

## HAMİLELİK VE DİŞHEKİMLİĞİ

Belgin BAL\*

### GİRİŞ

Hamilelik insan neslinin devam edebilmesi için gerekli olan ve bayanlarda doğal olarak oluşan bir olaydır. Fizyolojik bir olay olmasına rağmen, hamilelikte dişhekimliği açısından dikkat edilmesi gereken bazı özel konular mevcuttur.

Hamileliğin başlaması ile birlikte bayanlarda hormonal, fiziksel ve psikolojik yönden pek çok değişiklikler olmaktadır.

Hormonlardan gonadotropinler hamileliğin 2. ve 3. ayı arasında çok artarak maksimuma ulaşır daha sonra ise düşer ve aynı seviyede kalır, oysa östrojen ve pregnandiol giderek artar, 3. trimesterde maksimum olur ve doğumdan hemen önce düşer. Seks hormonlarındaki bu değişikliklere bağlı olarak normal hormonal dengede de bazı değişimler görülür (11, 12).

Uterusun genişlemesi ile bağıntılı olarak abdominal organlarda yer değiştirmeler olur. Bazı organlar üzerinde basınç fazlalaşır, özellikle mesane ve midede bu baskı daha çok hissedilir, bu nedenle sık idrara çıkma ve sık ama az yeme alışkanlıkları başlar. Bunun yanı sıra uterusun abdominal venler üzerindeki baskısı sonucu venöz geri dönüşüm kısıtlanabilir, buna bağlı olarak ayak bileklerinde şişlikler oluşur. Bu kişilerin oksijen tüketimi fazlalaşır bu nedenle solunum kapasitesi artar (8).

Hamile bayanlarda enfeksiyöz hastalıklara karşı direnç azalır, ancak bu dönemde geçirilecek bir enfeksiyöz hastalık özellikle 1. trimesterde fötuse geri dönüşü mümkün olmayan zararlar verebilir (8).

---

(\*) G.Ü. Dişhek. Fak. Periodontoloji Anabilim Dalı, Araş. Görevlisi, Dr. Dt.

Bu dönemde bayanlarda olan bir değişiklik de psikolojik yöndendir. Bu durumdaki kadınlar kendi vücudunu ve gelişmekte olan bebeğini ilgilendiren herşeyle çok ilgilidirler ve bu dönemde yapılacak her türlü işlemin bebeğine zarar verip vermeyeceği konusunda endişeli olurlar, bu nedenle normal bireylere göre daha gergindirler ve çoğunlukla da dişhekiminden uzak kalmayı yeğlerler.

#### HAMİLE BAYANLARDA AĞIZDA OLUŞAN DEĞİŞİKLİKLER

Hamilelikle ilgili olarak yapılan birçok çalışmada hormonal dengenin değişmesine bağlı olarak dişetlerinde iltihap oluştuğu ve bunun doğuma kadar giderek arttığı, doğumdan sonra ise spontan bir düzeltme olduğu bildirilmiş, hatta bu dönemde görülen dişeti iltihapları hamilelik gingivitis şeklinde özel olarak isimlendirilmiştir (1, 4, 5, 6, 9).

Ancak son yıllarda bu konu ile ilgili olarak yapılan araştırmaların sonuçlarına göre bu dönemde görülen gingivitislerin, plağa bağlı olarak oluşan gingivitislerden farklı olmadığı, ancak bu dönemde plağa karşı dişetinde iltihabi cevabın arttığı, yani hastalıkta esas etkenin bakteri plağı olduğu, hormonal faaliyetlerin ise olayı hızlandırdığı savunulmuştur (11, 12, 16). Arafat (2)'ın bildirdiğine göre, sağlıklı dişetlerine sahip bireyler hamilelik döneminde de iyi bir oral hijyen sağlarsa hiçbir şekilde dişeti iltihabı görülmez.

