

PEDODONTİ ESANSİYEL

Doç. Dr. Beste Özgür



1. Aşağıdakilerden hangisi çocuğun orta seviyede sedasyon için uygun aday olup olmadığının değerlendirilmesinde kullanılmaz?

- a) Amerikan anesteziyoloji derneği sınıflaması
- b) Mallampati skoru
- c) Uygulanacak diş tedavilerinin kapsamı
- d) Beden kitle indeksi
- e) Daha önce genel anestezi uygulanma durumu

- Bilgilendirilmiş onam
- Medikal hikaye: Alerjiler, kullanılan ilaçlar, beden kitle indeksi (BMI), doğum öyküsü (erken doğum, yenidoğan yoğun bakım yatış öyküsü)
- ASA (Amerikan Anesteziyoloji Derneği) sınıflamasının belirlenmesi: ASA I veya II
- Havayolu değerlendirmesi
- Gerekli diş tedavisinin kapsamı
- Çocuğun mizacı, davranışı ve genel tutumu

Sınıflama

Tanım

ASA I	Normal sağlıklı hasta; dental tedavi sırasında risk yoktur.
ASA II	Hafif ila orta derecede sistemik hastalığı olan hasta; dental tedavi sırasında minimal risk taşır.
ASA III	Orta ila şiddetli sistemik hastalığı olan hasta; dental tedavi sırasında artmış risk taşır.
ASA IV	Hayati tehdit oluşturan ciddi sistemik hastalığı olan hasta; dental tedavi sırasında belirgin şekilde artmış risk taşır.
ASA V	Operasyon yapılmazsa hayatta kalması beklenmeyen ölümcül durumda hasta.
ASA VI	Beyin ölümü gerçekleşmiş hasta; organ bağışı amacıyla organları alınacaktır.

“E” harfi, acil cerrahiye belirtir. Acil, tedavideki gecikmenin hayati tehlike veya organ kaybı riskini artırdığı durumdur.

“P” harfi, hastanın **gebelik** durumunu belirtmek için kullanılır.

2. Çocuklarda sedasyon için kullanılan Midazolam için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Suda çözünen, hızlı ve kısa etkili bir bezodiazepin türü ajandır
- b) Antagonist etki için naloksan kullanılır
- c) Oral dozu 0,5-1 mg/kg'dır
- d) Anksiyolitik ve amnezik etkilidir
- e) Düşük dozda solunum hızını artırır

Midazolam çocuklarda sedasyon amacı ile kullanılan suda çözünen, hızlı ve kısa etkili bir **benzodiazepin** türevidir

İlaç	İlaç Sınıfı	Etkileri	Oral Doz (mg/kg)	Maksimum Doz (mg)	Antagonist
Midazolam	Benzodiazepin	Anksiyolizis, amnezi	0.5 – 1	20	Flumazenil
Diazepam			0.25 – 0.5	10	
Triazolam			0.02 – 0.03	0.5	
Demerol	Narkotik (opioid)	Analjezi, hafif sedasyon	1 – 2	50	Nalokson
Kloral hidrat	Sedatif hipnotik	Sedasyon	25 – 50	1000	Yok
Hidroksizin	Antihistamin	Antiemetik, hafif sedasyon	1 – 2	50	Yok
Nitroz Oksit	İnhalasyon ajanı	Analjezi, amnezi, anksiyolizis	Burun maskesi ile verilir 3–5 L/dk %50 N ₂ O / %50 O ₂	—	Oksijen

I. Süpernumere diş

II. Mikrodonti

III. Füzyon

IV. Molar-insizör malformasyonu (MIM)

A. Birleşme bölgesinde çürük riski oluşur

B. En sık görülen formu meziodenstir

C. Pulpa odası obliterasyonu izlenir

D. En sık lateral kesicilerde görülür

3. Yukarıda yer alan dental anomaliler ve özellikleri ile ilgili aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi doğrudur?

a) I-C, II-B, III-A, IV-D

b) I-A, II-B, III-D, IV-C

c) I-B, II-D, III-A, IV-C

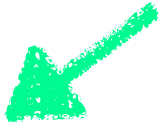
d) I-D, II-B, III-C, IV-A

e) I-B, II-A, III-C, IV-D

Sayı Anomalileri

Diş Fazlalığı (Hiperdonti-Süpernumere Diş)

- ▶ Daimi dentisyonda süt dentisyona göre **5 KAT** daha fazla
- ▶ **%90 maksillada görülür**



**Supplemental
Normal diş**

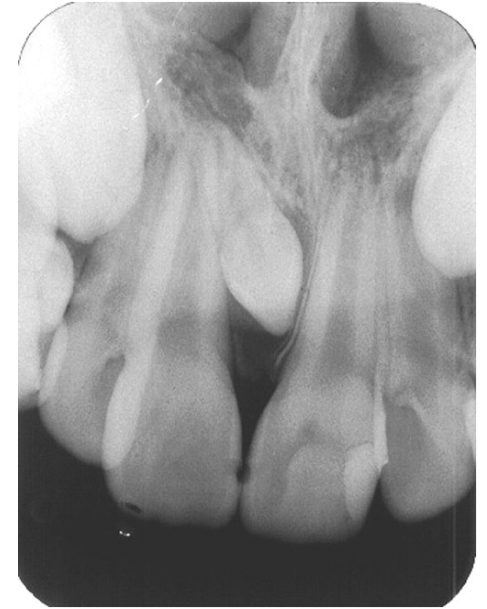


Rudimentar

Komplikasyonları;

- ▶ Komşu dişlerin sürmesinde güçlük
- ▶ Ektopik sürme veya gömülü kalma
- ▶ Dentigeröz kist oluşumu
- ▶ Kron rezorpsiyonu
- ▶ Diastema

- ▶ Konik
- ▶ Tüberküllü
- ▶ Molariform (odontomadan gelişir)



Meziodonts (En sık)

BESTE Ö.

Boyut Anomalileri

Gerçek generalize veya Relatif generalize arasında ayrım yapılması önemli

Mikrodonti

- ▶ **En sık:** Lateral kesici, ikinci premolar, üçüncü molar
 - ▶ Oligodonti
 - ▶ Ektodermal displazi
 - ▶ Kondroektodermal displazi
 - ▶ Tricho-dento-osseöz sendrom
 - ▶ Hemifasiyal mikrosomia
 - ▶ Down sendromu
 - ▶ Crouzon sendromu
 - ▶ Amelogenezis, dentinogenezis imperfekta

Şekil Anomalileri

Füzyon

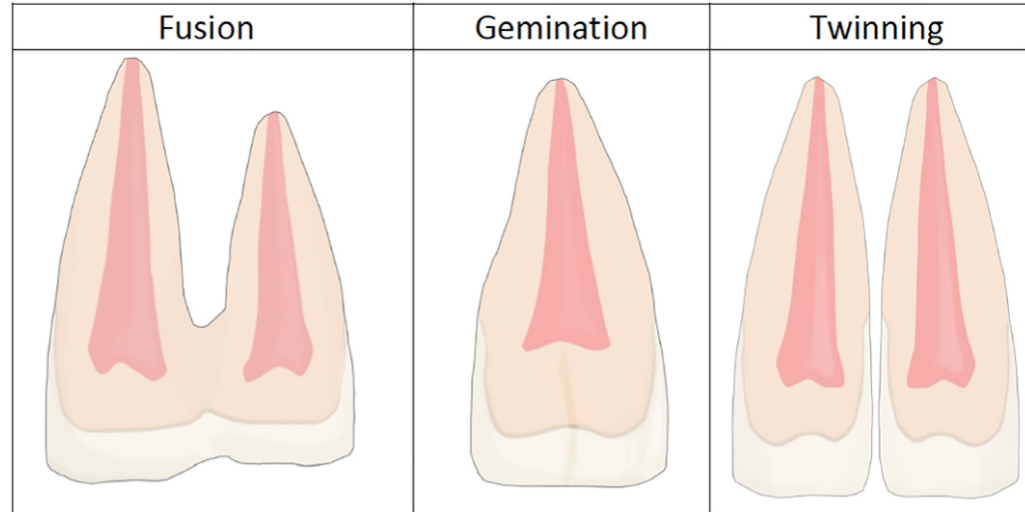
Süt dentisyonda daha sık

Geminasyon

- İki dişin dentin seviyesinde birleşmesi
- İki ayrı pulpa odası**, kök kanalları ayrı veya birleşmiş olabilir
- Tanı:** **Arkta diş sayısı normal** (sayı anomalisi olmadığı durumda)
- Klinik önemi:** Sıkışıklığa bağlı daimi diş sürme sorunu, birleşme bölgesinde çürük riski



- Tek bir dişin bölünmesi (genetik geçiş)
- Tek kök, tek pulpa odası**, bifid kron
- Tanı:** **Arkta diş sayısı fazla** (sayı anomalisi olmadığı durumda)
- Klinik önemi:** Sıkışıklığa bağlı daimi diş sürme sorunu, birleşme bölgesinde çürük riski



BESTE Ö.

