

ÇOCUKLARDA PERİODONTAL HASTALIKLAR

Prof.Dr. Levent ÖZER



ÇOCUK VE YETİŞKİN PERİODONTAL YAPILAR ARASINDAKİ TEMEL FARKLILIKLAR

Periodontal yapılar yetişkin ve çocuklar arasında bazı temel farklılıklar göstermektedir.

Dişeti

Periodontal Membran

Alveol Kemiği

Sement

DİŞETİ

Çocuklarda diş eti, erişkinlere göre daha soluk renkli, gül kuru pembe rengindedir. Bunun nedeni epitelin çocuklarda daha ince, daha az keratinize olması ve erişkine göre daha bol damarlı olmasıdır.

Çocuklarda dişeti yetişkinlere oranla daha az pürtüklülük gösterir.

Sağlıklı dişeti erişkinde bıçak sırtı gibi sonlanırken, çocuklarda daha bombeli ve yuvaraktır.

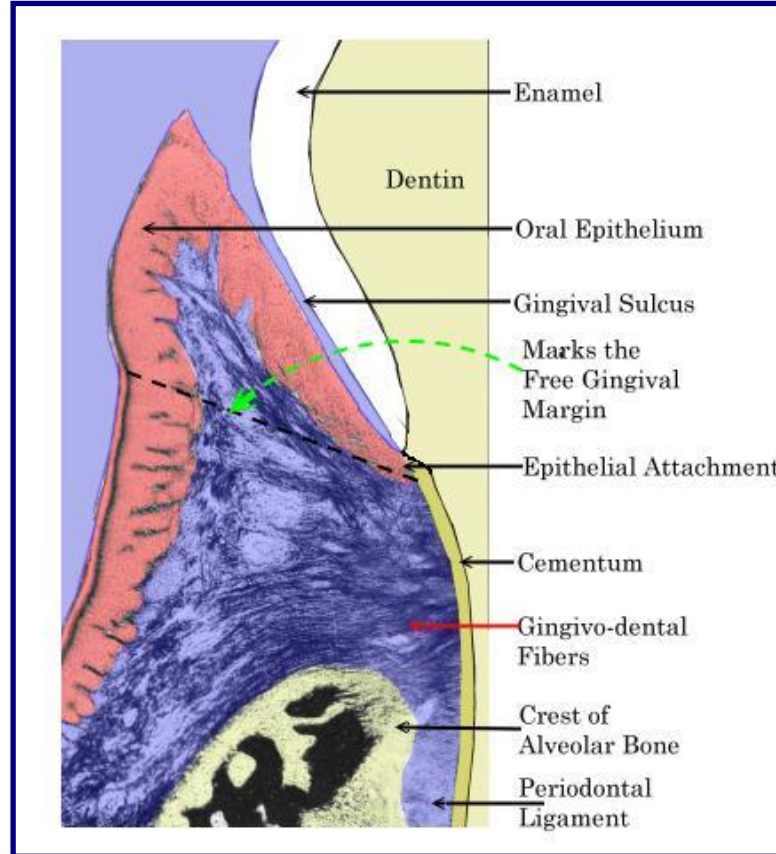
İltihabi dişetin genişliği dişten dişe değişir. Bu değişiklik çocuklarda 1-6 mm arasında değişiklik gösterir. İltihabi dişeti derinliğinin miktarı yaş ile artar. Erişkinlerde bu derinlik 9 mm'ye kadar çıkabilir.

Süt dişlerinin kontakları daha okluzalde olduğu için papil daha kalın ve dolgundur. Süt anterior dişlerdeki diestemalar ve dişetin alveoler sınıra yakınlığı nedeniyle papillalar yoktur.

Erişkinlerde cep derinliği 1-2 mm'dir. Çocuklarda daha azdır. Süt dişlerinde ortalama cep derinliği 1-1,5 mm'dir. Diş sürmesi esnasında ve genç daimi dişlerde dişeti oluşu erişkine nazaran daha derindir

DİŞ ETİ

Alveoler yapıyı ve dişlerin marjinal kısımlarını kaplayan bu müköz membran çocukların dişlenme olayının gelişmesiyle orantılı olarak değişiklikler gösterir.





Alttaki alveoler kemiği fibröz bir doku ile sıkıca bağlı olan yapışık diş eti çocuklarda



Lamina proprianın ince olması Aşırı damarlaşma nedeni ile daha kırmızıdır.

Keratinizasyon daha azdır.

Dişin marjinal kısmını kaplayan serbest diş eti ise yarı oynaktır.



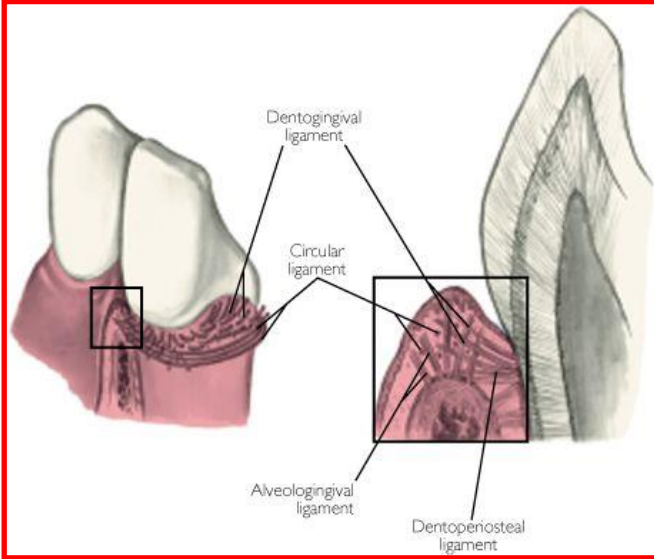
Diş etinde stipling denilen pürtüklük çocuklarda daha az (%35 oranında) ve daha düzdür



Çocukta;

Bağ dokusunda kollejen lif demetleri daha az bulunduğundan dişeti **daha yumuşak** kıvamdadır.

Dişeti kenarı sürmeye bağlı olarak meydana gelen hiperemi ve ödem yüzünden erişkinde olduğu gibi bıçak sırtı şeklinde değil **yuvarlak ve bombeli** sonlanmıştır.



