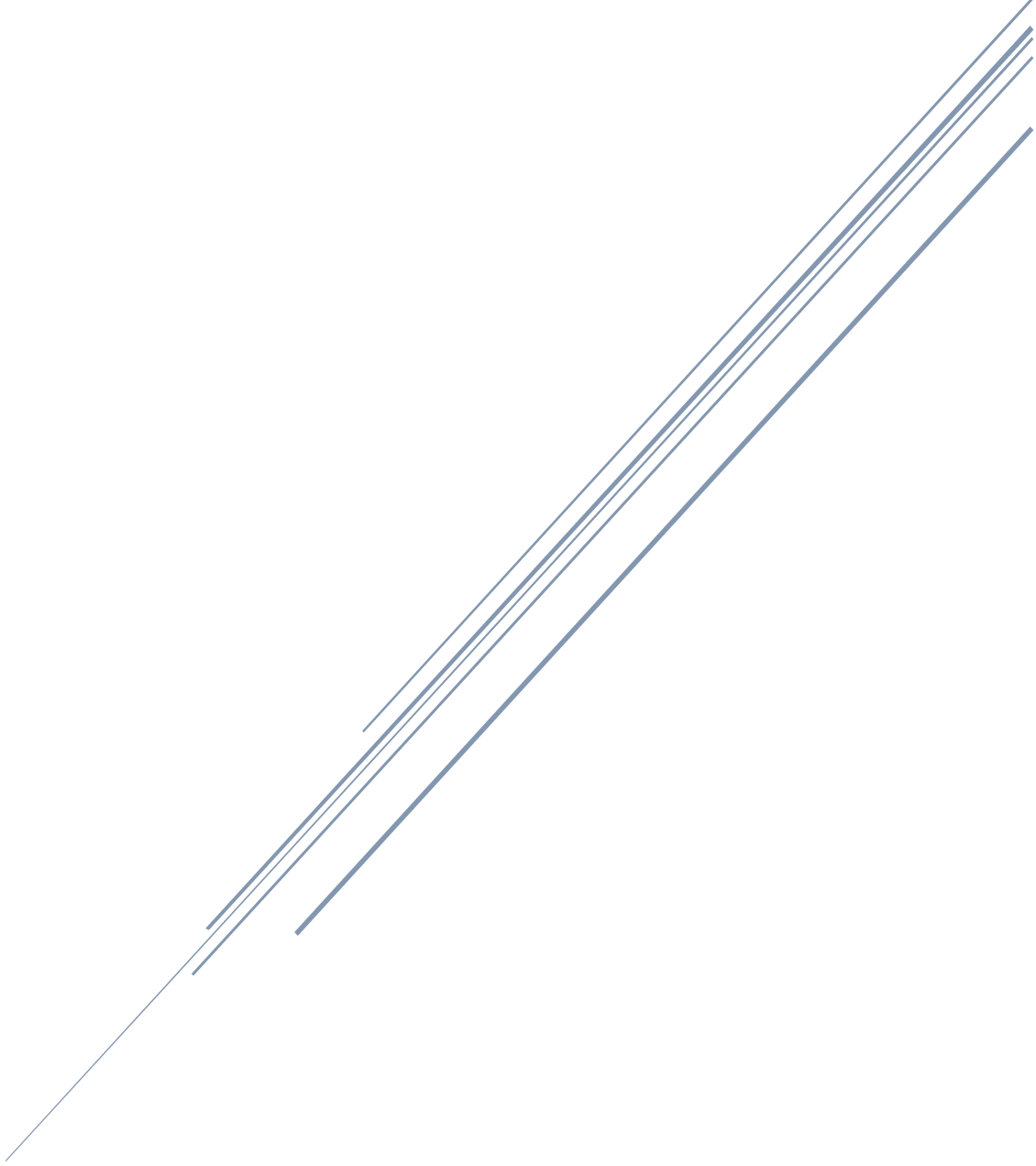


ORYANTASYON EL KİTABI

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Pedodonti Ana Bilim Dalı



2025
BOLU

İÇİNDEKİLER

Genel Bilgiler	2
Fakülte Tarihçesi	2
Ana Bilim Dalımız.....	2
Ana Bilim Dalı Çalışma Düzeni	3
Sistemik Hastalıklarda Önerilen Yaklaşımlar	5
Kalp Damar Bozukluğu Olan Hastalara Yaklaşım	5
Kanama Bozukluğu Olan Hastalara Yaklaşım	6
Diyabetli Hastalara Yaklaşım	8
Astım Tanısı Olan Hastalara Yaklaşım	12
Gastro-Özefageal Reflü Olan Hastalara Yaklaşım	13
Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalara Yaklaşım	13
Senkop	13
Epilepsi Nöbeti Geçiren Hastaya Yaklaşım	14
Kemoterapi Öncesi Dental Yaklaşım	14
Dental Travma	15

	BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ Pedodonti Ana Bilim Dalı Bölüm Uyum Rehberi			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO
KEY.RH.03	29.04.2025	-	-	2/18

GENEL BİLGİLER

FAKÜLTE TARİHÇESİ

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi (BAİBÜ) Diş Hekimliği Fakültesi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi bünyesinde 26/02/2010 tarih ve 27505 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan 01/02/2010 tarih ve 2010/103 sayılı kararname ile kurulmuştur. 2011 yılından itibaren hasta tedavilerine başlanmış olup, ilk lisans öğrencilerimiz 2011-2012 eğitim öğretim yılında eğitimlerine başlamıştır. İlk mezunlar 2016 yılında verilmiştir. Dekanlık görevi Ocak 2022 tarihinden itibaren Prof. Dr. Ali KELEŞ tarafından yürütülmektedir.

