

DUS AKADEMİSİ CERRAHİ BEYİN FIRTINASI

Dr. Mengütaş

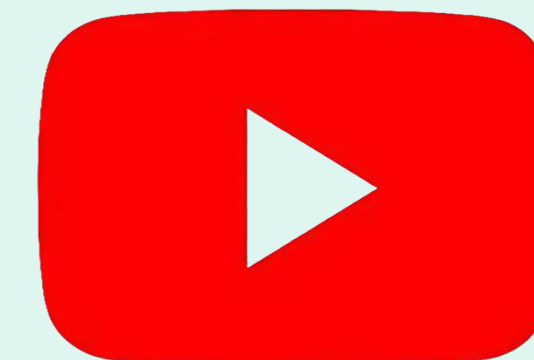
 dus
akademisi.com



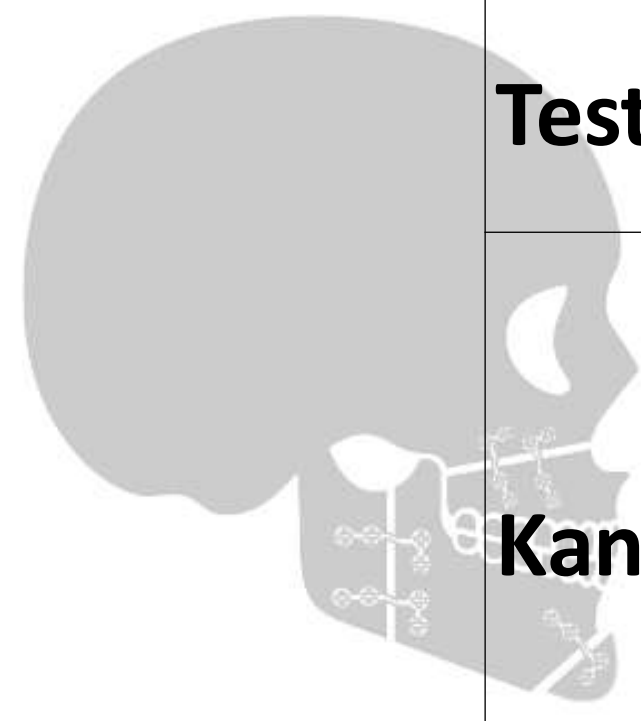
agizdisvecenecerrahisi
dusakademisiradyoloji



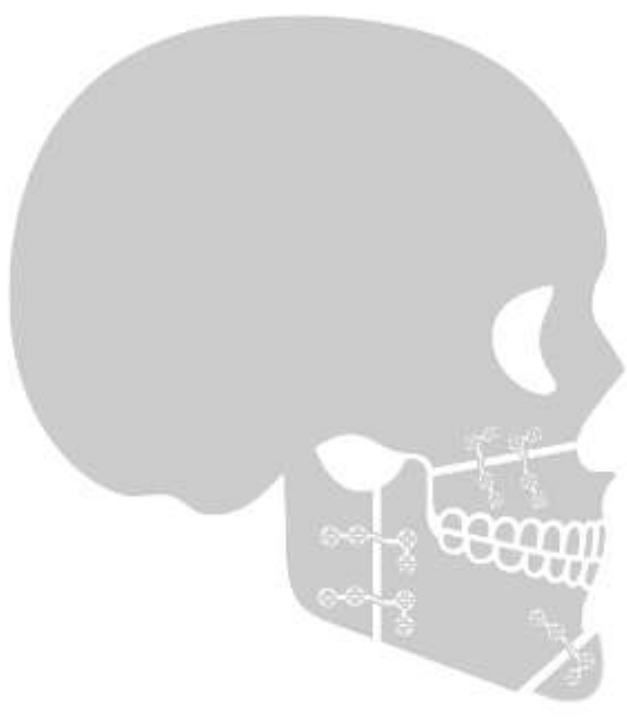
dusakademisiklinik



drmengutas



Test Adı	Normal Değer	Artış Durumu	Görülme Nedenleri / Durumlar
Kanama zamanı	3–5 dakika (Duke yöntemi)	Artmış	- Trombositopeni - Kılcal damar duvar bozuklukları (ör. C vitamini eksikliği) - Trombosit fonksiyon bozuklukları (aspirin, warfarin kullanımı)
Pıhtılaşma zamanı	4–10 dakika (Lee-White yöntemi)	Artmış	- Trombositopeni - Hipersplenizm - Pıhtılaşma faktörü eksiklikleri - Antikoagülan kullanımı
Protrombin zamanı	12–14 saniye	Artmış	- Faktör I, II, V, VII, X eksikliği - Antikoagülan tedavi - Karaciğer sirozu - Hepatit - Obstrüktif sarılık - Çölyak, kolit, sprue - Salisilat (aspirin) kullanımı
Parsiyel tromboplastin zamanı	25–45 saniye	Artmış	- Faktör I, II, V, VII, IX, X, XI, XII eksiklikleri - Heparin tedavisi alan hastalar
Trombosit oluşum zamanı	≤12 saniye	Artmış	- Faktör V, VIII, IX, X, XI, XII eksiklikleri (bu test özellikle bu faktör eksikliklerini ayırt etmede kullanılır)

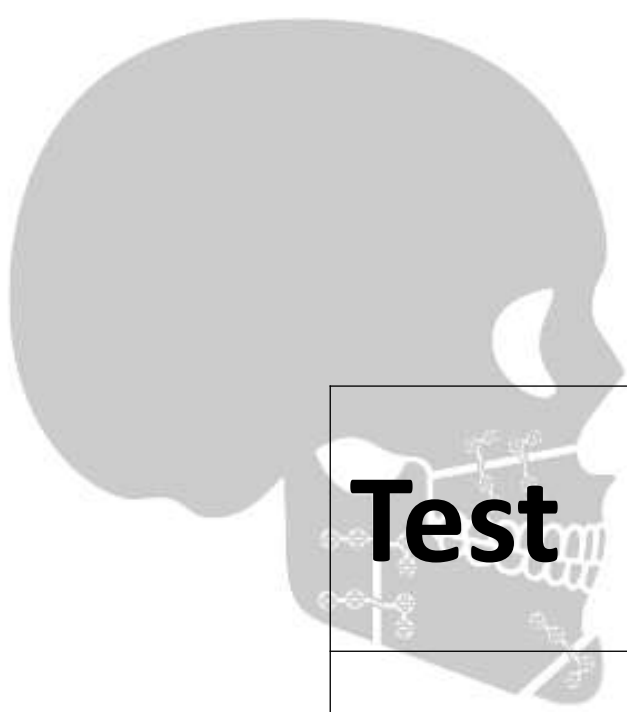


•**Kanama zamanı ve pıhtılaşma zamanı** → trombosit fonksiyonu ve faktör eksiklikleri

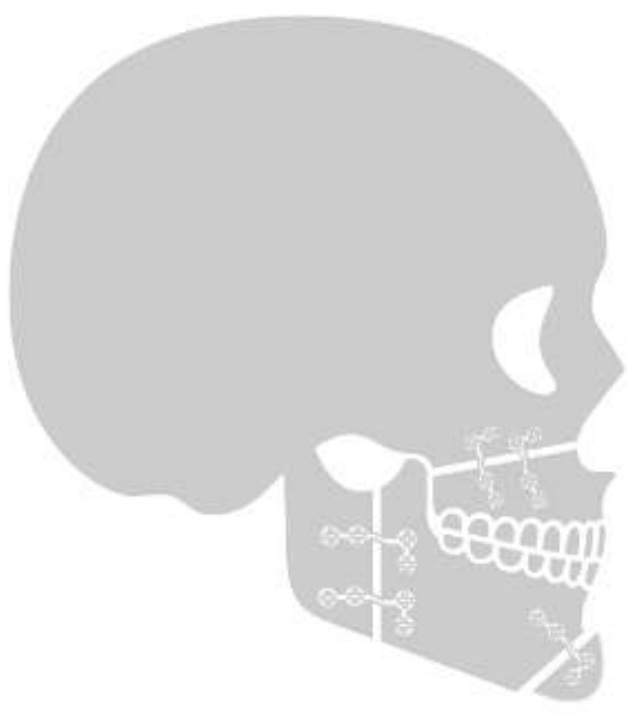
•**PT** → Ekstrinsik ve ortak pıhtılaşma yol

•**aPTT** → İntrinsik ve ortak yol

•**Tromboplastin oluşum zamanı** → detaylı faktör eksikliği



Test	Amacı	Normal Değer Aralığı
Protrombin Zamanı (PT)	Ekstrinsik pıhtılaşma yolunun ve karaciğere bağlı pıhtılaşma faktörlerinin üretiminin ölçülmesi	10–13 saniye
Trombosit Sayısı	Dolaşımdaki trombositlerin nicel olarak değerlendirilmesi (örn. lösemi, kemoterapi)	150.000–450.000 / μ L
Kreatinin Klirensi (CRCL)	Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi	90–125 mL/dakika
Bilirubin (konjuge)	Karaciğer hastalığının değerlendirilmesi	<0.3 mg/dL (<5 μ mol/L)
Albümin	Kronik karaciğer hastalığı	3.5–4.5 g/dL (35–45 g/L)



FDA Gebelikte İlaç Kullanım Kategorileri

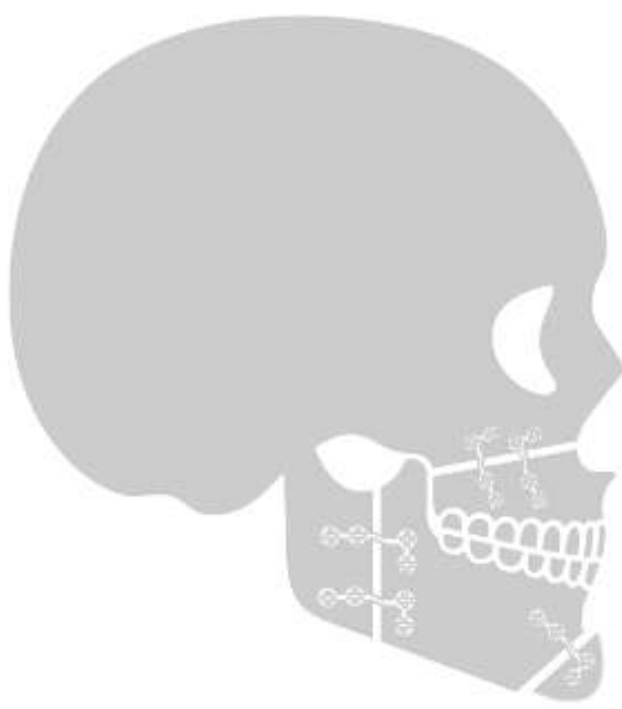
Kategori A: Güvenli / İnsan çalışmalarında fetal risk saptanmamıştır.

Kategori B: Büyük ölçüde güvenli. Hayvan çalışmaları risk göstermemiştir veya hayvanlarda risk görülmüş ama insan çalışmalarında doğrulanmamıştır.

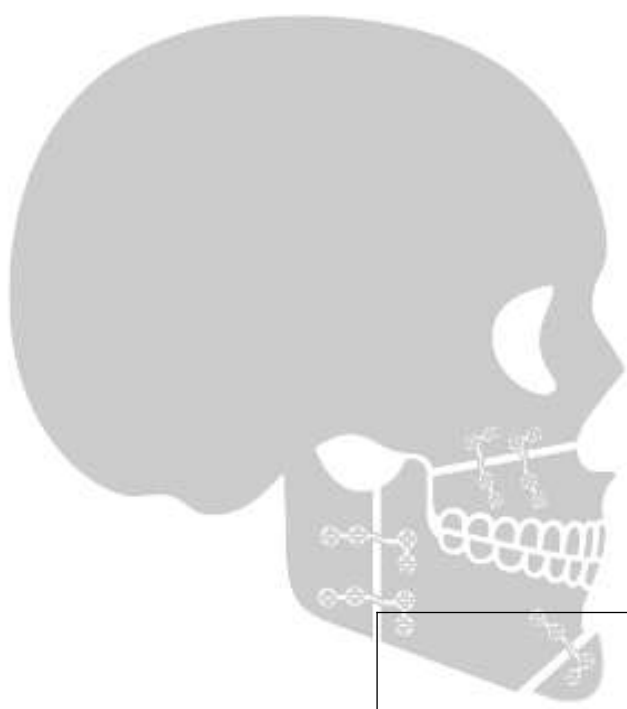
Kategori C: Risk olabilir. Hayvan çalışmaları fetal zarar göstermiştir, ancak insan verisi yoktur. Sadece zorunlu durumlarda kullanılmalıdır.

Kategori D: Kanıtlanmış fetal risk var. Ancak hayati veya ciddi hastalıklarda fayda, riske ağır basabilir.

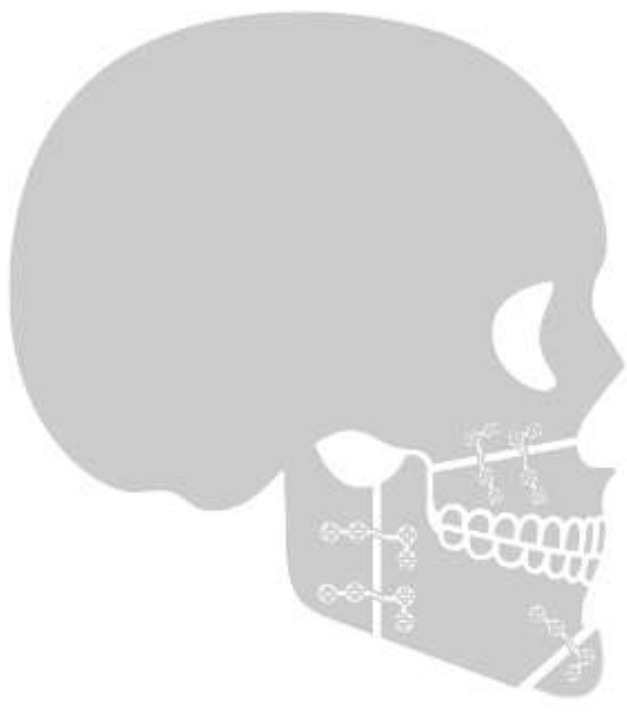
Kategori X: Kesinlikle zararlı. Fetal anormalliklere neden olur. Hamile veya hamile kalabilecek kadınlarda kontrendikedir.



