez için zorluk göstermeden adapte olabilecek ideal bir hasta tipidir.



Resim — 8  
Sülfür tip



Resim — 9  
Karbonik tip

Bu tip, martiny'nin tasnifinde mezoblastik sınıfa girer. Bağdokusu organlarının gelişmesi ve faaliyeti daha üstündür. Protezin dayanma yüzeyi sağlam ve rezorpsiyon azdır. Bu tiplerde dişler, renk, şekil ve sıralanma bakımından güzel ve düzgündür. Dişkavisleri eliptiktir. (Resim - 8)

Karbonik : Bunlar Martiny'nin endoblastik sınıfına girer. İskeletleri ağır ve geniştir. Kasları kalın ve sağlamdır. Genellikle kısa boylu ve mukavimdirler.

Bu tip hastalar, başlangıçta sorularımıza üstünkörü cevaplar vermekle yetinir, fazla açılmazlar. Fakat yakınlaştıktan sonra samimi ve dost olurlar. Sadık ve sorumluluğunu bilen bir hasta tipidir. Dişleri beyaz ve diş kemerleri hemen hemen kareye yakın yuvarlaktır. Da-

mak kubbesi geniş ve düzdür. Orta kesiciler kare şeklindedir. Örtülü kapanışa ve aşırı kapanışa fazla rastlanmaz. (Resim - 9)

Fosforikler : Bütün sorumluluğun bize yüklenmesi gereken bir hasta tipidir. Canlı bir zekâsı vardır; fakat bunu bir konu üzerine toplamaya muktedir değildir. Genellikle san'ata düşkünlüdürler. Küçük bir aksilik karşısında çabuk bozulurlar. Cemiyet içinde kişiliklerini tanıtmak isterler. Şıklığa düşkünlüdürler.



Resim — 10  
Fosforik tip



Resim — 11  
Fluorik tip

Don Kişot'un ki gibi uzun hatları, iskeletinin ve uzuvlarının uzaması ile Martigny'nin extoblastik tipine girer. Dişleri uzun ve sarıdır. Ön dişlerde şekilsizlik çok görülür. Damak kubbesi derin ve çukur, diş kavisleri dardır. (Resim - 10)

Fluorik : Henüz durulmamış, kendini bulmamış bir hal gösterirler. Bu durum, bir sifiliz, tüberküloz veya uzak bir soyaçekim'den gelen bir bozukluğa bağlanabilir. Hayatta işini ve metreslerini değiştirdiği gibi, hekimini de sık sık değiştirecektir. Günü gününe uymaz. Bugün neş'eli ve iyimserse, yarın ümitsizdir. Şaşırtıcı hareketleriyle insanı hayal kırıklığına uğratabilir. Onu idare edebilmek için her an tetikte bulunmak gerekir. Bu tip hastayı, eklemlerinin, kaslarının gevşekliğinden, davranışlarından tanıyabiliriz. Elleri, kolları ve bütün vücudu için desteğe muhtaçmışçasına yaslanacak yer arar. Koltukta yayılarak oturur. Çoğunlukla kemiklerinde asimetri ve şekilsizlikler vardır. Çe-

nelerin şeklinde ve çeneler arası münasebetlerde bozukluklar sık görülür. Diş dizimi, anarşiyi gösteren bir düzensizliktedir. Dişleri gri ve donuktur.

#### **b) Hastanın zihni davranışları ile ilgili durumlar :**

Klinik çalışmalarımızı, protezin başarısını ve hatta meslekî itibarımızı da etkileyebilecek, hastalardaki bazı menfî davranışları önceden keşfetmek ve ona göre davranmak bir hekim için zorunludur. Her insan, bilhassa tam protez yaptırma devresine gelmiş bir hasta, bilinç altında birtakım komplekslerin tesiri altındadır. Psikanaliz metodlarına kadar uzanmak mümkün olmadığına göre, dişhekimi burada sezgilerinden faydalanacaktır. Bununla beraber, tanımlamada bir kolaylık olur düşüncesiyle hastalarımızı zihnî davranışlarına göre en karakteristik çizgiler altında bir sınıflandırmaya sokabiliriz:

#### **— Endişeli (kaygılı) ve sıkılgan tipler :**

Bunları inandırmak için çok sabırlı olmak gerekir. Onun kaygılarını dindirebilmek için çevresindekilere ve hekim yardımcısı hemşireye büyük ödev düşer. Bir çocuk gibi avutulmaya muhtaçtır. Bazı psikolojik belirtiler bu tip hastayı hemen tanıtır: Islak, terli eller, kalp atışlarının hızlanması, su dökmek, tuvalete gitmek gibi bahanelerle sık sık yerinden kalkması... Bu hasta ile çok sayıda ve uzun süreli seanslara katlanmayı önceden kabullenmek gerekir.