ANA BİLİM DALIMIZ

Ana Bilim Dalı Başkanlarımız

- Dr. Öğr. Üyesi Serpil SAĞDIÇ (2025-halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZTÜRK (2024-2025)
- Dr. Öğr. Üyesi Deniz Sıla ÖZDEMİR ÇELİK (2021-2024)

Öğretim Üyelerimiz

- Dr. Öğr. Üyesi Deniz Sıla ÖZDEMİR ÇELİK (2021 – halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZTÜRK (2022 – halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Serpil SAĞDIÇ (2022-halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUNOK ÜNLÜ (2024-halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Betül TAŞKAYA (2025 – halen)

Uzmanlık Öğrencilerimiz (2025 Güz Dönemi İtibariyle Alfabetik Sıraya Göre)

- Arş. Gör. Berna YURT
- Arş. Gör. Beyza Nur ÇELİKKAYA
- Arş. Gör. Bilge Zülal KAÇMAZ
- Arş. Gör. Çağla GÖNÜL
- Arş. Gör. Elif DEMİREL ŞEKER
- Arş. Gör. Elif SÜLEYMANOĞLU
- Arş. Gör. Elif Tuğçe NACAR
- Arş. Gör. Enes BÜKECİK
- Arş. Gör. Gamze KAPLAN
- Arş. Gör. Hande Sena ALKAN
- Arş. Gör. Kübra ASLAN
- Arş. Gör. Kübra EKER
- Arş. Gör. Merve Sena GÖRGÜLÜ

- Arş. Gör. Melike TURGUT
- Arş. Gör. Nazlı ŞENGEL
- Arş. Gör. Perihan MEMİŞ KÜÇÜKGÜL
- Arş. Gör. Sena ÇATAL
- Arş. Gör. Tuğçe DİŞYAR

Mezun Uzmanlarımız (Başlangıç tarihlerine göre)

- Arş. Gör. Tuğçe ASLAN (2021-2024)

Pedodonti ana bilim dalımızda, çocuk hastalara yönelik tüm dental tedavilerin gerçekleştirildiği, 23 ünitte oluşan bir klinik bulunmaktadır. Kliniğimizde dental işlemler için gerekli tüm malzeme ve ekipmanlar mevcuttur. Ozon cihazı, intraosseöz anestezi ve iğnesiz enjeksiyon sistemi mevcuttur. Ana bilim dalımızda çocuk hastaların tedavi süreçlerini en iyi şekilde yönetmek amacıyla yer tutucu ve çocuk protezlerinin yapımı için bir diş teknisyeni görev yapmaktadır.

ANA BİLİM DALI ÇALIŞMA DÜZENİ

1. Mesai saatleri 8.00-12.00 ve 13.00-17.00 şeklindedir. Klinik çalışma saatleri 8.30-12.00 ve 13.30-17.00 şeklindedir.
2. Personelin çalışma saatleri 08.00-12.00, 13.00-17.00 şeklindedir. Temizlik personelinin çalışma saati 08.00-12.30, 13.30-18.00 şeklindedir.
3. Personel mesai saatlerinde telefonla gereksiz vakit geçirmeyecek, maske ile çalışacaktır. İşleri tamamladıkları durumlarda uygun şekilde oturarak bekleyebilirler.
4. Ünitelerin, kliniğin temizlik ve düzeninden ilgili personel sorumludur.
5. İş yerindeki bilgisayarlar amacı dışında kullanılmamalıdır (video izlemek vs.).
6. O gün stajyerlerden sorumlu olan araştırma görevlileri 8.30 'da stajyer hekimlerin yoklama listesini tamamlamış, hasta çağırma sistemlerini aktif hale getirmiş ve hasta çağırmaya başlamış olmalıdır.
7. Konsültan öğretim üyesi, uzmanlar ve uzmanlık öğrencileri en geç 8.30'da poliklinikte hazır olmalıdır.
8. Klinikte görevli araştırma görevlilerinin kendi görev alanı dışında herhangi bir yere gitmesi gerekirse, konsültan öğretim üyesinden izin alması gerekmektedir.
9. Araştırma görevlileri klinikteki en son hasta koltuktan kalkmadan ve konsültan öğretim üyesine danışmadan klinikten çıkmamalıdır.
10. Araştırma görevlileri klinikte medikal forma ve yaka kartı asılı önlükleriyle bulunmalıdır. Yeşil önlük, bone, maske ve siperlik ile hasta bakmalıdır.
11. Kadın araştırma görevlilerinin saçları toplu olmalı, ojeli ve uzun tırnaklı olmamalıdır.
12. Erkek araştırma görevlileri sakal tıraşı olmalıdır.
13. Hastalara uygulanacak olan her tedavi için öncesinde hekim tarafından hastaya sözlü olarak bilgilendirme yapılmalı, aydınlatılmış onam yazılı olarak alınmalı ve belirlenmiş alana bırakılmalıdır. Kullanılan malzemelerin barkodu sisteme okutulmalıdır.
14. Hastalarda kullanılan tüm malzemelerin barkodları onam formlarına yapıştırılmalıdır.
15. Saat 11.30 ve 16.30'dan sonra acil hastalar dışında uzun sürebilecek işlemlere başlanmamalıdır.