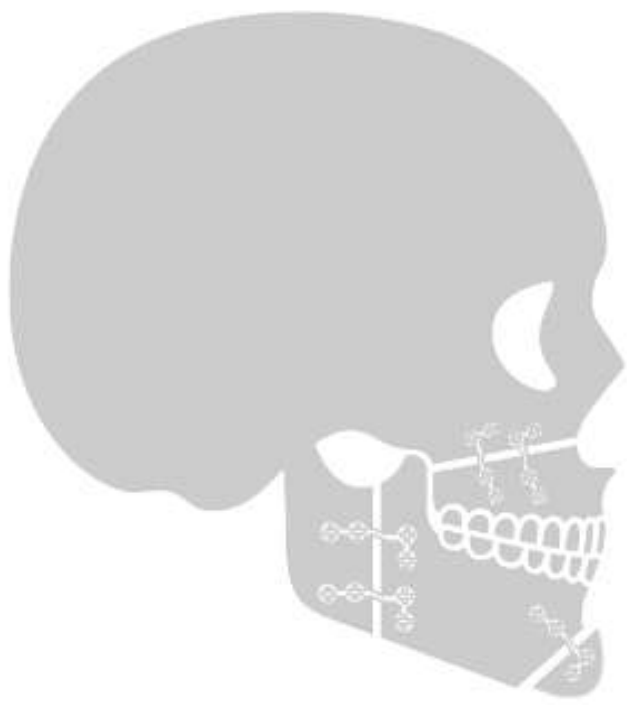
İlaç	FDA Kategorisi	Gebelikte Kullanım	Emzirme Döneminde Kullanım	Olası Yan Etkiler
Parasetamol	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Aspirin	C	3. trimesterde önerilmez	Hayır	Doğum sonrası kanama
İbuprofen	B	3. trimesterde önerilmez	Evet	Doğum gecikmesi
Naproksen	B/D*	Gebeliğin 2. yarısında önerilmez	Evet	Doğum gecikmesi
Kodein	C	Dikkatli kullanılmalı	Evet	Çoklu doğumsal anomaliler
Oksikodon	B	Dikkatli kullanılmalı	Dikkatli kullanılmalı	NRD**
Hidrokodeon	C/D*	Dikkatli kullanılmalı	Dikkatli kullanılmalı	NRD**
Morfin	B	Evet	Evet	Solunum depresyonu
Propoksifen	C	Dikkatli kullanılmalı	Evet	Bildirilmemiş
Mepiridin	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Pentazosin	C	Dikkatli kullanılmalı	Dikkatli kullanılmalı	Bildirilmemiş



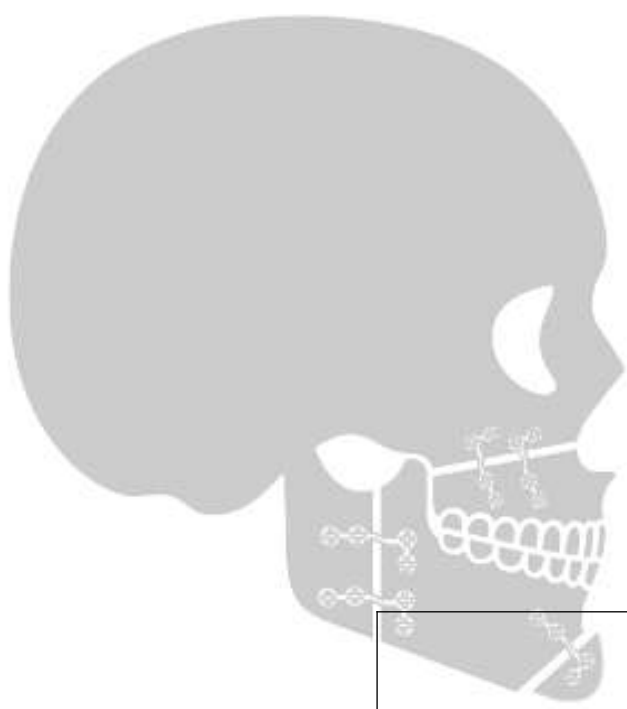
İlaç	FDA Kategorisi	Gebelikte Kullanım	Emzirme Döneminde Kullanım	Olası Yan Etkiler
Amoksisilin	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Metronidazol	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Eritromisin	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Penisilin V	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Sefalosporinler	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Gentamisin	C	Evet	Evet	Fetüste ototoksisite
Klindamisin	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Tetrasiklin	D	Hayır	Hayır	Dişlerde renk değişimi
Kloramfenikol	X	Hayır	Hayır	Anne toksisitesi / fetal ölüm
Klorheksidin	B	Veri yok	Veri yok	Bildirilmemiş



İlaç	FDA Kategorisi	Gebelikte Kullanım	Emzirme Döneminde Kullanım	Olası Yan Etkiler
Nistatin	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Klotrimazol	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Flukonazol	C	Dikkatli kullanılmalı	Dikkatli kullanılmalı	Bildirilmemiş
Ketokonazol	C	Dikkatli kullanılmalı	Hayır	Fetüs toksisitesi

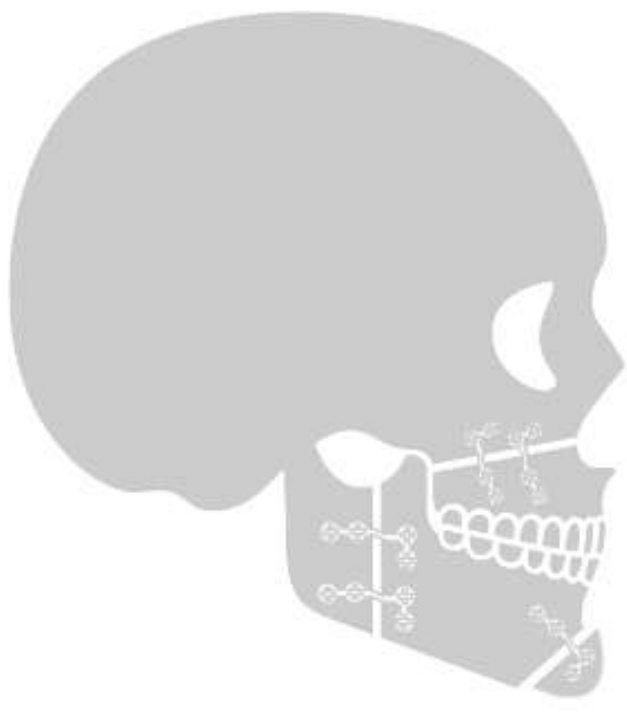


İlaç	FDA Kategorisi	Gebelikte Kullanım	Emzirme Döneminde Kullanım	Olası Yan Etkiler
Lidokain	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Mepivakain	C	Dikkatli kullanılmalı	Evet	Fetal bradikardi
Prilokain	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş
Bupivakain	C	Dikkatli kullanılmalı	Evet	Fetal bradikardi
Etidokain	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş

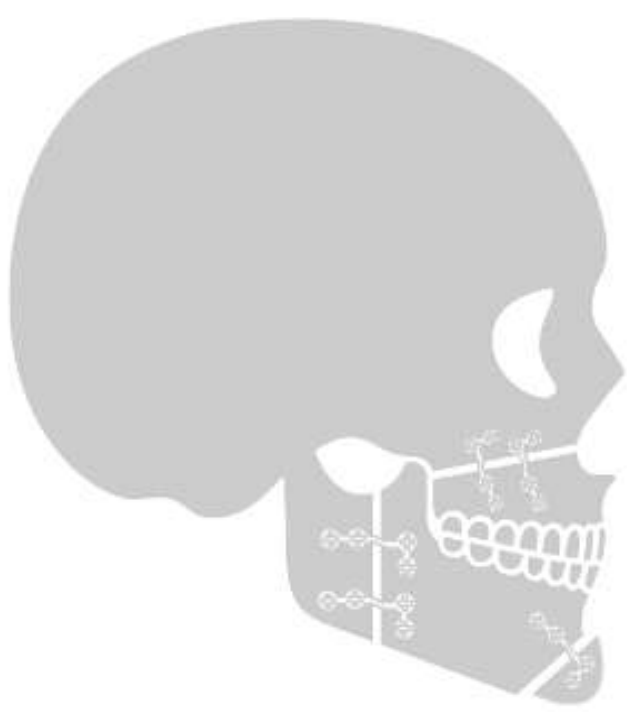


İlaç	FDA Kategorisi	Gebelikte Kullanım	Emzirme Döneminde Kullanım	Olası Yan Etkiler
Prednizolon	B	Evet	Evet	Bildirilmemiş

İlaç	FDA Kategorisi	Gebelikte Kullanım	Emzirme Döneminde Kullanım	Olası Yan Etkiler
Azot protoksit	Atanmamış	1. trimesterde önerilmez	Evet	Düşük (spontan abortus)
Barbitüratlar	D	Kaçınılmalı	Hayır	NRD
Benzodiazepinler	D	Hayır	Hayır	Damak / dudak yarığı (cleft)

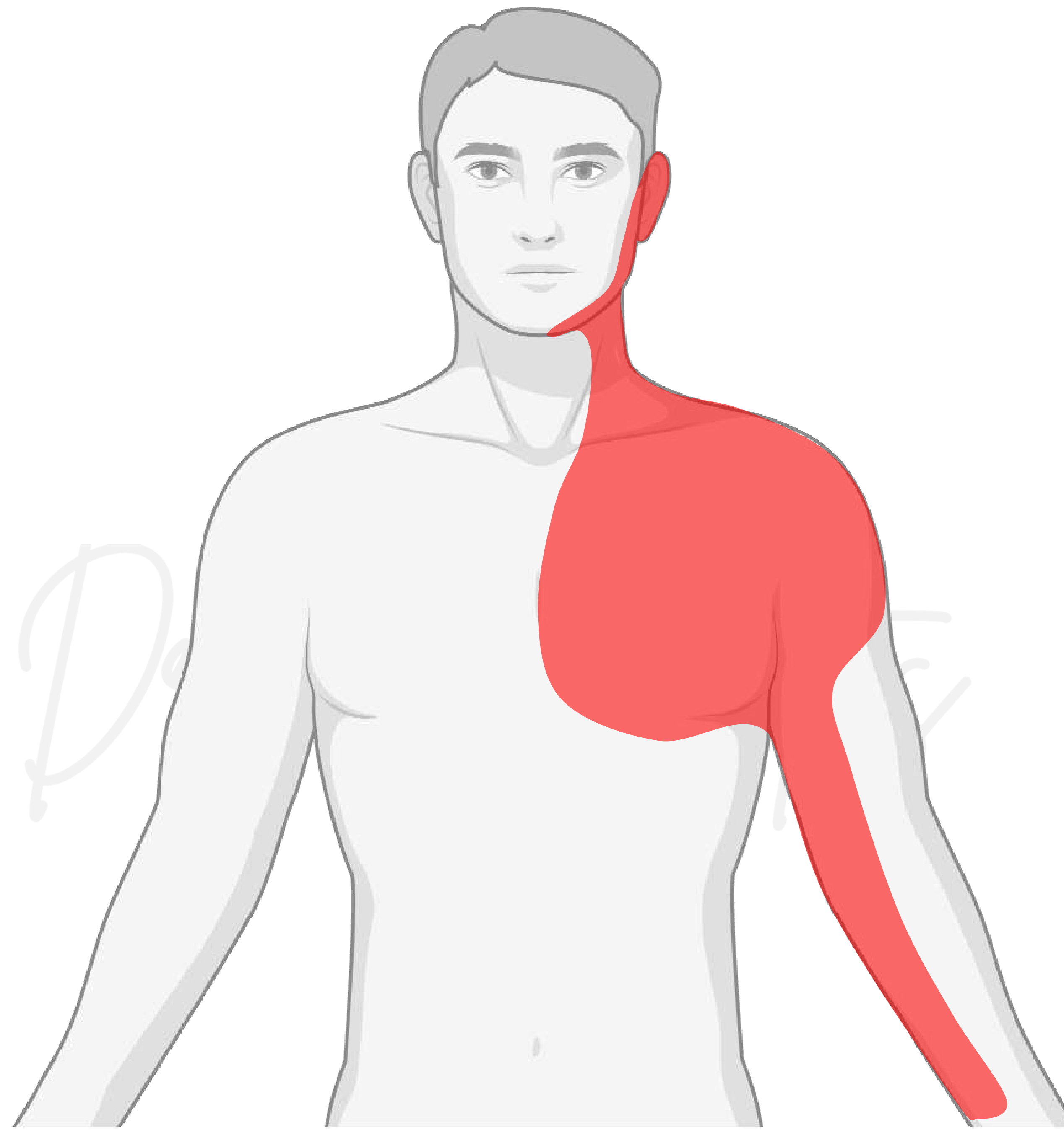
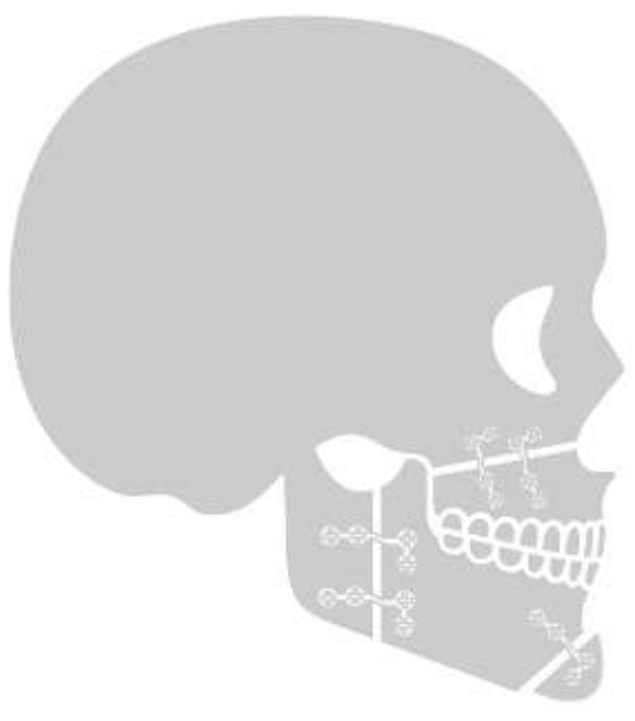


Lenf nodu özellikleri	Olası durum
Hassas, mobil, büyümüş	Akut enfeksiyon
Hassas olmayan, mobil, büyümüş	Kronik enfeksiyon
Birbirine yapışık hassas olmayan	Tüberküloz
Fikse, büyümüş	Skvamöz hücreli karsinom
Lastiksi , büyümüş	Lenfomalar



