


## Sık Karşılaşılan Sistemik Hastalıkları Bulunan Çocuk ve Genç Erişkinlerde Dental Tedaviler

Hazal ÖZER 

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Konya, Türkiye  
[hozer@erbakan.edu.tr](mailto:hozer@erbakan.edu.tr)

Fatma ÜZÜMCÜ UYUMAZ 

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Konya, Türkiye  
[fatma.uzumcu93@gmail.com](mailto:fatma.uzumcu93@gmail.com)

### DERLEME/REVIEW ARTICLE

#### Makale Bilgileri

##### Makale Geçmişi

**Geliş:** 18.07.2019

**Kabul:** 08.11.2019

**Yayın:** 31.12.2019

##### Anahtar Kelimeler:

Çocuk Diş Hekimliği,  
Sistemik Hastalık,  
Dental Tedavi.

#### ÖZ

Sistemik hastalığı olan çocuk ve gençlerin sayısı son yıllarda artmıştır. Yeni teknoloji, daha iyi ilaçlar ve mevcut tedavilerin daha iyi kullanılması sayesinde; giderek artan sayıda kronik sağlık sorunlarına rağmen çocuklar hayatta kalabilmektedirler. Diş hekimleri kliniklerinde böyle hastalarla sık karşılaşacakları için bu tip hastaların tedavisinde nelere dikkat etmeleri gerektiğini ve hastalıkların ağız içi bulgularını iyi bilmeleri gerekir. Bu derlemede en sık karşılaşılan sistemik hastalıklara sahip çocukların dental tedavisi sırasında dikkat edilmesi gereken hususlardan bahsedilmektedir.

## Dental Treatments in Children and Young Adults with Common Systemic Diseases

#### Article Info

##### Article History

**Received:** 18.07.2019

**Accepted:** 08.11.2019

**Published:** 31.12.2019

##### Keywords:

Pediatric Dentistry,  
Systemic Diseases,  
Dental Rehabilitation.

#### ABSTRACT

The number of children and adolescents with systemic diseases has increased in recent years. Despite an increasing number of chronic health problems, thanks to new technology, better drugs and better use of existing treatments; children can survive. Since dentists often encounter such patients in their clinics, they need to be aware of what they should pay attention to in the treatment of such patients and the oral findings of the diseases. In this review, the most common systemic diseases of children with dental care are discussed.

### KANAMA BOZUKLUĞU

Kanama bozukluğu bulunan hastalar pedodontistle ilk dişler çıkmaya başladığı andan itibaren iletişimde kalmalıdır. Oral hijyenin sağlanması ve idame ettirilmesi çok önemlidir. Hastaların ve ebeveynlerin buna önem vermesi gerekmektedir. Dişler günde en az 2 defa, flor bulunduran diş macunları ile fırçalanmalıdır. <sup>1-4,6</sup>

Fokal enfeksiyon riski için daha radikal tedavi seçenekleri planlanmalıdır. Bu hastalarda oral hijyen motivasyonu eksikliği, kanama korkusu ve diş hekimi ziyaretlerinin sık olmaması sebebiyle çürük insidansı yüksektir. Kanama problemi trombosit kaynaklı olan hastalarda ise ağız içi mukozada diş eti büyümeleri peteşi ve ekimozlarla beraber izlenebilir. Kronik kanama problemi olan hastalarda ise mine üzerinde hemosiderin renklemeleri görülebilir.<sup>1</sup>

Hafif kanama problemi olan hastalarda minimal invaziv işlemlerin yapılacağı durumlar tedavi sürecinin etkilemez. İleri derecede kanama problemi olan hastalarda kanama oluşturacak tüm işlemler öncesinde hematolog konsültasyonu gereklidir.<sup>1,2</sup>

