



## Bu sayıda

Ağız Mukozasının Premalign (Prekanseröz)  
Lezyonları

**Sayfa 2-6**

Dışlerinizi İki Dakika Fırçalamak Yeterli mi?

**Sayfa 7,8**

Ortodontik Tedavi Estetiği

**Sayfa 9,10**

Fakülte ve Bülten Yönetimi

**Sayfa 11**

## Diş Hekimliği Fakültesi

### Misyonu

Topluma karşı sorumluluk duygusuna sahip, mesleki bilgi, beceri ve diş hekimliği teknolojisindeki yenilikleri takip ederek üst düzeyde hizmet veren, kanıta dayalı diş hekimliği uygulamalarını meslek pratiğinde kullanabilen etik değerlere bağlı nitelikli diş hekimleri yetiştirmeyi üstlenmektedir.

### Vizyonu

Nitelikli araştırmalara ağırlık veren ve araştırmalarda ağız ve diş sağlığı uygulamalarının geliştirilmesinde katkıda bulunan, eğitim ve öğretim kalitesinden ödün vermeyen, kalite çalışmalarında öncü, etik ilkeler doğrultusunda, hasta haklarına saygı duyarak tedavi hizmeti sunan, bütün çalışanlarının gelişimine önem veren ve sürekli gelişim fırsatları sunan, ulusal ve uluslararası düzeyde önde gelen Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi olmaktadır.

## Ağız Mukozasının Premalign (Prekanseröz) Lezyonları

Ağız boşluğunun tümünde mukoza çok katlı yassı epitel (Skvamöz epitel ) ile kaplıdır. Skvamöz epitelin normalden farklılaşarak maligniteye dönüşümü ağız mukozasında kanser olarak karşımıza çıkar.

Burada kansere dönüşme fazından önceki dönemde epitelde görülen hücresel değişiklikler 'PREKANSE RÖZ -PREMALİĞN LEZYONLAR olarak tanımlanmaktadır.

Ağız mukozasının kansere dönüşme riski gösteren lezyonları WHO tarafından iki grupta tanımlanmıştır.

1-Prekanseröz lezyonlar; kanserleşme riski taşıyan mukoza değişiklikleri olarak tanımlanır. Bu lezyonların özelliği kansere dönüşme oranları yüksektir.

2-Prekanseröz durumlar; bu lezyonlar bazı şartlarda kanser riskinin artmasına neden olan genel hastalıklarda görülen mukoza değişiklikleri olarak tanımlanmıştır.

Genel anlamda prekanseröz lezyonlar kanser riski taşıyan mukoza değişiklikleri olması nedeni ile bunların erken tanısı öncelikle diş hekimlerinin rutin incelemesini çok önemli bir faktör haline getirmektedir. Bu değerlendirmede ağız mukozasındaki normalden farklı görünmesine neden olan renk değişikliğinin belirlenmesi önceliklidir.

Prekanseröz lezyonlarda; beyaz renkteki mukozal lezyonlar; LÖKOPLAKİ  
kırmızı renkteki mukozal lezyonlar; ERİTROPLAKİ

Her iki tip mukozal değişiklik hücresel değişim açısından bakıldığında farklılık göstermez. Her iki tip lezyonda epitel hücrelerinde prekanseröz tanımlaması için belirlenen özellikler aynıdır.

Prekanseröz lezyonların tanımı klinik olarak belirlenen lezyonun histopatolojik olarak değerlendirmesi ile belirlenmektedir. Değişik klinik çalışmalar ve moleküler biyolojik incelemeler yapılmasına karşın mikroskopik değerlendirme esas tanı yöntemi olarak yerini korumaktadır. Mikroskopik incelemelerde eritroplaki tarzındaki lezyonlarda displazik özellik daha sıklıkla görülmektedir. Klinik olarak görülen mukozal değişiklikte mikroskopik incelemede displazik özellik görülme de klinikte hastanın takibinin gerekliliği belirtilmektedir.

Epitel hücrelerinde prekanseröz özelliğın tanımlanmasında esas olan değışiklikler;

-DİSPLAZİK HÜCRE VARLIĞI: Hücrenin nukleusunun normale göre irileşmesi, boyama özelliğinin değışimine neden olan nukleer kromatin yapısında bozulma.