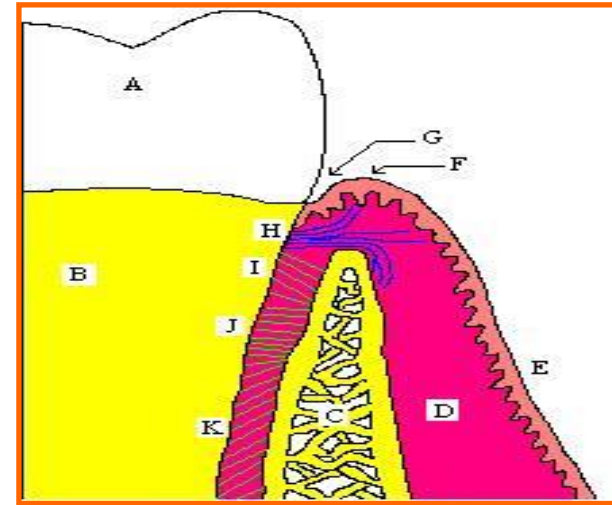
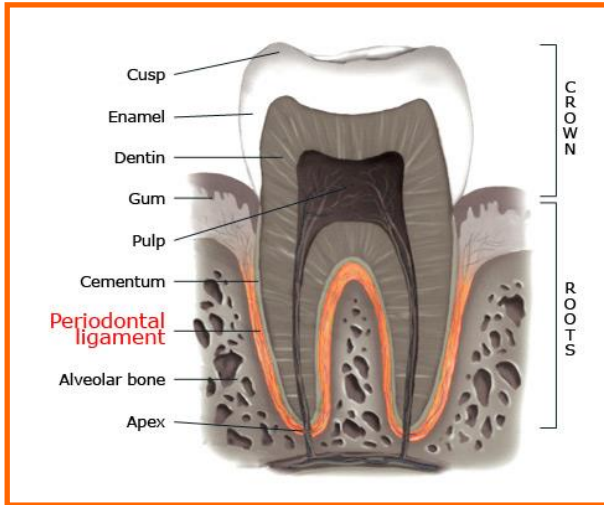
Dişler arası dişeti papili süt dişlerinin morfolojisine uygun olarak aproksimalde kalındır. Çünkü süt dişlerinde kontakt oklüzale yakındır.

Cep derinliği normal olarak 0,5-2,5 mm. arasında değişir fakat sürme sırasında 5 mm. ye kadar fizyolojik kabul edilen şekilde artabilir.



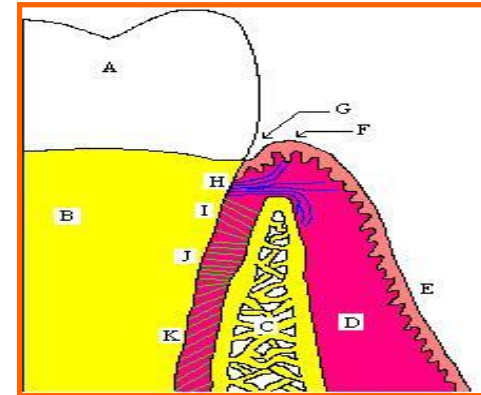
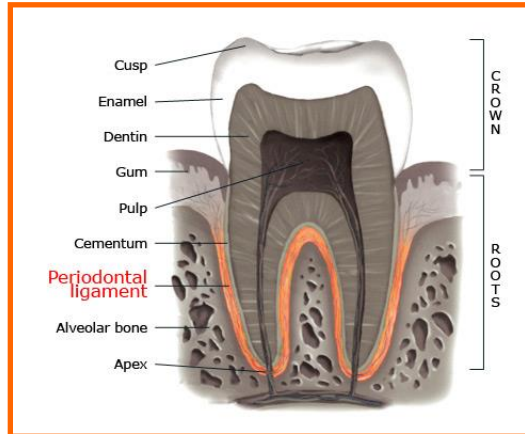
PERİODONTAL MEMBRAN

Bağ dokusu lif ve hücreleri ile damar ve sinirleri kapsayan periodontal membran kollagen lifler aracılığı ile dişi alveol kemiğine bağlar. Çocuklarda genişliği erişkinlere oranla **daha fazladır**.

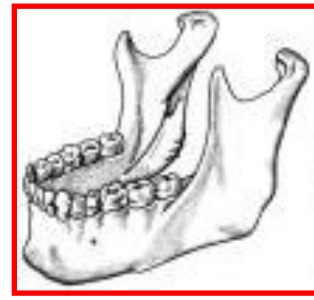


PERİODONTAL MEMBRAN

- Süt dişlerindeki periodontal membran daimi dişlenmedeki periodontal membrandan **daha kalındır.**
- Sürme sırasında periodontal membran fibrilleri **az yoğunlukta düzensiz ve gevşek yapıdadır.**
- Süt dişlerinde periodontal ligamentte **kollagen fibriller daha az sayıdadır.**
- Bağ dokusu fibrilleri arasındaki ara geniştir ve erişkinden daha fazla su, lenf ve kan damarları mevcuttur.



ALVEOL KEMİĞİ



Çocuklarda alveol kemik daha spongiyöz yapıdadır.

Alveol kemiğinin trabekülasyonu yetişkinlere göre daha azdır ama yetişkinlerden daha kalın bir alveoler kemiğe sahiptir ve kemik iliği boşlukları daha geniştir.

Çocuklarda alveolar kemik kalsifikasyonu yetişkinlerden daha azdır.

Ancak kemiğin kanlanması ve lenfatik drenajı yetişkinden daha fazladır.

Daha düzleşmiş bir interdental kret

SEMENT

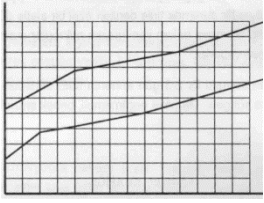
Sementin ise süt dişlerinde sürekli dişlere oranla daha az kalınlıkta, daha az kalsifiye olduğu saptanmıştır.



ÇOCUKLARDA PERİODONTAL HASTALIKLARA NEDEN OLAN GENEL ETKENLER

- a) Yaş
- b) Cinsiyet
- c) Ağız Hijyeni
- d) Ailenin eğitim durumu
- e) Diş hekiminin yeterli bakım ve kontrolü
- f) Alışkanlıklar
- g) Beslenme
- h) Sistemik hastalıklar





1) Yaş: Karışık dişlenme ve puberte döneminde periodontal hastalığın arttığı yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.