Sürekli ilaç kullanan hastalarda lokal cerrahi tedaviler için ilaç kullanımının düzenlenmesi amacıyla konsültasyon gereklidir. Çoğunlukla aspirin kullanan bireylerde lokal faktörler kanama oluşturmayacak ise ilacın kesilmesine gerek kalmadan gerekli önlemler alınarak işlem yapılabilir. Aspirinin kesilmesi gerekiyorsa 10 gün öncesinden kesilmelidir. Bunun gibi klopidogrel (Atervix 75mg, Plavix 75mg) ve dipiridamol (Tromboliz 75mg, Vazodil 75mg) etken maddeli antitrombotik ilaç kullanan hastalarda da doktoruyla görüşülerek ilaç kesilmeden lokal cerrahi işlemler yapılabilir. Varfarin (Coumadin Tbt.) kullanan hastalarda cerrahi işlem günü hastanın INR değeri ölçülmelidir. INR değerinin 3,0'ın altında olması ilaç kullanımının kesilmesini gerektirmez. Heparinin yarılanma ömrü 5 saat olduğu için diyaliz hastalarında (heparin kullanan hastaların çoğunluğu) diyaliz arası günlerde cerrahi işlem yapılmasında engel yoktur.<sup>1</sup>

Kronik antikoagülan ve aspirin tedavisi altındaki bireyler orta risk grubunda değerlendirilir ve hekim konsültasyonu gerektirir. Kanama değerleri nedensiz uzamış hastalar ve kanama eğilimi teşhis edilmiş olan hastalar yüksek risk grubudur ve bu durum cerrahi tedavi öncesi mutlaka hematolog konsültasyonu gerektirir.<sup>1</sup>

Pıhtılaşma bozukluğu olan hastalarda blok anezteziler hematoma oluşturarak yutkunma ve nefes alma zorluğuna, hastanın hava yolunun kapanmasına ve büyük şişliklere sebep olabileceği için bu tip anezteziler tercih edilmemelidir. Eğer işlem yapılması gerekli ise faktör seviyesi %20-30'dan yüksek olsa bile vazokonstriktör içeren anesteziik madde kullanmak şartıyla blok anestezi uygulaması yapılabilir. Blok anestezi yapılacak durumlarda enfeksiyon ihtimali olduğu için işlem öncesi standart antibiyotik profilaksisi uygulanmalıdır. Pıhtılaşma bozukluğu olan hastalar için faktör seviyesinin %50-100 düzeyine getirildiği zaman lokal hemostatik önlemler alınarak diş çekimi ve oral cerrahi işlemler yapılmasında sakınca yoktur.<sup>1</sup>

Genellikle sadece muayene ve minimal temizlikte faktör alınması gerekmez. Blok anestezi yapılacaksa, öncesinde faktör verilmelidir. Hafif hemofilide desmopressin yeterli olabilir. Mandibular sinir bloğu anestezisi öncesi Hemofili A'da faktör düzeyi %50, Hemofili B'de %40 olmalıdır. Diş çekimi faktör durumu bakıldıktan sonra yapılmalıdır. Traneksamik asit ilavesi ile faktör alımı aza indirilebilir. Yoğun tedavilerde (sütür gerekenlerde ya da çoklu diş çekimlerinde) hastanede yatış yapılarak takip ve tedavi gereklidir. Traneksamik asit topikal olarak %5'lik solüsyondan 10 ml 2 dakika, günde 4 kez, 7 gün kullanılabilir.<sup>2</sup>

Cerrahi tedavi yapılacak hastalarda, cerrahi riski düşük olanların laboratuvar testine gerek olmadığı fakat cerrahi riski orta ve yüksek olanların PT, aPTT ve trombosit sayımından oluşan başlangıç hemostaz tarama testlerinin yapılması gerektiği bildirilmiştir. İleri cerrahi işlem gerektiren hemofili hastalarında mutlaka hematolog ile görüşülmeli ve tedaviler tam teşekküllü hastanelerde gerçekleştirilmelidir. Tedavi esnasında ve daha sonra kanamanın durdurulması için tampon ile baskı yapılmalı, yara kenarları suture edilmeli ve işlemten sonra buz uygulaması

önerilmelidir. Lokal olarak trombosit ve traneksamik asit uygulaması ile oksidize selüloz (Surgicel) ve jelatin süngerler (Getatamp) ve Ankaferd kullanılabilir. Bunlara ek olarak fibrin yapıştırıcılar (Beriplast-P ve Tisseel LYO) lokal kanama durdurulmasında oldukça etkilidir ve faktör replasman gereksinimini azaltırlar. Diş çekiminden sonra 5-10 gün süreyle soğuk sıvılar tercih edilmelidir. Süt dişleri kendiliğinden düşerken de kanama olabilir; öncelikle soğuk kompres, kontrol altına alınmazsa da antifibrinolitik ilaç, nadiren faktör replasmanı gerekir.<sup>1,2</sup>

