

Koruyucu Dişhekimliği

Çalışma Alanları

Prof. Dr. Sıtkı VELİCANGİL (*) - Dr. Gülçin ÖCALAN (**) - Dr. İnci OKTAY (***)

Koruyucu Dişhekimliği yeni bir disiplin değil, yeni bir bakış açıdır. Modern dişhekimliğinin babası sayılan G. V. Black (1915) «Treatise on Special Dental Pathology» adlı eserinde «Eğer her dişhekimisi basit bir ginivitis tedavisi ettiğinde, tüm diş dizisinin kaybını önlediğini görebilse, verdiği hizmetin gerçek değerini ancak o zaman anlayabilecektir», sözleriyle koruyucu yöntemlerin değerini belirtmiştir (3).

Herkes ağız-diş hastalıklarının önlenmesi gerektiğine inanmaktadır, ancak yöntemler konusunda tartışma vardır. Bugün için bakteri plâğını, diş çürüklerini ve periodontal hastalığı önleyecek bir aşı bulunamadığına göre, dişhekimliği bakteri plâğının söz konusu dokularla ilişkisini kesmekle uğraşmaktadır. Bu görüşü en iyi yansıtan Amerikan Dişhekimleri Birliğinin Koruyucu Dişhekimliği Komitesi

(*) İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve Dişhekimliği Fakültesi Koruyucu Hekimlik Halk Sağlığı Kürsüsü Başkanı.

(**) İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü Asistanı.

(***) İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü Asistanı.

nin şu sözleri olmuştur; «Komite doğal dişlerin hayat boyu devam etmesi gerektiğine ve mesleğin ağız-diş hastalıklarının tanımı ve kontrolü için gereken bilgiye ve zararlı etkileri düzeltecek teknik yeteneğe sahip olduğuna inanmaktadır».

Koruyucu Dişhekimliğine ilgiyi yaratan, uygulamaları ön plâna çıkararak birkaç faktör söz konusudur.

1) Uzun yıllar dişhekimleri ne kadar dikkatle ve beceriyle yapılsa da emeklerinin bir kısmının; tekrarlayan çürükler, periodontal hastalık sonucu bozulan köprü protezlerinde olduğu gibi bir süre sonra işe yaramaz hale geldiğini gözlemişler ve çoğunlukla bunu, kullandıkları materyellere veya yöntemlere bağlamışlardır.

Bu yargı; yetersiz dolgu maddeleri ve diş preparasyonundaki zorluklar için geçerli olabilir, ancak yöntemler ve materyeller geliştikçe sonuçlarda değişiklik olmamış ve bazı dişhekimleri bu konuda daha fazla brşeyler yapmak gerekliliğini duymuşlardır. Hava türbinlerinin gelişmesiyle, kavite ve diş preparasyonları bir seansta tamamlanabilecek kadar kolaylaşmış ve bu işlemlerde daima Black'in «koruma için genişletme» prensibine bağlı kalınarak emniyet sınırları genişletilmiş, ancak tekrarlayan çürükler ve dolgu sınırlarının açıldığı yine gözlenmiştir.

2) Modern dişhekimliği geliştikçe, işlemlerin maliyeti artmış ve hastalar birbirini izleyen pahalı işlemlerden yakınmaya başlamıştır.

3) Gelişmiş ülkelerde çeşitli yayın organlarından koruyucu yöntemlerin daha kolay ve ağrısız uygulandığını öğrenen hastalarda bu yöntemlerin uygulanması için istek başlamış ve bu değişimden dişhekimleride etkilenmişlerdir.

4) Genellikle koruyucu dişhekimliği için esas istek 5-6 yıllık pratik uygulaması olan genç dişhekimlerinden gelmektedir. Bir dişhekiminin pratik uygulamasında ortalama 5-6 yıl sonra emeklerinin karşılığını yeterince alamamak, işlemlerin bir kısmının başarısızlığını görmenin rahatsızlığı başlamakta ve önleyici yöntemlere ilgi artmaktadır.