Şekil Anomalileri

Molar-İnsizör (Kök) Malformasyonu

- ▶ Daimi birinci molar, daimi kesici ve süt molar
- ▶ **Neden:** Sistemik hastalıklar
- ▶ **Histolojik:** şelale görüntüsü, pulpa odası obliterasyonu
- ▶ Ektopik sürme, pulpa nekrozu, endodontik tedavi zor*



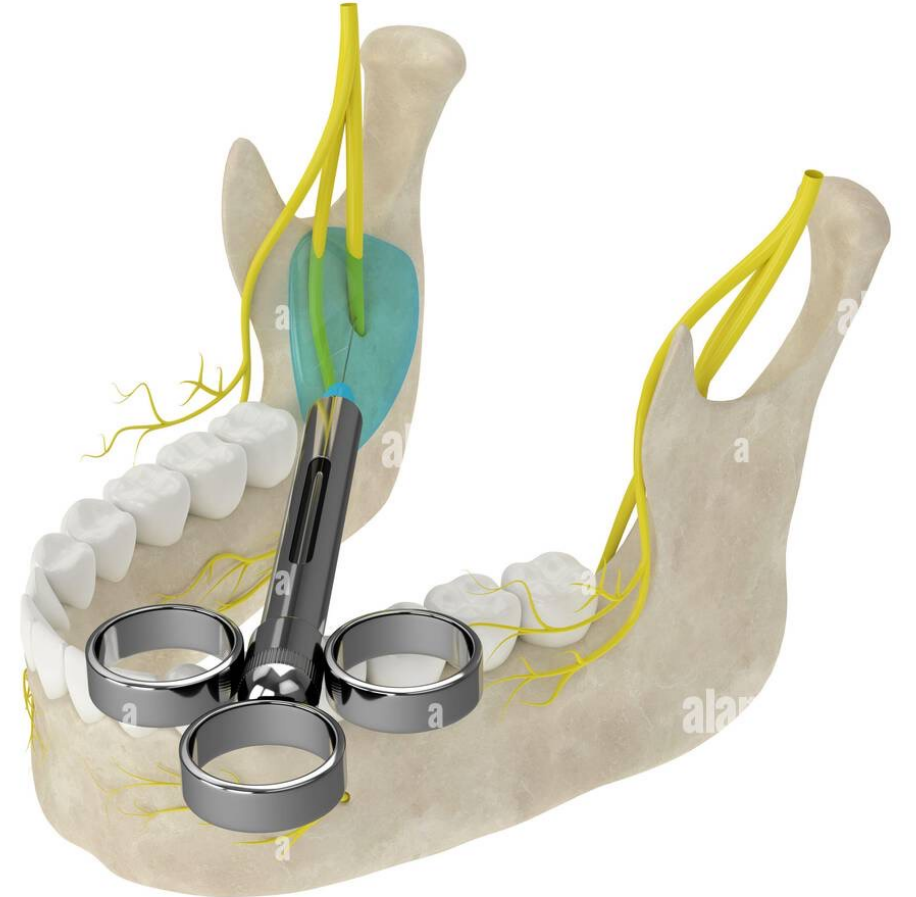
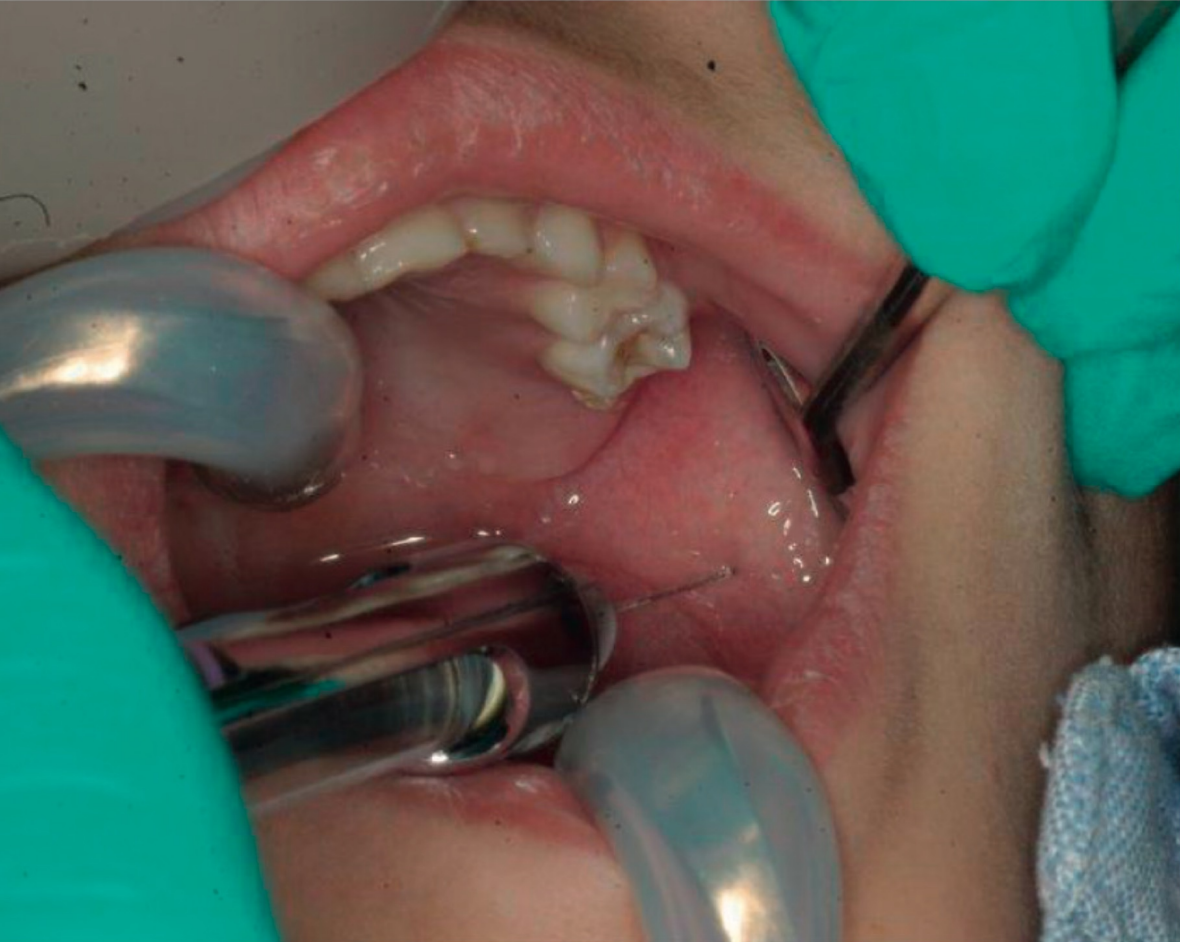
Kısa Kök Anomalisi

- ▶ Daimi santral ve premolarlar etkilenir
- ▶ Kısa, geniş yuvarlak apeksli diş kökleri
- ▶ **Neden:** Genetik, Rothmund-Thomson sendromu
- ▶ Patolojik kök rezorpsiyonundan ayırt edilmeli
- ▶ Okülo-fasiyo-kardiyo dental sendromda uzun kök oluşumu görülebilir (Kanin dişler)

4. Aşağıdakilerden hangisi mandibular süt dişlerinde inferior alveolar sinir bloğu ile ilgili yanlıştır?

- a) Mandibular foramen süt dişlenme döneminde okluzal düzlemin yaklaşık 7 mm üzerinde yer alır
- b) Mandibular foramen mandibular ramusun antero-posterior olarak yaklaşık orta hizasındadır
- c) Enjektör pterigomandibular raphe ile internal oblik sırtın arasından ilerletilir
- d) İğne girişi sırasında şırınga karşı tarafın süt molarları üzerinde paralel tutulur
- e) İğne kemiğe temas edince aspirasyon yapılarak yavaşça enjeksiyon tamamlanır

- Anestezik ajan ile bilgi verilerek doz hesaplaması yapılması
- Artikainin 4 yaş altı çocuklarda kullanılması önerilememektedir
- Bupivakainin 12 yaş altı çocuklarda kullanımı önerilememektedir
- Benzokain içeren topikal anestezik ajanların (diş sürme semptomları sırasında kullanılan) 2 yaş altı çocuklarda kullanılmaması önerilir



Anestezik	Etki Süresi (Dakika)	Maksimum Doz (mg/kg)	1.7 mL Kartuşta Anestezik (mg)	1.7 mL Kartuşta Vazokonstriktör (mg)
Lidokain	90–200	4.4	34	
2% + 1:50.000 adrenalin			34	0.034 mg
2% + 1:100.000 adrenalin			34	0.017 mg
Artikain	60–230	7.0	68	
4% + 1:100.000 adrenalin			68	0.017 mg
4% + 1:200.000 adrenalin			68	0.0085 mg
Mepivakain	120–240	4.4		
%3 (vazokonstriktörsüz)			51	—
%2 + 1:20.000 levonordefrin			34	0.085 mg
Bupivakain	180–600	1.3	8.5	0.0085 mg
0.5% + 1:200.000 adrenalin			8.5	0.0085 mg
Prilocaine	20-190	6.0	72	—
%4 (vazokonstriktörsüz)				

Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisinin güncel rehberinde prilokainin methemoglobinemiye neden olma riski nedeniyle yer almamaktadır (özellikle glikoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği, orak hücreli anemi, çok küçük yaş grubu veya hipoksi semptomu gösteren hastalar gibi).