Kanama eğilimi olan hastalarda periodontal muayene ile yüzeysel diştaşı temizliği ve polisaj kanama riski oluşturmayacağı için dikkatli çalışılarak tedavi yapılabilir. Subgingival diş taşı temizliğinde de aynı şekilde en az travma ile çalışıldığı zaman nadiren faktör replasmanı gerekir. Birçok bölgeyi kapsayan periodontal cerrahi işlemlerin yapılacağı ve blok anestezi gerektiren tedaviler öncesinde faktör replasmanı gerekebilir. Periodontal tedaviler sonrası periodontal tamponlar (Peripack Dentsply) ve antifibrinolitik ağız gargaraları lokal kanamanın durdurulmasında yardımcı olarak kullanılabilirler. Antifibrinolitik gargara olarak Transamin %5 lik solusyondan günde 3-4 sefer 10 ml ağız içerisine alınır ve 2 dakika gargara yapılarak tedavi 5-7 gün süreyle devam edilir.<sup>1</sup>

Restoratif ve endodontik işlemler yapılırken ağız içinde kanamaya sebep olmayacak şekilde atravmatik çalışılması kanama problemi olan hastaların konforu açısından önemlidir. Mümkün olduğunca diş çekimi yerine kanal tedavisi tercih edilmeye çalışılmalı ve blok anesteziden uzak durarak endodontik tedaviler yapılmalıdır.<sup>1</sup>

Protetik ve ortodontik işlemler tedavi sırasında yumuşak doku travması meydana getirilmemesine dikkat edildiği sürece kanama problemi oluşturmazlar ve herhangi bir sistemik önlem almadan yapımlarında işlem gerçekleştirilebilir. Uzun süreli aspirin, non-steroid antienflamatuar ilaçlar, penisilin, eritromisin, metronidazol ve tetrasiklinlerin, varfarinin etkisini arttırabileceği göz önünde bulundurularak ilaç seçimi yapılmalı, gerekli durumlarda hekime başvurulmalıdır.<sup>1</sup>

## **DİYABET**

Diabetli çocuklarda on yaşına kadar erken sürme, on yaşından sonra sürme gecikmesi öngörülmesi, bu durum tedavi planlamasında göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaya ağız hijyeni koruma eğitimi verilmelidir.<sup>8</sup>

Lokal anesteziklerin içindeki adrenalın miktarı hiperglisemiye neden olacak kadar fazla değildir ve 1/80.000'lik adrenalın içeren solüsyonlar kullanılabilir; yine de mümkünse adrenalın içermeyen solüsyonlar tercih edilmelidir.<sup>9</sup>

Hastada tükrük akış hızı düşüktür. Düzenli aralıklarla (her 3 veya 6 ayda bir) mutlaka ağız-diş sağlığı kontrollerini yaptırmalı, kontrol altında olsun olmasın tüm diyabetli bireyler, pedodontist kontrolünden geçmeli ve takip edilmelidir. Ayrıca yara iyileşmesinin geç olabileceği unutulmamalıdır. İşlem sonrası bakım önerileri dikkatli ve eksiksiz verilmelidir.<sup>8</sup>

Diabetli bireyler diş tedavisine gideceği gün ya da bir gün önce mutlaka açlık kan şekeri düzeyini ölçtürmeli ve bu bilgiyi diş hekimine söylemelidir. Diabetli bireylerde dental tedavi için en uygun zaman kahvaltıdan sonraki saatlerdir. Randevuya gelmeden önce insülin enjeksiyonunu ve kahvaltısını yapması mutlaka söylenmelidir. Hastaların diş tedavisinden sonra yemek yiyemeceğini düşünerek insülin uygulamayı bırakmamaları gerekir. Çünkü stres kan şekerini yükseltebilir. İnsülin uygulandıktan sonra eğer normal yenmesi gereken gıdalar alınmıyorsa

kalori açığı sıvı yiyecek/içecekler ile kapatılmalıdır. İnsülin dozu atlanmamalı, mutlaka her zaman uygulanan dozunda ve zamanında yapılmalıdır.<sup>6,7</sup>