-HÜCRENİN ATİPİK ÖZELLİK GÖSTERMESİ ;Normalden farklılaşması; Hücre nukleusunun boyutunun, biçiminin ve hücre şeklinin değışimi.

-SKUAMÖZ EPİTELİ YAPISAL BOZULMASI: Epitel tabakasındaki hücre diziliminde bozulma.

-HÜCRELERİN MATURASYONUNDA BOZULMA.

Bu hücresel özelliklerin değışim oranı DİSPLAZİK HÜCRE tanımını derecelendirilmesi için önemlidir. Bu derecelendirme prekanseröz lezyonun kanserleşme potansiyelini belirlemede önemli bir faktördür;

1- HAFİF DİSPLAZİ : Normalden farklılaşma az orandadır.Farklılaşan hücreler normal epitel hücrelerinde benzerliğini korumaktadır .Bu hücresel özellik epitel tabakasında en alt kısım olan bazal hücre tabakasında görülür.

2- ORTA DİSPLAZİ : Normalden farklılaşma gösteren displazik hücreler epitel tabakasının ortasına kadar gelişme gösterir ve hücrelerin matürasyon özelliklerinde belirgin bozulma izlenir.

3- ŞİDDETLİ DİSPLAZİ:Displazik hücreler epitel tabakasının tümünde görülür.Hücrelerde matürasyon bozulması artmış olup hücresel atipi olarak tanımlanan biçim ,boyut ve nukleer bozulma belirgindir. Seyrek olarak hücrelerde mitotik aktivite izlenebilir.Histopatolojik olarak tanımlanan şiddetli displazik hücresel değışiklikte ‘ İntraepitelyan neoplazi ‘ olarak tanımlanabilir.

Örneğın histopatolojik değeriendirme‘şiddetli displazi’ olarak tanımlanan bir prekanseröz lezyonda kanser gelişme potansiyelini oldukça yüksek olduğunu ve bu yönde değeriendirme yapılması ve tedavinin planlanması ve takibin gerekliliğini gösteren bir tanımlamadır.

1-PREKANSERÖZ LEZYONLAR;

- ERİTOPLAKİ
- LÖKOPLAKİ
- SUBLİNGUAL KERATOZ

- TÜTÜN HİPERKERATOZU
- ORAL SUBMUKOZA FİBROZİS
- DİSKERATOZUS KONJENİTA

2-PREKANSERÖZ MUKOZA DEĞİŞİKLİKLERİ;

- KRONİK HİPERPLASTİK CANDİDİAZİS
- LİKEN PLANUS
- LUPUS ERİTEMATOZUS

Ağız mukozasında kanser oluşumu bir prekanseröz lezyonun kansere dönüşümü ile olabildiği gibi doğrudan kanser gelişme olasılığı da mevcuttur. Ağız mukozasındaki kanserin oluşumunda prekanseröz lezyonlarda etyolojik faktörlerin rolünü ön plana çıkarmaktadır. Etiyolojik faktörler karsinojen ve kokarsinojen (yardımcı) faktörlerdir;

1-FİZİKSEL ETKENLER; -Güneş ışığı(ultraviyole);Deri ve alt dudak kanseri dış ortamda çalışan çiftçilerde sık görülmektedir.

- Dişlerin travmatik etkisi ,bozuk ağız hijyeni
- Ağız içinde yüksek ısı etkisi;Ters sigara içme ,aşırı sıcak çay

2-KİMYASAL ETKİLER;-Tütün kimyasalları

-Alkol etkisi ;tütün kimyasalları ile etkisi artmaktadır.  
-Esrar,bitki çığneme alışkanlıkları:Tütün kullanımı ile oluşan displazik lezyonlarda tütün kullanımı bırakıldıktan sonra lezyonların gerilediği izlenmiştir.

3-CANLI ETKENLER; -Human Papilloma Virus(HPV) Tip 16 ve 18 de kanser riski artmaktadır. HIV pozitif hastalar, HPV enfeksiyonunda en büyük risk grubunu oluşturmaktadır.

- Candida enfeksiyonları
- Streptococcus anginosus;Diş plaklarında bulunan bu bakterinin ağız ,ösofagus ve mide kanserlerinin etyolojisinde yer aldığı görülmüştür.
- Sifiliz 3 dönem lezyonları

4-GENETİK FAKTÖRLER; Prekanseröz lezyonları ve kanser oluşumunda genetik alt yapının önemi tanımlanmıştır. Burada DNA nın mutasyonu ve bazı genlerin kaybı da malignitelerde söz konusudur.

