## ROMATOİD ARTRİT : Eklem Romatizması

Etyolojisi bilinmeyen, periferik eklemleri tutan, kronik sistemik, tekrarlayan iltihabi hastalıktır. Eklem ve çevresindeki dokuda, tendon kılıflarında giderek ilerleyen harabiyete yol açtığından kronik progressif poliartrit de denir. Daha çok kadınlarda (%70) ve daha çok 25 - 40 yaşta görülür. Eklem dışı organ ve sistemleri de tutar. Artralji, kilo kaybı, ödem, lenfadenopati, anemi, ateş gibi bulgularla başlar. Önce el ve ayaklardaki küçük eklemleri, en fazla el parmaklarını etkiler, simetrik bir şekilde tutulur. Olay sinovitisle başlar, sinovial zar kalınlaşır, hücre proliferasyonu ile granülasyon dokusu (pannus) oluşur ve kartilajı harap eder. Eklemde pannus oluştukça deformite ve hareket kısıtlılığı başlar. Granülasyon dokusu, nedbe dokusu haline geçince fibroz ankiloza, eklemlerde sublüksasyona ve deformitelere neden olur.

**Extraarticuler belirti ve bulgular :**

1. Subcutan nodüller (dirsek ve bilekte daha çok) (Romatoid nodül)
2. Vaskülitis Subcutan nodüllerin nedenidir. Deri ülserasyonlarına, çeşitli bölgelerde iskemik nekrozlar gelişebilmesine ve septisemiye zemin hazırlar.
3. Karpal tünel sendromu : El bileğindeki karpal tünel, tenosinovit sonucu daralınca, bu tünelden geçen n.medianus sıkışır, hareket sırasında veya bileğe basınçla ağrı ve 3.parmakta uyuşma meydana gelir.
4. Göz bulguları : En önemli göz bulgusu vitrois tabakasının kalınlaşması ve daha sonra parçalanarak körlüğe yol açmasıdır. Ayrıca sklerit de vardır, buna bağlı sklera incelir, alttaki uvea tabakası sklera üzerine yansıyarak skleranın mavi-gri renk almasına neden olur.
5. Sjögren sendromu : Keratokonjuktival kuruluk, ağız kuruluğu (histopatolojik bulgusu lenfositik infiltrasyondur).
6. Lenfadenopati, splenomegali, lökopeni, anemi, polinevrit.

**Eklem bulguları :**

Özellikle sabahları artan şiddetli, çok ağrılı eklemler, etkilenen eklemde şişme, lokal sıcaklık, eritem, palpasyonda sertlik vardır. Artritis simetriktir.

**Laboratuvar bulguları :**

Normokromik, normositik anemi, trombositosis, sedimentasyon yüksek, snovial sıvı hücre ve proteinlerden zengin, romatoid faktör artmıştır.

**Patolojik bulgular :**

1- Pannus

2- Romatoid nodüller

**Radyolojik bulgular :**

Önceleri radyolojik bulgu yoktur. Sonra yumuşak dokuda şişme, eklemin demineralizasyonu, eklem yüzlerinde düzensizlik ve erozyonlar, sublüxasyonlar, osteoporoz, eklem boşluğunda daralma ve ankiloz.

**Dişhekimi Yaklaşımı :**

1. Anamnezde romatoid artrit varsa, bu hastalar yüksek enfeksiyon riski taşırlar. Fokal enfeksiyon odakları ortadan kaldırılmalı, profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır, iatrojenik fokal odak oluşturmamak için dikkatli çalışmalıdır.
2. Anemi ve trombositoz gibi kan değişiklikleri ve bu hastaların aspirin kullanımı, kanama riski doğurur. Önlem alınmalıdır.
3. Vaskülitis nedeniyle yara iyileşmesinde gecikme olabileceği unutulmamalıdır.
4. Hastalık TME' i de tutabilir. Anamnez ve klinik muayene bulguları dikkatle değerlendirilmelidir.

**AKUT ROMATİZMA** :

Üst solunum yollarında A grubu β hemolitik streptokokların yaptığı bir enfeksiyondan (tonsillit, faranjit) 1-3 hafta sonra ortaya çıkar. Bir kollagen doku hastalığıdır. Yüksek ateş, gece terlemesi, epiktaksis, abdominal ağrı ile başlar.

Akut romatizma tedavi edildikten sonra bütün vücuttaki ve tabii orofasial bölgedeki bütün fokal enfeksiyonlar temizlenmelidir.

Akut romatizma geçirmiş kişilerde diş çekimi veya herhangi bir cerrahi müdahaleyi yapmadan önce de profilaktik antibiyotik tedavisi şarttır.

Akut romatizmanın minör bulguları şöyle sıralanabilir :

* Ateş (39-40 derece)
* Artralji
* Kısa dönem önce görülen üst solunum yolu enfeksiyonu.