Duruma göre verilecek tranqilizan ilâçların etkisi hemen görülür. Tedavi seanslarının sayısı, müddeti, tedavi sırasında ve protez takıldıktan sonra hastanın yapması gereken herşeyin daha önceden kendisine anlatılması yerinde bir hareket olacaktır.

#### **— Kronik şikâyetçiler :**

Tedavisi daha zordur. Herşeyden şikâyetçidirler; karşılaştığı diş hekimlerinden, yaptırdığı protezlerden, işinden komşusundan...

Aynı şekilde bizim yaptıklarımızdan da şikâyetçi olabilir ve insanın sabrını taşıyabilirler. Eğer bu haller daha ilk seansta ortaya çıkarsa yakınlarından kendisine sözü geçebilecek bir kimsenin de hazır bulunmasını istemek iyi olur. Bu hastaların karşısında, uygulayacağımız protez tekniğinin net ve kat'i olması şarttır. Şöyle veya böyle mi yapmak hususundaki tereddütlerimizi hastaya hissettirmemek gerekir. Hasta, biz farkında olmadan üzerimizde bir hakimiyet kurmak ister. Buna meydan verilmemelidir.

— **Histerik, yapmacık hareketli, artist tipler :**

Her zaman canayakın, dost görünmek, hoşla gitmek isteyen bir rol oynarlar. Hemen gösterdiği samimiyet, hakkımızdaki aşırı takdir ve sevgi gösterilerindeki mübalâğa bizi yanıltmamalıdır. Bu hasta, protezinin sebep olduğu çok küçük, hatta hiç olmayan bir yaradan, bir acıdan da aynı mübalâğa ile şikâyet edecektir. Yarattığı dostluğa, samimiyete güvenerek, protezi sağından solundan yontturup kuşa çevirebilir.

Bilhassa kadın hastalar arasında bu tipe çok rastlanır. Çok kolayca romantik hatta erotik pozlara bürünerek hekime istediklerini yaptırabilirler. Sonunda protezi tekrarlamaya mecbur olmamak için, kat'i ve kararlı olmak, hiçbir söz vermemek, münakaşa ve sohbetten kaçınmak, bu çeşit bir zihni davranış karşısında zorunludur.

— **Musallat, tebelleş tipler :**

Hekimin son derece olgun olması icabeder. En küçük teferruatla dahî önceden meşgul olmuştur. Nasıl bir ölçü alınacağını, dişlerin nasıl seçileceğini, protezin sınırlarının, şeklinin nasıl olacağını hekimden daha iyi bildiğinin iddia eder. Kısacası tatmin edilemezler. Durmadan kendi fikrine uygun protezi yapacak birini arar, hekimden hekime dolaşırlar.

— **Paranoyak ve mızıkçılar :**

Herkesin kendilerine karşı olduğunu sanarlar. Hiçbir zaman kendi kabahatlerini kabul etmezler. Kendilerinin haklı olduğunu isbat etmek için fırsatlar arayan zeki hastalardır. Durmadan protezde kusur arar ve düzeltilmesini isterler. Çaresizlik içinde kalan hekime, belki fevkalade yapılmış olan, protezi kullanılmaz hale getirtir, sonunda suçu ona yüklerler. Hatta hekimin suçluluğu ve sorumluluğu gerekçesiyle adli makamlara bile başvurdukları görülmüştür.

— **Olumsuz (menfi) tipler :**

Çok kolayca belli olurlar. İlk seansta ölçü kaşığının uygunsuzluğundan, kaide plağının, mumun renginden tutturup, her seans olur olmaz herşeyi kötülerler. Teknik ve sonucu gözden düşürmeye çalışırlar.

Böylelerine genellikle protez yaptırmak istemeyen, çevresindekilerin zoru ile dişhekimine gelmiş hastalar arasında rastlanır. Bizim



özenerek yapmaya çalıştığımız herşeyi bozmaya, sabote etmeye uğraşırlar.

Eğer ilk iki-üç seans içinde bu yıkıcı davranışları düzelmemiş, a-ramızda bir yakınlaşma olmamışsa, bütün anlaşmaları koparıp, protezi yapmaktan vazgeçmek yerinde olur. Böyle bir hareket karşısında hastanın olumsuz tutumunun bütünüyle değiştiği, uysal, saygılı bir hal aldığı çok görülmüştür.

— **Çökmüş, güçten düşmüş tipler :**

İhtiyarlığa bir de bedenî ve ruhî çökününün, bunaklığın eklenmesi ile zor durumlar ortaya çıkar. Hastanın düşkünlüğü oranında hekimin sabırlı ve bilgili olması icabeder. Bütün seanslarda ve protezin tesliminden sonra, başarı, hekimin sonsuz iyimserliğine bağlıdır

Proteze bir yabancı cisim olarak alışma devresi tabiatıyla çok uzun olacaktır.

