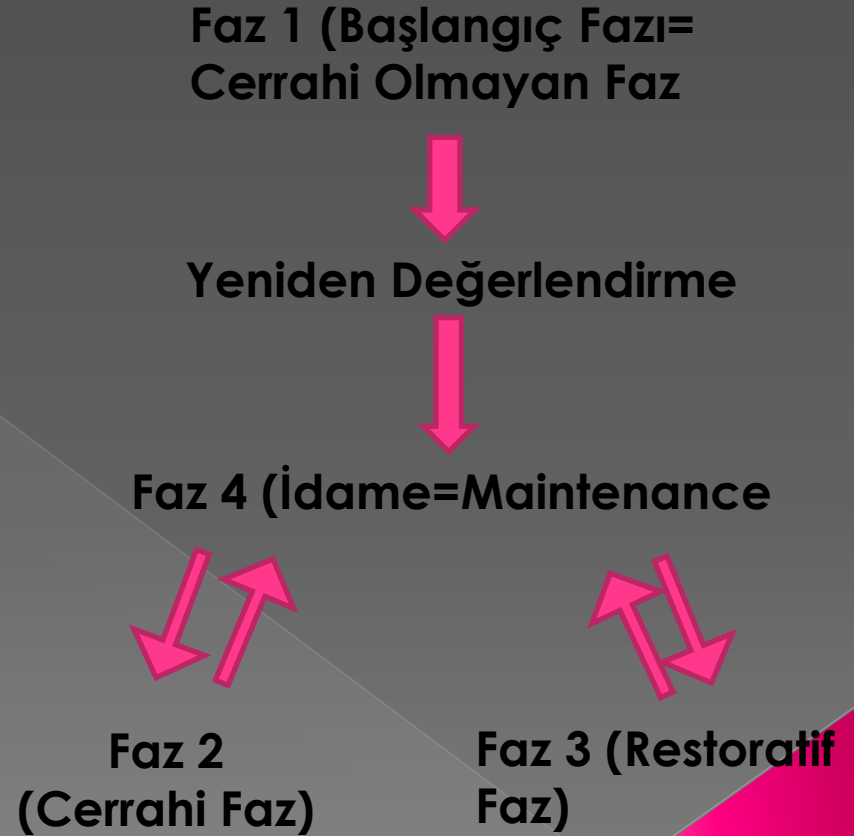


DESTEKLEYİCİ PERİODONTAL TEDAVİ

Doç. Dr. Canan Önder
gulec_canan@yahoo.com

- ❖ Faz I tedavi tamamlandıktan sonra hastalar, nüksün önlenmesi için periyodik kontrollerden oluşan bir idame (maintenance) programına alınırlar.
- ❖ İdame fazı, Faz 1 tedavinin yeniden değerlendirilmesinden hemen sonra başlar.
- ❖ Gerekli cerrahi ve restoratif işlemler idame fazında gerçekleştirilmelidir.
- ❖ Hastalar idame programının ne amaçla oluşturulduğunu çok iyi anlamalıdır. Diş hekimi de dişlerin korunabilmesinin idame fazına bağlı olduğunu hastalara anlatmalıdır.



- **Destekleyici periodontal tedavi;** yapılmış olan periodontal işlemlerin ve hastanın alışkanlıkları ile, bakımının düzenli olarak kontrol edilmesini içerir.
- Periodontal sağlığın korunması açısından önemlidir.
- Periodontal tedavi esnasında, tedavi fazlarının uygun şekilde takip edilmesi gerekir.
- Bazı durumlarda periodontal tedavi tekrarlayabilir ve hastanın tekrar tedavi alması gerekebilir.
- Faz I tedavi sonrasında hastalar belirli periyotta izleme alınır. Amaç; hastalığın rekurrensinin önlenmesi, hasta uyumunun değerlendirilmesi ve uygun şekilde ileri fazların planlanmasıdır.