5-İMMUNSUPRESYON; İmmunsupresyon yapıldığı durumlarda hastaların ağız mukozasında prekanseröz lezyonlar ve kanserleşmeler olabilir. Bu hastalarda sık görülen Candida enfeksiyonlarında lökoplaki görülme sıklığı fazladır.

AĞIZ MUKOZASINI PREKANSERÖZ LEZYONLARI :

1-ERİTROPLAKİ ; -Yumuşak damak , dil kenarı, ağız tabanı ve yanak mukozasında sıktır.

-Parlak kadifemsi kırmızı renkli ,sınırları belirgin ,hafif çökük lezyonlardır.  
- Lökoplaki ile birlikte görülebilir;Eritrolökoplaki.  
-Eritroplaki ,lökoplakilere oranla daha yüksek kanserleşme potansiyeli gösterir.

-Mikroskopik incelemede epitel atrofisive hücrelerde displazik değişiklik izlenir.  
-Displazik özellik şiddetli olduğu taktirde ‘ İn situ Karsinom ‘ olarak tanımlanır  
2-LÖKOPLAKİ ; -En sık görülen prekanseröz lezyondur  
-Ağız tabanı,dudak bileşkeleri ,dil ve dudak çizgileri ile yanak mukozasında sık görülür.

-Beyaz renkte ,sert lezyondur.Beyaz rengi yüzeydeki hiperkeratoza bağlıdır.  
-Erkeklerde sık görülür.  
-Mikroskopik incelemede hiperkeratoz ,akantoz ve papillomatöz bulgusu vardır. Bu lezyonların 1/5 inde mikroskopik incelemede displazik değişiklik izlenir .

- Lezyon eskidikçe kanserleşme potansiyeli artar.  
- Ağız tabanı ,dil altı ve dudak lezyonlarında karsinom gelişme oranı yüksektir.  
3-SUBLİNGUAL KERATOZ; Ağız tabanı ve dil altında görülür.

-Beyaz renkli lezyondur.  
-Lökoplakiden farkı hiperkeratoz tabakası daha incedir.  
-Vakaların 1/3 ünde kanserleşme görülür.  
4-TÜTÜN HİPERKERATOZLARI; Nikotin stomatiti ;Uzun süre pipo ve sigar içenlerde ,sıklıkla sert damakta görülen lökoplaki ile de birlikte görülebilen minör tükrük bezi kanal ağızlarında kırmızı, çöküntülü lezyonlardır.

-Kanserleşme riski düşüktür.  
Dumansız tütün ürünü keratözları ; Tütün çiğnemeye bağlı hiperkeratozlardır.  
-Kullanma süresine bağlı olarak artan malignite riski mevcuttur.

5-ACTİNİK CHELİOSİS; Uzun süreli güneş ışınlarına maruz kalanlarda görülür.  
-Alt dudakta vermilion hizasında eritem ile başlar.  
-Belirgin hiperkeratoz gösterir.ülserleşebilir.Mikroskopik incelemede displazi ve in situ kanser bulguları vardır.

6-ORAL SUBMUKOZAL FİBROZİS; Ağızda uzun süre tutulan b itkilerin etkisi ile oluşur.  
- Atrofik mukoza lezyonlarıdır.Lökoplaki ve eritroplaki ile birlikte görülür.

7-DİSKERATOZİS KONJENİTA;Kalıtsal bir hastalıktır.  
-Ağız mukozasında lökoplaki ,eritroplaki ,deride pigmentasyon ve tırnak distrofileri ve anemi ile birlikte dir.

PREKANSERÖZ MUKOZA DEĞİŞİKLİKLERİ;



KRONİK HİPERPLASTİK KANDİDİAZİSİ: Klinik bulgusu lökoplaki gibidir.

-Mikroskopik incelemede Candida görülmesi ile tanı konulur.

-Biopsi almadan yüzeysel kazıma tekniği ile alınan örneğin incelenmesi tanıda yardımcıdır.

LİKEN PLANUS VE LİKENOİD LEZYONLAR; Ağız mukozasında atrofi gösteren, ülser olabilen lezyonlardır.

LUPUS ERİTEMATOZUS; Dudak mukozasında görülen lezyonlar nadiren kanserleşme eğilimi gösterebilirler.