**c) Tedavinin yapıldığı yerin ve hekim yardımcılarının hasta üzerindeki etkisi :**

Muayene kabinesinin, bekleme salonunun, yardımcı hemşire gibi personelin hasta psikolojisi üzerindeki etkileri hiçbir zaman küçümsememelidir. Hastaların çoğu, yapılan protetik tedaviye biraz da bu yönden değer biçerler.

Her hasta, kendi seviyesine göre bir yer arar. Halkın çoğunluğu, içgüdsünün ve alışkanlıklarının tesiriyle, yalnız kalmak rizikosuna girmek düşüncesinin etkisi altında bir polikliniği veya o havada bir muayenehaneyi tercih edebilir. Küçük şehir ve kasabalarda, aradığı bu imkânı bulamaması halinde kendisini hekim olmayan, kaçak çalışan ellere teslim etmesinin nedeni budur. Böyle muhitlerde, halkın seviyesine inebilen, halka temizlik, nezaket gibi mefhumları öğütleyebilen ve hatta muayenehanesini yeşilay v.s. gibi ahlakî kuruluşların propaganda merkezi hâline getiren meslekdaşlar verimli sonuçlar almaktadır.

Buna karşılık daha yüksek sosyal seviyedeki bir hasta, dispanser havasındaki bir yerden hoşlanmaz. Kendi seviyesine göre daha yakınlaşabileceği bir ortamı tercih eder. Kabul ve bekleme salonu, mobilyanın kalitesi onu en önde etkileyecektir.

Her türlü halde, muayenehanede intizam, temizlik, iyi bir ışıklan-

dırma ve sade bir süsleme daima mevcut olmalıdır. Açık ve yumuşak renklerin hasta ve hekim üzerinde huzur verici etkisi vardır. Koyu renkler, bilhassa kırmızı ve siyah renklerden mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır. İsyana, hiddet ve korku hislerini artırır. Bunun gibi, duvarlarda harp, kavga gibi konularla ilgisi olmayan birkaç sanat eseri tablonun bulunması süslemeyi tamamlar.

Sadece protez tedavisi için ayrılmış bir odaya sahip olmak hasta ile yaklaşma bakımından tercih edilir. Burada, protez için lüzumlu âletlerden gayrisına yer vermemek uygundur.

Hekimle beraber çalışan hemşire, asistan gibi personelin karakter ve davranışları hastayı en az muayenehanenin düzeni ve biçimi kadar etkiler. Temizlik, nezaket, zerafet, sıcak davranışlar ve ağız sıklığı dişhekimini yardımcılarında aranılan özelliklerdir. Çeşitli kompleksler içindeki kırık protez hastalarının kırıcı sözlerini hazmedebilecek olgunlukta, güleryüzlü, sabırlı, zeki ve sezgilerinin kuvvetli olması gerekir.

#### **d) Hekimin tutumu ve kabiliyeti :**

Şimdiye kadar anlatmaya çalıştığımız bütün problemler, hekimin gayretiyle, kabiliyetiyle açığa çıkabilecek ve hollolacaktır. Hekim müşfik, güleryüzlü, otoriter, aynı zamanda çeşitli davranışlar karşısında derhal gereğini düşünebilecek iyi bir psikolog olmalıdır.

Hasta ile karşışarşıya geldiği zaman, hekim artık kendi problemlerinden, üzüntülerinden sıyrılıp, kendini hastanın derdine, sıkıntısına çare bulmaya verecektir. Duygulu ve anlayışlı kalmaya uğraşacaktır. Hasta hekimin kendisini anladığına, kendisine gönülden hizmet etmek istediğine inanmalıdır.

Hasta için esas söz sahibi dişhekimidir. Kaybolan fonksiyonlarını, estetiğini tekrar yerine getirecek, onu yoksunluk duygusundan kurtaracak olan dişhekimidir. Hasta, dişhekiminin, bu sorumluluğu, bir evlâda bir kardeşe, anaya, babaya veya sevgiliye gösterilebilen manevî bir duyguyla üzerine aldığına inanırsa huzur içinde olur.

Hekim hastası üzerinde güven sağlayabilmek için gerekli otoriteyi hiçbir zaman kaybetmemelidir. Sadece teknik kabiliyet veya sahte dostluk belki bir an için hastada iyi bir intiba bırakabilir. Fakat bu kâfi gelmez ve hatta bazan ters sonuçlar doğurabilir. Hastayla tam anlamıyla gönülden ilgilenmek, ona her bakımdan güven telkin etmek,

bilinç altındaki gizli kişiliğini keşfedip ona göre davranmak, ilk se-  
ansta ve tedavi boyunca gözönüne alınacak bir konudur. Hekimin ilk  
seanslarda yaptığı hatalı bir hareketin hasta psikolojisi üzerindeki yı-  
kıcı tesirlerini söylemek çok güçtür.