Destekleyici Periodontal Tedavinin Önemi

- ❑ Düzenli idame programına alınmayan hastalarda cep derinliğinde artış, ilerleyen kemik kaybı ve diş kayıpları ortaya çıkabilir (rekürrent periodontitis bulguları).
- ❑ Hastalar kendilerine önerilen destekleyici periodontal tedaviye (supportive periodontal treatment) ne kadar iyi uyarlarsa o derece az sayıda diş kaybederler.
- ❑ Tedavi görmüş ancak kontrollere düzenli gelmeyen hastalardaki diş kaybı, tedavi görmüş ve düzenli kontrollere gelen hastalara kıyasla 3 kat daha fazladır.
- ❑ Başarılı bir rejeneratif tedaviden sonra kontrollere düzenli gelmeyen hastalarda, düzenli olarak kontrollere gelenlere kıyasla ataçman kaybı riskinin 50 kat arttığı gösterilmiştir.

İdame Programı

- İyi bir idame programının temelini **periyodik kontroller** oluşturur. Başlangıçta kontroller arası süreler 3 ay olarak belirlenir; ancak daha sonra hastanın ihtiyaçlarına göre bu süre değiştirilebilir.

Kontrol seansları 3 kısımdan oluşur:

1. Muayene

- Oral hijyen durumu
- Oral patolojik inceleme
- Diş eti değişiklikleri
- Cep derinliklerindeki değişiklikler
- Mobilite değişiklikleri
- Oklüzal değişiklikler
- Medikal hikaye değişiklikleri
- Diş çürüğü
- Restoratif ve protetik durum

2. Tedavi

- Oral hijyenin desteklenmesi
- Diş taşı temizliği/Polisaj
- Kimyasal irrigasyon

3. Bir Sonraki İşlemin Planlanması (10 dk)

- Bir sonraki kontrol randevusunun planlanması
- Yapılacak daha ileri periodontal tedavinin planlanması
- Restoratif veya protetik tedavilerin planlanması

1. Muayene (14 dk)

- ✓ İlk olarak hastanın mevcut oral sağlığı değerlendirilir.
- ✓ Hastayı son görüştün bu zamana kadar ortaya çıkan değerlikler değerlendirilir: Tıbbi hikaye değerlikleri, restorasyonlar, çürükler, protezler, mobilite, diş etinin durumu ve periodontal cepler değerlendirilir.
- ✓ Oral mukoza patolojik oluşumlar açısından mutlaka incelenmelidir.

2. Tedavi (36 dk)

- ❑ Gerekli idame tedavisinin uygulanması ve oral hijyenin daha iyiye ulaştırılma aşamasıdır.
- ❑ Kontrol muayenesinde ilk yapılacak olan, plak kontrolündeki etkinliğin değerlendirilmesidir. Hastanın oral hijyen durumunun belirlenmesi esastır.
- ❑ Bu işlem, hasta gerekli beceriyi gösterene kadar tekrarlanmalı ve hatalar düzeltilmelidir.
- └ Gerekirse bunun için ek seanslar düzenlenmelidir.
- └ Plak kontrolü açısından tekrarlayan OHE alan hastalarda plak ve gingivitis görülme sıklığı, tekrarlayan OHE verilmeyenlere oranla daha azdır.
- └ Supragingival plağın bulunması subgingival anaerobik organizmaların sayısını artırır.
- ❑ Yine bu aşamada, gerekli diş taşı temizliği, kök yüzey düzlemesi ve polisaj işlemleri yapılır. Sulkus derinliği normal (1-3 mm) olan alanlarda aşırıya kaçılmamaya özen gösterilmelidir. Çünkü sağlıklı bölgelerde çok sık subgingival temizlik ve kök yüzey düzlemesi yapılması ataçman kaybına yol açabilir.