Şekil 2: Dil üzerinde kırmızı renkli lezyon ;Eritroplaki



Şekil 1: Dil kenarında beyaz renkli lezyon ;Lökoplaki.

## Dişlerinizi İki Dakika Fırçalamak Yeterli mi?

İki dakika kuralı 70'lerden beri tavsiye edilmektedir. Çoğumuz dişlerimizi günde iki kez ve her seferinde en az iki dakika fırçalamamız gerektiği tavsiyesine aşinayız. Çoğumuz dişlerimizi ne kadar süre fırçaladığımızı abartırız - bazı durumlarda bir dakika kadar uzar. Yine de iki dakikalık diş fırçalamanın bile yeterli olmayabileceğine dair bazı kanıtlar var.

Araştırmalara göre, mümkün olduğunca fazla plağı çıkarmak daha iyidir - en iyi sonuçlar üç ila dört dakikada elde edilir. Diş hekimleri 1970'lerde dişlerimizi iki dakika fırçalamamızı ve daha sonra yumuşak kıllı bir diş fırçası kullanmayı önermeye başladılar. Bununla birlikte, günümüzün fikir birliği, çoğunlukla 1990'lardan beri yayınlanan ve fırçalama sürelerine, tekniklerine ve diş fırçası tipine bakan çalışmalara dayanmaktadır.

Bu çalışmalar, iki dakikalık fırçalamanın iyi (ama mükemmel değil) plak azalmasına yol açtığını gösterdi. Ancak, iki dakikadan daha uzun fırçalamanın daha fazla plak kaldırdığı gösterilse de, iki dakikadan fazla fırçalamanın iki dakikaya kıyasla daha iyi uzun vadeli ağız sağlığı ile bağlantılı olup olmadığını inceleyen araştırma eksikliği hala var.



Dişlerimizi uygun şekilde veya yeterince uzun süre fırçalamamak, sonuçta vücudumuzun bağışıklık tepkisini harekete geçirebilecek ve sonunda iltihaplanma ve diş eti iltihabı gibi durumlara yol açabilecek daha yüksek plak seviyelerine yol açabilir. İltihap genellikle ağrılı değildir, ancak sıklıkla fırçalarken diş etlerinin kanamasına ve bazen de ağız kokusuna neden olur. Biyofilmler de diş çürümesine neden olabilir (medicalexpress.com).

Dişlerimizi fırçalamanın amacı her dişte mümkün olduğu kadar çok plak azaltmaktır. Mevcut kanıtlar, her fırçaladığınızda dört dakikaya kadar daha fazla fırçalamanın daha temiz dişlere yol açtığını gösteriyor. Bu daha uzun fırçalama süresi, dişlerimizi daha etkili bir şekilde temizleyebileceğimiz ve ulaşılması zor yerlere ulaşabileceğimiz anlamına gelir.

Ancak çok sık fırçalamamaya dikkat edin (günde iki kereden fazla gibi) ve sert fırçalamaktan veya aşındırıcı diş macunları ve fırçalar kullanmaktan kaçının, çünkü bu aynı zamanda dişlerimize ve diş etlerine de zarar verebilir - özellikle sert kıllı bir diş fırçası kullanırken veya aşındırıcı diş macunları.

Dişlerinizi düzgün bir şekilde fırçalamak için kullanabileceğiniz birçok farklı fırçalama tekniği vardır. En çok tavsiye edilenlerden biri, modifiye edilmiş "Bass" tekniğidir; bu teknik, diş eti çizgisinin altını ve diş etinin ilk olarak oluştuğu ve iltihaplanmaya neden olma olasılığı en yüksek olan bölgeyi temizlemeyi amaçlar.

Çoğumuzun basitçe diş ipi kullanmak olarak bildiği diş arası temizliği de diş fırçalamanın yanı sıra tavsiye edilir. Çalışmalar, hem diş çürüğünün hem de diş eti iltihabının diş ipi ile azaltılabileceğini bulmuştur.

Dişlerimizi her seferinde iki dakika olmak üzere günde iki kez fırçalamamız tavsiyesine alışmış olsak da, iyice ve düzgün bir şekilde fırçaladığımızdan emin olmak için uygun tekniği kullanmaya odaklanmamız da önemlidir. İki dakikadan daha uzun süre fırçalamak, dişlerimizden daha fazla plak çıkarmamıza da yardımcı olabilir; bu da muhtemelen daha iyi diş sağlığına yol açacaktır (theconversation.com).