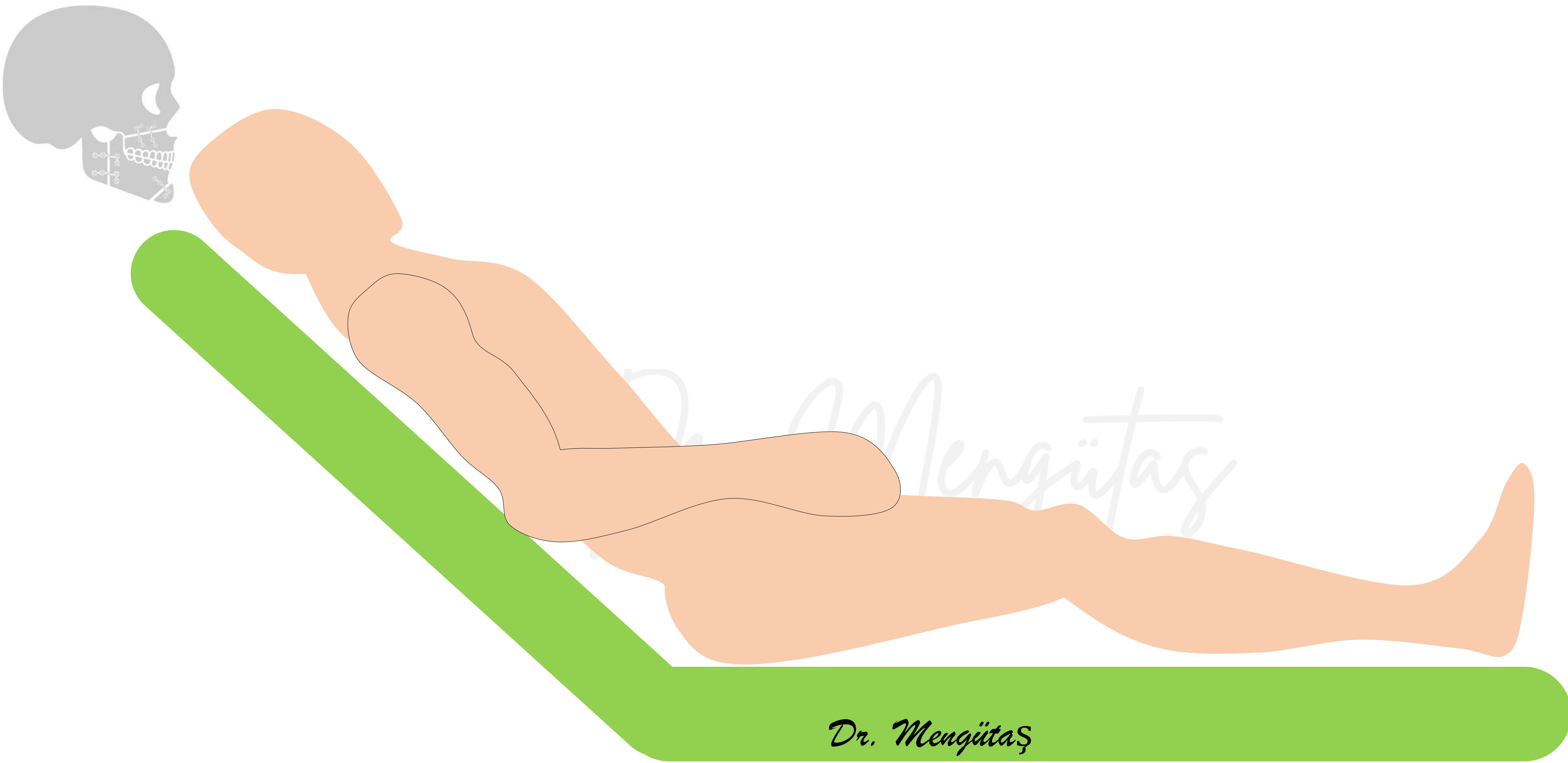
INR	Kanama riski	Tromboemboli riski	Yorum
<1.5	Düşük	✗ Yüksek	İstenmez
2.0–3.0	Kabul edilebilir	Düşük	✓ ideal
>3.5	✗ Yüksek	Düşük	Ertele

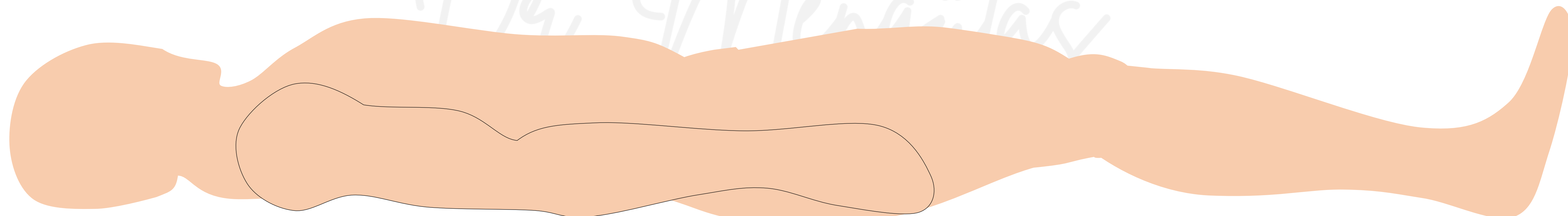
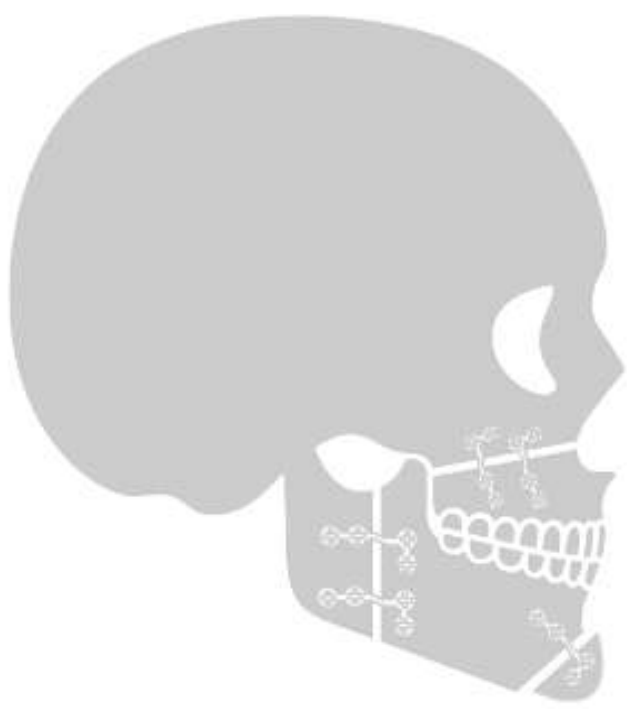
INR düşükse diş hekimi rahat eder, hasta risk altındadır.



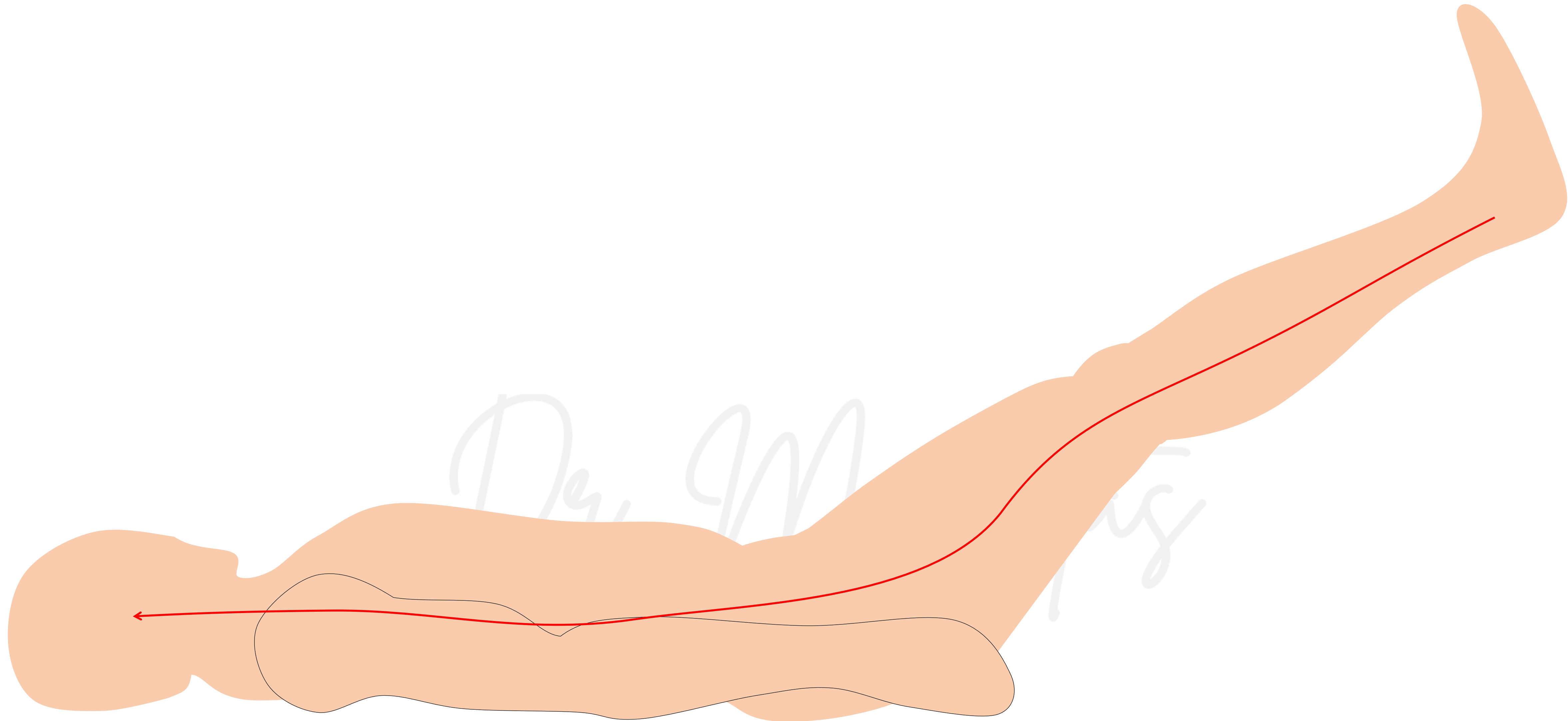
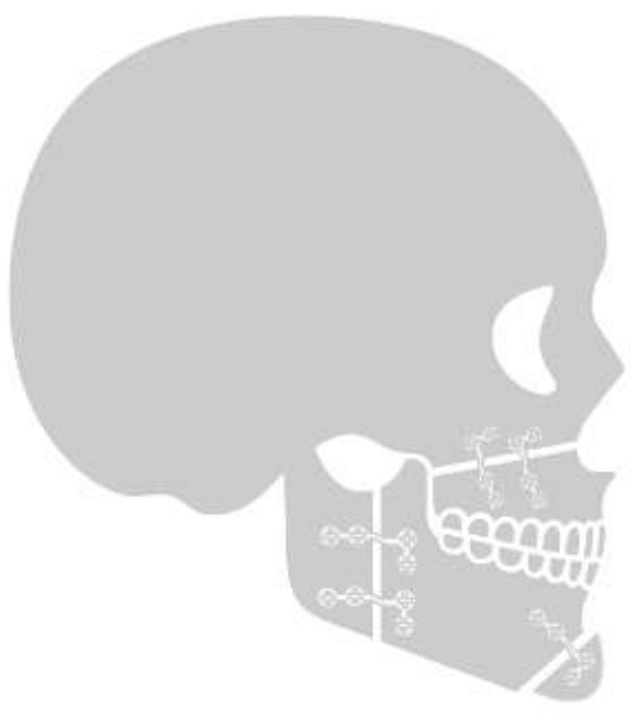
MI'da nitrogliserin profilaksisi yapılabilir.

Antibiyotik profilaksisi gerektirmez

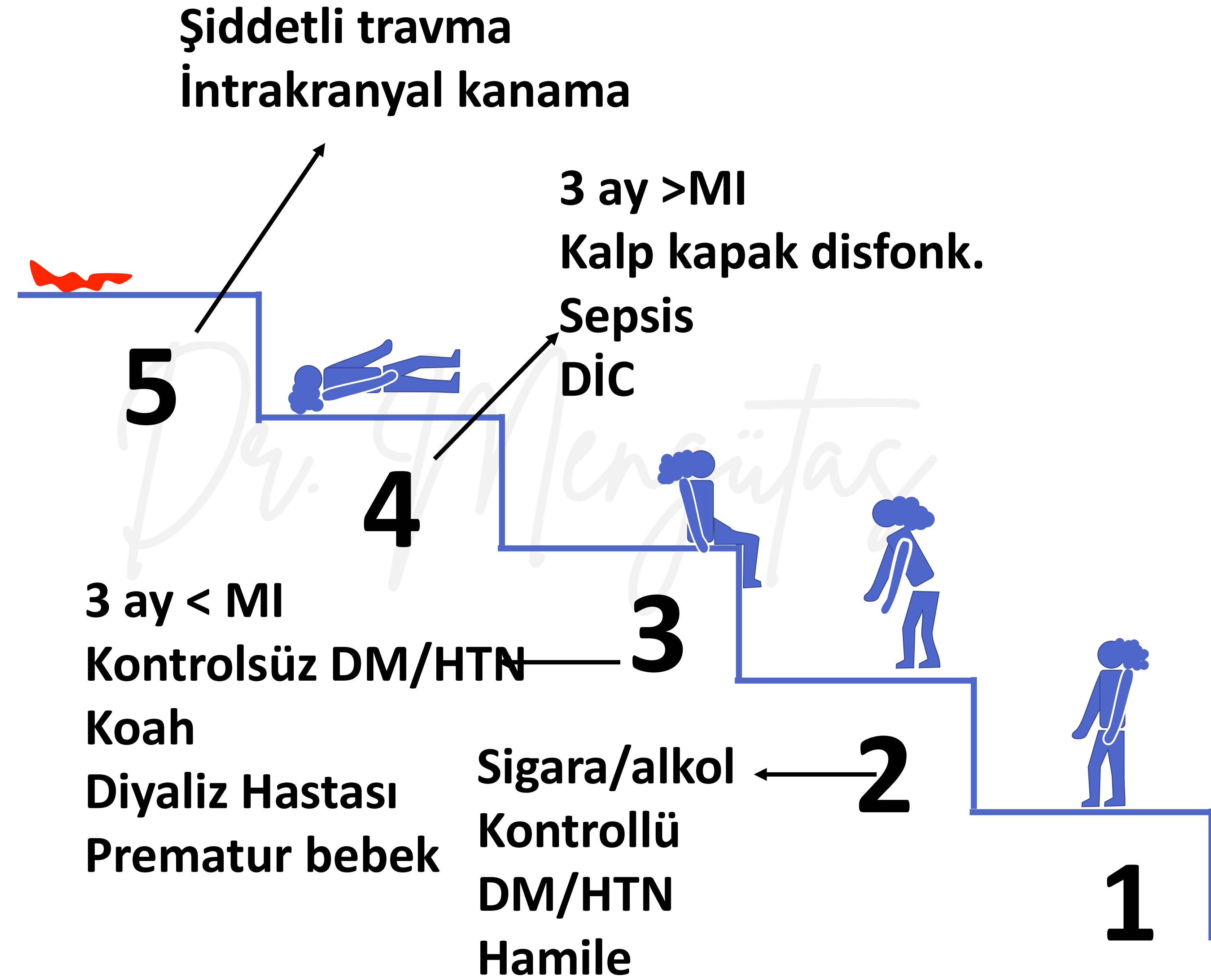
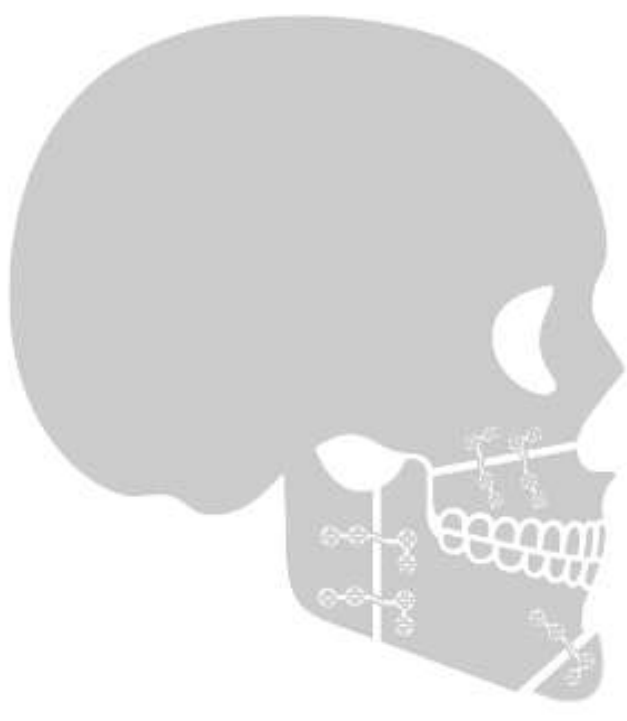