Dişhekimliği Uygulamalarında Koruyucu Hizmetlere Değişim

Bugün pekçok dişhekiminin, yalnızca tedavi uygulamalarına değil, koruyucu çalışmalarda öncelik vererek ikisini birarada uygulama eğiliminde olduğunu görüyoruz. Hâlâ artan, ilerleyen ağız-diş sağlığı sorunlarına dişhekimisi sayısını arttırarak çözüm arayana,

bunun başarısızlığa uğradığı ülkeleri örnek vermek mümkündür. Örnek olarak dişhekimi fazlalığının bir problem olduğu İsveç'te (S. O. U. 1970) ağız-diş hastalıkları insidensi hızının artmaya devam ettiğini görüyoruz (2). Pekçok araştırmacı da önceden beri bilinen dişhekimi azlığının, ağız-diş hastalıklarının ilerlemesinin tek sorumlusu olarak görülemeyeceğini ortaya koymuştur. Gelişen dişhekimliği de hizmetlerin maliyetinin artmasına, hizmet sunulan hasta sayısının azalmasına neden olmaktadır. 1972'de Jacobson'un belirttiği gibi gelişmiş dişhekimliği tedaviye gereksinmeyi sürekli arttıran, bir kısır döngü oluşturmaktadır.

Dişhekiminin Davranışı

1) Sonda takılan yapışkan bir fissürü derhal açarak tedavi etmek bir koruyucu önlem değildir.

2) Çürük korunmasında önemli faktör, kaçınılmaz hale gelmeden dişleri açmamaktır. Fissür ve çukurcukları keskin bir sond ile muayene ettikten sonra bu kısımları küçük amalgamlarla doldurmak iyi bir koruyucu dişhekimliği değildir. Böyle bir anlayış dişlerin bir sürü küçük amalgamla dolmasını sağlar. Oysa 1965'de Philips'in ortaya koyduğu gibi tüm dolguların sınırları bir süre sonra açılmakta ve materyeller büzülmektedir. Bu şekildeki fissür ve çukurcuklardaki gizli çürüker fissür örtücülerine cevap verecektir (2).

3) Koruma bir ekip çalışmasıdır, tek bir bireyin çalışmalarıyla yürütülemez. Sürekli bir olaydır, birkaç seansta biten bir olgu değildir. Hastalığın gelişimine bağlı olarak korumanın farklı aşamaları vardır. 1. aşama hastalığın kesinlikle ortaya çıkmadığı dönemdir. 2. aşamada gizli olan, ortaya çıkmamış hastalığın tanımı ve gelişiminin basit yöntemlerle önlenmesi (gingivitis'de olduğu gibi) 3. aşamada tamamen ortaya çıkmış ilerlemiş olan hastalığın büyük zararlarını önlemek, fonksiyonu temin etmek amacıyla tedavisi, yer alır. Dişhekimleri çoğunlukla 2. aşamada işe başlamakta ve sonuçta ağızda birçok fissür ve çukurcukta amalgamlarla dolu bir ağız ortaya çıkmaktadır.

Bakteri Plâğı ve Kontrolü

Bakteri plağının çürük ve periodontal hastalığın etyolojisindeki önemli rolü bugün genel olarak kabul edilmektedir. Plağa ilişkin periodontal hastalığın gelişimi mekanizması konusunda pekçok çalışmaya gerek vardır. Araştırmalar periodontal hastalıkta gingival

oluk içindeki ve üstündeki bakteri kolonilerinin varlığı ve plak mikroorganizmalarının toksik ürünlerine bağlı olarak iltihap reaksiyonunun başladığını bildirmektedirler (endotoksin ve antijenlere karşı doku cevapları). Çürük konusunda ise, genel olarak kabul edilen diş yüzeyiyle sıkı temasta olan mikroorganizmaların reaksiyonu ile çürük olayının başlamasıdır. Bu organizmalar karbonhidrat alımından sonra plak içine giren sukroz ürünlerine etki ederek, asit oluşturup, PH değerini kritik değer olan 5,5'a düşürüp minerde çözümlere yol açarlar (1).