5. Aşağıdaki hastalık ve sendromlardan hangisinde ağız mukozasında generalize melanin pigmentasyonu görülmesi beklenmez?

- a) Nörofibromatozis
- b) Peutz-Jeghers sendromu
- c) McCune-Albright sendromu
- d) Kistik fibrozis
- e) Addison hastalığı

Yaygın generalize pigmentasyonu görülen durumlar;

- **Endokrin hastalıklar**

- Addison hastalığı
- Adrenal yetmezlik
- Halsizlik, sersemlik, kusma, yaygın pigmentasyon, düşük kan basıncı

- **Peutz-Jeghers sendromu**

- Otozomal dominant
- Dudaklarda melanin hiperpigmentasyonu
- Bağırsakta benign polipler (%9 malign dönüşüm gösterebilir)
- Bukkal lezyonlar dudaktakilere kıyasla daha düşük kaybolma (rengin açılması) eğilimindedir

- **Nörofibromatozis (Von Recklinghausen Hastalığı)**

- Café-au-lait lekeleri ve pigmentli nörofibromlar

- **McCune-Albright sendromu**

- Café-au-lait lekeleri
- Poliostotik fibröz displazi
- Erken puberte

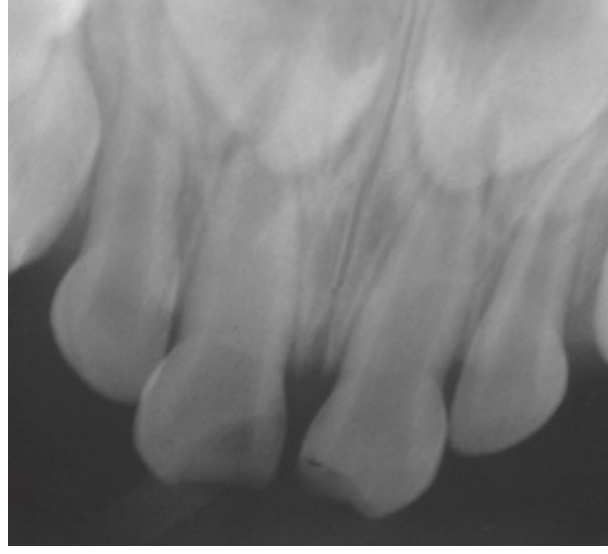


Peutz-Jegher sendromu

- **Hemokromatozis (demir depolama hastalığı)**
 - Ciltte bronzlaşma
 - Damakta gri pigmentasyon

- **İlaçlar (Pigmentasyon gelişmesi için ilaçların uzun süre kullanılması gerekir)**
 - Sıtma ilacı (klorokin)
 - Antibiyotikler (minosiklin)
 - Hormonlar (östrojen)
 - Sakinleştirici (klorpromazin)

- **Ağır metal maruziyeti**
 - **Bizmut;** NUG'a benzer gingivostomatit, interdental papillerinde mavi-siyah pigmentasyon
 - **Kurşun;** Tükürük bezlerinde şişlik ve disfaji, marjinal diş etinde gri pigmentasyon
 - **Civa;** Yoğun-visköz tükürük, gingivada soluk gri pigmentasyon, NUG'a benzer periodontal hastalık
 - **Gümüş;** Ciltte grisi pigmentasyon
 - **Bakır;** Mavi-yeşil dişeti ve dişler
 - **Çinko;** Diş etinde mavi-gri çizgi, periodontal tutulum



6. 2 yaşındaki hasta bir saat önce düşme sonucu kliniğe başvurmuştur. 51 ve 61 nolu dişlerinde iğne ucundan büyük ($1\text{ mm} <$) pulpa ekspozu bulunan hastanın radyografisi yukarıda yer almaktadır. Dişlerde soğuğa karşı hassiyet vardır ve fizyolojik mobilite görülmektedir. İlk basamakta tercih edilecek tedavi seçeneği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Direkt pulpa kaplaması + kompomer dolgu
- b) Amputasyon + strip kron
- c) Kanal tedavisi + zirkon kron
- d) Apeksifikasyon + paslanmaz çelik kron
- e) Çekim + çocuk protezi

🦾 Hastanın maksiller santral dişlerinde komplike kron kırığı (mine-dentin-pulpayı içeren) mevcuttur. Kısa bir süre içinde kliniğe başvuran geniş pulpa ekpozu (1 mm'den büyük) olan dişlerde tercih edilecek ilk yaklaşım amputasyondur (parsiyel/total).

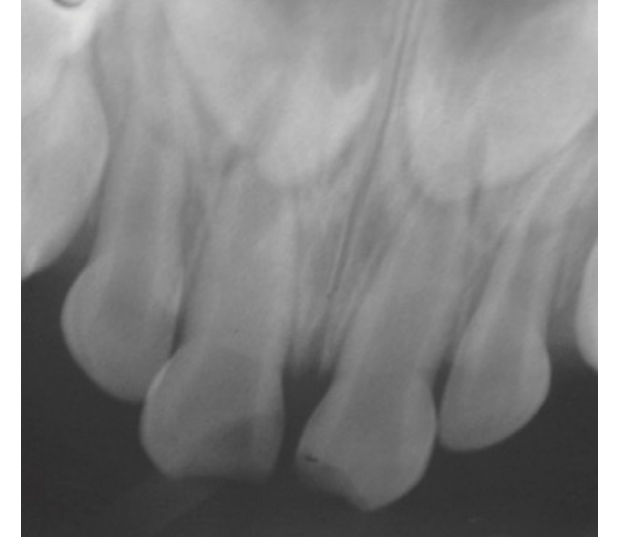


🦾 Burada şıklarda parsiyel amputasyon tedavisi seçeneği yer alsaydı, öncelikli tedavimiz o olmalıydı.

🦾 Kanama kontrol edilemezse kanal tedavisi veya dişler restore edilemeyecek durumda ise çekim planlanabilir.

🦾 Apeksifikasyon devital genç daimi dişlerde endike olan bir tedavidir.

🦾 Pulpa tedavisi yapılan anterior süt dişlerinde uzun süre sızıntının engellenmesi amacıyla kompozit ile uygulanan **strip kronlar** veya **zirkon kronlar** öncelikli olarak tercih edilmektedir.





7. 5 yaşındaki hasta kliniğe ilk kez muayene amacıyla başvuruyor. Alınan anamnezde sistemik bir hastalığının olmadığı, üst ön dişlerini 24 saat önce oyun oynarken çarptığı öğreniliyor. Annesi dişetinden hafif kanama olduğunu ve hareket ettiğini söylüyor. 51 no'lu dişinde 1-2 mm arasında mobilite olduğu ancak kromda bir fraktür yaralanması veya yer değiştirme olmadığı görülüyor. Hastanın radyografik değerlendirmesi için doğru olan seçenek hangisidir?