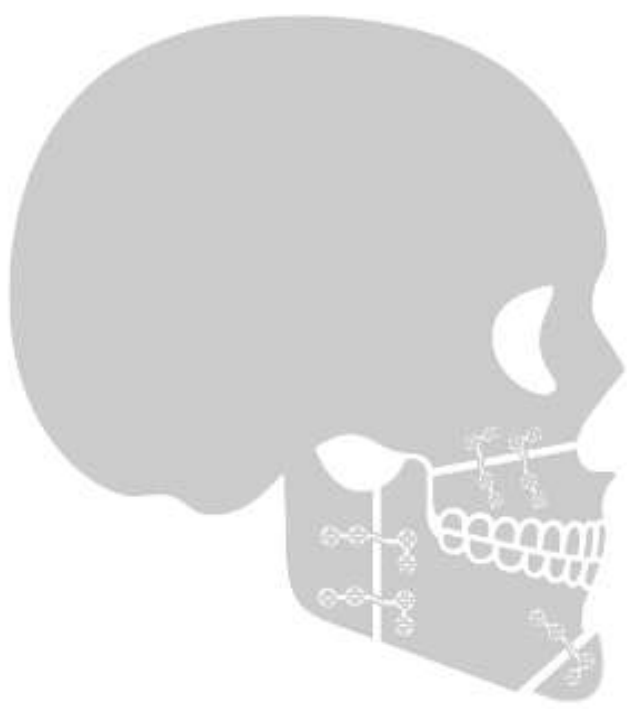


Dr. Mengütaş



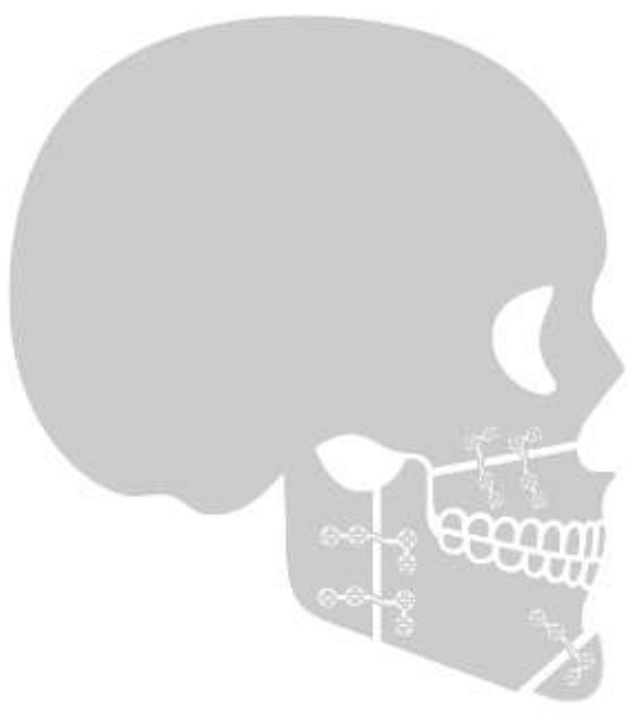
Dr. Mengütaş



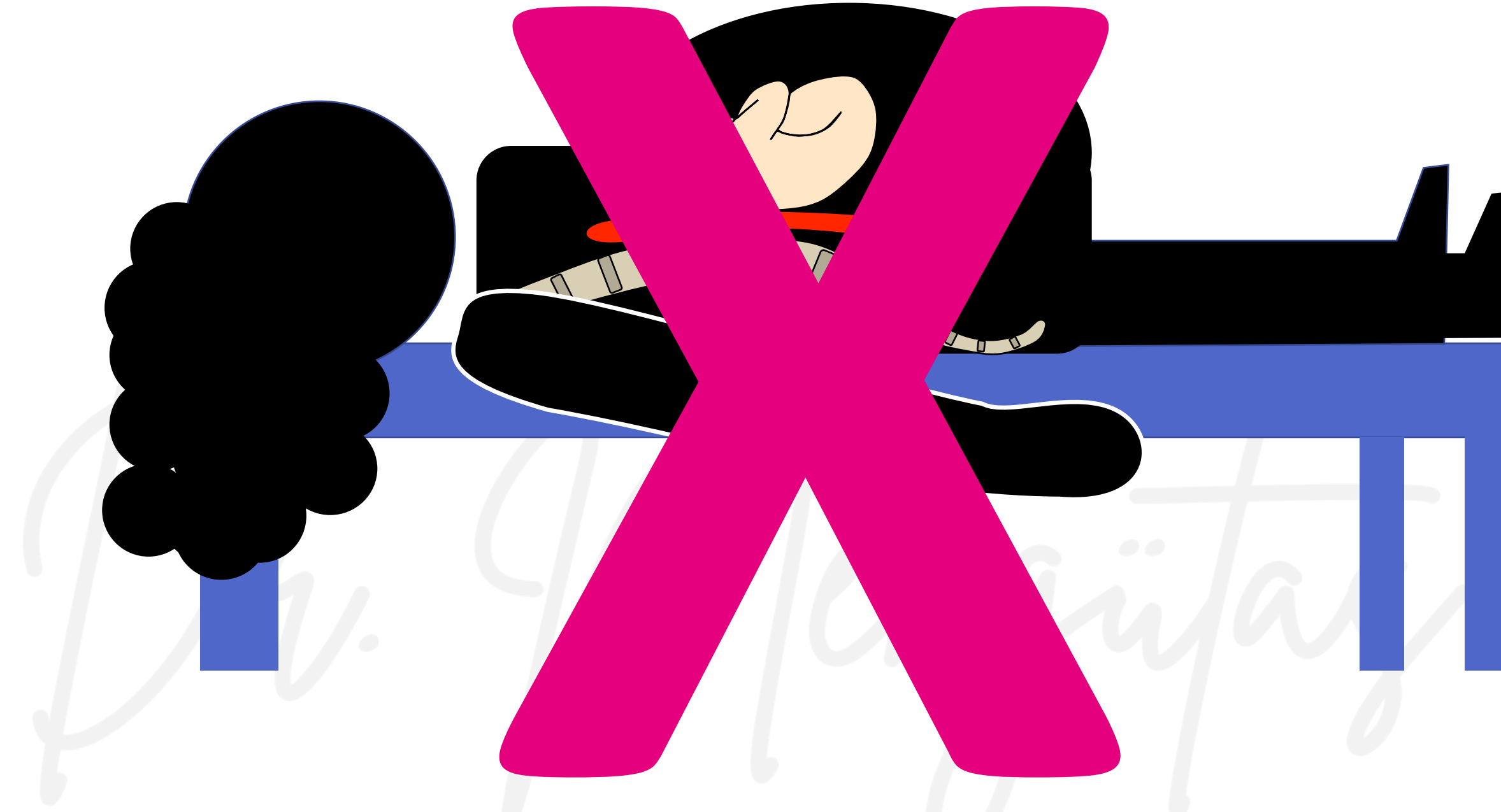


HİPERVENTİLYASYON

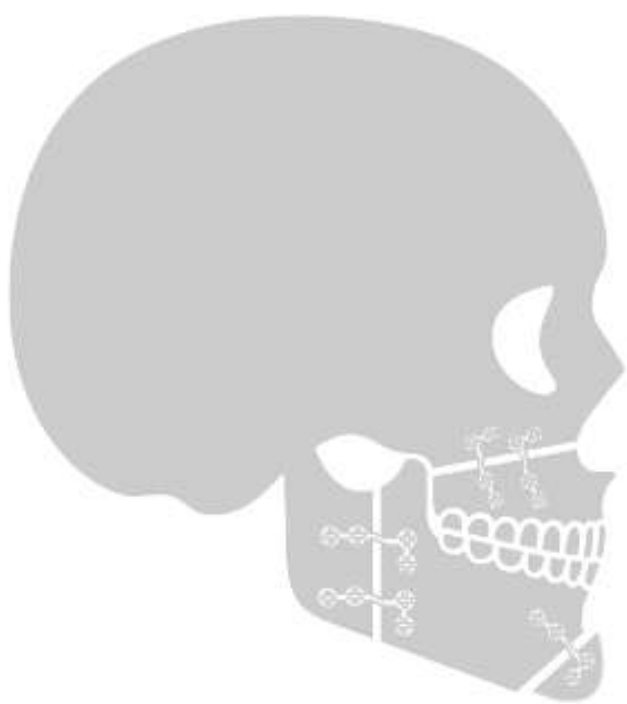




Hipotansif Sendrom



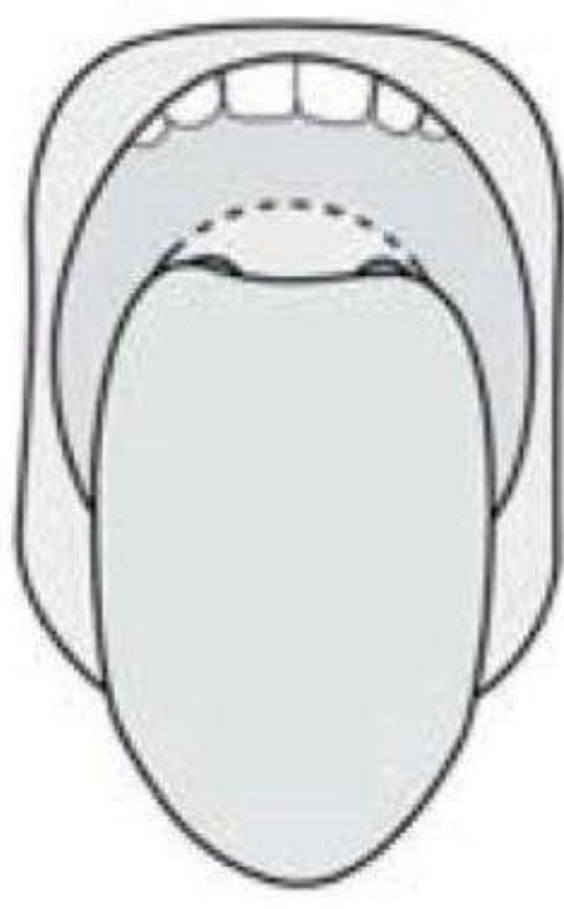
Supin pozisyon **X** → Vena cava kompresyonu
Sola dönük