Ancak hamilelikten önce mevcut bir gingivitis ya da periodontitis varsa ve bu dönemde de hijyen kötü ise artan cevaba bağlı olarak bunların şiddetinde artma görülür, dolayısıyla hamilelik sırasında dişeti problemlerinin her basamağına rastlanabilir (8). Bunlar çok az bir dişeti kanamasından çok ağrılı dişeti iltihaplarına kadar değişebilir. Bu dönemde görülen bazı lokalize dişeti büyümeleri, hamilelik tümörü olarak isimlendirilmiştir (13, 15). Bu büyümeler lokal etkenlere karşı iltihabi bir cevap olarak ortaya çıkmaktadır (7).

Hamilelik döneminde gelişmekte olan fötuse mineral desteği sağlamak için annenin dişlerinde dekalsifikasyon oluştuğu hakkındaki eski inanışın hiçbir bilimsel yönü bulunmamaktadır (10).

Sandallı (14)'nın bildirdiğine göre, Deakins ve Looby hamile ve hamile olmayan kişilere ait çekilmiş çürük dişlerinde yaptıkları bir araştırmada mine ve dentinlerinin kimyasal kompozisyonlarında bir farklılığa rastlamamışlardır.

Littner (10)'in bildirdiğine göre, Burket yaptığı bir araştırma sonucunda hamilelik döneminde süren dişlerde önemli miktarda kalsiyum ve fosforun uzaklaştığına dair histolojik, kimyasal veya radyolojik bir kanıt bulamamıştır. Bugün artık bilinmektedir ki tamamen gelişimini tamamlamış bir diş kalsiyum metabolizmasına katılamaz. Dolayısıyla hamile bir bayanın dişlerinde kalsiyum kaybını önlemek amacı ile diyetinde kalsiyum desteği yapma fikri artık eskimiştir (10).

Günümüzde düşük pH, sabah bulantı ve kusmaları dekalsifikasyon mekanizmaları olarak kabul edilmemektedir.

Sandallı (14)'nın bildirdiğine göre, Ziskia ve Moulton hamilelerin tükürük pH'ını 6.61, hamile olmayanların pH'ını ise 6.72 olarak bulmuşlardır. Dişlerde ise pH 5.5'e gelmeden dekalsifikasyon oluşmamaktadır. Bu nedenle kusmanın mine üzerinde herhangi bir etkisi yoktur.

Hamilelik sırasında oluşan yeni kaviteleer daha çok oral hijyenin ihmal edilmesi gibi lokal etkenlerle ortaya çıkar (10).

## HAMİLELERDE DİŞ TEDAVİSİ

**Tedavi için uygun zaman :** İlk trimesterde bayanlarda çoğunlukla bulantı kusma ve kolaylıkla koku, görüntü gibi dış etkenlerden etkilenme fazladır ayrıca bu safha organogenez dönemidir ve bu dönemde spontan düşük çok görülür. Dişhekimiği ile ilgili tedavilerin, gelişim deformitelerine veya spontan düşüklere neden olduğuna dair bilimsel bir kanıt olmamasına rağmen bu olaydan dişhekimleri sorumlu tutulabilmektedir.

İkinci trimester rutin diş tedavileri için en uygun zamandır, zira bu dönemde organogenez safhası tamamlanmıştır. Ayrıca bu dönemde bayarlardaki fiziksel genişleme az olduğundan nefes almaları daha kolaydır, bu dönemde uterus çok fazla büyümediğinden postural hipotansiyon olmaz.

Üçüncü trimestr'in özellikle son dönemlerinde ağırlığın artması ile hareket azalır, ürinasyon sıklaşır, postural hipotansiyon ve bacak ödemi başlar ve hasta yatay pozisyondan çok rahatsız olur.

Ancak modern otörlerin görüşüne göre hastanın doktoru terisini belirtmemişse, acil durumlarda hamileliğin her döneminde çekim ve cerrahi işlemler yapılabilir (8, 14).