16. Öğrenci nöbetinde olan araştırma görevlileri konsültan öğretim üyesi ile gün sonunda hasta listesinde uygulanan, girilmeyen işlemlerin ve hastada kullanılan malzemelerin barkodunu okutma takibini yapmakla görevlidir.
17. Öğrenci nöbetinde olan araştırma görevlisi, konsültan öğretim üyesi ile mesai bitiminde kliniğin son kontrolünü yapmakla görevlidir.
18. Göreve yeni başlayan araştırma görevlileri en az ilk üç ay boyunca konsültan öğretim üyesinden endikasyon alarak işleme başlayacaktır.
19. Göreve yeni başlayan araştırma görevlileri 6. ay sonunda ana bilim dalı başkanı başkanlığında en az 3 öğretim üyesi kararı ile stajyer öğrenciye endikasyon vermeye başlayabilirler.
14. Eğitim toplantıları olan saatlerde ilk muayene, öğrenci ve acil nöbetleri kesintisiz devam edecek olup, ilgili saatlerde asistan ve öğretim üyeleri hastalarına randevu verilmeyecektir.
15. Ana bilim dalında cuma günleri 8.30-10.00 arası yapılan toplantılardaki sunum düzenine uyulmalı. Ana bilim dalı başkanının bilgisi dışında eğitim sunumlarında değişiklik ya da iptal yapılamaz. Sunumların sırasını ve içeriğini ana bilim dalı başkanı organize eder.
16. Asistan eğitim süreci Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık yönetmeliğine göre yönetilir.
17. Kliniğe gelen kontrol hastaları için sekreter giriş yapacak, ilgili hekimlere yazılı ve sözlü haber verilecek, bekleme süresinde yapılabilecek işlem varsa klinikte görevli araştırma görevlileri tarafından yapılacaktır.
18. Stajyer öğrencilere hasta sağlanması kontrolü staj sorumlusu öğretim üyesi tarafından takip edilir. Bununla birlikte konsültan öğretim üyesi hasta durumu hakkında ilgili öğretim üyesine geri bildirim verir.
19. Kliniğe gelen vakalar konsültan öğretim üyesi eşliğinde değerlendirilecektir.
20. Klinikte endikasyon verilen stajyer diş hekimleri sorumlu asistan tarafından sürekli kontrol edilecek uygun şekilde geri bildirim verilecektir.
21. Genel anestezi operasyonları protokol kapsamında “Salı” günleri yapılmaktadır.
22. Genel anestezi altında tedavi olacak hastalar pre-operatif değerlendirme için Köroğlu Devlet Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon polikliniğine yönlendirilmelidir. Hastanın operasyona uygun olduğu görüldükten sonra pre-operatif, intra-operatif, post-operatif ilaçları görevlendirilen asistan tarafından sorumlu öğretim üyesine danışılarak yazılacaktır.
23. Genel anestezi öncesi opere olacak hastanın katı ve sıvı gıda alımı 8 saat öncesinden itibaren kesilmelidir.
24. Genel ameliyathane odasının hazırlanmasında, ameliyat masasındaki malzemelerin tamamlanmasında, malzemelerin eksiksiz toplanmasında ameliyat hemşiresi sorumludur. Hasta ameliyathane personeli tarafından ameliyathaneden çıkarılır, post-operatif bakım odasında derlenmesi sağlanır, servise çıkarılır. Hasta takibinin yapılması servis hemşiresi ve görevlendirilmiş asistan tarafından yapılmalı ve sorumlu öğretim üyesi haberdar edilmelidir. Görevlendirilmiş asistan, hasta takibini yapmalı ve sorumlu öğretim üyesini haberdar etmelidir.
25. Hasta servise çıkarıldıktan 4 saat sonra orali açılır. Hasta taburcu olmadan önce şu kriterleri sağlamalıdır: Hastanın uyanık, dönüt alınabilen ve oryante durumda olması, vital bulguların stabil olması, ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın minimal/hiç

olmaması, hastanın yardımsız düzgün bir biçimde yürüyebilir durumda olması, ameliyat sonrası bakım talimatlarının refakatçi ve hasta tarafından anlaşılması, SpO₂ > %90 olması, ameliyat sonrası ağrının kontrol altına alınmış olması, anestezi ve antagonist ilaçların vücuttaki etkilerinin ortadan kalkması

26. Belirtilen mesai sürelerini aşan genel anestezi hasta takip işlemlerinde son iki yılındaki araştırma görevlileri kendi arasında sırayla görevli olacaklardır.

SİSTEMİK HASTALIKLARDA ÖNERİLEN YAKLAŞIMLAR

KALP DAMAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA YAKLAŞIM

Bir çocuğa kalp damar bozukluğu teşhisi konulur konulmaz bir pedodontist ile 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.

Bakteriyemi riski olan; diş etleri ve kök ucunu da içeren, ağız mukozasını perfor 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 hastanın durumuna göre tekrar değerlendirilir.

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.

Enfektif Endokardit Açısından Riskli Hastalar

Enfektif Endokardit Riski Yüksek Hastalar

1-Protez kalp kapaklı ya da kalp kapak tedavisinde protez materyal kullanılmış hastalar: Bu hastalarda İE gelişme riski ve İE'ye bağlı mortalite daha yüksektir ve doğal kalp kapağı bulunan hastalara göre daha sık komplikasyon gelişir. Bu durum transkateter yerleştirilen protezler ve otogreftler için de geçerlidir.

2- Daha önce İE geçirmiş hastalar: Bu hastalarda mortalite ve komplikasyon insidansı ilk kez İE geçiren hastalara göre daha yüksektir.

3- Tedavi edilmemiş siyanotik ve postoperatif palyatif şant, kundüvit ya da diğer protezleri bulunan konjenital kalp hastalığı olan hastalar: Cerrahi tedavi sonrası defekt kalmamış ise, protez materyalinde endotelizasyon oluşana dek, ilk 6 ay riskli diş hekimliği işlemlerinde antibiyotik profilaksisi önerilmektedir.

4- Kardiyak vulvopati gelişmiş kalp transplantasyonu yapılan hastalar: Amerikan Kalp Derneği / Amerikan Kardiyoloji Enstitüsü rehberleri, riskli diş hekimliği işlemlerinde profilaksi önerirken, yüksek kanıta dayalı olmadığından Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından önerilmemektedir.

Enfektif Endokardit İçin Orta Riskli Hastalar

Biküspid aort kapağı, mitral kapak prolapsı ve kalsifiye aortik stenoz gibi en sık tanılanan diğer doğal kapak hastalıkları bulunan hastalar. Bu hastalarda antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.

Riskli Diş Hekimliği İşlemleri

Diş eti ya da periapikal bölgede çalışmayı ya da ağız mukozasının perforasyonunu gerektiren işlemler riskli diş hekimliği işlemleri olarak kabul edilir. (Diş taşı temizliği, intraligamenter anestezi, kök kanal tedavisi işlemleri gibi)

Antibiyotik profilaksisi gerektirmeyen işlemler

- İnfekte olmayan dokuya yapılan lokal anestezi uygulamaları
- Yüzeysel çürük tedavisi
- Dikiş alınması
- Dental grafi çekimleri
- Hareketli protez, ortodontik aparey ya da braketlerin uygulanması,
- Süt dişlerinin düşmesi
- Dudak ve ağız mukozası travmaları

KANAMA BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA YAKLAŞIM

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.