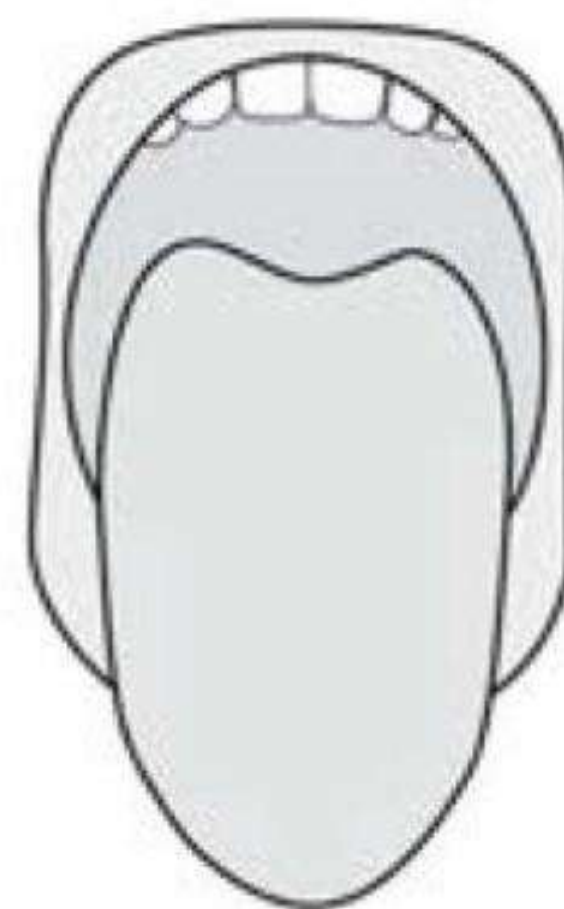
I



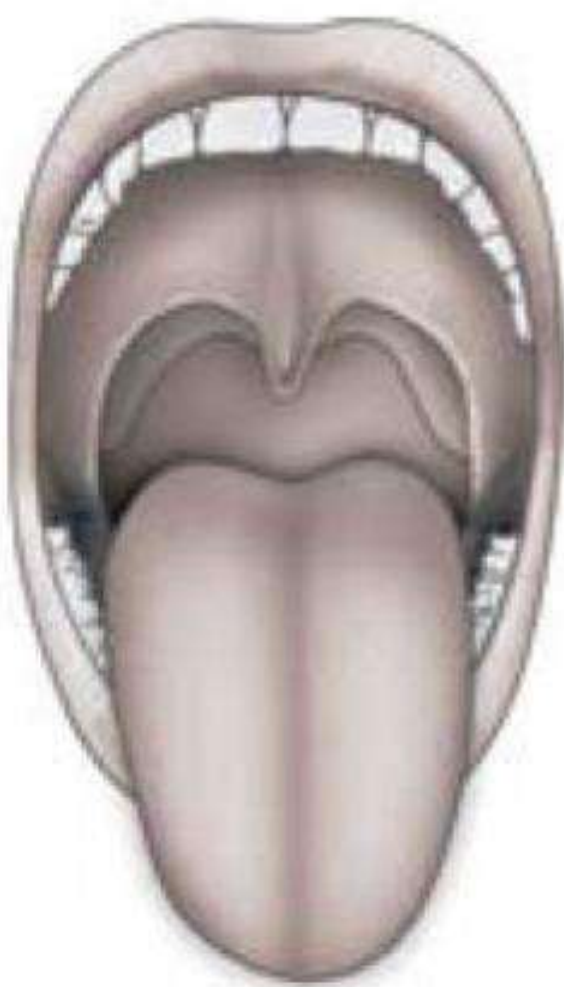
II

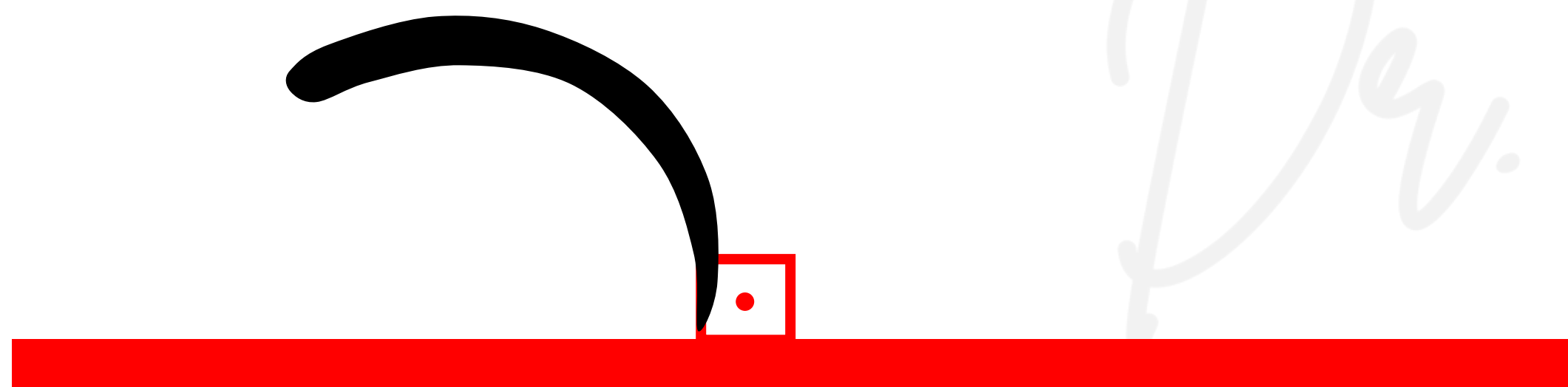
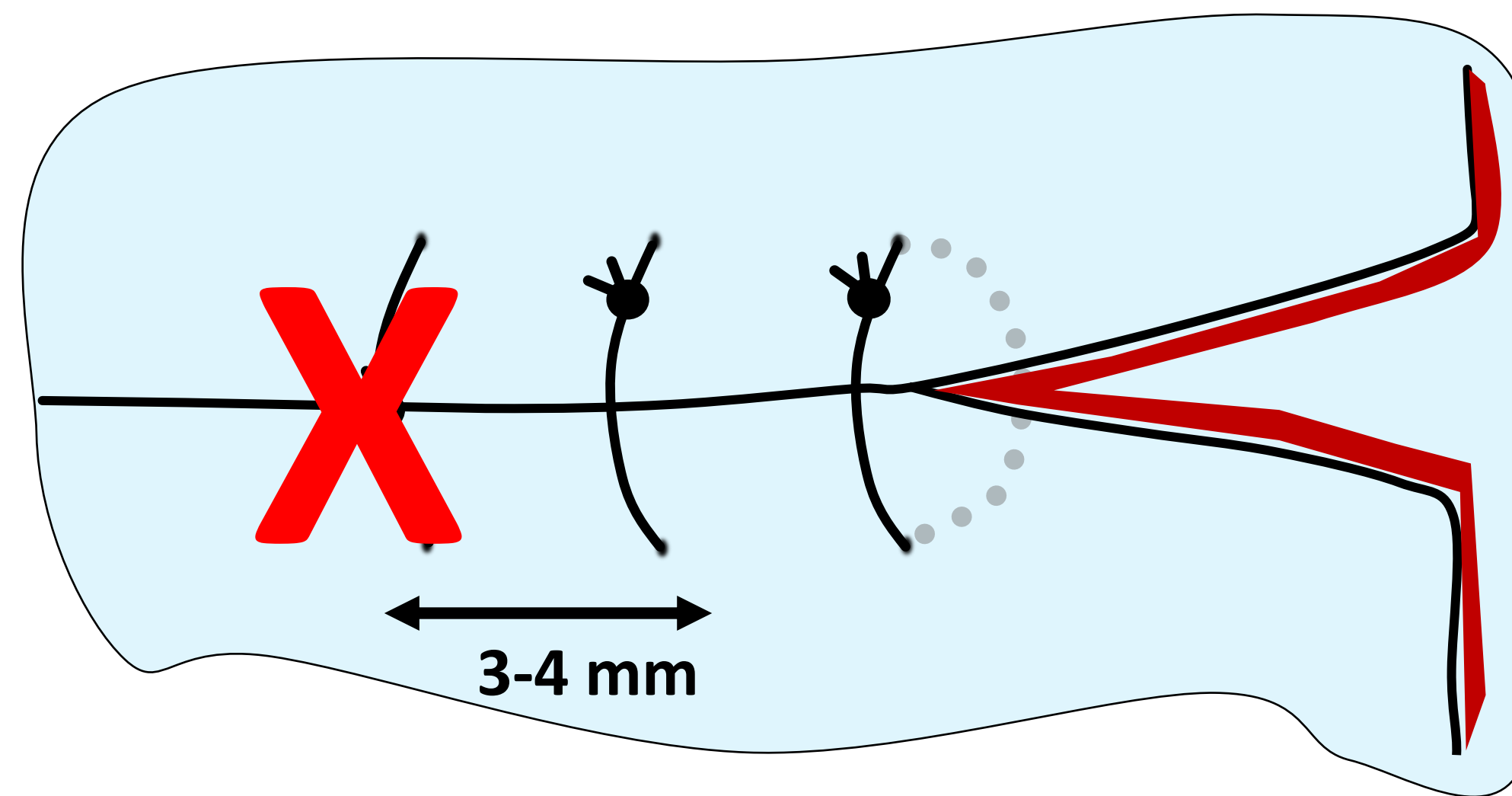
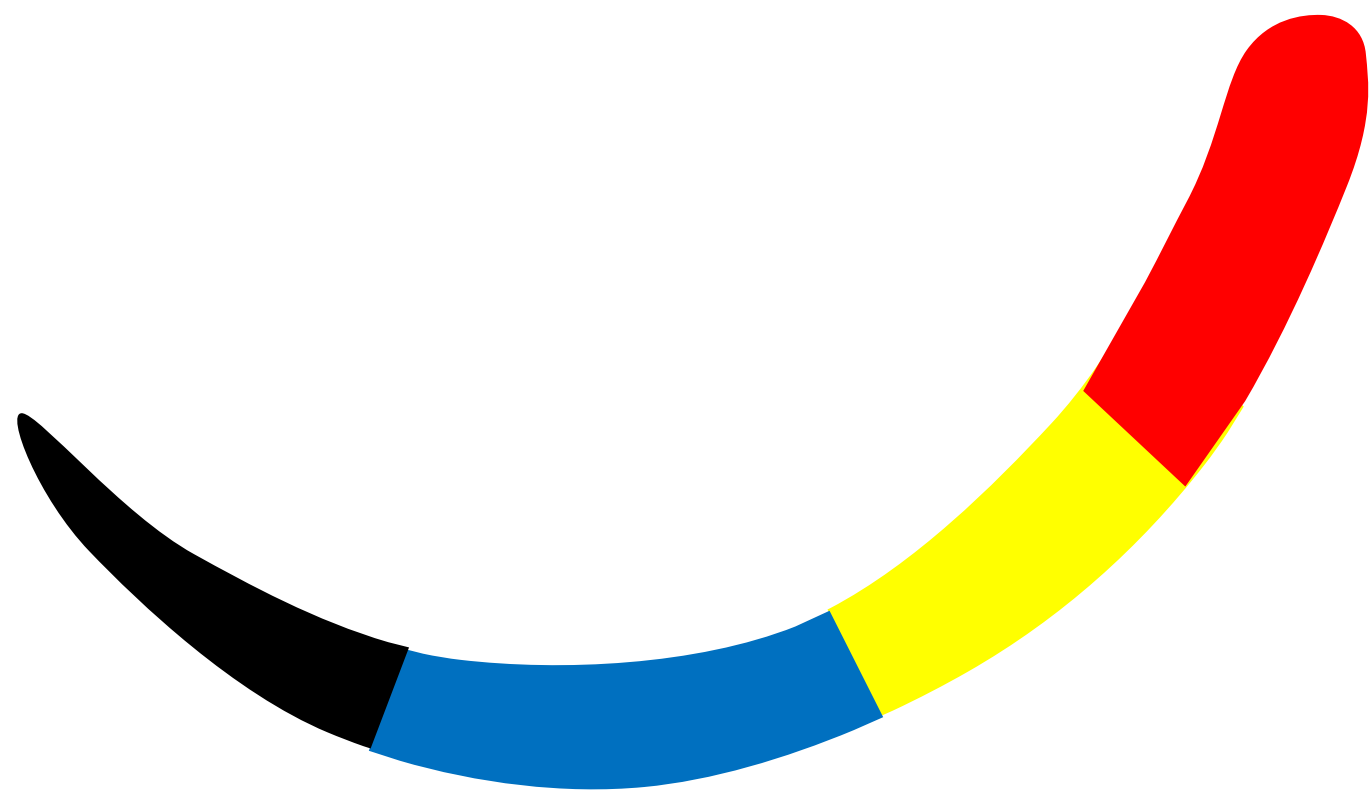
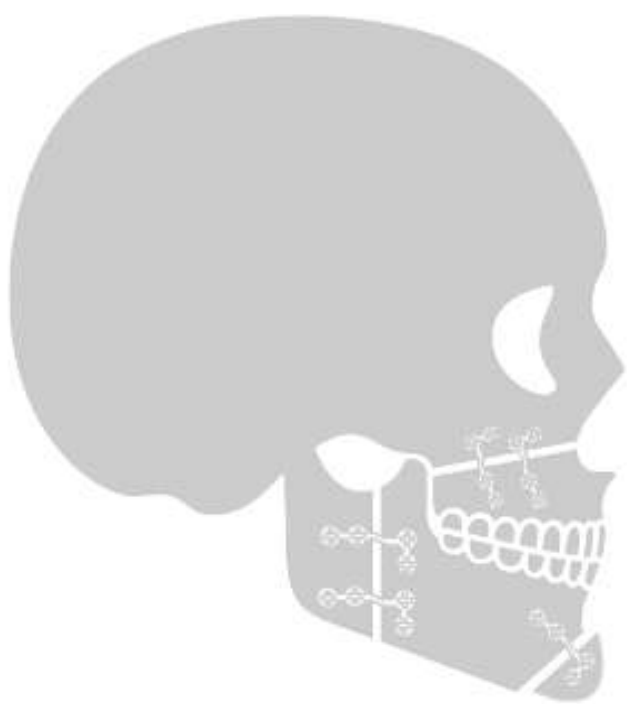