**Psikolojik durum :** Hekimin hamileliğin duygusallığının karakteristik dalgalanmalarını çok iyi bilmesi gerekmektedir. Vakaların çoğunda hamile kadınlar mutlu ve sakin, en azından durumu kabul etmiş durumdadır. Ancak evliliği mutlu değilse veya doğacak çocuk istenmemişse ilk aylarda anne adayını duygusal dengeye sokmak için girer, duyguları çok çabuk değişerek mutluluk ile depresyon arasında gider gelir. Hekimin daima konuşarak hastasını rahatlatması ve tedavi hakkında bilgi vermesi gerekir. Hamilelerin görünüşlerinden dolayı aşırı hassas olmaları dolayısıyla bu konu ile ilgili şaka yapmak ya da bu durumu tartışmak önerilmez. Buna ek olarak odada ısıyı ayarlamak, fazla gürültüyü azaltmak ve gereksiz olarak rahatsız edilmeleri ortadan kaldırmak gerekmektedir.

**Seanslara uyum :** Hamilelerde mümkün olduğunca kısa seanslar uygulanmalıdır. Bu bayanların uzun süreli olarak aynı pozisyonda kalmaları rahatsızlık yaratabileceğinden ya da sık olarak ürinasyon gereksinimlerinden dolayı tedavinin ortasında bir süre dinlendirilmeleri yerinde olur. Hamilelerde çoğunlukla bulantı, kusma ve senkop olaylarına rastlandığından hekimin bu olaylara hazırlıklı olması ve gerekli olan araçları yanlarında bulundurmaları gerekmektedir. Ayrıca temizliğe gerekli özenin gösterilmesi ve kötü kokuların ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Hamilelikte özellikle 2. ve 3. trimestrlarda genişlemiş uterusun abdominal venlere baskı yaparak venöz kanın kalbe geri dönüşünü azaltması, bunun sonucunda kardiyak outputun azalması serebral anoksi oluşturması ile hasta senkopa girebilir. Senkopta normalde yapılan tedavinin tersine hamileler sol tarafına döndürülmeli ve venlerdeki basınç ortadan kalkana kadar bu durumda dinlendirilmelidir. Bu durumlarda hastayı Trendelenburg pozisyonuna getirmek olayı daha da arttırır (10).

**Radyografi :** Tam bir teşhis için dental radyografiler temeli oluşturur. Eğer dental röntgen cihazlarında uygun korunma sağlanmışsa ve ışın iyi yönlendirilmişse tek bir apikal film için ilgili bölge 0.05 miliröntgen radyasyon alır, tüm ağız radyografisinde ise bu miktar 1 miliröntgendir. Yüze uygulanan radyasyon miktarının ancak 1 : 50.000'i overlere geçmekte olduğu bu miktarın ise gerekli önlemler alınarak daha aza indirilebileceği bilinmektedir. Bunlar içine uzun kon tekniği, uygun filtre (alüminyum), hızlı filmler kullanmak ve hastanın karın bölgesine kurşun bir yelek örtmek gelir (3). Hamile bayanlarda ilk trimesterde sadece acil olan dişler için radyografi alınması, komple incelemenin 3 ay beklemesi de önerilmektedir (8).

**Anestezi :** Her üç trimester içinde vazokonstriktör içeren ya da içermeyen tüm anestetiklerin kullanılması için bir kontrendikasyon yoktur ancak eğer gerekli değilse ek bir medikasyon yapmamak için vazokonstriktörsüz tercih edilir. Önemli olan gerekenden fazla anestezi solüsyon kullanmamaktır zira az miktar da olsa bunlar plasentayı geçmektedir. Eğer genel anestezi gerekiyorsa 2. trimester tercih edilmelidir. Acil durumlarda ise hastanın doktoru ile konsültasyon yapılarak her trimesterde genel anestezi verilebilir (10).