2) Cinsiyet: Kız çocuklarının daha fazla periodontal sorunlarla karşılaştığı ileri sürülmüőse de bu konuda kesinlik yoktur.



3) Ağız Hijyeni: Periodontal hastalıkların oluşmasının en önemli sebebi kötü ağız bakımıdır.

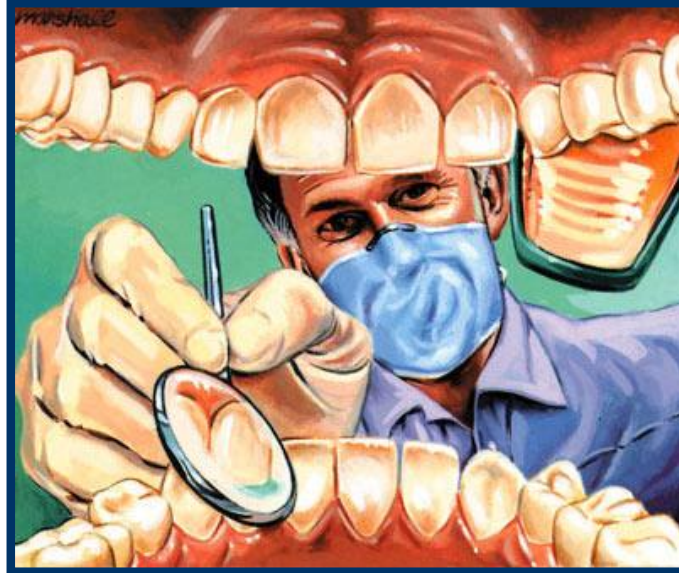


4) Ailenin Eğitim Durumu: Çocuklarına diş bakımını öğreten ve beslenmesini düzenleyen ailelerin çocuklarında, periodontal sorunların asgari düzeye indiği gösterilmiştir.



5) Diş Hekiminin Yeteri Bakım ve Kontrolü:

Özellikle süt ve karışık dişlenme döneminde çocuğa ve aileye iyi bir hijyen eğitiminin verilmesi ve profilaktik uygulamalar daha sonra oluşabilecek problemleri önlemek açısından önemlidir.



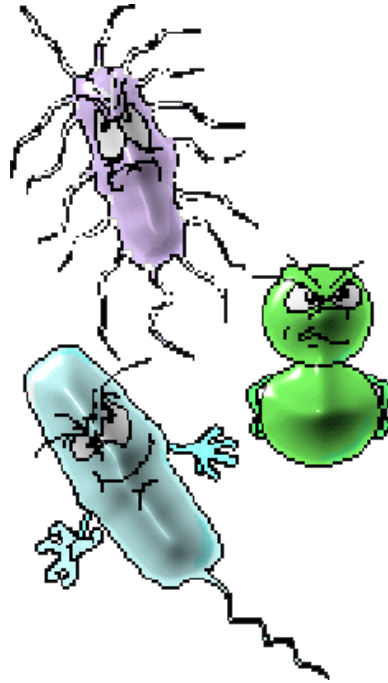
6) **Alişkanlıklar:** Periodonsiyumu bozan alişkanlıklar tırnak yeme, kalem ısırma gibi kronik travma yapıcı baskılardır.



7) Beslenme: Karbonhidratlardan zengin gıdaları çocukların çok sevmesine karşın önerilmez protein yönünden, dengeli beslenme ve vitamin alınımı gerekir.



8) Sistemik Hastalıklar: Bazı sistemik hastalıklar çeşitli dişeti lezyonları ile birlikte görülür.



ÇOCUKLARDA GİNGİVİTİSE NEDEN OLAN LOKAL ETKENLER

- 1- Sallanan süt dişi kök ve kronunun dişetini zedelemesi
- 2- Artık süt dişi köklerinin irritasyonu
- 3- Sürmekte olan daimi dişlerin malpozisyonu
- 4- Aşırı over-bite
- 5- Uygun olmayan ortodontik aparey ve yer tutucular
- 6- Sürme kisti oluşumu



ÇOCUKLARDA GİNGİVİTİSE NEDEN OLAN LOKAL ETKENLER

- 7- Diş eti kenarlarının kalın olması (sürme gingivitis)
- 8- Ağızdan solunum
- 9- Anormal frenilum ataşmanları
- 10- Dental plak
- 11- Diş çürükleri
- 12- Eksik fonksiyon
- 13- Hatalı diş hekimliği uygulaması

Yerel faktör etkisi ile oluşan hastalıklar daha çok dişetinde sınırlı kalmaktadır. Ancak, ender durumda tedavi gecikirse veya ikincil enfeksiyonlar olaya katılırsa periodonsiyumun derin katları da etkilenebilir.



1- Sallanan süt dişi kök ve kronunun diş etini zedelemesi



2- Artık süt dişi köklerinin irritasyonu; rezorbe olmuş süt dişi kökleri keskin kenarları ile dişetini keserler.



3-Sürmekte olan daimi dişlerin malpozisyonu; çapraşık veya yarım sürmüş dişlerin üzerindeki gıda birikintilerinin temizlenmesinin güç olması, travmatik oklüzyon veya tam fonksiyon yapamamalarına bağlı sebeplerden yerel diş eti çekilmelerine yol açarlar.



4-Aşırı over-bite; fonksiyonsuzluğa bağlı aşırı gıda birikimi de çeşitli periodontal sorunlara yol açar.

5-Uygun olmayan ortodontik aparey ve yer tutucular; bu tip apereyler uygun yapılmazsa diş etini ve dişler yolu ile periodonsiyumu bozar,uygun yapılanlarda da yeterli ağız bakımı ve aparey temizliği olmazsa periodontal hastalık gelişir.



6-Sürme kisti oluşumu; Erüpsiyon kisti de denilen bu dişeti kabartıları dişlerin perikoronar torbasından menşey alırlar. Ağrısız, genel belirtisi olmayan yuvarlak, mavimtrak dişeti kabartıdır.



Radyografik olarak kronu yarım ay şeklinde çevreleyen radyolusent görüntü verirler.