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 renkleşmeleri görülebilir.

Hafif kanama problemi olan hastalarda minimal invaziv işlemlerin yapılacağı durumlar tedavi sürecini etkilemez. İleri derecede kanama problemi olan hastalarda kanama oluşturacak tüm işlemler öncesinde hematolog konsültasyonu gereklidir.

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 tedavi öncesi mutlaka hematolog konsültasyonu gerektirir.

Sürekli ilaç kullanan hastalarda lokal cerrahi tedaviler için ilaç kullanımının düzenlenmesi amacıyla konsültasyon gereklidir. Çoğunlukla aspirin kullanan bireylerde lokal faktörler kanama oluşturmaz ise ilacın kesilmesine gerek kalmadan gerekli önlemler alınarak işlem yapılabilir. Aspirinin kesilmesi gerekiyorsa 10 gün öncesinden kesilmelidir. Bunun gibi klopidoğrel (Atrevix

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.

Pıhtılaşma bozukluğu olan hastalarda blok anesteziler hematoma oluşturarak yutkunma ve nefes alma zorluğuna, hastanın hava yolunun kapanmasına ve büyük şişliklere sebep olabileceği için bu tip anesteziler 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.

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.

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 sütüre 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 alınamazsa da antifibrinolitik ilaç, nadiren faktör replasmanı gerekir.

Kanama eğilimi olan hastalarda periodontal muayene ile yüzeysel diş taşı 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 solüsyondan günde 3-4 sefer 10 ml ağız içerisine alınır ve 2 dakika gargara yapılarak tedavi 5-7 gün süreyle devam edilir.

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.

Protetik ve ortodontik işlemler tedavi sırasında yumuşak doku travması meydana getirilmemesine dikkat edildiği sürece kanama problemi oluşturmazlar ve herhangi bir sistemik önlem almadan yapılmalarında sakınca yoktur. 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.

Dental Girişimler ve Kanama Riskleri

Kanamaya Sebep Olmayan Dental Prosedürler	Düşük Kanama Riski Olan Dental Prosedürler	Yüksek Kanama Riski Olan Dental Prosedürler
•Lokal anestezi uygulamaları; İnfiltrasyon,intraligamenter,Rejyonel blok anesteziler •Basit periodontal prosedürler (supragingival plak, diştaşı temizliği) •Supragingival restorasyonlar •Anterograd endodontik prosedürler •Protetik işlemler •Ortodontik apareylerin tatbiki	•Üç dişe kadar olan basit diş çekimleri •Subgingival marjinli direkt/indirekt restorasyonlar •Kök yüzey düzenlemesi	•Genellikle üçten fazla olan ve geniş çekim soketi bırakan diş çekimleri •Flap elevasyonu gerektiren işlemler •Cerrahi diş çekimleri •Periodontal cerrahi prosedürler •Preprotetik cerrahi •Kron uzatma operasyonları •Biyopsi

Yapılacak dental girişim sonucu kanama görülmeyecekse;	Düşük ve yüksek kanama riski olan dental girişimler uygulanacaksa;
• İşlem yapılabilir.	• Hastanın genel sağlık durumu ve kullandığı medikamentler değerlendirilmeli ve hastadan işlem öncesi konsültasyon istenmelidir. • Hasta antitrombik/antikoagulan tedaviyi kısa bir periyot için kullanıyorsa acil olmayan kanamalı dental girişimler ertelenebilir. • Acil dental girişimlerde konsültasyon sonucuna göre hasta antitrombik/antikoagulan tedaviye ara verebilir/değiştirebilir.

Kanama eğilimi olan hastanın tedavisinde genel olarak;

- Hastaların tedavisi erken saatlerde yapılmalı kanama kontrolü için yeterli zaman ayrılmalıdır. İşlem olabildiğince atravmatik yapılmalıdır ve kanama kontrolü sağlanana kadar hasta gözlemlenmelidir.
- Vazokonstriktör içeren lokal anestezi tercih edilmeli, infiltrasyon veya intraligamenter anestezi uygulanmalıdır. Blok anestezi uygulanması gereken durumlarda aspirasyona dikkat edilmelidir.
- Çekim soketlerine rezorbe olabilen hemostatik ajan yerleştirilip bölge dikkatlice suture edilmelidir. Rezorbe olmayan suture kullanıldıysa, 4-7 gün sonra dikkatlice suture alınmalıdır.
- Bölgeye 15-30 dk boyunca spanç baskılı bir şekilde yerleştirilmelidir.
- Post operatif dönemde hastanın analjezik olarak asetilsalisilik asit, ibuprofen, diklofenak ve naproksen gibi kanama eğilimini artırabilecek ajanlardan uzak durması istenmelidir. Parasetamol kullanımı güvenlidir.
- Hastaya post operatif dönemde dikkat etmesi gereken durumlar sözlü ve yazılı olarak iletmeli ve istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında hızlı bir şekilde hekime başvurulmalıdır.

Tedavi Sonrasında;

- Lokal anestezinin etkisi geçinceye kadar hasta gözlenmeli
- 24 saat boyunca ağız çalkalanmamalı/gargara yapılmamalı
- Soket emilmemeli, yabancı cisimlerle veya dil ile travmatize edilmemeli
- Sıcak ve sert gıdalar 24 saat boyunca tüketilmemeli
- Pıhtı stabilizasyonu sağlanana kadar, karışık arka çiğneme yapılmalı
- Kanama izlenmesi durumunda hasta baskılı tampon uygulamalı ve hekime başvurulmalıdır.

DİYABETLİ HASTALARA YAKLAŞIM

Diyabetli 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. Hastada tükürük 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. Diyabetli bireyler diş tedavisine gideceği gün mutlaka açlık kan şekeri düzeyini ölçtürmeli ve bu bilgiyi diş hekimine söylemelidir. Dental tedavi esnasında mutlaka yanında kan şekeri ölçüm cihazını bulundurmalıdır.