**İlaç verilmesi :** Placenta annenin kan dolaşımından gelen bazı maddeleri fütuse geçirmemek için bir bariyer görevi görmektedir. Ancak pek çok ilaç hamilelik döneminde özellikle de ilk trimester da fütuse zararlı etki edebilmektedir. Örneğin steroidlerin kullanılması ile yarık dudak ve damak gibi konjenital defektler olduğu ya da tetrasiklin ile minerede renk bozuklukları olduğu, chloromycesin kullanımının kemik iliği depresyonuna neden olduğu bilinmektedir (17).

Ayrıca bu dönemde streptomisin, sulfanomid grubu ve glukokortikoidlerin kullanımı da önerilmez. Antibakteriyel olarak en zararsızlar penisilinler ve eritromisindir (10). Analjeziklerden parasetamol aspirine göre daha fazla tercih edilmektedir (17). Bilindiği gibi narkotikler, temel olarak fütusde kalıcı zararlar vermezler ancak çok fazla alındığında erişkinlerde görüldüğü gibi fütusde de S.S.S.'de depresyon yapabilir (8).

**Flor :** Floridlerin plasentadan geçiş yaparak daimi dişlerin çürüğe karşı dirençli olmasını sağlayıp sağlamadığı halen tartışmalıdır. Bugün bile hamilelerde koruyucu olarak flor verilmesine rağmen bunun gereksiz olduğu ve çocuklukta verilmesinin daha uygun olduğu bildirilmektedir (10). Ancak annenin bulunduğu bölgedeki içme sularında flor miktarının yetersiz olduğu durumlarda 4. aydan başlamak üzere günde 1 mg. flor verilmesi de önerilmektedir (17).

Enfeksiyöz hastalıklar ve özellikle çocuk hastalığı olarak bilinen bazı virütik hastalıklar bazı fetal defektlere neden olur bu nedenle hamileleri çocuklarla yakın seanslarda çağdırmamak gerekir. Aynı şekilde hekimin enfeksiyöz bir hastalığı söz konusu ise bu durumda hamile hasta kabul etmemesi yerinde olur (8).

Her yaş grubunda bireylerde olduğu gibi hamilelik döneminde de koruyucu hekimlik çok önemlidir. Bu dönemdeki kişilerde hekimin en önemli rolü kişilere halk arasında samıldığı gibi her bebeğin bir dişe malolmayacağı, aksine bu dönemin diş ve dişetleri açısından çok sağlıklı geçirilebileceğini ancak bu konudaki en büyük görevin anne adayına düştüğünü anlatmak ve bu konuda kendisini eğitmek olacaktır.

Özellikle ilk trimestrda bulantı ve kusmaları önlemek amacı ile oldukça küçük başlı fırçalar kullanılmalı, gerekirse macunsuz olarak fırçalama yaptırmalı ve bunun yanısıra arayüz temizliği ile fırçalama metodlarını kişilerin ağızlarında uygulamalı olarak anlatarak hijyen eğitimi verilmelidir. Bunun yanında sağlıklı ağızlara sahip olanlar dahil olmak üzere hijyen kontrolü açısından her trimestrda bir kere olmak üzere kontrol edilmelidir. Gingivitis ya da periodontitisi olan bireylerde ise rutin detraj ve küretaj işlemlerine son ay dahil olmak üzere devam edilebilir. Cerrahi işlemler için en uygun periodun 2. trimestr ile erken 3. trimestr olduğu söylenmektedir (10), ancak acil durumlarda her trimestrda hekime danışılarak operasyon yapılabilir, zira uzun süren bir enfeksiyon ya da ağrı fütuse daha çok zarar verebilir.

Sonuç olarak hamilelerin dişhekimliği açısından dikkat edilmesi gereken birkaç özel durum haricinde normal erişkin bireylerden çok farkı yoktur.