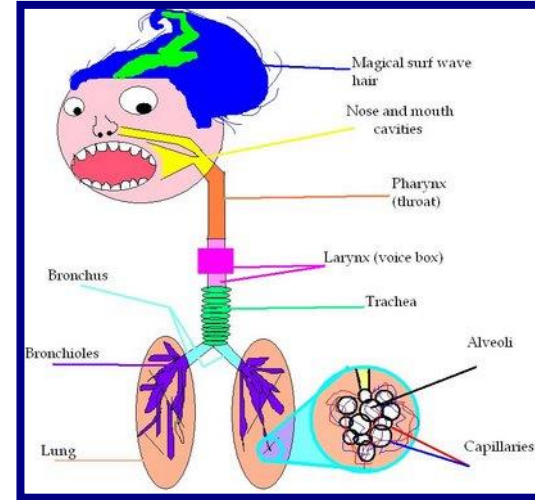
Sürme sırasında mukoza altındaki kılcal damarların yırtılmasına bağlı olarak meydana gelmişlerdir. Tedavisinde masaj yapmak yararlıdır. Enfekte olursa yerel temizlik ve antibiyotik önerilir.



7-Dişeti kenarlarının kalın olması; Karışık dişlenme döneminde kalın dişeti kenarı ve derin dişeti cebi, gıda birikintilerinin toplanmasını kolaylaştırır, fazla gıda artıklarında gingivitise sebep olur.



8-Ağızdan solunum; Solunum yollarında tıkanma yapan bozukluklar yüzünden ağızdan solunum yapmak zorunda kalan çocuğun ağzı kurur. Tükrük yıkama ve temizleme işlevini tam olarak yapamadığından gingivitis meydana gelir.



9- Anormal frenulum ataşmanları; ağız temizliğinin yapımını engelleyerek sınırlı dudak ve dil hareketlerine sebep olarak zarar verirler.



10-Dişlerdeki plak; Çocuklarda daha çok bakteri plağı ile karşılaşılır. Gingival dokuların bakteri plağına olan cevapları küçük yaşlarda daha ılımlı olarak gözlenmiştir. Diş taşı birikimi ise yok denecek kadar azdır.

Glickman'a göre;

4-6 yaş arasında %9

7-9 yaş arasında %18

10-15 yaş arasında %33 oranında diş taşı birikimi olmaktadır.



11-Diş çürükleri; Süt dişlerinde daha çok arayüz çürükleriyle karşılaşmaktadır. Bu çürükler gerek görülmeyiş, gerekse değişecek diye ihmal edilmeleri sebebi ile çeşitli periodontal sorunlara neden olmaktadır.



Buralara dolan gıda artıkları çiğneme basıncı ile dişetine girer. Ayrıca çiğneme sırasındaki ağrılar çocuğun çenesinin o bölümünü kullanmamasına sebep olur. Böylece tek taraflı çiğneme alışkanlığı oluşur ve periodontal problemleri daha karmaşık hale getirir.



12-Eksik fonksiyon; Erken süt diş çekimlerinden sonra yer tutucu yapılmaz ise tek taraflı çiğnemeye bağlı veya sert cisimlerin diş etini tahriş etmesi ile gingivitis oluşur.

Yer tutucular ileride oluşma ihtimali olan malokluzyonların tedavisine yarayarak da periodontal yönden faydalıdır.



13-Hatalı dişhekimliği uygulaması; Matris kullanmadan yapılan ara yüz dolguları dişetine baskı yapar. Bu periodontal harabiyete sebep olur.



Ayrıca diş hekiminin sıcak alet kullanması yanıklara, aletleri dikkatli kullanmayışı veya çocuğun ani hareketleri ağız mukozasının yaralanmasına sebep olur. Çeşitli kimyasal ajanlar dikkatli kullanılmalıdır. (öjenol ve sodyum hipoklorit yanığı)



ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE
GÖRÜLEN DİŞETİNİ
ETKİLEYEN
HASTALIKLAR ve
SINIFLAMASI

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN DİŞETİNİ ETKİLEYEN HASTALIKLAR ve SINIFLAMASI

1. Sürme Gingivitis
2. Kötü oral hijyene bağlı gingivitis
3. Allerjiye bağlı Gingival enflamasyon
4. Akut Gingival Hastalıklar
 - a. Akut Herpetik Gingivostomatitis
 - b. Rekurent Aftöz Ülser
 - c. Nekrotizan Ülseratif Gingivitis
 - d. Akut Kandidiasis
 - e. Akut Bakteriyal enfeksiyon
5. Kronik Nonspesifik Gingivitis
6. Sistemik Faktörlere Bağlı Gingival Hastalıklar
 - a. Endokrin Sistemle İlişkili Gingival Hastalıklar- *Puberte gingivitis*
 - b. Genetik Orjinli Gingival Büyümeleler- *Hereditär gingival fibromatozis*
 - c. İlaça Bağlı Gingival Büyümeleler- *Phenytoin , Cyclosporin*
 - d. Askorbik Asit Yetersizliğine Bağlı Gingivitis

1.SÜRME GİNGİVİTİSİ

Erupsiyon sırasındaki gingivitis oluşumu yaygındır.

Ancak dişin erupsiyonu gingivitise neden olmamakta, sürmekte olan dişin çevresinde biriken plak ve oluşan rahatsızlıktan dolayı fırçalamamak buna sebep olmaktadır.

Erupsiyon sırasında dişin çevresindeki gingiva daha kırmızıdır.

Bu da o bölgede keratinizasyonun devam etmesi ve sulkus gelişimi tamamlanmadığı içindir.. Eksfoliyasyonun normal bir süreci olarak, birleşim epiteli rezorbe olan dişin altına göç eder dolayısıyla artan cep derinliği patojenik bakteriler için uygun zemin hazırlar.



2. KÖTÜ AĞIZ HİJYENİNE BAĞLI GİNGİVİTİS

Çocuklarda görülen en yaygın gingival hastalık tipi **kronik marjinal gingivitis**dir. Çocuklarda gerek dişetin daha ince olması gerekse keratinizasyonun daha az olması nedeniyle gingivanın çevredeki zararlı etkenlere cevabı daha çabuk ve fazladır.

Tedavisi: Fırçalama ve artıkların uzaklaştırılması ile geri dönebilir.

3. ALLERJİ VE AĞIZ SOLUNUMUNA BAĞLI GİNGİVİTİS

- Allerjik çocuklarda genellikle ilkbahar ve sonbahar gibi polen mevsimlerinde artmış gingival enflamasyona bağlı kanamalar görülür.
- Burunda bir deviasyon bozukluğu görüldüğünde uyurken ağızdan solunum yapılmasına bağlı olarak özellikle üst anterior bölgede belirgin olarak gingivitis görülür, alt anterior bölgede etkilenir.
- Posterior bölgeler etkilenmez.
- Diş etleri kuru, kırmızı ve parlaktır.
- Damakta derinleşme fark edilir.
- Tedavisinde; semptomatik olarak burundaki deviasyonun düzeltilmesi önerilir.