- a) Panoramik
- b) Maksiller ve mandibular anterior periapikal
- c) Çift taraflı bitewing ve maksiller anterior periapikal
- d) Panoramik ve maksiller anterior periapikal
- e) Radyografi alınması gerekmez

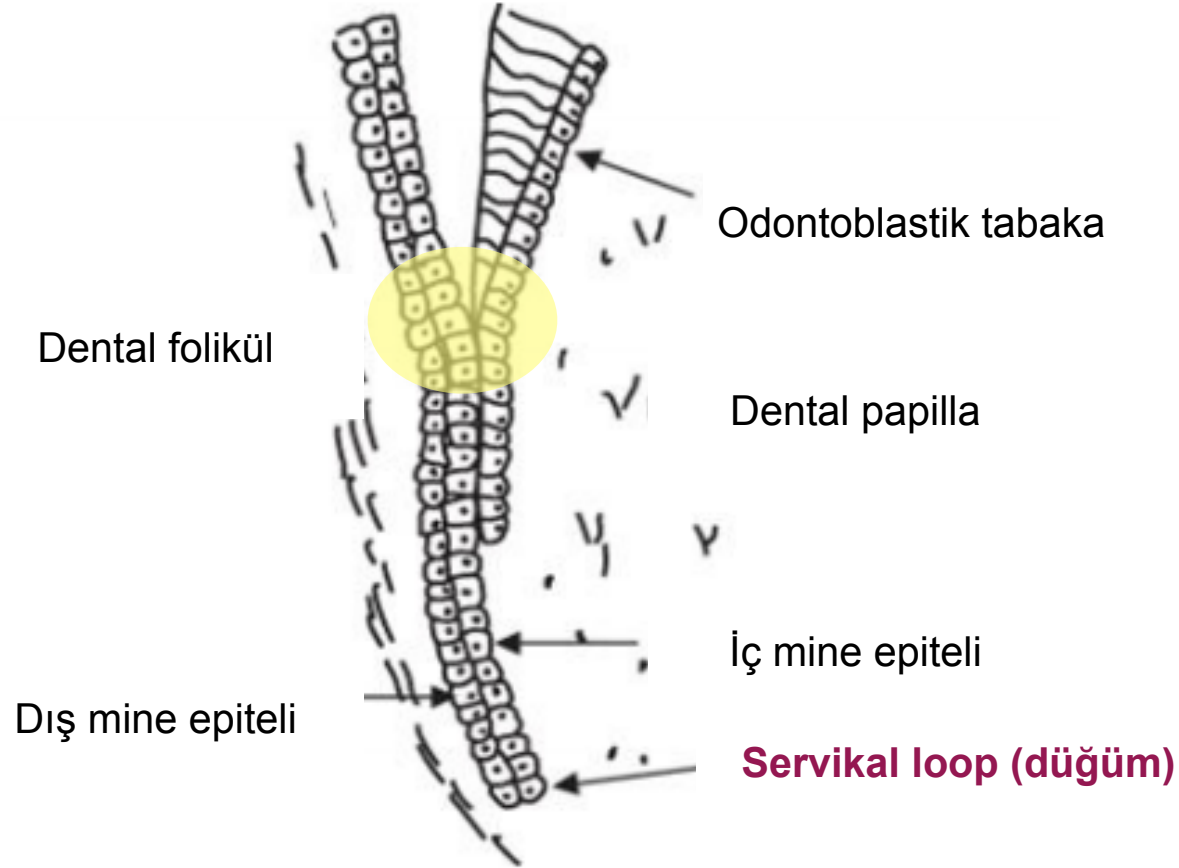
Süt dentisyonda kliniğe **ilk kez** başvuran bir hastada normal koşullarda molar dişler arasında fizyolojik diastema olması beklenir ve ara yüz muayenesi göz-sond yardımıyla yapılabilirse radyografi alınması endike değildir.

- ☢ Ancak **intraoral fotoğraflarda hastanın fizyolojik diasteması olmaması (sıkı kontaklar)** nedeniyle ara yüz muayenesinin yapılabilmesi için çift taraflı bitewing radyograf alınmalıdır.
- ☢ **Mobil olan dişte kök kırığı olma ihtimali yüksektir.** Teşhis ve başlangıç kaydı oluşturmak amacıyla ilk muayene sırasında bir periapikal radyograf (0 numara sensör/film ve paralel teknik kullanılarak) veya okluzal radyograf (2 numara sensör/film ile) alınmalıdır.
- ☢ Süt dişi travmatik yaralanmalarında başlangıç kaydı ancak şiddetli travma bulgusu olan durumlarda endikedir. Bu nedenle alt çeneden periapikal alınması gerekli değildir.
- ☢ Panoramik radyografi ara yüz çürüklerinin ve anterior maksiller bölgenin (süperpozisyon nedeniyle) değerlendirilmesinde yeterli değildir.

8. Mine oluşumu tamamlandıktan sonra dişin kole bölgesine rastlayan yerdebirleşerek apikal yönde, iki katlı epitelden oluşan bir uzantı meydana getirirler. Kökleri meydana getirecek bu kılıf yapıyaadı verilir. Boşluklar için verilen doğru seçenek aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İç mine epiteli ve dental papilla – Sement
- b) Dış mine epiteli ve dental papilla – Sement
- c) İç mine epiteli ve dış mine epiteli – Hertwig epitelyal kök kını
- d) İç mine epiteli ve dental papilla – Hertwig epitelyal kök kını
- e) Dış mine epiteli ve dental papilla – Malassez epitel artıkları

Kök Gelişimi



Mine oluşumu tamamlanır



Dişin kole bölgesinde iç ve dış mine epitelleri birleşerek iki katlı epitelden oluşan bir uzantı meydana getirir



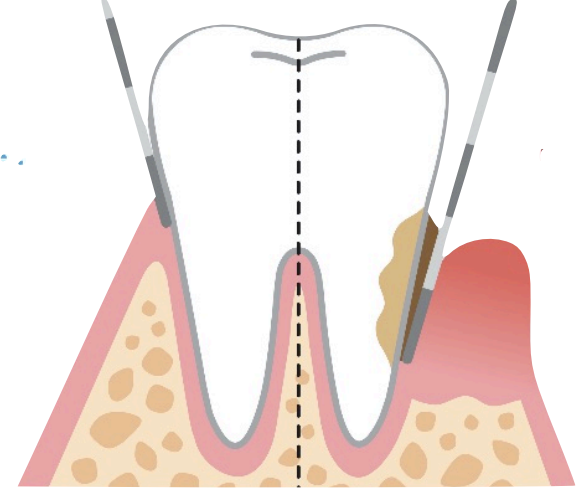
Hertwig epiteyal kök kını

9. 6-12 yaş arası çocukların periodontal dokularının değerlendirilmesinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Erüpsiyonu devam eden dişlerde kron tamamen sürene kadar derin dişeti cebi ölçülebilir
- b) Hızlı ilerleyen (agresif) periodontitis riski olduğu için kesici dişler ve daimi birinci molarlar selektif olarak değerlendirilmelidir
- c) 3 mm'den daha derin cep varlığı veya 1mm'den az yapışık dişeti genişliği periodontal problemlerin göstergesidir
- d) Yapışık dişeti seviyesi az olan kesici dişlerin fasiyal yönde ortodontik hareketi ataçman kaybını azaltır
- e) Yüksek frenilum ataçmanları yapışık marjinal dokuları çekerek gingival sağlığa zarar verebilir

Anterior Dişlerin ve Daimi 1. Molarların Selektif Olarak PD Sond ile Muayenesi

- ▶ **Hızlı ilerleyen** (agresif) periodontitis açısından önemli
 - ▶ Sondlama sırasında **kanama** aktif dişeti hastalığını işaret eder
 - ▶ **3 mm < cep derinliği**
 - ▶ **1 mm > yapışık dişeti**
- ➡ Periodontal problemler



- ▶ Kemik kaybı ve ataçmanın apikal migrasyonunun görülme olasılığı düşük olsa da bu yaş grubundaki hastalarda “hızlı ilerleyen periodontitis” oluşabilir
- ▶ **Sürmekte olan dişlerde** kron tamamen sürene kadar derin dişeti cebi görülebilir
- ▶ **Erken ergenlik** döneminde görülen gingival enflamasyon cep derinliği miktarını değiştirebilir

Doku Ataçmanlarının (özellikle alt anterior dişlerde) Değerlendirilmesi

- ▶ Malpoze dişlere veya enflamasyona bağlı dişeti çekilmesi ve fasiyal dişeti yarıkları (cleft) eğer erken dönemde teşhis edilirse greft uygulanması, diş hareketi veya ikisinin kombinasyonu ile başarılı şekilde tedavi edilebilir
- ▶ Minimal seviyede yapışık dişeti olan bir mandibular keser dişin fasiyale doğru hareket ettirilmesi daha fazla ataçman kaybı ile sonuçlanır
- ▶ Frenulum ataçmanlarının yüksekliği dudak ve yanakların nazikçe hareket ettirilerek belirlenmelidir
- ▶ Alveolar sırta (ridge) kadar uzanan yüksek frenulum ataçmanları yapışık marjinal dokuları çekerek gingival sağlığa zarar verebileceği veya boşluk kapatılmasını engel olabileceği için ortodontik tedaviden önce veya sonra düzeltilmelidir

10. Çocuklarda gingival ve periodontal yapıların erişkinlere göre farklılıkları hakkında verilen bilgilerin hangileri doğrudur?