3. Bir Sonraki İşlemin Planlanması (10 dk)

- ❑ Raporun hazırlanması ve hastaya açıklanması
- ❑ Sonraki ziyaret tarihinin planlanması
- ❑ Gerekliyorsa daha ileri periodontal tedavinin planlanması
- ❑ Restoratif yada protetik tedavinin planlanması

Destekleyici Periodontal Tedavideki Hastalarda Radyografik Muayene

- ✓ Radyografik değerlendirme hastaya özgü olarak gerçekleştirilmelidir; bu da vakanın başlangıçtaki şiddetine ve kontrol seansında saptanan bulgulara bağlıdır.
- ✓ Önceki radyograflar kemik yüksekliği ve kemik defektlerindeki tamir, oklüzal travma bulguları, periapikal patolojiler ve çürük açısından karşılaştırılmalıdır.

Periodontal hastalığı olan
ve
iyi kontrol altında olan
vakalar



- Problemlı bölgelerden her 12-24 ayda periapikal ve/veya bite-wing filmler
- Her 3-5 yılda full-mouth filmler

Periodontal tedavisi
yapılmış
ve iyi kontrol altında olan
vakalar



- Her 24-36 ayda bite-wing filmler
- Her 5 yılda bir full-mouth filmler

Dental implantı olan hastalar



- 6., 12. ve 36. aylarda (protezlerden sonra), periapikal ya da vertikal bite-wing filmler
- Daha sonrasında klinik problem yoksa, her 36 ayda bir

Tedavi Görmüş Hastaların Sınıflandırılması

- ❖ Periodontal tedaviden sonraki ilk bir yıl hastanın idame programına entegrasyonu ve oral hijyenin geliştirilmesi açısından çok önemlidir.
- ❖ Uygulanan cerrahi periodontal tedavinin sonuçlarını doğru şekilde değerlendirmek için üzerinden birkaç ay geçmesi gerekir.
- ❖ Optimal sonuç alınamayan bölgelerin yeniden tedavi edilmesi gerekir.
- ❖ Bu ilk yılda gözden kaçmış veya önemsenmemiş etiyolojik faktörler de saptanabilir.
- ❖ Periyodik kontrollerdeki hastalar çeşitli gruplara ayrılırlar. Hastalığın iyileşmesine veya kötüleşmesine göre hastalar farklı zamanlarda farklı sınıflara girebilirler. Sınıflama en kötü olan bölgeye göre yapılmalıdır.

Çeşitli Hastalar İçin Periyodik Kontroller Arası Süreler

İlk yıl	Rutin tedavi ve sorunsuz iyileşme göstermiş vaka veya ilk yıl hastası. Komplike protezli, furkasyon problemlili, kron-kök oranı bozulmuş veya kooperasyonu soru işaretli zor vakalar.	3 ay
A sınıfı hastalar	Bir yıl veya daha uzun süre boyunca elde edilmiş mükemmel sonuçları sürdürülebilmiş hastalar. Hastanın ağız hijyeni iyi, minimal diştaşı, oklüzal problem yok, komplike protezler yok, persiste cep yok, alveol kemiği desteği %50'den az diş bulunmuyor ise.	6 ay-1 yıl
B sınıfı hastalar	Genel olarak iyi sonuçlar.1 yıl veya daha fazla iyi korunmuş; fakat hastada aşağıdakilerin bazıları mevcut ise. Kötü veya düzensiz oral hijyen, aşırı diş taşı birikimi, periodontal yıkımı predispoze eden sistemik hastalık, persiste cepler, oklüzal problemler, komplike protezler, ortodontik tedavisi devam eden hastalar, rekürrent çürük, bazı dişlerde %50'den az kemik desteğinin olması, sigara, pozitif genetik test	3-4 ay (negatif oldukça faktörlerin sayısı ve şiddetine göre)

Çeşitli Hastalar İçin Periyodik Kontroller Arası Süreler

C sınıfı hastalar

Tedavi sonrası genel olarak iyi olmayan sonuçlar ve/veya aşağıdaki negatif faktörlerden bazıları varsa.