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN DİŞETİNİ ETKİLEYEN HASTALIKLAR ve SINIFLAMASI

1. Sürme Gingivitis
2. Kötü oral hijyene bağlı gingivitis
3. Allerjiye bağlı Gingival enflamasyon
4. Akut Gingival Hastalıklar
 - a. Akut Herpetik Gingivostomatitis
 - b. Rekurent Aftöz Ülser
 - c. Nekrotizan Ülseratif Gingivitis
 - d. Akut Kandidiasis
 - e. Akut Bakteriyal enfeksiyon
5. Kronik Nonspesifik Gingivitis
6. Sistemik Faktörlere Bağlı Gingival Hastalıklar
 - a. Endokrin Sistemle İlişkili Gingival Hastalıklar- *Puberte gingivitis*
 - b. Genetik Orjinli Gingival Büyümeleler- *Hereditär gingival fibromatozis*
 - c. İlaça Bağlı Gingival Büyümeleler- *Phenytoin , Cyclosporin*
 - d. Askorbik Asit Yetersizliğine Bağlı Gingivitis

4. AKUT GİNGİVAL HASTALIKLAR

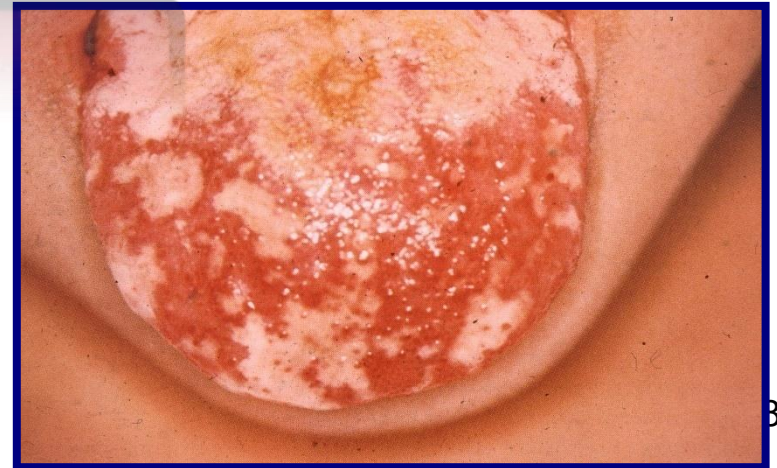
a. Akut Herpetik Gingivostomatitis

Herpes simpleks virüsünün neden olduğu hastalık, antikor bulunmayan çocuklarda 7 ay- 6 yaş arasında ortaya çıkarak hastalığa karşı spesifik antikorlar oluşur. Çocuklarda 6 aydan önce çok ender görülmektedir.

Hastalık yüksek ateş, başağrısı, bitkinlik, rejyonel lenfadenopati, diare, yutkunma esnasında ağrıyla başlar. 24-36 saat içerisinde dişetleri şişmeye başlar. Tüm ağız mukozasında yaygın bir eritem ağrı ve aşırı bir tükürük artışı vardır.



Kısa bir süre sonra dil, diş etleri, dudak ve ağız mukozası üzerinde 1-3 mm, çapında sarı beyaz renkte veziküller oluşur. 1-2 gün içerisinde patlayan veziküllerin üzeri gri bir membranla örtülür. Ateş 7-10 gün devam eder.



Oral lezyonlar 10-14 gün arasında spontan olarak iyileşir. Ancak bu dönemde çocuk; çok ağrılı olduğundan yemek yiyemeyecek hatta dehidratasyon tehlikesiyle karşı karşıya kalacaktır.



Tedavi: Tedavide hastanın yaşı gözönünde bulundurulmalıdır. Çok küçük bebeklerin beslenmesi ağrı nedeniyle olanaksızsa i.v. sıvı verilerek dehidratasyon önlenmelidir.



İşbirliği sağlanabilen çocuklarda yemeklerden önce lezyonlar üzerine sürülen %5 pentokain, lidokain gibi lokal anestezikler ve %2 metilen mavisiyle ağrının azaltılmasına çalışılmalıdır.

Sulu sodyum bikarbonatla ağzın çalkalatılması hastayı rahatlatacaktır.

Hastanın meyve suyu gibi tahriş edici ekşi, asitli gıdalar yerine sütlü ve proteinden yüksek gıdalar alması sağlanmalıdır.

Yemeklerden sonra lezyonlar üzerine uygulanan Aeromisin hidroklorid ile sekonder infeksiyonların gelişmesi önlenmelidir.

Viral enfeksiyonların tedavisinde steroidlerin kesinlikle verilmemesi gereklidir. Ancak sekonder enfeksiyon tehlikesi söz konusu ise antibiotikler kullanılabilir. Hastayı muayene eden hekimin elinde yara varsa, virüs girerek deri üzerinde herpetik lezyonlara neden olabilmektedir.



b.Rekürrent Aftöz Ülser

Okul çağındaki çocuklarda ve erişkinlerde görülür. Genellikle ağızdaki nemli mukoz membranda görülür, (yanak mukozası,ağız tabanı gibi). Yuvarlak veya oval krater şeklinde tabanı olan kabarık kırmızı kenarla çevrili ağrılı ülserlerdir.

Lezyonlar PHGS'den daha büyüktür ve çevresindeki dokular sağlıklıdır. Ayrıca PHGS'de görülen yaygın kırmızılık ve sistemik belirtiler aftöz lezyonlarda görülmez. Lezyonlar genellikle 7-10 gün içinde kaybolur



3. Akut Nekrotizan Ülseratif Gingivitis



Çocuklarda 6 -12 yaşlarında görülür. Spiroket ve fuziform bakterilerin neden olduğu aniden ortaya çıkan akut gingival hastalıktır.

İnterdental papil yırtılmış gibidir. Marginal dokudada nekrotik pseudomembran vardır. Ağrı, kanama, beslenememe, yüksek ateş, kırıklık, kötü koku diğer belirtileridir. Malnutrizyonlu ve Down sendromlu çocuklarda görülme sıklığı fazladır.