Diyabetli 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 yiyemeyeceğini düşünerek insülin uygulamayı bırakmamaları gerekir. Çünkü stres kan şekerini yükseltebilir. İnsülin uygulandıktan sonra eğer normal yenmesi gereken gıdalar

alınamıyorsa kalori açığı sıvı yiyecek/içecekler ile kapatılmalıdır. İnsülin dozu atlanmamalı, mutlaka her zaman uygulanan dozunda ve zamanında yapılmalıdır.

Lokal anesteziğin içindeki adrenalin miktarı hiperglisemiye neden olacak kadar fazla değildir ve 1/80.000'lik adrenalin içeren solüsyonlar kullanılabilir; yine de mümkünse adrenalin içermeyen solüsyonlar tercih edilmelidir. Diş hekimi randevuları kısa tutmalı, uzun süren randevularda ise ara vererek hastanın ara öğünlerini yemesini sağlamalıdır. Herhangi bir cerrahi işlemden 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.

Diyabetli çocuklar enfeksiyona çok duyarlıdır. Gereken durumlarda, antibiyotik profilaksisi uygulanması, işlem öncesi ve sonrası çocukların diyetine özellikle dikkat etmelerinin sağlanması gerekmektedir. Çocuk protezleri ve hareketli yer tutucularda vurukları önlemek için teslim seansı özenli gerçekleştirilmeli ve kontrol seansları daha sık yapılmalıdır. Kontrol altına alınmamış diyabetli bireylerde ortodontik tedaviye başlanmamalıdır.

Hipoglisemi Semptomları

- Hafif Hipoglisemi; Ani acıkma baş dönmesi titremeler gerginlik kalp atışlarının şiddetlenmesi uyuklama, yorgunluk terleme ağız veya dudaklarda uyuşukluk veya karıncalanma.
- Orta Hipoglisemi; Kişilik değişikliği, baş ağrısı, sinirlilik, bulanık görme, konfüzyon veya konsantre olma güçlüğü, koordinasyon bozukluğu, yavaş veya geveleyerek konuşma.
- Ciddi Hipoglisemi (acil tedavi gerektirir); Baygınlık, kasılmalar, nöbet, bilinç kaybı ortaya çıkabilir.

Hastaneye Transfer Edilmesi Gereken Hastalar Hangileridir?

- Yaklaşık 15–20 dakikada belirtiler geçmiyorsa sağlık kuruluşuna gitmesi için yardım çağırılmalıdır.
- Hastanın bilinci yerinde değilse koma pozisyonu verilerek (112) tıbbi yardım çağırılmalıdır.
- Hastanın şikayetlerinin hipoglisemi nedeni ile olduğundan emin olunamıyorsa (112) yardım çağırılmalıdır.

Kan Şekeri Ölçüm Adımları

Gerekli Malzemeler

- Bir adet kan şekeri ölçüm cihazı
- Bir adet ölçüm çubuğu
- Parmak delme cihazı



1

Ölçüme başlamadan önce hastanızın ellerini yıkamasını ve kurulamasını sağlayın.



2

Cihazın ölçüm çubuğu kutusundan çıkan kod çipini cihaz üzerindeki yerine yerleştirin. (kodlama gerektirmeyen cihazlar için bu işlem yapılmaz).



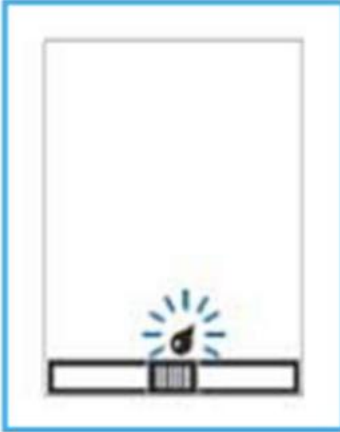
3

Ölçüm çubuğu kutusundan bir adet çubuk çıkarın ve dikkatlice ve bükmeden ok yönünde yuvasına yerleştirin.



- 4 Parmağı yan taraftan delin ve bir damla kan elde edin (Kan damlası küçük olmamalı)

- 5 Ölçüm cihazında kan uygulayabileceğinizi gösteren işaret görüntülediğinde (örneğin yanıp sönen damla sembolü) ölçüm çubuğuna kan damlasını temas ettirin. Ekranda yanıp sönen kum saati sembolü gördüğünüzde ölçüm başlamıştır.



- 6 Yaklaşık 5 saniye sonra ekranda ölçüm sonucu gösterilir

- 7 Kan şekeri ölçüm aleti hafızasında geçmiş kan şekeri değerlerini izleyebilirsiniz.

ASTIM TANISI OLAN HASTALARA YAKLAŞIM

Astımlı çocuklar daimî dişlerinde artmış çürük insidansı, gingivitis, diş taşı, erozyonla beraber değişmiş tükürük içeriği ve akış hızına sahiptirler. Bu duruma bireylerin aldıkları inhaler (laktöz vb. şeker içerir) ve sıvı formdaki ilaçlar sebep olmaktadır. β_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.

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.

Aspirin ve non sterodid anti enflamatuvar ilaçlardan, ilaç etkileşimleri ve atak başlangıcına sebep olabilecekleri için kaçınılmalıdır. Atak sebebi dental tedaviler dahi olabileceğinden hastaların ilaçlarını tedavi seansında yanlarında bulundurmaları istenir. Sedasyon ihtiyacında ise intravenöz yerine inhalasyon yöntemi tercih edilmelidir. Tükürük akış hızı ve tamponlama kapasitesi rutin kontrollerle değerlendirilmeli, koruyucu uygulamalar aksatılmamalıdır. Ağız kuruluğunu önlemek için sık sık su içilmesi önerilmeli ve şekersiz sakız çiğnenmesi tavsiye edilmelidir.

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 likit antiasitler, karbonatlı su, süt veya nötral sodyum floridli gargaralarla ağızlarını çalkalamaları söylenmelidir.

Uzun süre ve yüksek doz inhale kortikosteroid kullanan hastalara düzenli kemik mineral yoğunluğu ölçümü yaptırılmaları tavsiye edilmelidir. Bu tür hastalarda konsültasyon istenmelidir.