I. Posterior bölgede interdental gingiva (papil) bukkolingual olarak daha kalındır

II. Periodontal ligamentte kolajen fibrillerin yoğunluğu azdır

III. Lamina dura daha kalındır

IV. Gingivanın pürüzlülüğü daha azdır

a) I, II

b) I, III

c) I, IV

d) I, II, III

e) I, II, IV

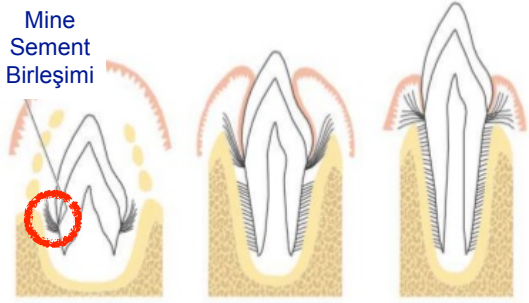
Çocuklarda Gingiva



- ▶ Gingiva daha kırmızı (Epitel daha ince, daha az keratinize olduğundan ve vaskülarite daha fazla)
- ▶ Pürtüklülük/stippling belirgin değil (Retepegler kısa ve düze yakın)
- ▶ Gingiva daha yumuşak (Bağ dokusunun kolajen fibrilleri daha az)
- ▶ Dişeti kenar daha kalın, rulo-yuvarlak şekilde sonlanır (Sürmeye eşlik eden ödeme bağlı)
- ▶ İnterdental papil posteriorda bukkolingual olarak daha kalın
- ▶ Anterior dişler arasında fizyolojik diastemalar nedeniyle papil yok
- ▶ Aktif sürme döneminde olan dişlerde fibriller tam oluşmadığı için cep derinliği daha fazla* (5 mm)

Çocuklarda Periodontal Ligament

- ▶ Periodontal membran daha geniş
- ▶ Bağ dokusu, kollajen fibrillerin yoğunluğu daha az
- ▶ Su, lenf ve kan damarları daha fazla
- ▶ Aktif sürme sırasında ana periodontal lifler dişin uzun aksına paralel yerleşmişken, demet yapısı diş antagonisti ile temasa geçtikten sonra oluşur

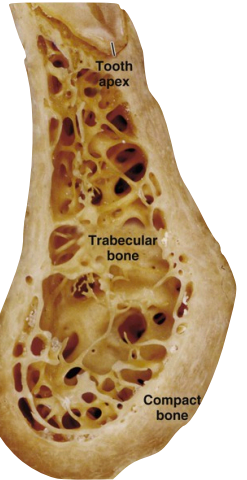


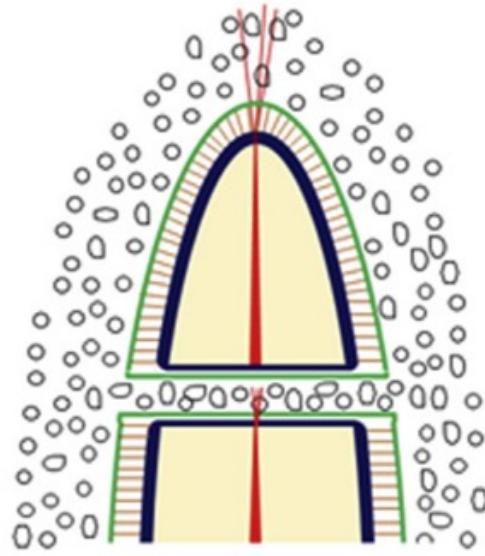
Çocuklarda Sement

- ▶ Daha ince ve daha az yoğunlukta (kalsifiye)
- ▶ Diş okluzal düzleme ulaşmadan önce hücresel segment oluşur

Çocuklarda Alveol Kemliği

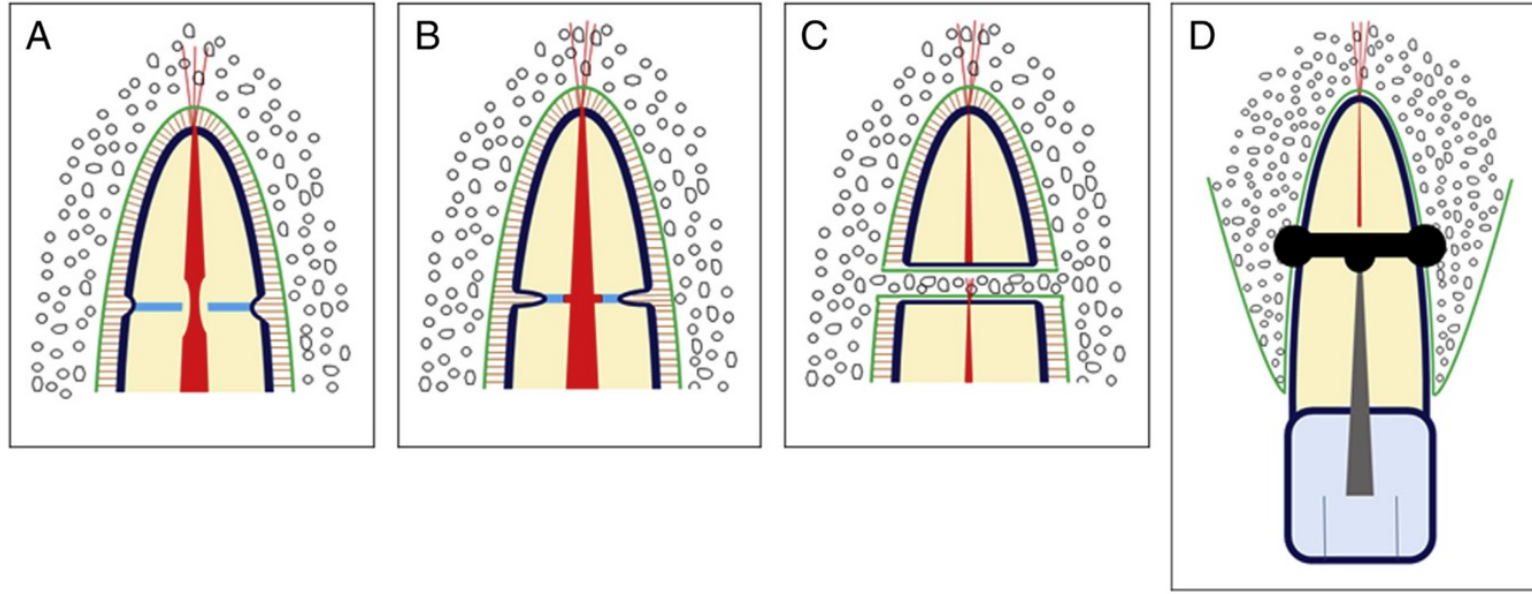
- ▶ Lamina dura daha ince
- ▶ Trabekülasyon daha az ve kemik iliği boşluğu daha geniş
- ▶ Kalsifikasyon daha az (spongiöz), kan ve lenf damarları daha fazla
- ▶ Alveoler kret daha düz





11. Kök kırıklarından sonra segmentler arasında farklı doku sentezleri meydana gelebilir. Yukarıda şematize edilen durum en olası olarak aşağıdakilerden hangidir?

- a) Sert doku ile iyileşme
- b) Bağ dokusu ile iyileşme
- c) Kemik ve bağ dokusu ile iyileşme
- d) Kemik ve granülasyon dokusu ile iyileşme
- e) Granülasyon dokusu oluşumu