III

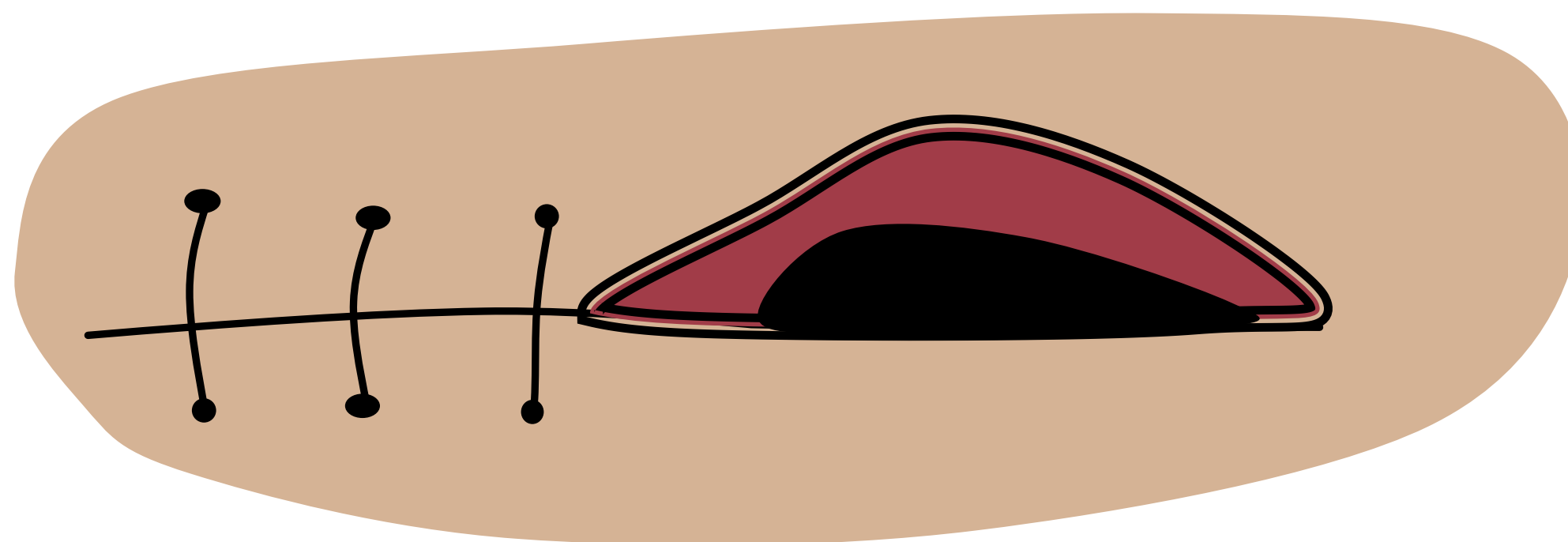


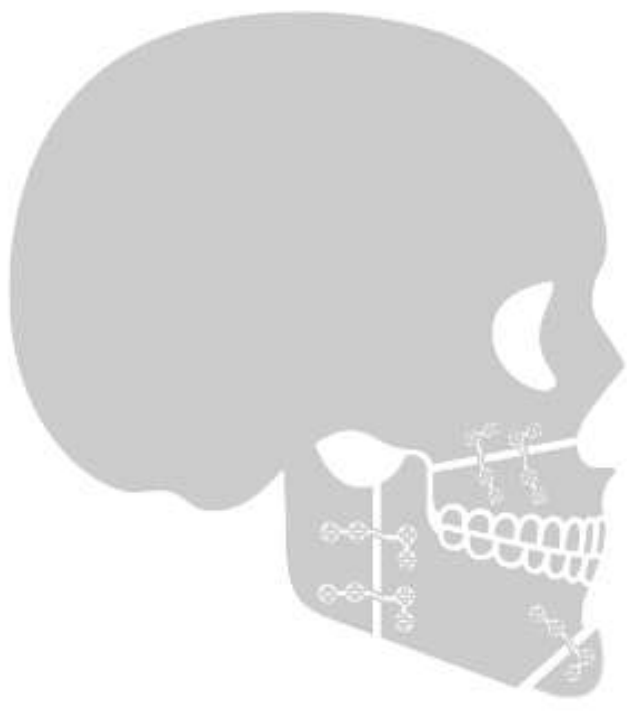
IV



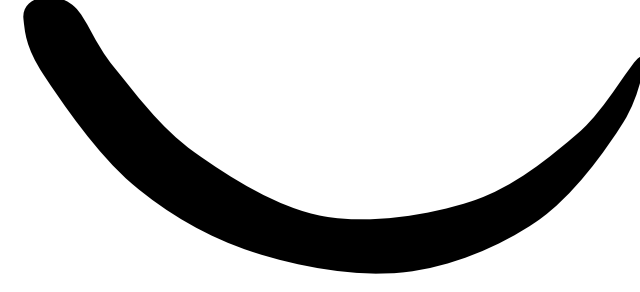


Dr. Mengütaş





Hareketli



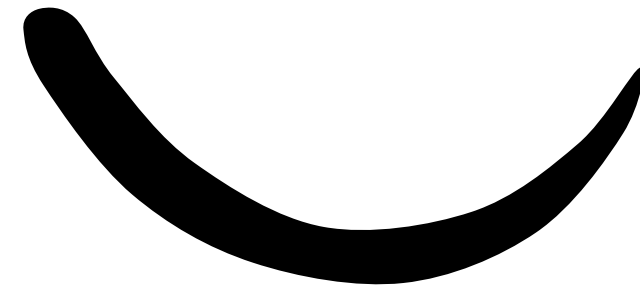
Sabit

İnce

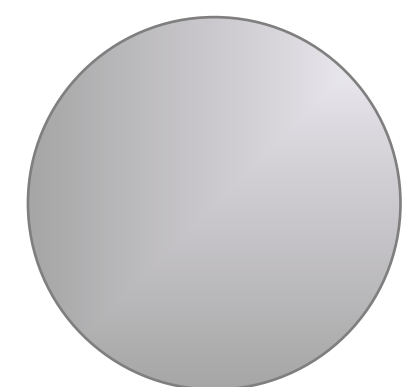
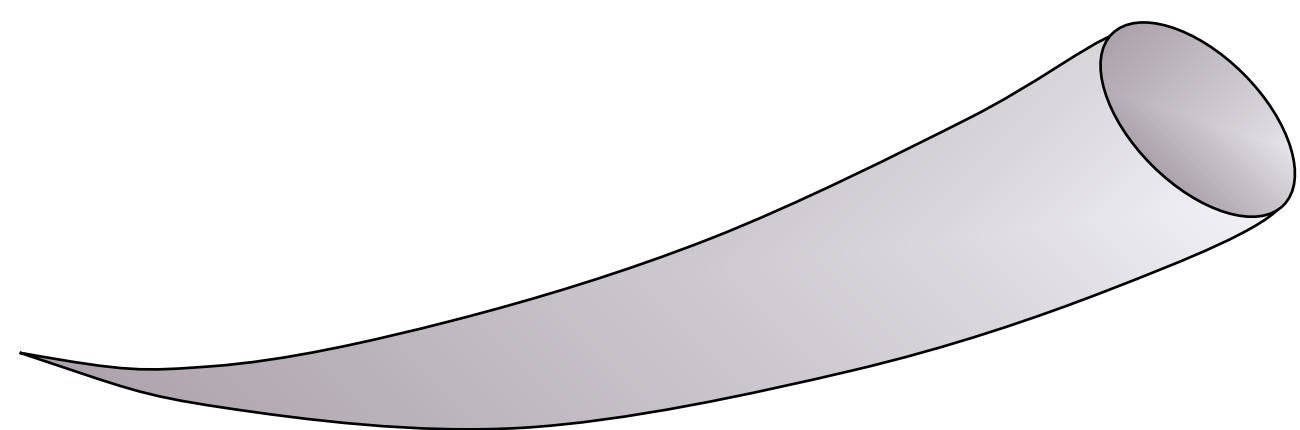
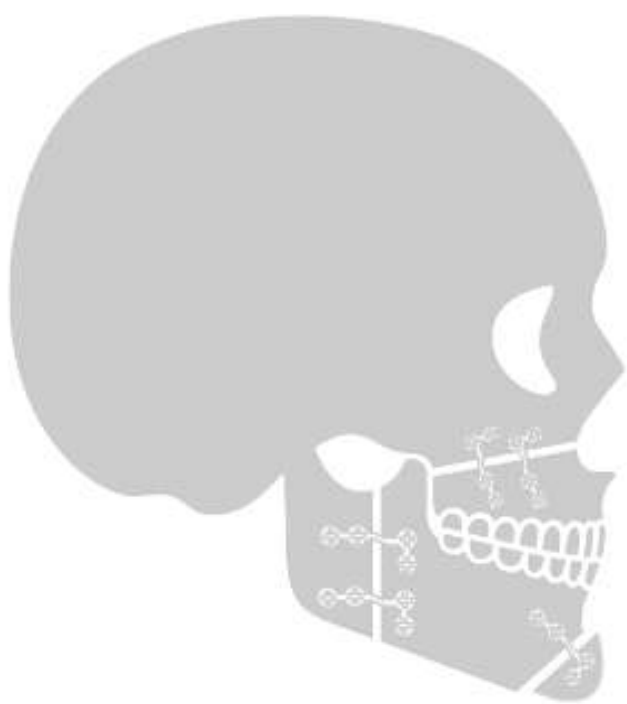


Kalın

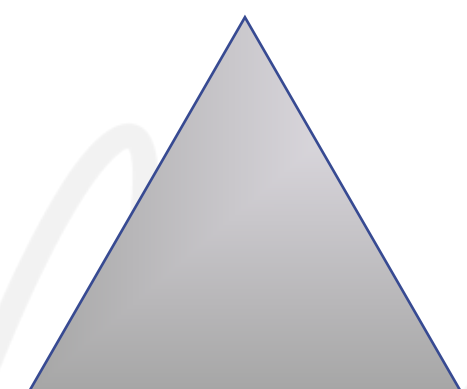
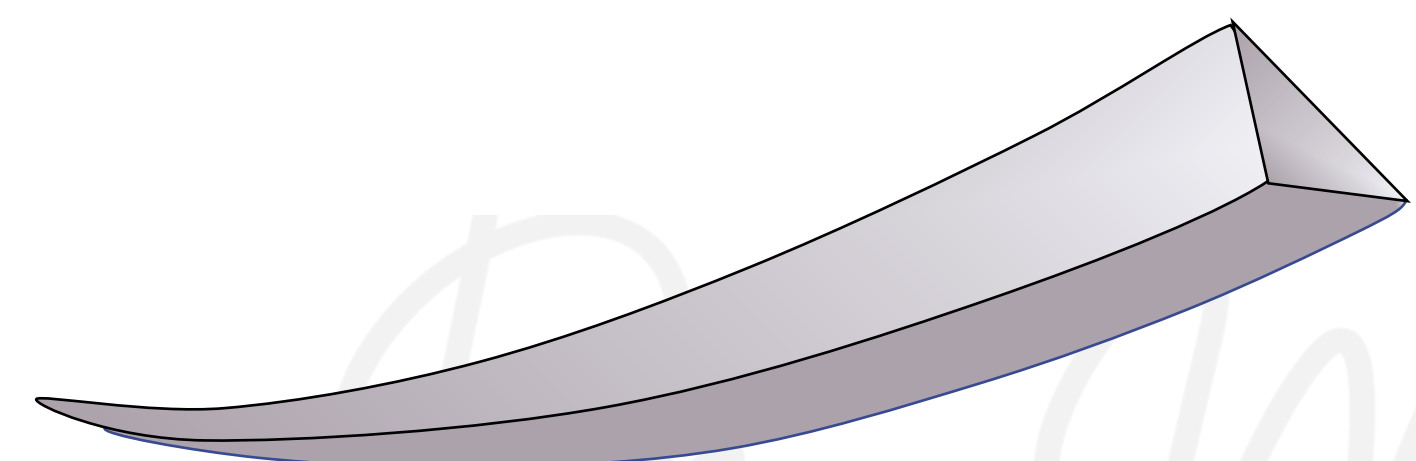
Derin



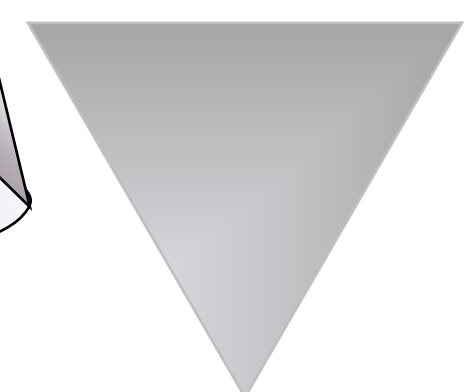
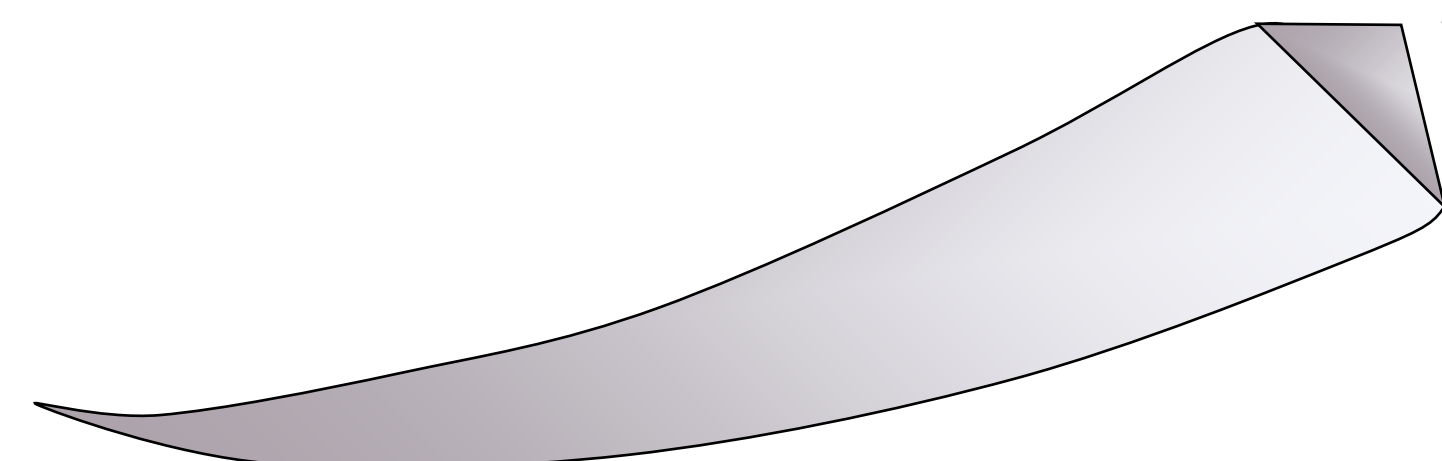
Yüzeyel