Astım atağı geçiren hastada müdahale:

- İlk olarak semptomatik, atak halinde başvuran veya işlem sırasında atak geçiren hastalarda girişim hemen durdurulmalı /ertelenmelidir. Bilinci açık hastalar dik ve rahat edeceği bir pozisyona alınır.
- Varsa tüm araç ve malzemeler ağız içi ve hava yolundan uzaklaştırılır.
- Hastanın tercihen kendine ait veya acil kitinde mevcut olan inhaler β_2 agonist ilaç (salbutamol) uygulanır.
- İlaç, aralarda 4 nefes olacak şekilde 4 puff uygulanır. Rahatlama olana kadar veya yardım gelene kadar 20dakika ara ile 4-10 puff olacak şekilde salbutamol uygulanabilir. Hasta ilacını kendi uygulayacak durumda değilse destek olunmalıdır.
- Maske ile 4-6 lt/dk. oksijen tedavisi başlanır.

Bu hastalarda 112 acil yardım sistemi aşağıdaki durumlarda aktive edilmelidir:

- Hasta nefes almıyorsa
- Aniden kötüleşme veya durumda düzelme olmaması
- Astım atağında rahatlatıcı bir ajan bulunmaması
- Astım atağı olduğundan emin değilseniz
- Anafilaksi düşünülüyorsa

Bu tedavilere cevap vermeyen ve/veya kötüleşen hastalarda artık “Status astmatikus” olarak adlandırılan ciddi astım atağı düşünülmelidir. Bu aşamada hastaya subkutan adrenalin (1:1000’lik, 0,01 mg/kg; 3 doza bölünerek yaklaşık 0,3 mg ve 20 dakika aralıklarla) uygulanmalıdır. Acil yardım gelene kadar hastada uygun oksijen saturasyonu (%93-95; çocuklarda %94-98) sağlanacak şekilde oksijen tedavisi sürdürülmelidir.

GASTRO-ÖZEFAGEAL REFLÜ OLAN HASTALARA YAKLAŞIM

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.

Tükürük akışını uyardığı ve tamponlama kapasitesini arttırdığı için şekerli 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.

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.

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.

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARA YAKLAŞIM

Gelişimsel ve dental gerilikler sonucu maloklüzyonlarla birlikte glomerüler filtrasyon çok düşük seyrediyorsa dişte mineralizasyon bozuklukları ve mine hipoplazileri gözlenebilir. 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.

Trombosit disfonksiyonu ve antikoagülan kullanımı sebebiyle kanama zamanının uzadığı unutulmamalı, dental tedaviler mümkünse hemodiyalizden 1 gün sonra yapılmalıdır. Hepatit bulaşma riski açısından dental işlemler sırasında gereken önlemler alınmalıdır. Hastaya böbrek transplantasyonu yapılacaksa işlem öncesi tüm dental tedavilerinin bitirilmesi gerekmektedir. Nakil sonrası siklosporin kullanımına bağlı olarak dişeti büyümeleri izlenir. Siklosporin yerine Takrolimus kullanımı ve plak kontrolüyle hiperplazi kontrol altına alınır.

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.

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. Hemodiyaliz ve transplantasyon hastalarında profilaksi gerekmektedir.

SENKOP

Bayılma olarak da bilinen senkop, beyne yeterli kan akışı ve oksijen gitmediğinde oluşan ani ve kısa süreli bilinç kaybıdır. Senkopun birçok nedeni vardır. Yaygın bir senkop türü olan vazovagal senkop veya nörokardiyojenik senkop, otonom sinir sistemi adı verilen kalbin ve kan damarlarının hareketini kontrol eden sinirlerin arızalanmasından kaynaklanır. Bu tür senkop korku, şiddetli ağrı, duygusal sıkıntı veya uzun süre ayakta durma ile tetiklenebilir. Dehidratasyon ve düşük tuz alımı da duruma katkıda bulunabilir.

Senkopun belirgin semptomu bayılma veya bayılmaya yakın olma durumudur. Durum ayrıca aşağıdaki semptomlara da neden olabilir:

- Göğüste basınç veya ağrı
- Tükenmişlik
- Baş dönmesi veya sersemlik
- Göğüste atlama, çırpınma veya çarpma şeklinde olabilen çarpıntılar
- Nefes darlığı

Senkopun çeşitli nedenleri olduğundan, çocuğun senkopunun tedavisi nedene bağlı olacaktır. Senkop, supraventriküler taşikardi (SVT) veya ventriküler taşikardi gibi çok hızlı kalp ritimlerinden (taşikardiler) kaynaklanabilir. Diğer durumlarda, senkop, sinüs düğümü disfonksiyonu veya kalp bloğu gibi çok yavaş kalp ritimlerinden (bradikardiler) kaynaklanabilir. Çocuğun bayılmasının nedeni kan basıncı sorunu ise ilaç tedavisi, ekstra sıvı alımı ve tuz önerilebilir.

EPİLEPSİ NÖBETİ GEÇİREN HASTAYA YAKLAŞIM

- Hasta yaralanmadan korunmalıdır. Mümkünse hastanın çevresindeki sert, sivri cisimler uzaklaştırılır. Başını sert yüzeylere çarpmasına engel olunur, aspirasyon riskini azaltacak ve dilin boğaza kaçmasını engelleyecek şekilde pozisyon verilmeye çalışılır. Maskeyle oksijen desteği sağlanır. Bununla birlikte hemen mavi kod ekibine haber verilir. Mavi kod ekibi gelene kadar nöbet paterni izlenir ve süresi kaydedilir.

- Nöbet geçiren tüm hastaların sağlık ekibiyle birlikte hastaneye yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Hasta tek başına taburcu edilmemelidir.

KEMOTERAPİ ÖNCESİ DENTAL YAKLAŞIM

Pediyatrik hastaların ağız ve diş sağlığı, kemoterapinin sonuçlarını etkileyen önemli bir belirleyicidir. Pediyatrik kanser hastalarında gelişen tüm septisemilerin üçte birinin oral enfeksiyonlara bağlı geliştiği bildirilmiştir. Bu nedenle kemoterapiden önce ağız dokularının muayenesinin ve gerekli tedavilerinin kanser hastalarında bakım protokollerinin bir parçası olması gerektiği ifade edilmektedir.