Diş hekimi randevuları kısa tutmalı, uzun süren randevularda ise ara vererek hastanın ara öğünlerini yemesini sağlamalıdır. Herhangi bir cerrahi işlemde önce hastanın kan şekeri düzeyinin kontrol edilmesi ve düzenleme yapılması gereklidir. Kan şekeri yüksek olan hastalarda sadece acil enfeksiyon müdahalesi yapılması gerekir. Bunun dışındaki diğer tüm tedaviler kan şekeri düzeyi düşürülene kadar ertelenmelidir.<sup>5</sup>

Dişabetli çocuklar enfeksiyona çok duyarlıdır. Gereken durumlarda, antibiyotik profilaksisi uygulanması, işlem öncesi ve sonrası çocukların diyetine özellikle dikkat etmelerinin sağlanması gerekmektedir.<sup>3,9</sup>

Çocuk protezleri ve hareketli yer tutucularda vurukları önlemek için teslim seansı özenli gerçekleştirilmeli ve kontrol seansları daha sık yapılmalıdır. Kontrol altına alınmamış dişabetli bireylerde ortodontik tedaviye başlanmamalıdır.<sup>4,8</sup>

### **KALP DAMAR BOZUKLUĞU**

Bir çocuğa kalp damar bozukluğu teşhisi konulur konulmaz bir pedodontistle konsülte edilmelidir. Ventriküler septal defekt, patent duktus arteriosus, atriyal septal defekt, fallot tetralojisi, pulmoner darlık, aort koarktasyonu, aort darlığı, büyük arter transpozisyonu yapısal doğumsal kalp damar bozukluklarından en sık görülenlerdir.<sup>4,5,9</sup>

Bakteriyemi riski olan; diş etleri ve kök ucunu da içeren, ağız mukozasını perforate edecek işlemler için önlem olarak profilaksi yapılmalıdır. İşlem öncesi antiseptik gargara ile ağız çalkalaması önerilebilir. Dental tedavilerde bakteriyel endokardit riskini arttıracak; kuafaj, amputasyon ve kanal tedavisi seçenekleri elenmelidir. <sup>6</sup>

Hastaların kullandıkları ilaçların şeker içeriğinin yüksek olması ve yüksek karbonhidratlı gıdalar alımı sebebiyle hastalar yüksek çürük riski grubundadırlar. Anksiyete ve korku kaynaklı ritim bozukluklarını önlemek amaçlı preoperatif sedasyon önerilebilir. Dental anestezi epinefrinsiz tercih edilmelidir. Tedavi esnasında acil durum müdahalesi için alet ve ekipman bulundurulmalıdır.<sup>4,5</sup>

### **ASTİM**

Astımlı çocuklar daimi dişlerinde artmış çürük insidansı, gingivitis, diş taşı, erozyonla beraber değişmiş tükürük içeriği ve akış hızına sahiptirler. Bu duruma bireylerin aldıkları inhaler (laktoz vb şeker içerir) ve sıvı formdaki ilaçlar sebep olmaktadır.  $\beta_2$  – agonistleri kullanımı da tükürük akış hızını azaltan faktörlerdendir. Akut rinit ve ataklar dönemlerinde ağız solunumu ve immün sistemin değişimi de tükürük akış hızı ve kompozisyonunu etkilemektedir.<sup>10</sup>

Aşınmış dişler; düşük tükürük akış hızı, tamponlama oranı, parotiste fosfor ve kalsiyum düzeyinin artışıyla beraber diş taşı birikiminin artması, gastro-özefageal reflü görülme sıklığı, asitli içecek tüketme oranı gibi etkenlerden etkilenmektedir.<sup>10</sup>

Aspirin ve non sterodid anti enflamatuar ilaçlardan, ilaç etkileşimleri ve atak başlangıcına sebep olabilecekleri için kaçınılmalıdır. Atak sebebi dental tedaviler dahi olabileceğinden hastaların ilaçlarını tedavi seansında yanlarında bulundurulmaları istenir. Sedasyon ihtiyacında ise intravenöz yerine inhalasyon yöntemi tercih edilmelidir. Tükürük akış hızı ve tamponlama kapasitesi rutin kontrollerle değerlendirilmeli, koruyucu uygulamalar aksatılmamalıdır. Ağız

kuruluşunu önlemek için sık sık su içilmesi önerilmeli ve şekersiz sakız çiğnenmesi tavsiye edilmelidir.<sup>4</sup>