Tedavi: Subgingival küretaj, debrisin uzaklaştırılması okside edici ajanlar kullanılır (oksijenli su). Antibiyotik verilebilir (tetrasiklin grubu). 24 - 48 saatte düzelmeye başlar.

c. Akut Nekrotizan Ülseratif Gingivitis



Erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da tedavi mekanik debridman, oral hijyen eğitimi ve metronidazol ve klorheksidinli gargarayı içermekte.

Hasta semptomlar gidene dek 2-3 günde bir çağrılmalıdır.

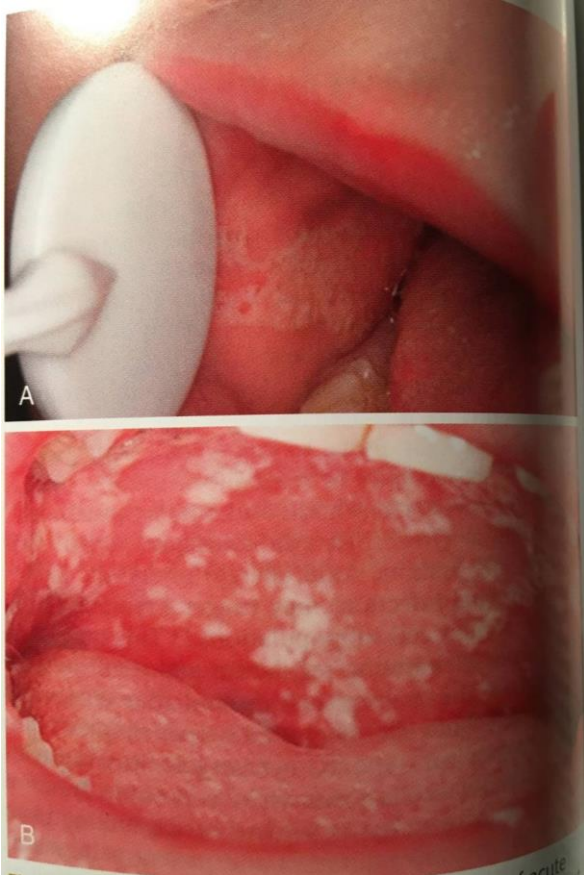
Risk faktörleri elimine edilmezse hastalık tekrar eder. Bu nedenle plak kontrolü ve stres kontrolü konusunda genç hasta motive edilmelidir.

d. Akut Kandidiasis

Candida albicans'ın yaptığı bir mantar hastalığıdır. Genellikle akutur. Bebeklerde, immunosuprassif ve antibiyotik alanlarda sıklıkla görülür.

Lezyonlar beyaz, krem renginde ve kesilmiş süt manzarasıdır. Alttaki mukozaya yapışiktır ve kaldırılınca kanar.

Tedavi: 1 ml (100 000'ü) nistatin ile ağız çalkatılır.



e. Akut bakteriyel enfeksiyonlar (Streptokokal gingivostomatitis)

Streptokokların neden olduğu gingiva - oral dokularda yaygın kırmızılık, ağrı ve bazı durumlarda dişetinde kanama ile karakterize nadir bir hastalıktır.

Bakteriyel orijinli olduğundan geniş spektrumlu antibiyotik ile tedavi edilir.

5.KRONİK NONSPESİFİK GİNGİVİTİS

- Genellikle ergen ve ergenlik öncesi 12- 18 yaş aralığı çocuklarda görülür
- Anterior bölgede veya daha genel yayılım gösterebilir.
- Yetersiz oral hijyen, gıda ve bakteri plak birikimi ana sebeplerindendir.
- Bunun yanında diyetle yetersiz meyve sebze tüketimi, vitamin eksikliği, malokluzyon, dişlerde çapraşıklık, çürük lezyonuna bağlı keskin diş köşeleri ve taşkın restorasyonlar da diğer sebeplerindendir.
- Tedavi: Günlük oral hijyene dikkat edilmesi



Figure 14-11 Chronic nonspecific gingivitis. The cause of this type of gingivitis is complex, and it often persists for prolonged periods without significant improvement.



6. SİSTEMİK FAKTÖRLERE BAĞLI GİNGİVAL HASTALIKLAR

a) Endokrin Sistemle İlişkili Gingival Hastalıklar Puberte Gingivitis

Preadölesan ve adölesanda görülür. Anterior bölgede kronik gingival inflamasyon vardır. Bazen daha geniş bölgeye yayılır. Lingual bölgedeki dişeti genellikle etkilenmez. Pek ağrılı değildir.



Dişetleri daha kırmızı ve interdental papil geniştir. Etken olarak hormonların etkisi düşünülmektedir. Hijyende önemli rol oynar. Puberte döneminden sonra azalır ya da bütünüyle ortadan kalkar

Tedavi: Oral hijyen düzeltilir. Lokal irritanlar uzaklaştırılır. Çürük dişler tedavi edilir. 500 mg C vitamini 4 hafta süreyle verilir.



b) Genetik Orjinli Gingival Lezyonlar- Herediter Gingival Fibromatozis

Elephantiasis gingiva yada herediter gingival hiperplazi olarak da adlandırılır. Etyolojisi bilinmeyen nadir bir gingival hastalıktır. Gingiva doğumda normaldir.

Süt ve daimi dişlerin sürmesi ile birlikte dişetinde hiperplazi görülür. Tek çenede görülebileceği gibi her iki çeneyi de içine alabilir. Şiddetli vakalarda dişler tamamıyla örtülüdür. Gingiva pembe, sert kıvamdadır.

Tedavi: Gingivektomi. Ancak rekürens olabilir. Erişkinlerde (yaşlılarda dişsizlik durumunda) dişler çekildikten sonra tekrarlamaz.



c) İlaça bağlı gingival büyümeler- *phenytoin, cyclosporin*

(Dilantin hiperplazisi)

Bir epilepsi ilacı olan difenilhidantoin sodyum kullanan çocuklarda yüksek oranda gingival hiperplazi görülür. İlaç alınımından 2-3 hafta sonra başlar. 18 - 20. aylarda en son halini alır.

İlk olarak ağrısız bir interproksimal büyüme vardır.

En çok bukkal ve anterior bölgeler etkilenir.

Sekonder enfeksiyon ve inflamasyon yoksa ağrı olmaz, dişetleri pembe ve kanamasızdır.