Erken dental müdahaleler kemoterapinin sistemik ve oral komplikasyonlarını azaltmaya yardımcı olmaktadır. Diş hekimi tarafından kemoterapi öncesi ayrıntılı dental ve periodontal değerlendirme yapılmalı, saptanan potansiyel enfeksiyon odakları ve irritasyon alanları orta-dan kaldırılmalı, hastaya ağız temizliğinin ve bakımının önemi iyice vurgulanmalıdır. Optimal ağız hijyenin sağlanması amacıyla hastaya günde 2-3 kez düzenli olarak yumuşak kıllı bir diş fırçasıyla diş ve dil fırçalanması önerilmelidir.

İleriki zamanlarda kemoterapi tedavisine bağlı olarak myelosupresyon oluşacağından periodontal problemlerin eliminasyonu özellikle önemlidir. Myelosupresyon periyodunda kronik periodontal durumların akut duruma geçişi artabilir. Akut enfeksiyonun insidansını azaltmak için mekanik temizleme yapılmalı ve klorheksidin gibi kimyasal antimikrobiyal ajanlar kullanılmalıdır. Kemoterapi tedavisi öncesi çürük dişler restore edilmeli ve çürük risk grubundaki hastalarda flouridli diş macunları önerilerek gerekli durumlarda flourid jelleri, gargaraları ve vernikleri uygulanmalıdır.

Süt dişlerinde pulpa tedavilerine nazaran çekim daha kesin bir tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Semptomatik vital olmayan sürekli dişler kemoterapiden en az 1 hafta öncesinde kök kanal tedavisi görmüş olmalıdırlar. Eğer mümkün değilse çekilmelidirler. Asemptomatik dişlerin endodontik tedavisi hastanın hematolojik durumu sabit hale gelinceye kadar ertelenebilir.

Ortodontik apareyler ve yer tutucular hastada zayıf ve yetersiz ağız temizliğinin varlığında çıkarılmalıdır. Hareketli apareyler ise oral hijyenin iyi olduğu hastalarda kullanılabilir.

Restore edilemeyecek durumdaki dişlerde, periodontal cebin >6 mm olduğu durumlarda, kısmen sürmüş ya da gömülü kalmış fokal enfeksiyon kaynağı olabilecek dişlerde çekim yapılması gerekmektedir. Cerrahi işlemler olabildiğince atravmatik şekilde yapılmalı, keskin kemik kenarları bırakılmamalıdır. Diş çekimi öncesi profilaktik antibiyotik uygulaması için standart bir rejim bulunmamaktadır. Genel olarak dental işlemlerin kemoterapi tedavisi başlamadan 2 hafta önce bitirilmesi önerilmektedir.

Dental tedaviler öncesi hastanın hematolojik durumu önem taşımaktadır:

Tam nötrofil sayısı

>1.000/mm³: Antibiyotik profilaksisine gerek yoktur.

<1.000/mm³: Nötrofil sayısı yükselene kadar tedaviler ertelenmelidir. Hastanın dental tedavi için hastaneye yatması gerekebilir.

Trombosit sayısı

>75.000/mm³: Ekstra bir desteğe gerek yoktur. Uzayan kanamanın kontrol altına alınmasında suturlar, hemostatik ajanlar, basınç ekipmanları, jelatin köpükler kullanılabilir.

40.000-75.000/mm³: Tedavi öncesinde ve tedaviden sonra 24 saat içinde trombosit transfüzyonu gerekebilir.

<40.000/mm³: Tedavi ertelenmelidir. Acil durumlarda konsültasyon ve hastane ortamı gerekmektedir.

DENTAL TRAVMA

Dental travma vakasında öncelikle ebeveynin tedavi ile ilgili onamı alınmalıdır. Bu, yapılacak tedavi çeşidine uygun olarak hazırlanmış, tedavinin geneli hakkında bilgi vererek olası komplikasyonlardan ve tedavinin başarısız olması durumu ile ilgili bilgi içeren hasta onam formunun hem hasta/hasta yakını hem de diş hekimi tarafından imzalanarak iki nüsha şeklinde hazırlanıp bir nüshası hastaya verilmesi şeklinde gerçekleştirilmelidir.

Hasta hikayesinde durum tıbbi tehdit yönünden değerlendirilip ondan sonra dişler dikkate alınmalıdır. Hastada bilinç kaybı veya aşırı kanama olması gibi durumlarda acil ilk yardıma başvurulmalıdır. Travmatik yaralanmanın akut evresinde diş hekimine ulaşan hastaya ait kayıtlar alındıktan sonra, hastanın yüz ve ağız boşluğunun serum fizyolojik ile temizlenmesi doğru bir klinik muayene için gereklidir. Hastadan ya da çocuk hastada hasta yakınından dişlerin daha önce de bir travmaya maruz kalıp kalmadığı ve olay yerinde bir müdahale yapıp yapılmadığı öğrenilmeli; oklüzyon muayenesinde anomali varlığı, travmadan etkilenen dişlerde perküsyon ve palpasyona hassasiyet varlığı ve yaralanmanın meydana geldiği yer, zaman ve olay detaylı şekilde sorgulanmalıdır. Alınan anemneze göre Dental Travma Formu (EK-1) doldurulmalıdır. Travmanın gerçekleştiği ortamın bilinmesi, yara yerinin temizliğinin tespiti için önemlidir. Ev dışı ortamlarda tetanoz riski mevcuttur. Çocuk hastaya tetanoz aşısının rapel dozu yapılmadıysa tetanoz profilaksisi açısından hekime yönlendirilmelidir. Dental travma vakalarında adli kaydın tutulması ve vakanın fotoğraflanması büyük önem taşır. Dental travma vakalarında yüzdeki ve ağız içindeki yumuşak ve sert dokulardaki hasarın tedavi edilmeden önce fotoğraflar çekilerek kayıt altına alınması önemlidir. Diş yaralanmalarında çocuk hastada istismar şüphesi durumunda mutlaka yetkili mercilere bildirim yapılmalıdır.