Oral kandidiyazis oluşumunu önlemek amacıyla topikal antimikotik kullanımı hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. Toz inhaler kullanan hastalar inhaler kullanımı konusunda bilgilendirilmeli ve inhale edilen ilacın doğrudan solunum yoluna ulaşması için hazne kullanımı tavsiye edilmelidir. Hastalar dental erozyon riskine karşı, inhaleri kullandıktan hemen sonra likid antiasitler, karbonatlı su, süt veya nötral sodyum floridli gargaralarla ağızlarını çalkalamaları söylenmelidir.<sup>4,10</sup>

Uzun süre ve yüksek doz inhale kortikosteroid kullanan hastalara düzenli kemik mineral yoğunluğu ölçümü yaptırılmaları tavsiye edilmelidir.<sup>4,7</sup>

### **GASTRO-ÖZEFAGEAL REFLÜ**

Gastrik asit pH'ı 1-3 arasında değişir ve bu asidin ağız içine gelmesiyle dental erozyon gözlenir. Diyet önerisi olarak hazırlayıcı etkenlerden olan asitli içeceklerden uzak durmak önerilebilir. Aktif reflü atakları sırasında diş fırçalanmaması önerilmelidir. Florlu ağız gargaraları, yüksek flor ve düşük abrazyon içeren diş macunları, yumuşak ya da orta sertlikte diş fırçaları tavsiye edilmeli ve remineralizasyon sağlanmalıdır.<sup>3,11</sup>

Tükürük akışını uyardığı ve tamponlama kapasitesini arttırdığı için şekersiz sakız çiğnenmesi önerilmelidir. Fakat sakız midede sıvı salgılanmasını arttırdığı için 7 yaşın altındaki gastrik reflü hastası çocuklara önerilmez. Erozyon tedavisinin temel amacı anterior ve posterior dişlerde diş yapısının hiçbir preparasyon yapılmaksızın maksimum miktarda korunması olmalıdır. Aşınmaların restorasyon yüzeylerinde de görüldüğünü öngörerek dolgu yüzeylerinin polisajları çok iyi yapılmalı ve sık sık kontrol edilmelidir.<sup>3,11</sup>

Protetik restorasyonlar, dentin duyarlılığını azaltmak, estetiği sağlamak, aşınma nedeniyle azalan vertikal boyutu düzeltmek ve diş yapısındaki daha fazla kayıp olmasını önlemek için gereklidir. Bazı durumlarda aşınmayı önlemek için koruyucu gece plakları yapılabilir.<sup>3,10</sup>

Dişlerdeki minenin erozyonu gastro-özefageal reflü hastalığının ilk semptomu olabilir. Diş hekimi hastayı gastroenteroloji uzmanına yönlendirerek bu hastalığın tanısını koymada ilk basamağı oluşturabilir. Medikal tedavi ile asit reflüsü elimine edilmeden eroziv alanların restorasyonuna geçilmemelidir.<sup>3,4,11</sup>

### **KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ**

Gelişimsel ve dental gerilikler sonucu maloklüzyonlarla birlikte glomerüler filtrasyon çok düşük seyrediyorsa dişte mineralizasyon bozuklukları ve mine hipoplazileri gözlenebilir.<sup>12</sup>

D vitamini metabolitleri eksiklikleri sebebiyle hastada; çene kemikleri demineralizasyonu, trabekül ve lamina dura kaybı, dev hücreli lezyonlar ve metastatik kalsifikasyonlar izlenebilir. Hemodiyalize giren hastalarda pulpa kalsifikasyonları sıklıkla gözlenir.<sup>4</sup>