Bizim çürüğe ilişkin bireysel koruyucu önlemlerimiz içinde mine yüzeyinin, çeşitli fluor uygulamaları, fissür örtücülerinin kullanımı, karbonhidratın sınırlı alımı ve plak oluşumunun azaltılması gibi önlemlerle direncinin artırılmasını sağlayan yöntemler vardır.

Buna karşın periodontal hastalık konusunda etkin olabilecek tek yöntemin bakteri plağı ve diş taşlarının uzaklaştırılması olduğunu görüyoruz.

Plak oluşumu belirli bir sırayı izleyen olaylar dizisidir. Önce, tükürükten ya da gingival sıvıdan oluşan pelikil, dişler üzerine yapışır, **Bu ince**, pelikal esas olarak gliko-proteinlerden oluşan bir tabakadır. Pelikilin oluşmasından çok kısa bir süre sonra, daha çok streptokoklar olmak üzere çeşitli koklar bu yapışkan tabakanın üzerinde toplanırlar ve bu organizmalar çoğalarak, kolonileri oluştururlar. Mikroorganizmaların bağlantısı, deksran bakterilerinin metabolik aktivitesiyle, bunların ürünleriyle daha da sağlamlaştırılır. Daha sonra diğer mikroorganizmalar plağa katılır, yoğun bir flora oluşur, bu florada filamentoz bakteriler de bulunur. Plağın son oluşan şekli periodontal hastalığın başlangıcına neden olmaktadır, ilk şekli daha çok çürük oluşturuçudur (1).

Uzun süreden beri periodontal hastalığın geniş ölçüde önlenbilir olduğu, özellikle erken dönemlerde tedavinin çok kolay olduğu bilinmekteydi. Hastalığın ilerlemesiyle destek dokularda haraplanma görülmekte, daha uzun ve güç tedaviler gerekmektedir. Ancak oldukça geç döneme gelmedikçe, hastalığın yakalanması ve dişleri sağlıklı durumda tutabilmek mümkündür. Bugün çürük kontrolünde öyle bir noktaya geldikki, çürüğün yakın bir gelecekte büyük bir problem olmaktan çıkacağı söylenebilir.

Çürük profilaksisinde, hastanın yardımına çok az ihtiyaç vardır, oysa periodontal hastalığın kontrol ve tedavisinde hastanın yardımı olmaksızın başarı çok azdır.

Uzun, yıllar dişhekimlerine dişeti sağlığının diş taşı ve debris ortadan kaldırmakla sağlanacağı öğretilmişti. Geçmişde bakteri plağı terimi henüz kullanılmamakta, diş taşı ve debrisin ortadan kaldırılmasıyla çok iyi sonuçlar alınmaktaydı. Buna rağmen bir kısım vaka iyileşmemekte ve çeşitli operasyonlara başvurulmaktaydı. Ne yazık ki bu vakaların pekçoğunda, olaya neden olan bakterilerden ötürü operasyon sonrası hastalık tekrarlanmaktaydı. Dişhekimi ve periodontist bakteri plağının yapısını bilmediklerinden ve kolaylıkla görülmemesi gibi nedenlerle hastaların uyguladıkları oral hijyen yöntemlerinden kolaylıkla tatmin olmakta ve başarısızlıkları sistemik faktörlerle bağlamak suretiyle hastaya çeşitli hormonlar yada eksikliği tahmin edilen diğer preparatları vermekteydiler. Plak önlenmesinde pek çok araştırma sürdürülmektedir, örneğin; antibiyotikler, kimyasal yöntemler ve klorheksidinin experimental kullanımı gibi. Fakat bugün çeşitli fluor bileşenlerinin ve fissür örtücülerinin çürükden korumada kullanılmasına eş değerde bir periodontal önlem yoktur. Hayvan deneyleri ile insanda aynı preparatların kullanımı çok farklı sonuçlar vermektedir. Bu konuda dextranaz etrafında yaratılan reklâmları, dextranazın plak oluşumunu ve plaktan oluşan hastalıkları önleyeceği yolundaki haberleri verebiliriz. Oysa uzun süreli deneyler dextranazın bir plak inhibitörü olarak bile başarısız olduğunu kanıtladı. Son araştırmalarında Loe ve Schiott (1970) dişler tamamen plaktan temizlendiğinde gingiva iltihaplarının önlenileceğini göstermiştir. Loe ve arkadaşları ayrıca diş fırçalama iyi bir şekilde yapıldığında, tüm plak ortadan kaldırıldığında, dişler üzerinde yeniden koloni oluşabilmesi için 48 saat gerektiğini ve bu nedenle gūnaşırı fırçalamanın yetebileceğini öne sürmüşlerdir (2). Gerçekte böyle bir temizliği sağlamak çok güç olduğundan plağı ortadan kaldırmak için gūnde en az bir kez fırçalamanın yeterli ve sağlıklı bir şekilde yapılmasını öğütlemek gerekir.