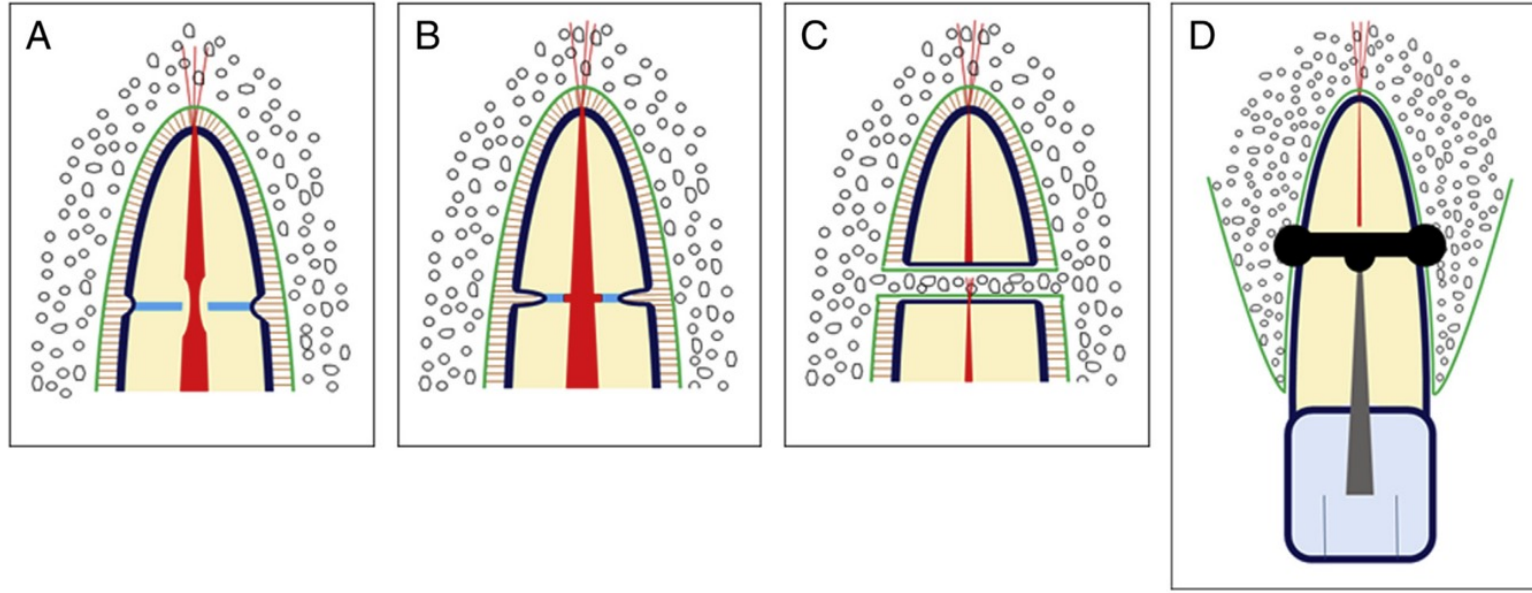


A – Sert Doku ile İyileşme

- **Mekanizma:** Fraktür hattı boyunca kök kanal duvarlarında **reaksiyoner dentin** oluşur
- Segmentler sert doku ile bir araya gelir
- **Prognoz:** En iyi iyileşme şeklidir
- **Pulpa:** Genellikle canlı kalır

B – Bağ Dokusu ile İyileşme

- **Mekanizma:** Fraktür boşluğunu periodontal ligamentten (PDL) ve muhtemelen pulpada gelen **bağ dokusu** doldurur
- **Bağlantı:** Segmentler **fibröz doku** ile birleşir.
- **Pulpa:** Canlı kalabilir; ancak sert dokuya göre prognoz daha kötüdür.



C – Kemik ve Bağ Dokusu Araya Girerek İyileşme

- **Genç hastalarda**, alveol kemięi büyürken görülür
- **Mekanizma**: Fraktür hattında **kemik ve bağ dokusu** birlikte yer alır
- **Radyografik Bulgular**: Fraktür hattında her iki fragmanda da **PDL boşluğu** görülebilir.
- **Prognoz**: Tam değildir ama fonksiyonel adaptasyon mümkün olabilir.

D – İyileşme Olmaz (Patolojik Yanıt)

- **Neden**: Koronal fragmanda erken dönemde **pulpa nekrozu ve enfeksiyon**
- **Mekanizma**: Fraktür hattında **granülasyon dokusu** ve **eksternal inflamatuvar rezorpsiyon**
- **Bağlantı**: Hiçbir şekilde iyileşme olmaz
- **Radyografik Bulgular**: Fraktür hattında açık “**apikal foramen**” görünümü

12. Travmatik yaralanmayı takiben gelişen komplikasyonlar sonucu, 11 yaşındaki hastanın maksiller daimi santral dişinin ankiloze olduğu ve kaybedileceği belirlenmiştir. Bu durumda hastaya uygulanabilecek tedavi yaklaşımları hangi seçenekte doğru olarak verilmiştir?

I. Dekoronyasyon

II. Ototransplantasyon

III. Dişli palatal ark

IV. Hareketli protez

a) I, II, III

b) I, II, IV

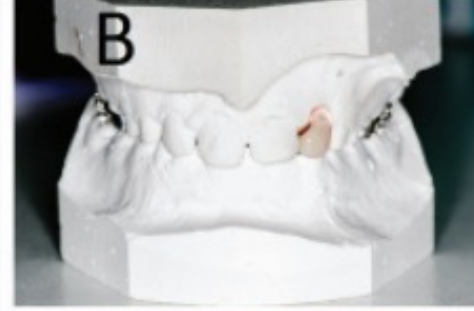
c) I, III, IV

d) II, III, IV

e) I, II, III, IV

Dişlerin travmayı takip eden acil müdahale aşamasında veya bundan bir süre sonra kaybedileceğinin anlaşıldığı durumlarda aşağıdaki tedavi yaklaşımları uygulanabilir;

- Dekoronasyon
- Ototransplantasyon
- Adeziv köprü
- Dişli palatal ark
- Hareketli protez
- Kompozit modifikasyonlu/modifikasyonsuz ortodontik boşluk kapatılmasını
- Büyüme tamamlandığında implant tedavisi



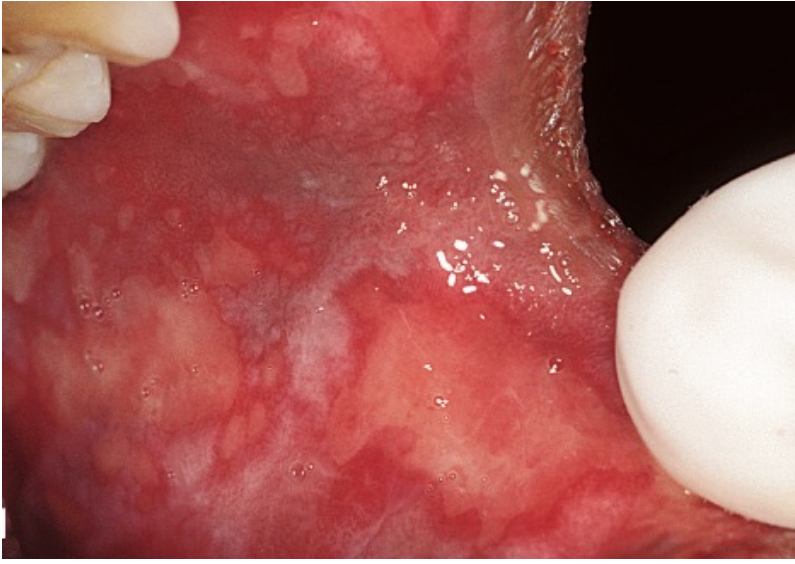
13. 8 yaşındaki bir çocukta mandibular daimi santral dişler sürmüş ve hafif çapraşıklık mevcuttur. Hastada daimi laterallerin ektopik olarak lingualden sürmeye çalıştığı görülmektedir. Bu durumda uygulanabilecek sürme rehberliği (guidance intervention) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Leeway aralığının bir kısmının anterior çapraşıklığı düzeltmek için kullanılmasıdır
- b) Anterior çapraşıklık 3-4 mm'den az olduğunda uygulanabilir
- c) Süt kaninlerin kökleri radyografik olarak rezorbe olmamış, sağlıklı olmalıdır
- d) Süt kaninlerin distolingual köşesi disk ile 1-2 mm uzaklaştırılır
- e) Mölleme sırasında subgingivale inilmesine dikkat edilmelidir

- Daimî kesiciler sürdüğünde (8-9 yaş) 0-4 mm (ort. 1,6 mm) arasında çapraşıklık normaldir
- Süt kesicilerin erken kaybı veya kaninlerin aşırı kök rezorpsiyonu daimî laterallerin ektopik sürmesine neden olabilir
- **Sürme rehberliği (guidance intervention):**
 - Leeway aralığının bir kısmının anterior çapraşıklığı düzeltmek için kullanımı
 - Süt kaninlerin möllenmesi (1-2 mm meziolingual köşe diskle uzaklaştırılır, subgingivale inmeli)
- **Endikasyonları:**
 - Sıkışıklık < 3–4 mm
 - Lateraller sürerken ark genişliği artışı devam ediyorsa
 - Süt kanin kökleri sağlam ise
 - Kesiciler lingual pozisyonluysa
 - Deepbite vakalarda dikey destek için tercih edilir
- **Süt kaninlerin çekimi (Ark simetrisi, orta hat uyumu ve kesici pozisyonunu korumak için)**
- **Endikasyonları:**
 - Tek taraflı ektopik sürme ve orta hat kayması
 - Seri çekim programının ilk adımı olabilir
 - Vertikal açık kapanışlı, dolikofasiyal bireylerde yaygın

14. Sulfonamid grubu antibiyotik kullanımı sonrası çocuk hastanın ağız mukozasında akut olarak yaygın ağrılı, kırmızı maküller, veziküller ve ülserler olduğu görülmüştür. Akut olarak başlayan tabloya ateş ve halsizlik eşlik etmektedir. Aynı zamanda ekstremiteler ve baş-boyun bölgesinde ciltte target lezyonları mevcuttur. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aftöz stomatit
- b) Eritema multiforme
- c) Enfeksiyöz mononükleozis
- d) El–ayak–ağız hastalığı
- e) Kimyasal yanık



- **Eritema multiforme** (ikinci dekad)

- Yaygın, ağrılı, kırmızı maküller, veziküller, büller ve ülserler görülür
- Dudaklarda kan pıhtılaşmasından oluşan kabuklu lezyonlar oluşabilir
- Ciltte target lezyonları görülebilir
- Akut başlangıçlıdır
- Ateş ve halsizlik görülebilir
- Oral lezyonlar dudak, dil, bukkal mukoza ve yumuşak damakta lokalizedir
- Deri lezyonları ekstremiteler ve baş-boyun bölgesindedir
- HSV ve ilaç (AB, ağrı kesici, antiepileptik ilaçlar vb.) kullanımı yaygın hızlandırıcı faktörlerdendir

15. Çocukluk dönemi enfeksiyon hastalıkları ile bilgilerden hangisi yanlıştır?