İnterdental alanda büyüme oldukça dişler aralanır.

Pseudo cepler oluşur, kronu dişeti sarar. Epitelyal ataçmanın seviyesi sabittir.

Büyümler estetik sorunlara, çiğneme, konuşma, sürme sorunları, doku travmaları, sekonder enfeksiyon ve periodontal hastalığa neden olur.



• Tedavide iyi bir ağız hijyeni temini, gingivektomi veya gingivoplasti operasyonları önerilir, tekrarlama ihtimali mevcuttur. İlaç kesilirse hastalık tekrarlamaz.

• Difenilhidantoinin kesilmesi ile kendiliğinden düzelir. İlacın kesilemediği durumlarda difenilhidantoinin başka bir tuzunun kullanılması önerilmelidir.

• İlaç değiştirilemiyorsa; dişeti, kronunun 1/3'ünden azını kapladıysa oral hijyen motivasyonu yapılır.

• 1/3 - 2/3 arası ise hijyen motivasyonu, % 0.1'lik klorheksidin glukonat ile 1 - 2 hafta gargara yaptırılır.

• İyileşme olmazsa cerrahi tedavi yapılır. 2/3'den fazla ise cerrahi müdahale yapılır. 3-4 hafta sonra hijyen motivasyonu yapılır.



Cyclosporin, T-lenfosit proliferasyonunu durdurarak, hücresel immüneyi baskılayan bir ilaçtır. Diş eti büyümeleri günlük doz 500 mg'ı aştığında % 30 oranında karşımıza çıkabilir. Büyümler interdental papilden başlar, sıklıkla anterior bölge etkilenir, gingival dokular pembe, sıkı ve kanamasızdır. Tedavisi Dilantin hiperplazisi ile aynıdır.



d) C Vitamini Eksikliğine Bağlı Gingivitis (Skorbut Gingivitisi)

C vitamininin uzun süreli eksikliğine bağlıdır. Çocuklarda **BARLOW**, erişkinlerde **SKORBİT** olarak adlandırılır. Kötü ağız hijyenine bağlı gingivitisden farklıdır. Marginal doku ve papil ile sınırlıdır.

Aşırı ağrı, spontan kanamalar olur. Kapillerlerin endoteli şişer ve patlayıp kanamalar olur. İnterdental papilde nekroza neden olur.

Günde 250 - 500 mg. Askorbik asit alınımı ile düzelir. Olgun bir bireyde günlük vitamin C ihtiyacı 50-100 mg dir.



- Gingival büyüme
- Kanama
- Mavimsi renk
- Ülserasyon

**ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE
GÖRÜLEN
PERİODONSİYUMU
ETKİLEYEN HASTALIKLAR**

1) Agresif periodontitis

- a) Lokalize agresif periodontitis**
- b) Generalize agresif periodontitis**

2) Sistemik hastalıklarla ilgili periodontitis

A) Kan Hastalıkları

Nötropeni

Lösemi

Diğerleri

B) Genetik Hastalıklar

Siklik nötröpeni

Hipofosfatazi

Papillon- Lefevre sendromu

Diyabet

Down Sendromu

Lökosit Adezyon Defekti

3) Kemik Kaybına Neden Olan Hastalıklar

Lokal Faktörler

Travma

Çürük

İleri Kemik kaybı (periodontitis)

Sistemik Faktörler

Hipofosfatazi

Papillon -Lefevre sendromu

Histiyoiz X

Lökosit Adezyon Defekti

Nötropeni

Lösemi

Diyabet

Sikloderma

Fibröz Displazi

Down Sendromu

Hipofosfatazi

Otozomal resesif geçiş gösteren genetik bir hastalıktır.

Serum ve dokularda alkalen fosfataz eksikliği vardır. Alkalen fosfataz direkt olarak kemik ve sert dokuların kalsifikasyonu ile ilgili bir enzimdir.

Erken yaşlarda ortaya çıkan ve vitamine rezistans raşitizm bulguları veren bir hastalık olup,

Yaygın kemik kaybı nedeniyle süt dişleri fizyolojik rezorpsiyon sürecinden önce dklrlenir.

Genellikle anterior dişler molarlara oranla daha fazla etkilenir.



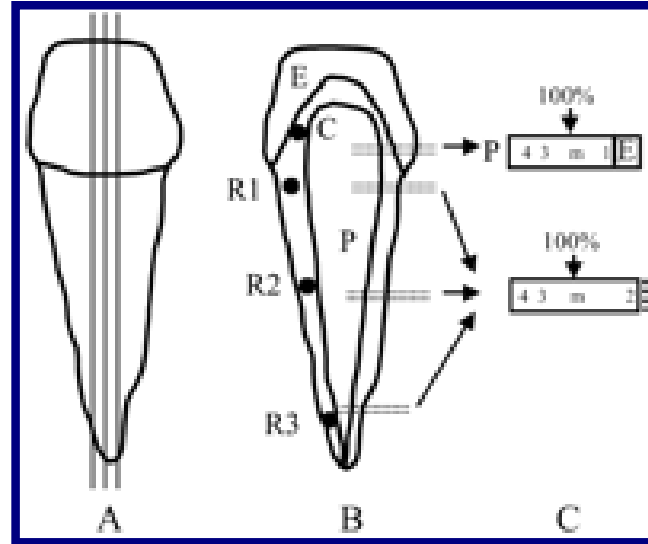
Hipofosfatazi

- Bu hastaların enfeksiyona karşı savunma mekanizmalarında defekt yoktur. Bu hastalarda diş kökleri alveoler kemiğe periodontal ligament aracılığıyla yeterli miktarda bağlı olmadığından dişler prematür olarak kaybedilir.



Ağızda mevcut olan süt ve sürekli dişlerin radyografilerinde pulpa odalarının anormal geniş olduğu izlenir.

Sement anomalileri (asementogenesis),



Papillon-Lefevre Sendromu (*Hiperkeratozis palma plantaris*)

Hiperkerotatik lezyonları, periodonsiyumun şiddetli yıkımı ve bazı olgularda lamina duranın kalsifikasyonu ile karakterize, otozomal resesif geçen genetik bir hastalık.

Deri ve ağız belirtileri ile birlikte ve 3-4 yaşlarında başlar.

Milyonda 1 ile 4 oranında çok ender görülen bir sendromdur.