Doç. Dr. Üyesi Sertaç AKSAKALLI



## Ortodontik Tedavi Estetiği

Ortodontik tedavi tamamlandığında dişler düzgün bir sıralanma ile dizilmiştir. Dişlerin birbirine kapanışı hastaya uygun olan en ideal şekli sağlanmıştır. Dişlerin tekrar bozulmaması için ön 6 veya 8 dişin arkasına pekiştirici sabit tel yapılandırılmıştır veya hastanın belli bir süre kullanması için dişlik tarzında koruyucu apareyleri verilmiştir. Bundan sonra hasta artık yıllık periyodik kontrollere gelecektir. Yıllık periyodik kontrollere geçmeden önce yapılacak işlemler şunlar olabilmektedir:



- 1- Dişler çapraşıkken farklı atipik olarak aşınmış olabilirler veya doğuştan formları eksik olabilmektedir. Bu dişlere ufak dokunuşlar gerekebilir. Bunun için yapılacak şey bir dişin bir kenar veya köşesine minik estetik bir dolgu olabilir.
- 2- Dişetlerinin aynı hizada olmadığı durumlarda lazerle veya elektrokoter ile dişetlerinin hizalanması (gingivektomi veya gingivoplasti) işlemi gerekebilir. Gingivektomi veya gingivoplasti estetik veya işlevsel nedenlerle dişin dişetinin üzerinde görünen yani klinik kron boyunun daha uzun olmasının arzu edildiği durumlarda, dişin çevresinde yeterince geniş bir dişeti bandı varsa dişetinin lazer veya elektrokoter ile istenen miktarda kaldırılması ve şekillendirilmesi işlemidir.

- 3- Yetişkin hastalarda ortodontik tedavi tamamlandığında diş beyazlatma yani bleaching işlemi yapılması hasta memnuniyetini arttıran bir uygulamadır. Beyazlatma 2 şekilde yapılmaktadır. Birincisi klinikte uygulanan ofis tipi denilen beyazlatma ve ikincisi hastaya eve verilen ev tipi beyazlatma. Ofis tipi beyazlatma, en hızlı ve en etkili diş beyazlatma sistemidir. Bu yöntemde beyazlatma ürünü direkt olarak dişler üzerine uygulanır. Sonuç hemen ilk 30-60 dakikalık uygulama sonucunda elde edilir. Diş Beyazlatma Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler •Hastada az ya da çok hassasiyet görülür. Bu hassasiyetler geçicidir,1-3 gün arasında kaybolurlar. •İlk birkaç gün aşırı soğuk ya da sıcaktan kaçınılmalıdır. •Sigara, çay, kahve, çikolata, vişne, karamel, salça gibi renk verici koyu renk barındıran ürünler işlem bitimini takiben en az 7-10 gün süreyle kullanılmamalıdır. •Günde en az 2 kere diş fırçalanmalı, 6 aylık düzenli kontrollerini yaptıran, sigara kullanmayan ve aşırı çay kahve tüketmeyen hastalarda yapılan beyazlatmanın etkisi uzun süre korunur. •Bu kurallara uymayan hastalarda geri dönüş olabilir, geri dönüş sonucunda yeniden beyazlatma işlemi yapılabilir.



Ortodontik tedavide amaç hastanın ömür boyu kullanacağı fonksiyonel doğal bir diş dizisi ve kapanış oluşturmak ve bunun yanında estetiği de en iyi şekilde sağlamaktır. Bu nedenle, direk ortodontinin alanına girmeyen ancak estetiği oldukça etkileyecek olan dişlerin form ve şekilleri, renkleri ve dişetin durumu değerlendirilmeli ve gerekli olduğu durumlarda hasta ilgili kliniklere yönlendirilmelidir.

Doç. Dr. Üyesi Murat TOZLU

Fakülte ve Bülten Yönetimi

**Dekan**

Prof. Dr. Mahir GÜNDAY

**Dekan Yardımcıları**

Dr. Öğr. Üyesi Edibe EGİL

Dr. Öğr. Üyesi Burçin Alev TÜZÜNER

**Bülten Editörü**

Dr. Öğr. Üyesi Özge ÖZDAL ZİNCİR



<https://dishekimligi@gelisim.edu.tr>