Belgin BAL

## ÖZET

Hamilelik döneminde hormonlara bağlı olarak dişetlerinde iltihap oluştuğu ya da fötusun dişlerden kalsiyumu çekerek diş çürümelerine neden olduğu tarzdaki düşüncelerin günümüzde bilimsel bir değeri yoktur. Hamilelik dönemi iyi bir hijyen sağlanarak ve dişhekimine belli dönemlerde kontrole gidilerek sağlıklı bir ağız ile tamamlanabilir.

## SUMMARY

### DENTAL MANAGEMENT OF THE PREGNANT PATIENT

The belief that during pregnancy gingival diseases are caused by special hormonal balance and decalcification of the mother's teeth to supply minerals for the growing fetus has no scientific support.

Maintenance of good oral hygiene is the best preventive against the development of gingival diseases and caries. Also the pregnant women must go for frequent check-ups to a dentist from the onset of pregnancy.

## KAYNAKLAR

- 1 — Adams, D., Carney, J.S., Dicks, D.A. : Pregnancy Gingivitis. A Survey of 100 Antenatal Patients. *J. Dent.*, 2 : 106-110, 1971.
- 2 — Arafat, A.H. : Periodontal Status During Pregnancy. *J. Periodontol.* 45 : 641-643, 1974.
- 3 — Chiodo, G.T., Rosenstein, D.I. : Dental Treatment During Pregnancy : A Preventive Approach. *JADA* 110 : 365-368, 1985.
- 4 — Cohen, D.W., Friedman, L., Shapiro, J., Kyle, C. : A Longitudinal Investigation of the Periodontal Changes During Pregnancy. *J. Periodontol.* 40 : 563-570, 1969.

#### HAMİLELİK VE DİŞHEKİMLİĞİ

- 5 — Cohen, D.W., Shapiro, J., Friedman, L., Kyle, G.C., Franklin, S. : A Longitudinal Investigation of the Periodontal Changes During Pregnancy and Fifteen Months Postpartum : Part II. J. Periodontol. 42 : 653-657, 1971.
- 6 — El-Ashiry, G.M., El-Kafrawy, A., Nasr, M.F., Younis, N. : Gingival Condition of Egyptian Pregnant Women. J. Periodontol. 42 : 271-272, 1971.
- 7 — Erinanç, A. : Hamilelerde Dişeti Problemleri. A.Ü. Dişhek. Fak. Der. 9 : 13-17, 1982.
- 8 — Grier, R.E., Janes, D.R. : Dental Management of the Pregnant Patient. Dent. Clin. North Am. 27 : 419-428, 1983.
- 9 — Hugoson, A. : Gingival Inflammation and Female Sex Hormones : A Clinical Investigation of Pregnant Women and Experimental Studies in Dogs. J. Periodont. Res. 5 (Supp. 5) : 1-18, 1970.
- 10 — Littner, M.M., Kaffe, I., Tamse, A., Moskona, D. : Management of the Pregnant Patient. Quint. Int. 2 : 253-257, 1984.
- 11 — Løe, H. : Periodontal Changes in Pregnancy. J. Periodontol. 36 : 37-45, 1965.
- 12 — Løe, H. : Endocrinologic Influences on Periodontal Disease in Pregnancy and Diabetes Mellitus. Ala. J. Med. Sci. 5 : 336-348, 1968.
- 13 — Maier, A.W., Orban, B. : Gingivitis in Pregnancy. Oral. Surg. 2 : 334-373, 1949.
- 14 — Sandallı, P. : Gebelikte Diş ve Dişeti Hastalıkları. 33 Vaka Üzerinde Bir Araştırma. Cerrahpaşa Tıp Bül. 1 : 31-40, 1971.
- 15 — Setia, A.P. : Severe Bleeding From a Pregnancy Tumor. Oral. Surg. 2 : 334-373, 1973.
- 16 — Silness, J., Løe, H. : Periodontal Disease in Pregnancy. III. Response to Local Treatment. Acta Odontol. Scand. 22 : 747-759, 1966.
- 17 — Statement from National Health and Medical Research Council : Aust. Dent. J. 29 : 265-266, 1984.