Trombosit disfonksiyonu ve anti-kogulan kullanımı sebebiyle kanama zamanının uzadığı unutulmamalı, dental tedaviler mümkünse hemodiyalizden 1 gün sonra yapılmalıdır.<sup>2</sup> Hepatit bulaşma riski açısından dental işlemler sırasında gereken önlemler alınmalıdır.<sup>4</sup> Hastaya böbrek transplantasyonu yapılacaksa işlemden önce tüm dental tedavilerinin bitirilmesi gerekmektedir.<sup>4</sup> 7 Nakil sonrası siklosporin kullanımına bağlı olarak dişeti büyümeleri izlenir. Siklosporin yerine Takrolimus kullanımı ve plak kontrolüyle hiperplazi kontrol altına alınır.<sup>4</sup>

İmmün sistem baskılayıcı ilaçlar kullanan tüm hastalar gibi Candida Albicans vb mantar enfeksiyonları gözlenebilir. Ayrıca bu ilaçlar enfeksiyon belirtilerini baskıladığı için ağız içi ve radyografik muayene dikkatli yapılmalıdır. Herpetik stomatit, çok sayıda aktif çürük lezyonu ve selülit gelişen enfeksiyonlar gibi durumlarda sıvı-elektrolit dengesi bozulacağından bu koşulların oluşmaması için koruyucu diş hekimliği uygulamalarına önem verilmelidir.<sup>4</sup>

Ca/P oranının yüksek seyretmesi ve yeterli kalori alımı için çoğunlukla yumuşak ve işlenmiş gıdalar tüketilmesi diş taşı birikimini kolaylaştırır. İlaç reçete edilirken böbrekten atılan ilaçlardan kaçınılmalıdır. Dental tedaviler sırasında sekonder enfeksiyon odağı olabilecek dişler çekilmeli, radikal kararlar alınmalıdır.<sup>5</sup> Hemodiyaliz ve transplantasyon hastalarında profilaksi gerekmektedir.<sup>6</sup>

## SONUÇ

Diş hekimi kliniğine başvuran her hastanın anamnezi dikkatlice incelenmeli, olası sistemik hastalıkların dental tedavi sürecini ve hastanın hayatını ciddi bir şekilde etkileyebileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Coşkunes FM, Doğan Ö (2012) Kanama bozukluğu olan hastalarda dental yaklaşım. Cumhuriyet Dent J 2013 16(1), 83-90. doi:10.7126/cdj.2012.1293
2. Ünüvar A, Demir M, Başlar Z. (2011). *Hemofilide kanama tedavisi. Tanı ve tedavi kılavuzu*. 16.06.2019, www.thd.org.tr/thdData/Books/.../bolum-ii-hemofilide-kanama-tedavisi-kilavuzu.pdf
3. *International Diabetes Federation. IDF Europe Annual Report (2018)*. [https://www.idf.org/images/IDF\\_Europe/AnnualReport2018\\_FINAL.pdf](https://www.idf.org/images/IDF_Europe/AnnualReport2018_FINAL.pdf)
4. Cassamassimo P (2009) Bebeklikten ergenliğe çocuk diş hekimliği. Yer: Ankara Nobel Tıp Yayınevi
5. Koch G, Poulsen S. (2012) Çocuk dişhekimliğine klinik yaklaşım. Yer: Yaz Yayınları
6. Antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection. AAPD Guidelines (2014). [https://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/BP\\_Prophylaxis.pdf](https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Prophylaxis.pdf)
7. Cameron A, Widmer RP. (2014) Handbook of pediatric dentistry 4rd edition. Yer: Mosby
8. Arslanoğlu İ, Atar G. (2018) Çocukluk çağı diyabeti: tanı ve tedavi rehberi. Yer: Buluş Yayınevi
9. Özdemir Özenen D, Özdemir Karataş M, Sandallı N. (2007) Tip 1 diyabetli çocuklarda oral değişiklikler. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Dergisi 10(1)
10. Aral K, Aral CA, Kalkan RE. (2016) Astım ve ağız sağlığı. EÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2016 37(2), 42-46.
11. Cengiz S, Cengiz Mİ, Saraç YŞ. (2008) Gastroözefajial reflü hastalığında dental yaklaşımlar. GÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008 25(2),51-56.
12. Barlak P, Koruyucu M, Bayram M, Tokgöz İ, Seymen F. (2013) Kronik böbrek yetmezliği olan olgularda ağız diş bulgularının incelenmesi. Atatürk Üni. Diş Hek. Fak. Derg.2013 21(3), 342-349