Travmatik dental yaralanmalar en çok okul çağındaki çocukları etkilemektedir. Daimî dişlerin avülsiyonu, en ciddi travmatik diş yaralanmalarından birisidir. Avülsiyon yaralanması, tüm diş yaralanmalarının %0,5-16'sını kapsar ve en fazla daimi ön kesici dişleri etkiler. Dişin soket içerisinden tamamen çıktığı avülsiyon yaralanmasında; periodontal ligament (PDL), sement, alveol kemiği, diş eti ve pulpa gibi pek çok diş dokusu etkilenmektedir.

Süt dişinin tümüyle yerinden çıktığı avülsiyon vakalarında replantasyon yapılmaz fakat mutlaka diş hekimi kontrolü gereklidir. Daimî dişlerde görülen avülsiyon olgularının hızlı ve acil bir şekilde tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır ve bu olgularda tavsiye edilen ideal tedavi seçeneği replantasyondur. Bu uygulama, dişin prognozunu başarılı bir şekilde etkileyebilir ancak sonrasında sağkalım çeşitli etkenlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Replantasyon tedavisinin endike olmadığı bazı bireysel durumlar (şiddetli çürük veya periodontal hastalık, non-koopere hasta, sedasyon gerektiren ciddi bilişsel bozukluk, immün supresyon ve ileri kardiyak problemler gibi ciddi tıbbi durumlar) göz önüne alınarak tedavi seçeneği belirlenmelidir. Daimî diş avülsiyon vakalarının prognozunda dişin apeksinin gelişim durumu etkilidir. Replantasyon her zaman tercih edilmeli ve 2 hafta esnek splint uygulanmalıdır. Yaralanmaya alveol veya çene kemiğinin eşlik ettiği durumlarda, daha sert bir

splint endikedir ve 4 hafta boyunca kullanılmalıdır. İdeal bir splint; dişlere direkt uygulanabilmeli, dişlere aktif kuvvet uygulamamalı, endodontik tedaviye izin vermeli, oral hijyen sağlanmasını engellememeli, okluzyonu korumalı (gerekli hallerde), dişetinde irritasyona sebep olmamalı, kolayca çıkarılabilmelidir. Uygulanan esnek splint ankiloz olma olasılığını azaltmak için dişin fizyolojik hareketlerine izin vermelidir.

Avülsiyon travmalarında tedavi, dişin apeks durumu (açık ya da kapalı) ve ağız dışında kaldığı süreye bağlı olarak değişir. Kapalı apeksli dişlerde, eğer diş yerine replante edilmişse, pozisyonu doğrulanır, gerekirse düzeltme yapılır ve splintlenir. Antibiyotik başlanır, tetanoz durumu değerlendirilir ve 2 hafta içinde kök kanal tedavisi uygulanır. Diş kuru ya da saklama vasatında getirilmişse ve dışarıda kalma süresi 60 dakikanın altındaysa, temizlenip sokete replante edilir; işlem sonrası kanal tedavisi yine 2 hafta içinde başlatılır. Ancak 60 dakikayı aşan durumlarda prognoz kötüleşir; yine aynı prosedürler uygulanmakla birlikte, kanal tedavisine öncelik verilir.

Açık apeksli dişlerde ise revaskülarizasyon ihtimali nedeniyle kök kanal tedavisine hemen başlanmaz. Dişin doğru konumda olup olmadığı değerlendirilir ve gerekli tedbirlerle replante edilir. Pulpa nekrozu, inflamatuvar rezorpsiyon veya enfeksiyon bulguları gelişirse, uygun endodontik tedavi planlanır. Tüm vakalarda dişin splintlenmesi, yara bakımının yapılması ve düzenli kontroller esastır.

		BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PEDODONTİ ANABİLİM DALI TRAVMA FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO	
HHD.FR.08	27/05/2019	-	-	1/2	

Dr./Dt.:	Dosya No:	TC Kimlik No:
----------	-----------	---------------

Hastanın:

Adı-Soyadı: Cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kız
Ebeveyninin Adı: Cep Tel:
Doğum Tarihi ve Yeri: Ev/İş Tel:
Sistemik Rahatsızlığı: ☐ Var ☐ Yok

Travmadan Etkilenen Dişler

				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

Travma Hikayesi

Travma Zamanı:
Nedeni:
Travmadan Sonra Geliş Zamanı:

Travma Muayenesi

Yüzün Muayenesi

- ☐ Contusion: Yumuşak dokularda ezilme ve ezilmeye neden olan yaralanma
☐ Abrazyon : Sıyrık
☐ Laserasyon: Yırtılma veya kesilme
☐ Penetrasyon: Yumuşak dokuların derin yaralanması

WHO Travma Sınıflaması

A) Diş sert dokusu ve pulpa yaralanmaları

- ☐ 1- Mine kırığı
☐ 2- Mine dentin kırığı (pulpa açık değil)
☐ 3- Komplike kuron kırığı (Mine+dentin+pulpa açık)

B) Diş sert dokusu, pulpa ve alveolar kemiği içeren yaralanmalar

- ☐ 1- Kron-kök kırığı
☐ 2-Kök kırığı
☐ 3-Alveolar kemik kırığı

C) Periodontal doku yaralanmaları

- ☐ 1- Concussion (Anormal gevşemesiz veya yer değiştirmesiz yaralanma fakat perküsyonda hassasiyet var)
☐ 2- Sublüksasyon: (Anormal bir gevşemeli yaralanma fakat dişte yer değiştirme yok)
☐ 3- Lüksasyon yaralanmaları
☐ a- Lateral Lüksasyon
☐ b- Intrusiv Lüksasyon
☐ c- Extrusiv Lüksasyon
☐ d- Avülsiyon

	BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PEDODONTİ ANABİLİM DALI TRAVMA FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO
HHD.FR.08	27/05/2019	-	-	2/2

TEDAVİ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KONTROLLER

Seans	Tarih	Kontrol
1	/..../.....	
2	/..../.....	
3	/..../.....	
4	/..../.....	
5	/..../.....	
6	/..../.....	
7	/..../.....	