4-5 yaş civarında süt dişleri rezorbe olmaksızın dökülürler.

Papillon-Lefevre sendromu



a) Deri Belirtileri:

El ayası ve ayak tabanında hiperkeratoz vardır. Deri kalın, sarı ve parşömen kağıdı görünümündedir. Hastalık ilerledikçe hiperkeratoz dorsal bölgelere ve parmak aralarına yayılır. Kuru ve soğuk havalar ağrılı çatlaklara sebep olur.



b) Ağız içi belirtileri:

Periodontal ligament fibrillerin de, epitelyal ataşmanda dejenerasyon ve harabiyet; sement ve alveol kemiğinde rezorpsiyon vardır.

Periodonsiyum süratle yıkıma uğrar.

Dişeti iltihabı ve hızlı alveol kemiği kaybı sonucu süt ve daimi dişler erken yaşta kaybedilir.

Bütün süt ve daimi dişler sürme sıralarını takiben alveolü terkederler.



Ağız içi belirtileri:

3. molar dişte aynı sırayı izleyerek düşer. Tüm dişler düştükten sonra, yara iyileşmesi olur ve her şey normale döner. Süt ve daimi dişlerin sürmesinde anormal bir bulgu yoktur.



Tedavi:

Protein, A, B, C ve D vit. zengin bir diyet.

Ağrıyı hafifletmek amacıyla ağrı kesici ilağlardan faydalanılır.

Deri belirtilerine karşı yumuşatıcı kremler lokal olarak uygulanır.

Ağızda; aşırı okluzal baskılar kaldırılır.

Dişler kaybedildikten sonra protetik tedavi ile fonksiyon ve estetik temin edi.

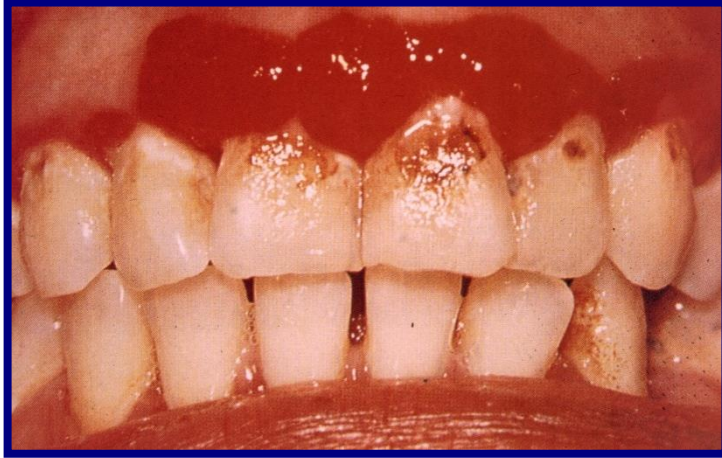
Diabetes Mellitus (Juvenil Diyabet)

Çocuktaki şeker hastalığı enderdir. Başlangıcı 8 yaş civarındadır. Diyabet primer olarak periodontal hastalığı başlatmaz ancak kontrol edilmeyen diyabetli çocuklarda periodontal yıkım hızı ve alveoler kemik kaybı çok fazladır.

Hastalık marginal gingivitis olarak başlar yerel etkenler ortadan kaldırılmazsa hızla ilerler periodontal yıkıma sebep olur



- Diyabetli genç hastalarda yapılan bir çalışmada, periodontal harabiyetin erken yaşta başladığını ve çocukluktan adölesana geçince belirgin hale geldiği rapor edilmiştir.



Down sendromu

- Bu hastalarda periodontal ataçman kaybının mental gerilikle ilgisi olmadığını rapor etmiştir.
- Primer sebep bozulmuş immün cevap



Nötropeni

- Nötropenik period 3 haftada bir 3 - 6 gün
- Mukozal ülserler, gingival enfalamasyon ve periodontal problemler
- Oral hijyen ve cerrahi olmayan periodontal tedavi
- Lokal antibiyotik uygulaması



Lökosit Adezyon Defekti

- Şiddetli gingival enflamasyon
- Hızlı ve ilerleyici periodontal yıkım
- Gingival lezyonlar ve büyümeler
- Çekilme
- Mobilite
- Patolojik migrasyon



DIŞETİ ÇEKİLMESİ NEDENLERİ

- Keratinize veya atake dişetin ince olması
- Alveol kemikte perforasyon olması
- Diş fırçası travması
- Dişlerdeki sivri kenarlar
- Frenilum ataçmanın yüksek olması
- Okluzyona bağlı yumuşak doku travması
- Ortodontik diş hareketleri
- Kötü alışkanlıklar
- Periodontitis

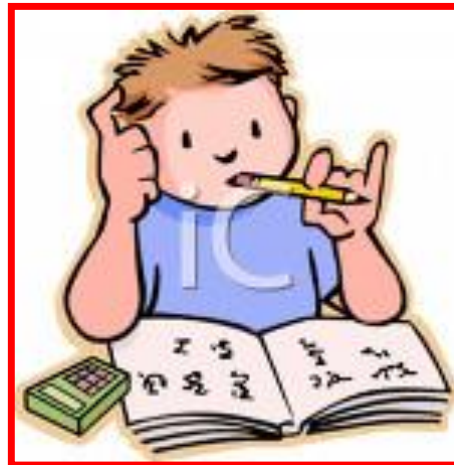


ÇOCUĞUN KENDİSİNE YAPTIĞI ZARARLAR

Çocuk kendi ağız dokularını yaralayabilir veya fena alışkanlıklara sahip olabilir.

Bunun nedeni psikolojik olabildiği gibi serbest ve yapışık dişetin tırnak, kalem vs ile travmatize edilmesi şeklinde olabilir.

Yeni doğanda da yalancı emziklerin yanlış kullanımına bağlı olarak diş eti çekilmesi görülebilir



ANORMAL FRENİLUM ATAÇMANI

Normal tutunma yeri serbest-yapışık dişeti sınırıdır. Gingival marjine yapıştığı zaman yüksek kabul edilir. Bu durumda fırça darbesine maruz kalırsa dişeti çekilir.

Mandibuler anterior bölgede gingival marjine tutunursa dişetinde geri çekilme ve cep formasyonu görülür. Dudak hareketleri de anormal tutulumla bağlı olarak dişeti çekilmesi yapar. Dişler arasında diastemalara neden olur.