<u>Hastalık</u>	<u>Bilgi</u>
a. Kabakulak	Hastalık etkeni paramikrovirüstür
b. Kızıl	Başlangıçta beyaz çilek dil görülür
c. Eritema enfeksiyozum	Hastalık etkeni parvovirus B19'dır
d. Herpanjina	Stenon kanalı çevresinde koplik lekeleri görülür
e. Kızamıkçık	Yumuşak damakta Forcheimer lekeleri görülür



KIZIL



KIZAMIK



KIZAMIKÇIK

Etken Virüs	Hastalık
Herpes simpleks tip I	Primer herpetik gingivostomatit (Sekonder: Herpes labialis)
Varicella zoster	Suçiçeği (Sekonder: Zona)
Epstein-barr	Enfeksiyöz mononükleoz
Parvovirüs B19	Eritema enfeksiyozum
Coxsackie A	Herpanjina El-ayak-ağız hastalığı
Paramiksovirüs ailesi (Measles Morbillivirüs)	Kızamık
Paramiksovirüs ailesi (Mumbs rubulavirüs)	Kabakulak
Rubella	Kızamıkçık
Human papillomavirüs	Kondilloma aküminata

16. Hastanın derin dentin çürüğü olan sol mandibular posterior bölgesinden radyograf alınması gerekiyor. Bulantı refleksi olduğu için fosfor plak yerleştirilirken hastaya “sol ayağını kaldır, sağ elini göster” gibi komutlar verilerek ölçü alınabiliyor. Bu hastada kullanılan davranış yönlendirme tekniği hangisidir?

- a) Anlat-göster-uygula
- b) Pozitif yüreklendirme
- c) Direkt gözlemlene
- d) Desensitizasyon
- e) Dikkat dağıtma

Basit Davranış Yönlendirme Teknikleri

İletişime Dayalı

- 1.Anlat-göster-uygula
- 2.Sor-anlat-sor
- 3.Ses kontrolü
- 4.Sessiz iletişim
- 5.Pozitif yüreklendirme
- 6.Dikkati başka yöne çekme
- 7.Hafızayı yeniden yapılandırma
- 8.Direkt gözlemlleme (Modelleme)
- 9.Ziyaret öncesi pozitif imgeleme
- 10.Desensitizasyon
- 11.Arttırılmış kontrol

Aile varlığı/yokluğu

Nitroz oksit/oksijen inhalasyonu

Anksiyete ve Özel Bakım Gerektiren Bireylerde Ek Yöntemler

- 1.Duyusal uyarlanmış dental ortamlar (SADE)
- 2.Hayvan Destekli Terapi (AAT)
- 3.Resim değişimli iletişim sistemi (PECS)

Zihin-Beden Terapisi



BESTE Ö.

Dikkati Başka Yöne Çekme

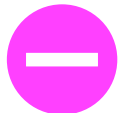
- Hastanın dikkatini hoş olmayan bir işlem olarak düşünlen durumdan başka bir yöne yönlendirme tekniğidir
- **Hayal gücü (örneğin hikaye anlatımı), klinik tasarımı, işitsel (müzik vb.) veya görsel (tv, sanal gerçeklik gözlükleri) öğelerle sağlanabilir**
- Stresli bir işlem sırasında kısa bir mola vermek, ileri davranış yönlendirme tekniklerine karar vermeden önce dikkat dağıtmanın etkili bir kullanımı olabilir

Amaç;

- Memnuniyetsizlik algısını azaltmak
- Negatif ve çekingen davranışı önlemek



Tüm hastalar



Yok



ÖRNEK ?

BESTE Ö.

17. Mine formasyonunun ilk tamamlandığı daimi diş aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Santral kesici
- b) Lateral kesici
- c) Kanin
- d) Birinci premolar
- e) Birinci molar

Diş	Sert Doku Formasyonu Başlangıcı	Doğumdaki Mine Miktarı	Minenin Tamamlanması
<u>Daimi Dentisyon</u>			
Maksiller			
Santral keser	3-4 Ay	—	4-5 Yaş
Lateral keser	10-12 Ay	—	4-5 Yaş
Kanin	4-5 Ay	—	6-7 Yaş
1. Premolar	1,5 Yaş	—	5-6 Yaş
2. Premolar	2 Yaş	—	6-7 Yaş
1. Molar	Doğum	Az miktarda olabilir	2,5-3 Yaş
2. Molar	2,5-3 Yaş	—	7-8 Yaş
Mandibular			
Santral keser	3-4 Ay	—	4-5 Yaş
Lateral keser	3-4 Ay	—	4-5 Yaş
Kanin	4-5 Ay	—	6-7 Yaş
1. Premolar	1,5-2 Yaş	—	5-6 Yaş
2. Premolar	2,5 Yaş	—	6-7 Yaş
1. Molar	Doğum	Az miktarda olabilir	2,5-3 Yaş
2. Molar	2,5-3 Yaş	—	7-8 Yaş



18. Yukarıda şematize edilen travmatik yaralanma ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Teşhis ve başlangıç kaydı oluşturmak için periapikal radyograf alınır
- b) Diş kapanışa engel olmuyorsa kendiliğinden repoze olması beklenir
- c) Spontan repozisyon genellikle 6 ay içinde gerçekleşir
- d) Şiddetli yer değiştirme durumunda repoze edilir ve kanal tedavisine başlanır
- e) Radyografik takip klinik bulgular bir patolojiyi düşündürdüğünde endikedir

LATERAL LÜKSASYON	Radyografik Öneriler ve Bulgular	Tedavi	Takip
 Klinik Bulgular: Diş, genellikle palatal/lingual veya labial yönde yer değiştirmiştir. • Diş hareketsizdir. • Yaralanma, kapanışa engel olabilir.	• Teşhis ve başlangıç kaydı oluşturmak amacıyla ilk muayene sırasında bir periapikal radyograf (0 numara sensör/film ve paralel teknik kullanılarak) veya okluzal radyograf (2 numara sensör/film ile) alınmalıdır. • Apikalde genişlemiş periodontal ligament aralığı (En belirgin olarak bir okluzal radyograf, özellikle diş labila olarak yer değiştirmişse gözlenir)	• Diş kapanışa engel olmuyorsa veya minimal oranda engelliyorsa, dişin kendiliğinden repoze olmasına izin verilmelidir. - Spontan repozisyon, genellikle 6 ay içinde gerçekleşir • Şiddetli yer değiştirme durumunda, her ikisi de lokal anestezi gerektiren iki seçenek mevcuttur. • Seçenek A: - Dişte yutulma veya aspire edilme riski varsa, çekilir. • Seçenek B: - Dişi nazikçe repoze edin. - Eğer diş yeni pozisyonunda hareketli ise, yaralanmamış komşu dişlere bağlanan esnek bir splint ile 4 hafta boyunca stabilize edin. • Tedavi, pediatrik diş yaralanmalarının yönetiminde deneyim ve uzmanlığa sahip çocuk odaklı bir ekip tarafından sağlanmalıdır. Diş çekimi, uzun süreli dental kaygıya yol açma potansiyeli taşır. • Ebeveyn / Hasta Eğitimi:	• Klinik muayene: - 1 hafta sonra - 6-8 hafta sonra - 6 ay sonra - 1 yıl sonra • Repoze edilerek splintlendiyse, kontrol periodları: - 1 hafta - 4 hafta sonra splintin çıkartılması amacıyla - 8 hafta - 6 ay - 1 yıl • Tedavinin olumsuz sonuçlanacağına dair şüphe mevcutsa, daimi diş sürene kadar her yıl klinik takibe devam edin. • Radyografik takip, sadece klinik bulguların bir patolojiyi düşündürdüğü durumlarda endikedir (örn. Olumsuz bir sonuç). • Ebeveynler olumsuz sonuçlar