**Majör bulguları :** Artrit, kardit, korea, eritema marginatum, subcutan nodüller. Ayrıca ateş, artralji, taşikardi vardır.

**Artrit,** en çok büyük eklemlerde (dizler, kalça, omuz, dirsek) görülür. Küçük eklemler çok ender tutulur.

**Kardit,** kalbin her üç tabakasında da gözlenir. Endokard lokalizasyonu genellikle valvüllerdedir. En çok mitral kapak etkilenir. Aort kapağını da tutabilir. Buralarda oluşan skatrisler sonucu tuttuğu bölümde yetersizliklere neden olur. Asıl önemli olan miyokardı tutmasıdır ki bu hastalığın seyrini kötüye götürür. Bu kalbin kasılmasını etkileyeceğinden kalp yetersizliği tablosu ortaya çıkar. Akut romatizma geçirmiş kişilerde kardit lokalizasyonu da varsa her ay depo penisilin uygulaması yapılır. Amacı profilaksidir. Ateşle orantılı olmayan taşikardi vardır.

**Chorea:** Kaslarda, özellikle iskelet kaslarında istemsiz kasılmalar, istemli hareketlerde koordinasyon bozukluğu vardır. Bazal ganglion tutulumu ile olur.

( İstemli kaslardan sadece gözkapağı etkilenmez)

**Subcutan nodüller :** Daha çok büyük eklemlerin extansör yüzeylerinde ve dirsekte bulunur. Özellikle aranmaz ise bulunamaz. Genellikle 10 mm den küçüktürler.

**Eritema marginatum :** Deriden kabarık olmayan, kenarları kıvrıntılı, koyu kırmızı deri lezyonlarıdır. Bu bulgu üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben, hemen sonra açığa çıkabilir.

İki majör veya bir majör belirti ile ayrıca önceden streptokok enfeksiyonu geçirildiğinin belirlenmesi tanıya götürür.

**Laboratuar bulguları :**

1. ASO (Antistreptolyzin-O: streptokokun O streptolizinine karşı antikor) 800'ün üzerinde.
2. Sedimantasyon (100 mm/saat)
3. Lökositoz, orta dereceli anemi
4. CRP pozitif
5. Boğaz kültüründe streptokok ürer.

**Dişhekimi Yaklaşımı :**

1. Anamnezde sık üst solunum yolu enfeksiyonu, sık burun kanaması şikayeti dikkate alınmalı.
2. Anamnezde akut romatizma hikayesi varsa fokal odak eliminasyonu, profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanmalı, iatrojenik fokal odak oluşturulmamalı.
3. Kardit gelişmişse, vazokonstrüktörü adrenalin veya türevi olan lokal anestezikler mümkünse tercih edilmemeli.

**ŞEKER HASTALIĞI (DİABETES MELLİTUS) :**

Karbonhidrat metabolizması bozukluğudur. İnsülinin nisbi veya tamamen eksikliği ile ortaya çıkan hiperglisemi (kan glikoz düzeyinin artması) ile karakterizedir. Klinik ve yaşa göre çeşitli sınıflamaları vardır.

Yaşa göre :

1. Juvenil (Tip I: insüline bağımlı)

2. Erişkin (Tip II: insüline bağımlı olmayan)

Klinik görünümüne göre :

1. Prediabet
2. Şüpheli diabet
3. Şimik (latent) diabet
4. Aşikar diabet

İnsülin, pankreasın langerhans adacıklarının β hücrelerinden salgılanan bir hormondur. Glikozun hücre içine girişini ve hücrede oksidasyonunu kolaylaştırmak yoluyla kan şekerini düşürür. Glikoza karşı hücre zarı permeabilitesini artırır. (Glukagon, α hücrelerinden salgılanır ve kan şekerini yükseltir) İnsülin yokluğunda, glikoz hücreye giremez, oksidasyonu bozulur ve kullanılmayan glikoz kanda retansiyona uğrar, hiperglisemi gelişir. Kanda retansiyona uğrayan glikozun fazlası, böbrek eşiğini aşar, idrara geçer, idrarla atılır. Buna glikozüri denir. Bol miktarda glikozun idrarla atılabilmesi için bol miktarda suyun da atılması gerekir, böylece idrar volümü artar, "poliüri" gelişir, poliüri nedeniyle hasta çok su kaybeder, çok su içer "polidipsi" gelişir. İçilen bol miktardaki su, vücut sıcaklığını düşürmek eğilimindedir, böylece bazal metabolizma artar. Bunu karşılamak için çok yemek ihtiyacı belirir, "polifaji" gelişir.