Plağın ortaya çıkarılması

Hastaların çoğu, dişlerinin üzerindeki bakteri tabakasının ve çeşitli renklemelere yol açan kirliliğın farkında değildir. Dişhekimleride sıklıkla temiz görünüşlü dişlerin ne kadar yoğun birikimler taşıdığını gözden kaçırabilirler. Bu nedenle bu birikintilerin gözle görülür hale getirilmesi iki açıdan önemlidir.

1. Hastaya böyle zararlı bir bakteri tabakasının varlığını gösterebilmek ve ortadan kaldırılabilceğini anlatmak için,
2. Dişhekimi yada hijyeniste temizlik veya cilalama esnasında, görerek çalışmasını sağlamak için,

Bu yöntemle pekçok gingivitis vakasını daha kanama dönemindeyken etkin fırçalama ile tedavi etmek mümkün olmuştur.

Plâk oluşumunu azaltmak

Plâğı göstermekle dişhekimi, bu plâğı ortadan kaldırmak, hastayı kendisinin kaldırabileceğine inandırmak, oluşumunu önleyebileceğini anlatmak ve bakteri gelişmesini sağlayacak retansiyon alanlarını ortadan kaldırıp, dişleri düzeltmekle yükümlüdür. Bu nedenle aşağıdaki sıraladığımız faktörlere dikkat etmek gerekmektedir.

1. Taşkın dolgular
2. Dişler arasında kötü temas
3. Uygun olmayan kron sınırları
4. Çürük kavileri
5. Anormal frenum (fırçalama alanına giren)
6. Kötü dizinimli dişler
7. Kötü protezler, ortodontik apareyler.
8. Yetersiz dudak kapanışı
9. Aşırı sukrozlu besin alımı

Cilalama

Koruyucu uygulamaların önemli konularından biride dişlerin plak oluşumunu zorlaştıracak şekilde düzgün, iyi cilalanmış olmasıdır. Cilalama işlemi, dolgulara, doğal dişlere ve protezlere uygulanır.

Doğal diş yüzeylerinin cilalanmasının nedeni cilalı düzgün yüzeylerin, pürüzlü yüzeylere kıyasla daha az bakteri plağı tutmasıdır.

Periodontal tedavilerin içinde ya da günlük koruma çalışmalarında, yapılan diştaşı temizliği ve plağın ortadan kaldırılmasından sonra cila gereklidir (1).

Yukarıdaki açıklamaların ışığı altında Koruyucu Dişhekimi eğitimi ve klinik uygulamalarında şu işlemlerin yapılabilmesi görülmektedir :

Bireysel, hastaya verilen koruyucu hizmetler olarak;

1. Yüzeyel fluor uygulanması
2. Fissur örtücüleri uygulaması
3. Bakteri plağı ve diştaşı temizliği

Toplumsal açıdan ise;

1. Epidemiyolojik çalışmalar
2. Ağız-diş sağlığı konusunda sağlık eğitimi
3. Kitleye uygulanabilecek koruyucu yöntemlerin geliřtirilmesi
şeklinde çalışmalar olabileceği görüşündeyiz.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Hardwick, J. L.** : The teaching program of Preventive Dentistry Department of Manchester University.
- 2 — **Forrest, C. O.** : Preventive Dentistry, Bristol. John Wright Sons LTD, 1976.
- 3 — **Forum** : Preventive Dentistry, Preventive Medicine, Vol : 5/ p: 325-399 (1976).