Kötü veya devamsız oral hijyen, aşırı diş taşı birikimi, periodontal yıkımı predispoze eden sistemik

Hastalık, kalan cepler, oklüzal problemler, komplike protezler, rekürrent çürük, endike olan periodontal cerrahinin uygulanamaması (medikal, psikolojik), birçok dişte %50'den az kemik desteği olması, Periodontal cerrahi ile iyileştirilemeyecek kadar ileri durumlar, sigara, pozitif genetik test, ceplerin %20'sinden fazlasında sondalamada kanama olması

1-3 ay (negatif faktörlerin sayısı ve şiddetine göre, bazı alanlarda yeniden tedavi veya çekim)

Periodontal Hastalığın Tekrarlama Nedenleri

- Subgingival plak eliminasyonunun yeterli olmaması. Cep içerisinde subgingival plak kalırsa kolaylıkla yeniden kolonize olur.
- Patolojik ceplerin tam olarak elimine edilemediği vakalarda hastalığın tekrarı söz konusudur.
- Plak birikimine yol açan, plak birikimini kolaylaştıran tüm potansiyel faktörlerin elimine edilemediği, eksik kalmış tedavi (zor ulaşılan alanlardaki diş taşı temizliğindeki yetersizlik vb.).
- Periodontal tedaviden sonra uygun olmayan veya hatalı restorasyonların yapılmış olması.
- Hastanın periyodik kontrollere gelmemesi. Nedeni hastanın bilinçli veya bilinçsiz şekilde tedaviye devam etmeme kararını vermesi veya hekimin veya yardımcı personelin periyodik kontrollerin önemini yeterince vurgulayamamış olmaları olabilir.
- Mükemmel plak eliminasyonuna rağmen, hastanın konak direncini etkileyebilen sistemik bazı hastalıkların bulunması.
- Periodontal dokulara invaze olmuş mikroorganizmalar
- Periodontal tedavi sonrasında çoğu kez yeni bir bağ dokusu ataçmanı yerine *uzun birleşim epitelinin* oluşturduğu ataçman gerçekleşmektedir. Bu şekildeki bir dentogingival ünite enflamasyona karşı daha dayanıksız olabilir. Bu durumda optimal düzeyde bir idame tedavisi sağlanamazsa, rekürrense yatkınlık söz konusudur.

Hastalık Rekürrensini Belirtileri ve Rekürrensini Sebepleri

Semptom	Olası nedenler
Mobilite artışı	İltihabın şiddetlenmesi, kötü ağız hijyeni, subgingival diştaşı, hatalı restorasyonlar, kötü planlanmış protezler, plak yanıtını değiştiren sistemik hastalıklar
Diş eti çekilmesi	Diş fırçalamasına bağlı abrazyon, keratinize diş eti yetersizliği, yüksek frenilum ataçmanı, ortodontik tedavi
Cep derinliğinde bir değişim ve radyografik bir değişim olmaksızın rekürrens	Oklüzal travma, brüksizm, mobilite artışı, yüksek restorasyon, kötü planlanmış veya aşınmış protezler, kuron-kök oranının azalması
Radyografik bir değişiklik olmaksızın cep derinliğinde artış	Ağız hijyeni yetersiz, düzensiz periyodik kontroller, subgingival diştaşı, uyumsuz parsiyel protez, dişsiz alanda meziale yatma, çatlak-kırık dişler, dişlerdeki oluklar, yeni periodontal hastalık
Radyografik kemik kaybındaki artışla birlikte cep derinliğinin de artması	Ağız hijyeni yetersiz, subgingival diştaşı varlığı, periyodik kontroller yeterince sık değil, uyumsuz protezler, plağa karşı yanıtı değiştiren sistemik hastalıklar, çatlak-kırık dişler, dişlerdeki oluklar, yeni periodontal hastalık