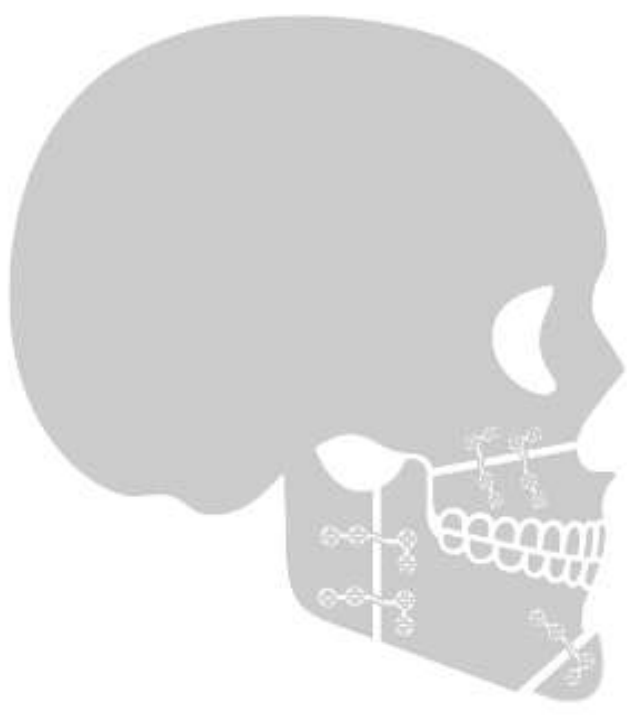
Yuvarlak



Kesici X



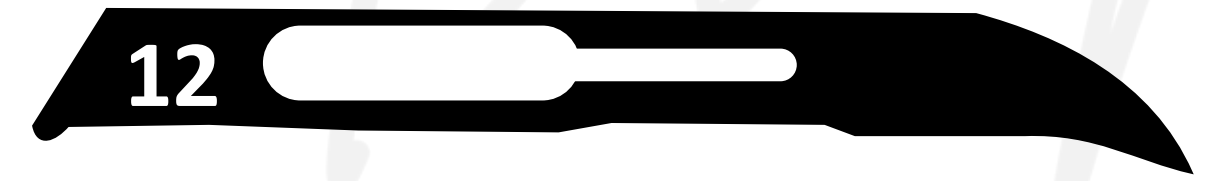
Ters kesici✓



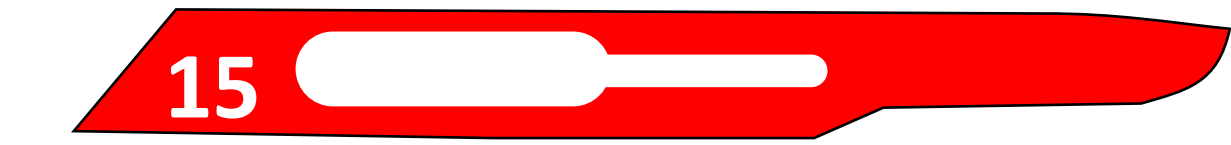
Cilt insizyonları



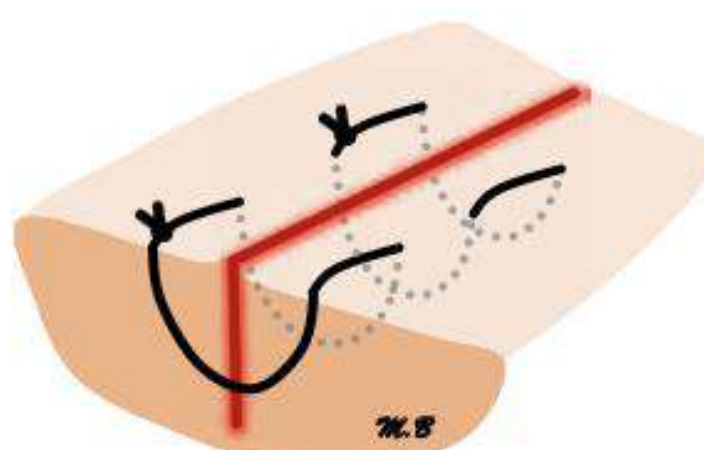
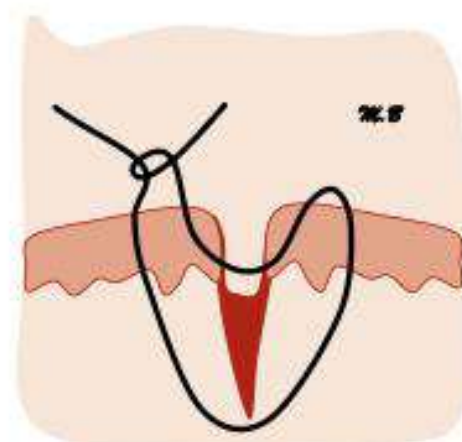
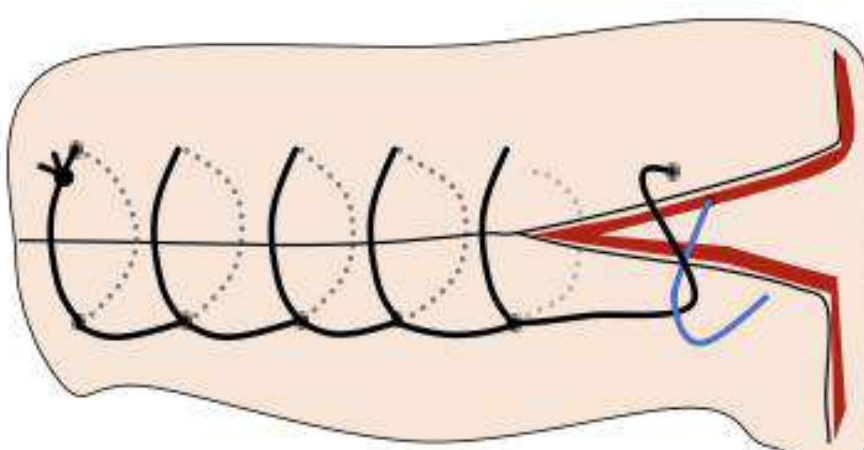
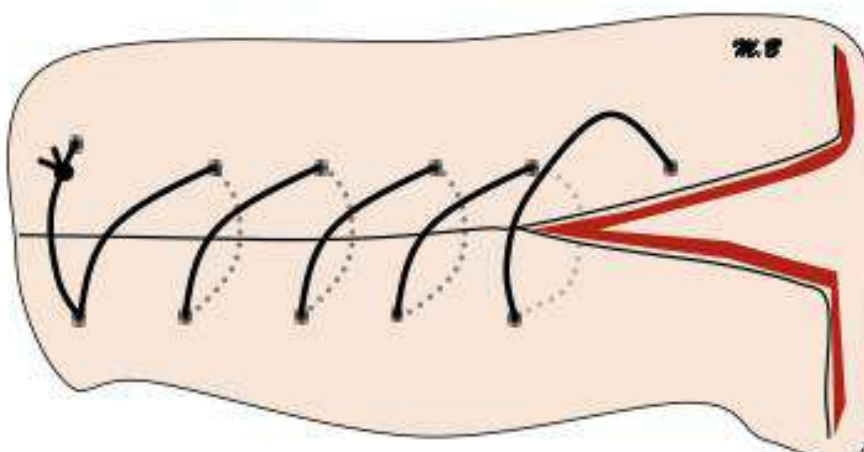
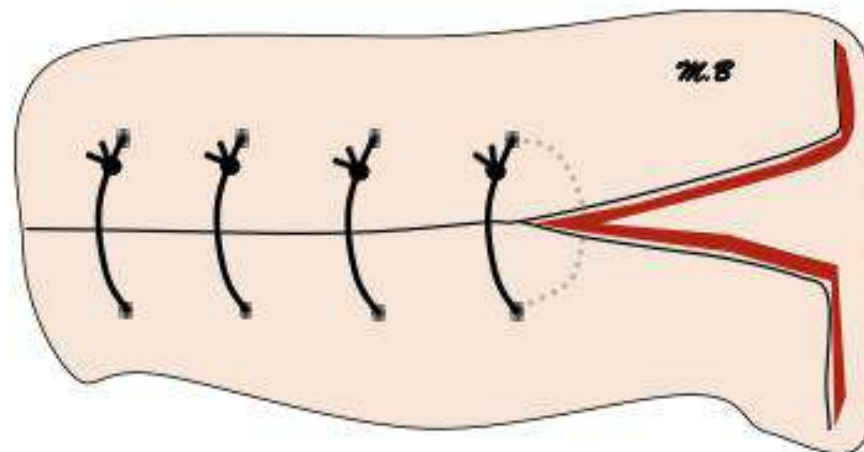
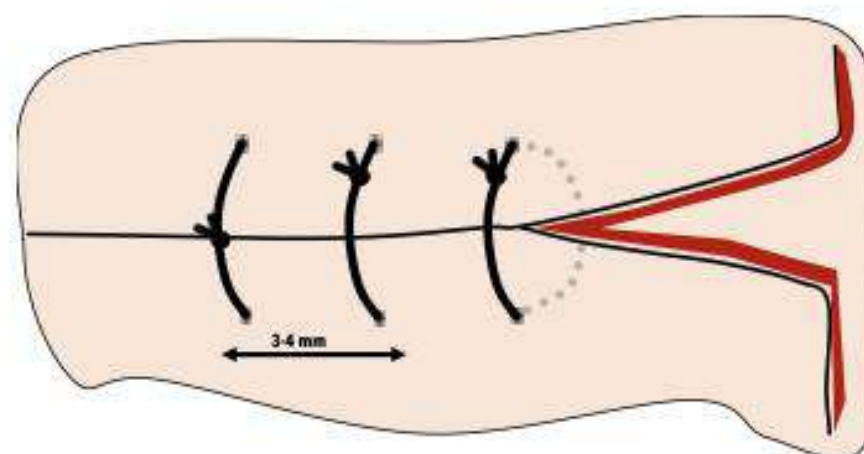
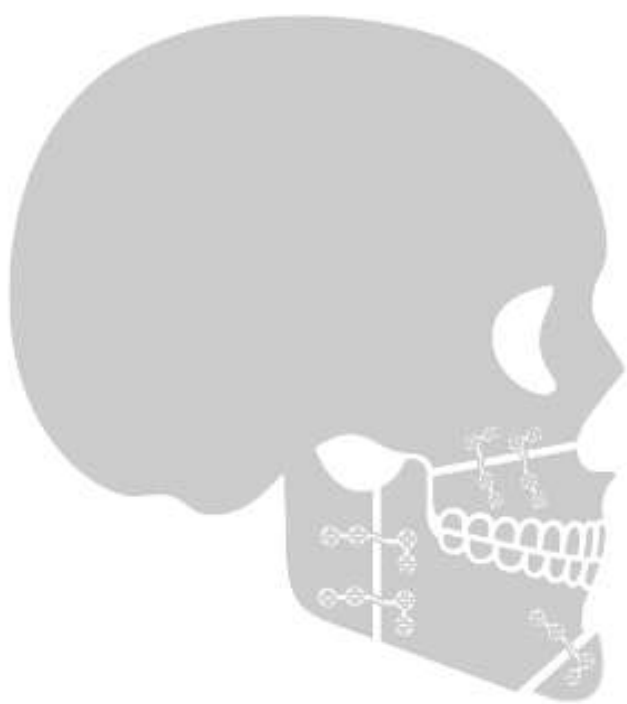
Abse drenajı



Mukogingival işlemler

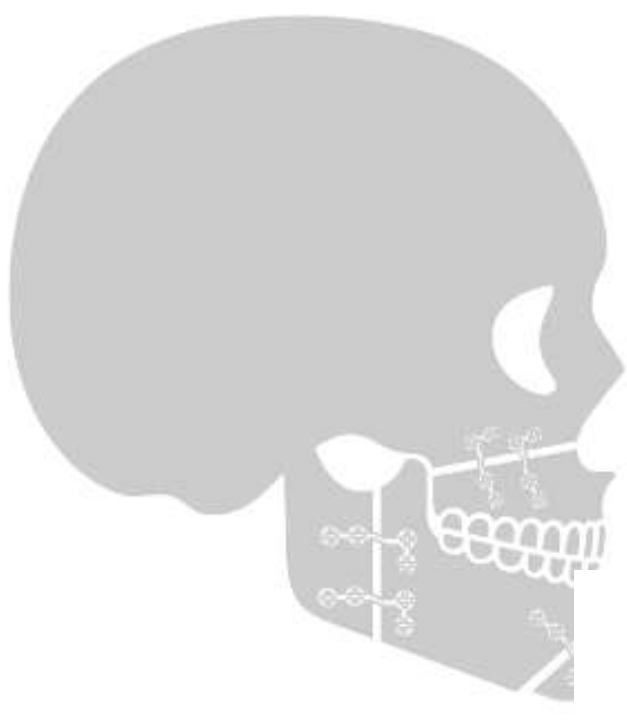


İntraoral işlemler



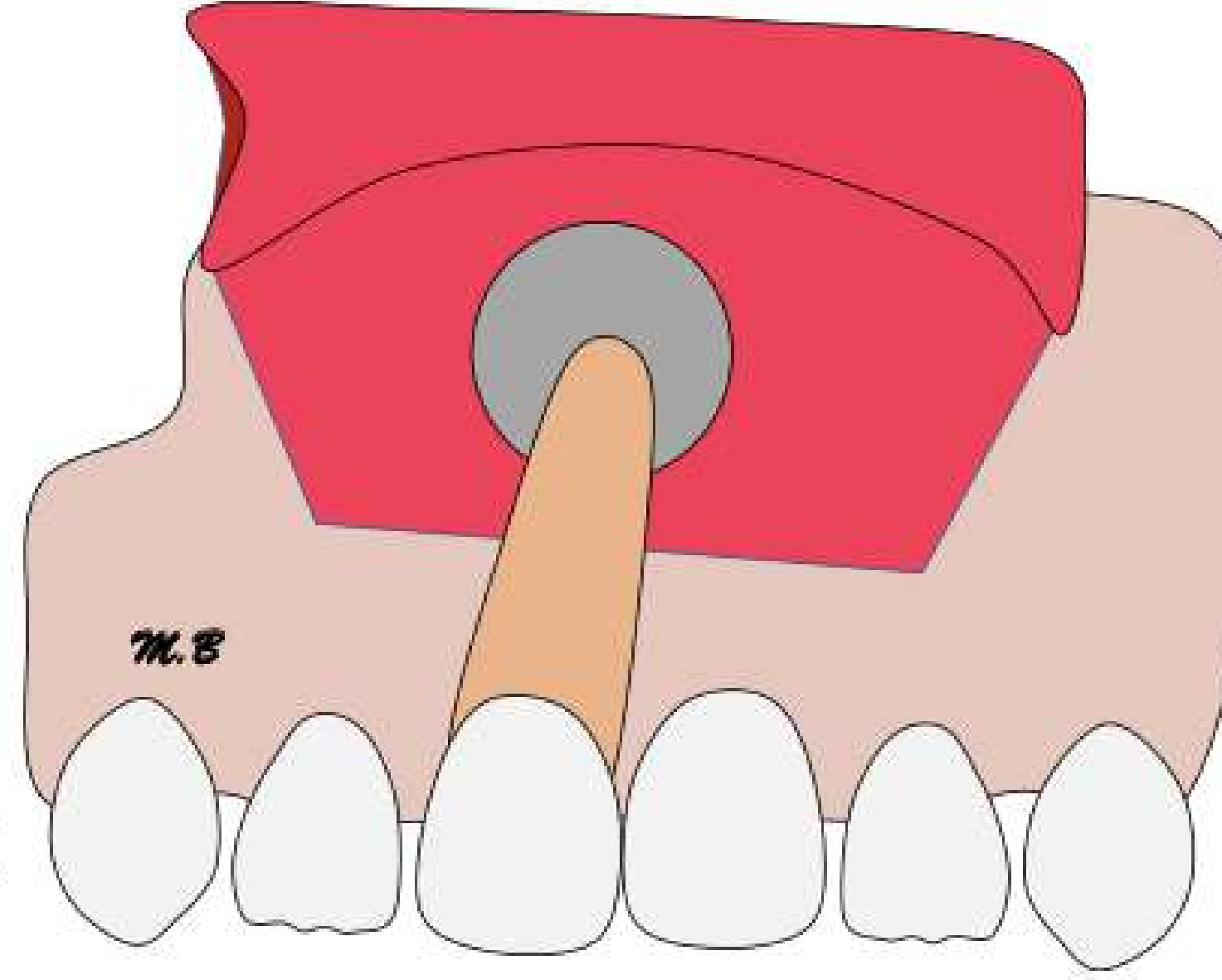
D

ngütaş



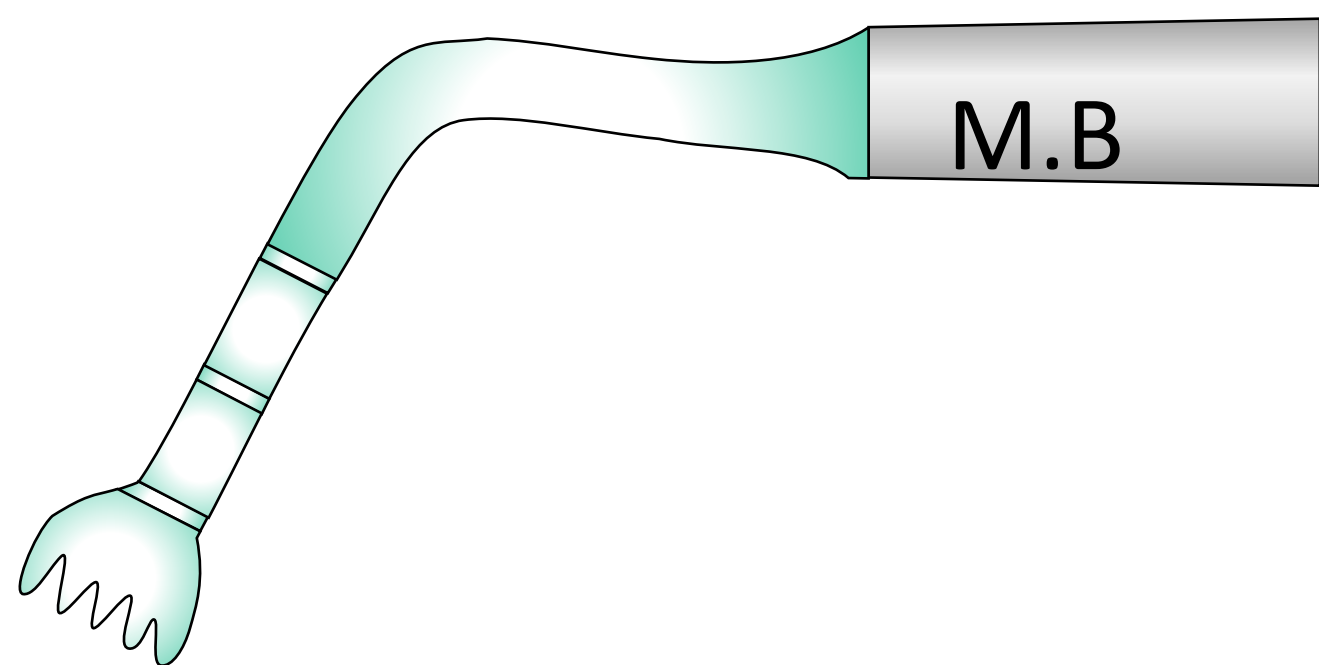
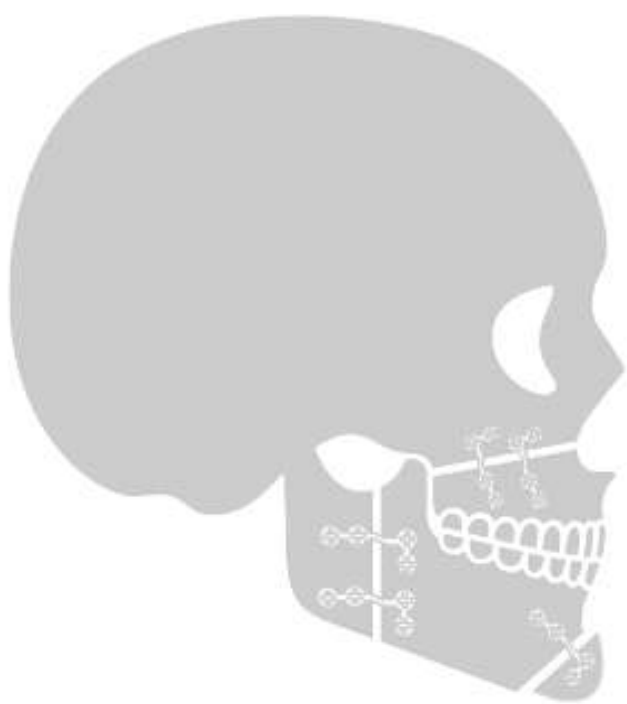
Endikasyonlar