19. Daimi dişlerde kron-kök kırığı yaralanmaları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Diş perküsyona karşı hassastır ve koronal segment hareketlidir
- b) Komplike kron-kök kırıklarında pulpa duyarlılık testi genellikle negatiftir
- c) Komplike kron-kök kırıklarında parsiyel amputasyon ile pulpa canlılığı korunabilir
- d) Tedavi seçeneklerinin belirlenmesin konik ışınlı bilgisayarlı tomografi kullanılabilir
- e) Cerrahi ekstrüzyon tedavi seçenekleri arasında yer alır

KOMPLİKE KRON-KÖK KIRIĞI (Pulpa Ekspozu olan Kron-Kök Kırığı)	Klinik Bulgular	Görüntüleme, Radyografik Değerlendirme ve Bulgular	Tedavi	Takip
 Mine, dentin, sement ve pulpayı içeren bir kırık (Not: Kron-kök kırıkları, tipik olarak dişetinin altına uzanır)	- Pulpa duyarlılık testi genellikle pozitifdir. - Diş perküsyona hassastır. - Koronal, mezial veya distal fragman genellikle mevcuttur ve hareketlidir. - Kırık hattının uzanımı (sub- veya supra-alveolar) değerlendirilmelidir.	- Kırığın apikal yöndeki uzanımı, gözle tespit edilemeyebilir. - Kırık parça kayıpsa ve yumuşak doku yaralanmaları mevcutsa, dudak ve/veya yanak radyografı, kayıp diş parçası veya yabancı cisimleri araştırmak için endikedir. - Önerilen radyografar: - Bir paralel periapikal radyograf - Farklı dikey ve/veya yatay açılardan alınan iki ek radyograf - Okluzal radyograf - KIBT, kırık yolunun, genişliğinin ve marjinal kemikle ilişkisinin daha iyi görüntülenmesi için düşünülebilir; ayrıca, kron-kök oranını değerlendirmek ve tedavi seçeneklerini belirlemeye yardımcı olmak için faydalıdır.	- Kalıcı bir tedavi planı yapılıncaya dek, hareketli parçayı komşu dişe/dişlere veya hareketli olmayan diş parçasına geçici olarak yapıştırın. - Kök gelişimini tamamlamamış immatür dişlerde, parsiyel pulpotomi ile pulpa canlılığını korumak önemlidir. Lastik örtü izolasyonu güçtür, ancak denenmelidir. - Serleşmeyen kalsiyum hidroksit veya diş boyamayan silikat simanlar, açığı pulpanın üzerine yerleştirmek için uygun materyallerdir. - Kök gelişimini tamamlamış matür dişlerde, Pulpanın çıkartılması genellikle endikedir. - Açıktaki dentini cam iyonomer ile örtün veya bir bağlayıcı ajan ve kompozit rezinle restore edin. <u>Gelecekteki Tedavi Seçenekleri:</u> - Tedavi planı, kısmen hastanın yaşına ve işbirliğine bağlıdır. Tedavi seçenekleri : - Kanal tedavisi ve koronal restorasyonun tamamlanması - Apikal segmentin ortodontik ekstrüzyonu (ekstrüzyon sonrasında periodontal rekonturlama cerrahisi gerektirebilir) - Cerrahi ekstrüzyon - Kökün gömülü bırakılması (Root Submergence) - Dişin rotasyonu veya rotasyonsuz şekilde bilinçli replantasyonu - Dişin çekilmesi - Ototransplantasyon	Klinik ve Radyografik değerlendirmeler: 1 hafta sonra 6-8 hafta sonra 3 ay sonra 6 ay sonra 1 yıl sonra - Ardından en az 5 yıl boyunca her yıl.

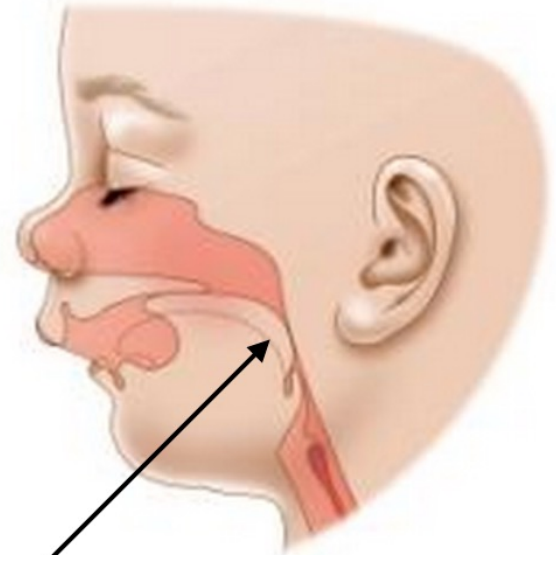
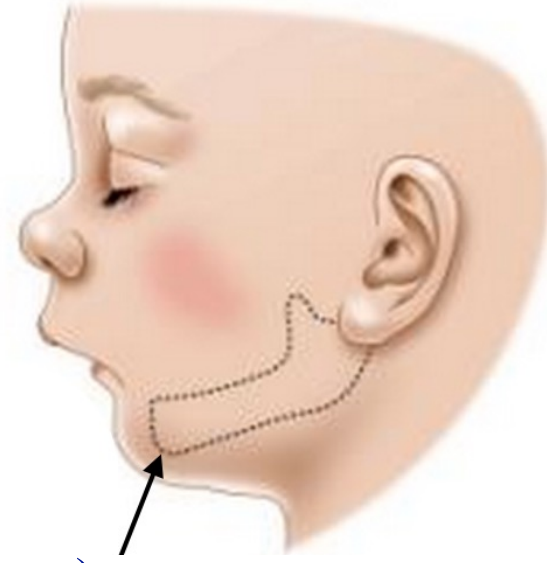
20. Pediatrik hastalarda görülen bazı sendromlar uyku solunum bozuklukları ile ilişkilidir. Mikrognati, makroglossi, glosoptosis ve dudak-damak yarığının görüldüğü hangi sendrom uyku solunum bozukluğuna neden olmaktadır?

- a) Piere Robin sendromu
- b) Apert sendromu
- c) Osteogenezis imperfekta
- d) Crouzon sendromu
- e) Down sendromu

Pierre Robin Sendromu:

Oral Bulgular:

- Şiddetli mikrognati ve hipoplastik alt çene
- Glossoptozis (Dilin aşağıda ve geride konumlanması)
- U şekilli yarık damak oluşumu
- Mikrognati, glossoptozis ve dar üst solunum yoluna bağlı olarak solunum bozuklukları mevcut
- Dilin damak yarığı bölgesine sıkışması sonucu boğulmalar oluşabilir



Öneriler: Bu hastalarda yarın damak bölümünün kapatılarak beslenmenin sağlanabilmesi için obtüratör yapımı veya alt çene distraksiyonu ile genişliğin arttırılması planlanabilmektedir. Bu nedenle hastaların uygun beslenme yöntemine karar verilirken çocuk diş hekimi ve ortodontistler ile birlikte değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Sendrom / Durum

Pierre Robin sekansı

Goldenhar sendromu

Treacher Collins sendromu

Apert sendromu

Hunter ve Hurler sendromları

Beckwith-Wiedemann sendromu

Freeman-Sheldon sendromu

Down sendromu

Klippel-Feil sendromu

Hallermann-Streiff sendromu

Artrogripozis

Cri du chat sendromu

Edwards sendromu

Fibrodisplazi Ossifikans Progressiva

Havayolu ile İlişkili Özellikler

Mikrognati, glossoptoz, yarık damak

Tek taraflı mikrognati, servikal disfonksiyon

Mikrognati, küçük oral açıklık, zigomatik hipoplazi

Servikal hareket kısıtlılığı, makroglossi, mikrognati, orta yüz hipoplazisi

Servikal disfonksiyon, makroglossi

Makroglossi

Ağız çevresinde fibrozis, mikrostomi, servikal hareket kısıtlılığı

Atlanto-oksipital anomaliler, küçük oral kavite, makroglossi

Servikal füzyon

Mikrostomi

Servikal disfonksiyon

Mikrognati, laringomalazi

Mikrognati

Servikal hareket kısıtlılığı

PEDODONTİ ESANSİYEL

Doç. Dr. Beste Özgür



@BESTEOZGUR



@TIPDEMY

 tipdemy
TUS & DUSE GİTİM PLATFORMU