### Ö Z E T

Tam dişsizliğin tedavisi, bilinen teknik metodlarla hastaya bir protez yapmaktan daha geniş bir anlam taşır. Bu yazıda dişhekimini ilgilendiren ve protezin başarısında etkili olan şu konular ele alınmıştır.

Birinci bölümde :

- Dişsizliğin anatomi, fizyoloji ve moral bakımından hasta üzerindeki etkileri,
- Klinik muayene; dişsizliğin sebep olduğu lokal ve genel komplikasyonların incelenmesi, teşhisi,
- Dişsizlere salıklanacak beslenme rejimi,
- Çekim yerlerinin iyileşmesi ve kemik rezorpsiyonu problemi,
- Protetik tedaviyi ilgilendiren ve değişik bir tedavi plânının uygulanmasını gerektiren genel hastalıklar, kötü alışkanlıklar,
- Tam dişsizlikte görülebilecek komplikasyonların medikal tedavisi, verilebilecek ilaçlar,

İkinci bölümde :

- Hekim-hasta ilişkilerine etkili olan hastaların çeşitli davranışları incelenmiş, bu konuda söz sahibi yazarların ortaya koydukları, değişik insan tiplerinin sınıflandırılması yapılmıştır.
- Protetik tedavinin başarısında rolü olan psikolojik faktörler araştırılmıştır.

### R É S U M É

Le traitement de l'édentation totale porte en soi une signification plus large que de faire une prothèse pour le patient par les méthodes techniques conventionnelles.

Dans cet article, l'auteur indique les sujets qui intéressent le chirurgien-dentiste et qui auront une influence au point de vue du succès de la prothèse. Cet article est rédigé en deux parties.

La première partie comporte :

- L'influence de l'édentation, sur le patient, des point de vue physiologique, fonctionnel et psychique,
- Observations cliniques : l'étude et diagnostic des complications locales et générales de l'édentation,

— Le régime pour les édentés,

— Le problème d'évolution et de résorption des os maxillaires après des extractions et sous l'appareil,

— Les maladies systématiques et les mauvaises habitudes qui pourraient influencer le plan de traitement de l'édentation,

La seconde partie comporte:

— Le traitement médical pour les complications de l'édentation et les spécialités qu'on peut conseiller dans ce domaine.

— Les facteurs psychiques qui jouent un rôle important pendant le traitement de l'édentation et par la suite pour le succès de la prothèse.

— On traite des classifications des patients selon leurs types morphologiques, biologiques et leurs attitudes mentales. On étudie la relation idéale entre le patient et le médecin.

### L I T E R A T Ü R

- 1 — **Altuğ, H** : Burun ve Paranasal Sinüs Hastalıkları, İsmail Akgün matbaası, İstanbul, 1966
- 2 — **Becarano, S. J** : Pratikte tıbbi tedavi rehberi, Cumhuriyet matbaası, İstanbul, 1954
- 3 — **Ertürk, S** : Çene Eklemi «Arthropathia deformans» ve tedavi Metodları, İ. Ü. D. F. Dergisi, Cilt-3, Sayı-3, Eylül 1969
- 4 — **Güven, K** : Tıbbi Formüller, Çelikcilt Matbaası, İstanbul, 1969
- 5 — **Kaplan, G** : Ostéoporose, La Presse Medicale, Tome 77-No:39 Masson et Cie, Paris, 24 Eylül 1969
- 6 — **Lejoyeux, J** : Introduction à la Prothèse Complète, Maloine, Paris, 1964
- 7 — **Lejoyeux, J** : Prothèse Complète «Diagnostic-Traitement», Maloine, Paris, 1967
- 8 — **Maktav, Z** : Ağız Hastalıkları «Stomatoloji», Cumhuriyet Matbaası İstanbul, 1948
- 9 — **Saizar, P** : Traitement de l'Édentation Totale (Tercüme eden: Lebourg, L), Julien Prélat, Paris, 1964
- 10 — **Tellal, K** : Türkiye Spesiyal İlaçlar, Derlemesi, Tipo Basımevi, İstanbul, 1967
- 11 — **Turfaner, M** : Vestibül Kenarsız Üst Total Protezler ve Tutuculuğu Hakkında Klinik Çalışmalar, Konak Matbaası, İstanbul, 1966
- 12 — **Vennier, L** : La Typologie, Ed. Doin, Paris, 1955
- 13 — **Zembilci, G.** : Tam (Total) Protezler, Kutulmuş Matbaası, İstanbul, 1968