**Diabetin genel belirtileri ve bulguları :** Poliüri, polidipsi, polifaji, kilo kaybı, vasküler bozukluklar, ateroskleroz, nöropatiler, deri enfeksiyonları, yara iyileşmesinde gecikme (protein sentezi azalır, yıkımı artar). Normalde % 80 -120 mg olan açlık kan şekeri % 140 mg.'ın üstüne çıkmıştır (hiperglisemi).

**Ağız bulguları :** Kontrol edilemeyen diabetiklerde görülür. Ağız içinde, dilde, damakta, buccal mukozada ilerlemiş ülserasyonlar, akut gingivitis, ileri dönemde periodontitis, alveoler kemikte horizontal rezorbsiyonlar, dişlerde lüksasyonlar, rezorbsiyona bağlı alt ve üst çene kretlerinde, damakta düzleşme, ağız kuruluğu, asetonemiye bağlı nefesin aseton kokusu, glossodynia, fasial nevralji, osteit, osteomyelit, burning tongue, çürüksüz pulpitisler ve pulpa nekrozları (özellikle juvenil diabette) çok fazla diş taşları, tükürük bezlerinde büyüme ve hipofonksiyon, gangrenöz stomatitis, rampant cariesler

**Dişhekimi yaklaşımı :**

1. Özellikle diş çekimi gibi cerrahi uygulamalardan önce, hastanın kan şeker düzeyi öğrenilmelidir. Son 24 saat önce yapılmış kan şeker testi %120 - 220 mg. arasında ise dental uygulamalar açısından uygundur.
2. Kontrol edilmeyen diabetiklerde enfeksiyon gelişme şansı yüksektir. Periferal sirkülasyon azalmıştır, vücut sıvılarındaki yüksek orandaki şeker, bakteriler için iyi bir besin kaynağı oluşturur. Enfeksiyon, insüline karşı direnç oluşturur, karbonhidrat metabolizmasını bozar, diabetik komaya yol açar. Bu nedenle ağızdaki fokal odaklar yok edilmeli, profilaktik antibiyotik tedavisi eşliğinde cerrahi işlemler uygulanmalıdır.
3. Kontrol edilmeyen diabette, adrenalin kan şeker düzeyini arttırır. (Karaciğer glikojeninin glikoza değişimini stimule eder. Kullanılacak lokal anestezik solüsyon, buna göre seçilmelidir.
4. Hastada diabetik koma gelişebilir. İnsülin dozunun atlanması, diş tedavisi stresi gibi emosyonel stresler, enfeksiyonlar, cerrahi operasyon gibi travmatik olaylar, adrenalin, kortikosteroidler, hastada diabetik ketoasidoz ve hiperglisemi komasına yol açabilir. Tedavi öncesi yetersiz gıda alımı, aşırı doz insülin enjeksiyonu hipoglisemi komasını yaratabilir. Diabetik komanın hipoglisemi mi, hiperglisemi mi olduğunu anlamak için, bir bardak bol şekerli su verilir, hipoglisemi ise tablo düzelir, tablo düzelmezse hiperglisemidir. **Hiperglisemik komada** ; bulantı, kusma, karın ağrısı, şuur bulanıklığı, dehidratasyon, hipotansiyon, hızlı nabız vardır. **Hipoglisemik komada** ; kan glikoz düzeyi % 40 mg.' ın altına düşmüştür, şiddetli açlık hissi, baygınlık, halsizlik, titreme, taşikardi, deri nemli ve soğuk, tansiyon normal veya yüksek, solunum normal, pupillerde mydriasis, huzursuzluk, terleme, şuur bulanıklığı vardır.
5. Yara iyileşmesi geç olduğundan, olabildiğince az travma ile çalışmalı, C ve B komplex vitamin desteği yapılmalıdır.
6. Diabetin kronik komplikasyonları göz önünde tutulmalıdır.

KVS komplikasyonlarında → myocard infarktüsü → ölüm

Sinir sistemi komplikasyonlarında → parestezi, hiperestezi, anestezi → nöropatik ülserler Otonom sinir sistemi komplikasyonlarında → postural hipotansiyon, taşikardi Böbrek komplikasyonlarında → böbrek yetmezliği Göz komplikasyonlarında → görme bozukluğu, katarakt, glokom

Bu komplikasyonlar gözönünde tutularak değerlendirilmelidir.

1. Hastanın stresi en aza indirilmeli (sedatifler kullanılabilir), seanslar kısa tutulmalı, sabah saatleri seçilmeli, hasta kahvaltısını yapmış ve insülinini almış olarak gelmeli. **Diabetes İnsipidus :** Hipofiz arka lobundan salgılanan antidiüretik hormonun primer eksikliğinden doğan klinik tablodur. İlk ve en önemli semptomu poliüridir. Pankreasta insülin yapımı fazladır, kan şekeri çabuk parçalanır, hipoglisemi vardır.