- ❑ Etkili bir periodontal tedaviye rağmen, hastalar rekürrens açısından yaşam boyu risk altındadırlar.
- ❑ Ayrıca furkasyon alanlarındaki bazı cepler cerrahiye rağmen elimine edilemeyebilir.
- ❑ Bazı bilgisayarlı sistemler eski bulgular ile kıyaslama yapmaya olanak tanımaktadır.
- ❑ Birtakım klinik ve laboratuvar test yöntemleri de vardır; ancak hastalık aktivitesini tam doğrulukta belirleyen bir yöntem yoktur.
- ❑ En kolay yöntem periyodik olarak tekrarlanan sondalama ölçüm sonuçlarıdır. Bu amaçla; sondalamada kanama, cep ve ataçman ölçümleri tekrarlanıp; eski ve yeni ölçümler karşılaştırılır.

Başarısız Bir Vaka Şu Bulgular Işığında Teşhis Edilebilir

- ✓ Dişetindeki değişiklikler ve sulkusun sondlanmasıyla saptanan kanama bulguları ile kendini gösteren enflamasyonun tekrarı.
- ✓ Cebin tekrarlamasına yol açan sulkus derinliğindeki artış
- ✓ Radyograflar ile belirlenen kemik kaybında sürekli artış
- ✓ Klinik muayene ile belirlenen diş mobilitesinde sürekli artış

Dental İmplant Hastalarında İdame

- ❑ İmplant hastalarında peri-implantitis gelişebilir.
- ❑ Plağın indüklediği enflamasyona implantlar doğal dişlerden daha fazla duyarlıdır.
- ❑ Kısmi dişsiz hastalardaki genel periodontal durum implant çevresindeki klinik durumu etkileyebilir.
- ❑ Parsiyel dişsiz hastalarda implant mikroflorası dişsiz hastalardan farklıdır. Parsiyel dişsiz hastalarda implant florası dişlerin florasıyla benzeşir. Periodontal durum ve implant idamesi birbirleri ile ilişkilidir.
- ❑ İmplant mikroflorasının sağlıklı kalabilmesi için periodontal floranın da sağlıklı olması gerekir.
- ❑ İmplantın yerleştirilmesinden önce periodontal hastalığın tedavisinin yapılması ve sonra da bunun iyi bir destekleyici periodontal tedavi ile pekiştirilmesi önemlidir.

Genel olarak implant hastalarında idame doğal dişlere sahip olanlara benzese de belli başlı üç fark öne çıkar:

1. İmplant üzerindeki diş taşlarının uzaklaştırılması için implantı çizmeyen özel aletler gerekir.
2. Profilaktif amaçlı florlu ajanlardan asidik olanlar kullanılmaz.
3. Abraziv olmayan polisaj pastaları kullanılır.

- İmplantların üzeri açıldıktan sonra ultra yumuşak fırçalar, kemoterapötik gargaralar ve irrigasyon cihazları kullanılmalıdır.
- Hastalar implantlara dokunmaya korkarlar, dolayısıyla bu alanları temiz tutmaları için cesaretlendirilmelidirler.
- Metal el aletleri ve ultrasonik ve sonik uçlar kullanılmamalıdır; çünkü bunlar titanyum yüzeyde çiziklere ve değişime neden olabilirler. Sadece plastik aletler veya özel olarak tasarlanmış altın-kaplama küretler ile temizlik yapılmalıdır. İmplant yüzeyi kolaylıkla çizilebilir. Lastik bir uç ile implant polisaj pastaları hafif ve kesintili temaslar ile uygulanabilir. Glisin tozu kullanılan hava püskürtmeli polisaj aygıtlarıyla son derece başarılı sonuçlar alınmaktadır.
- Topikal antimikrobiyallerin günlük kullanımı tavsiye edilmekte ise de, asidik florlu ajanlar kullanılmamalıdır çünkü bunlar titanyum yüzeylerde hasar yapabilirler. Protezler çıkarılıp, bakımı yapıldıktan sonra yerine takıldığında oklüzyonda hafif değişiklikler olabilir. Oklüzal uyumlama öncesinde biraz beklenmelidir.



TEŐEKKÜRLER