- ◆ Anatomik problemler
Dileserasyon, kalsifikasyon
anatomik varyasyon
- ◆ Restorasyon varlığı → Kuron, post
- ◆ Horizontal kök kırığı
- ◆ Taşkın dolgu
- ◆ Prosedürel hatalar
→ Kırık alet, basamak, perforasyon
- ◆ KKT ile iyileşmesi zor geniş lezyonlar
- ◆ Abse drenajı
- ◆ Reimplantasyon
- ◆ Biyopsi
- ◆ Radisektomi

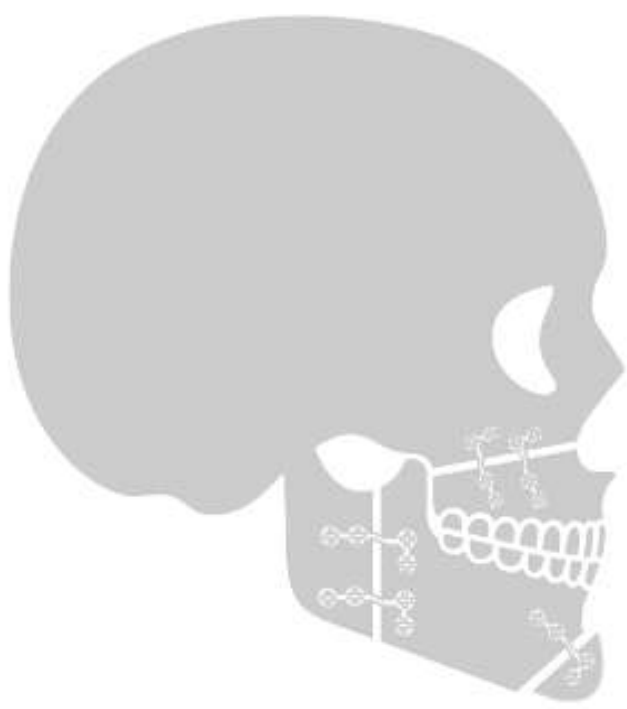


Kontraendikasyonlar

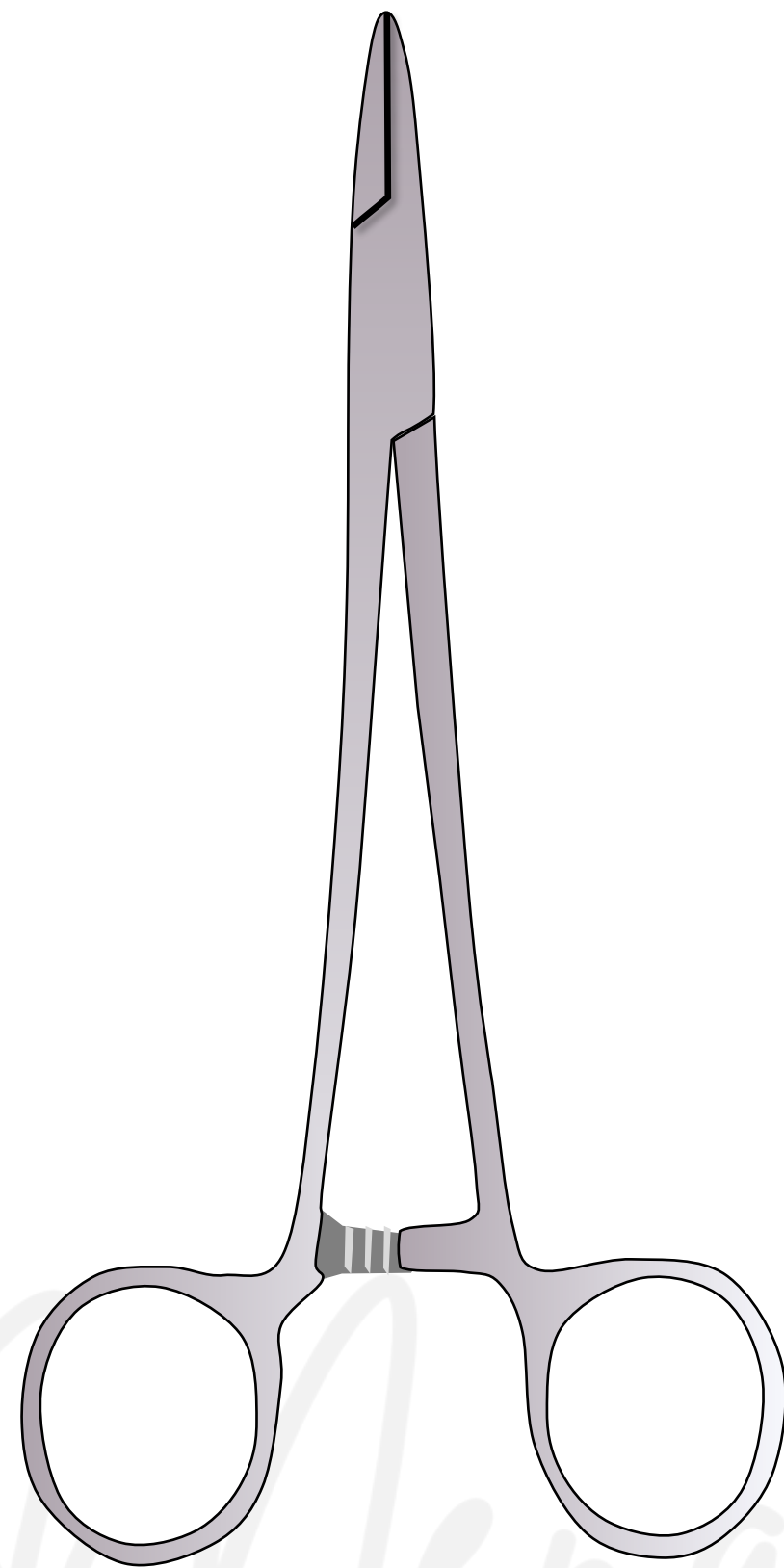
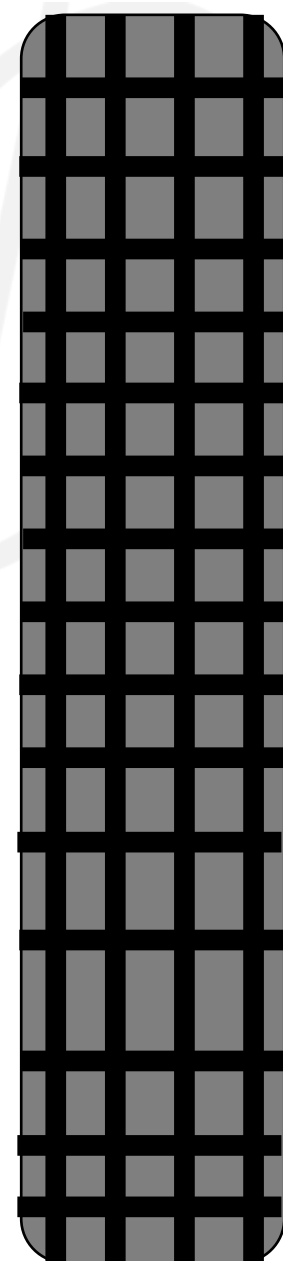
- ◆ Sebebi belirlenmeyen başarısızlık
- ◆ KKT tedavisi sağlanabilen iyileşme
- ◆ Anatomik engeller
İnferior alveolar kanal
Mental sinir
Maksiller sinüs
- ◆ Yetersiz erişim ve görünürlük
- ◆ Kök/kuron oranının bozulması
1/1 veya büyük olmalı
- ◆ Sistemik komplikasyonlar
- ◆ **Düzeltilmeyen travmatik oklüzyonlarda**
- ◆ Kötü prognozlu diş
Kısa kök
Periodontal hastalık
Vertikal kök kırığı (J lezyon)
Restore edilemeyen diş



Dr. Mengütaş

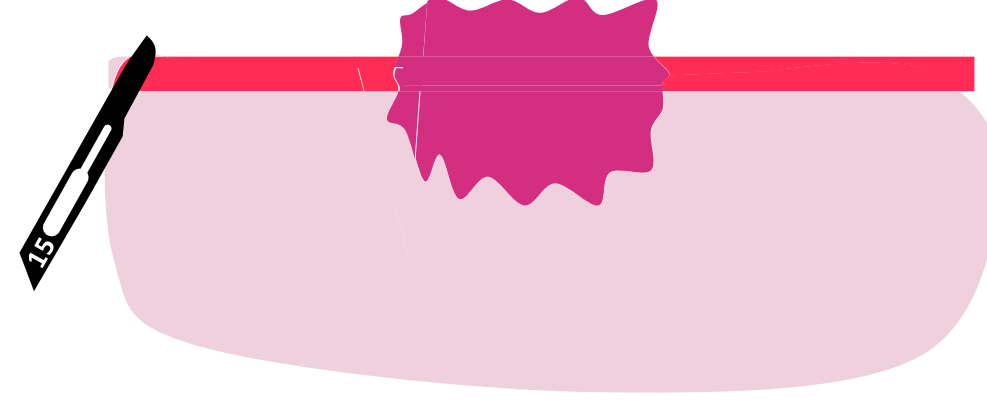
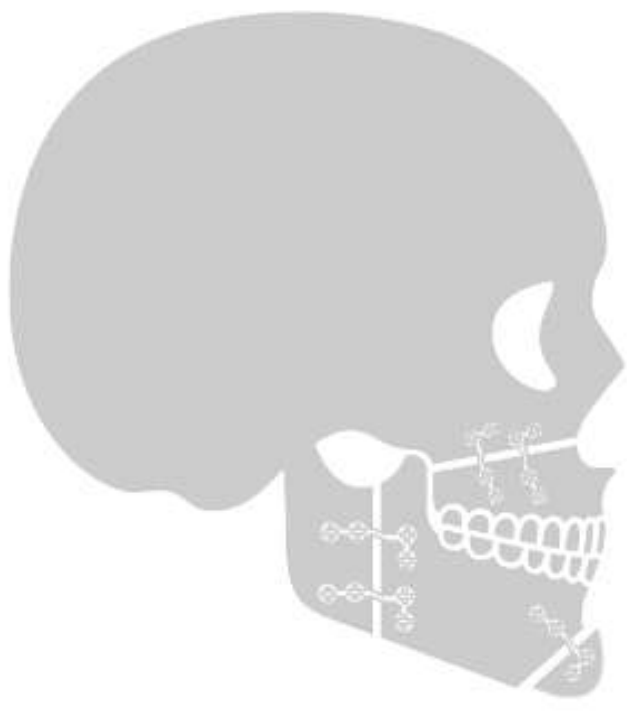


Portegü



Hemostat





1cm < lezyonlar

Lezyon merkezi X

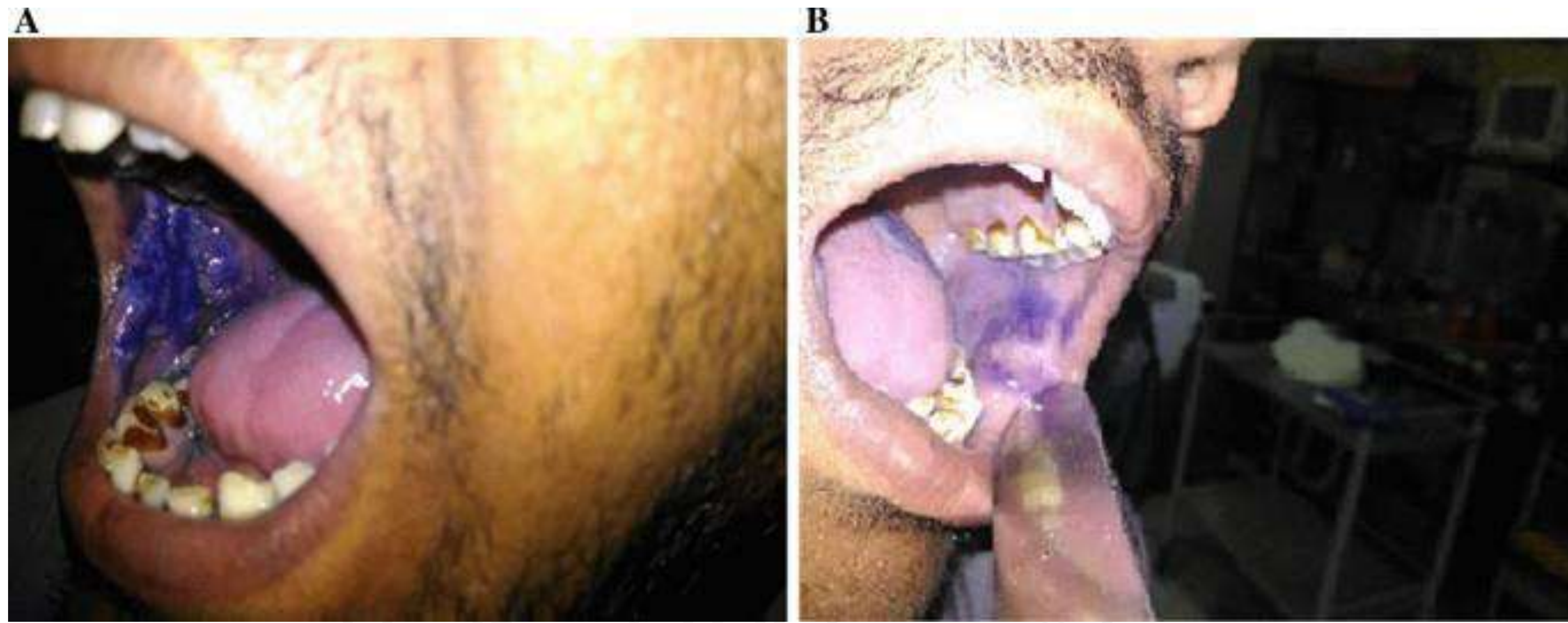
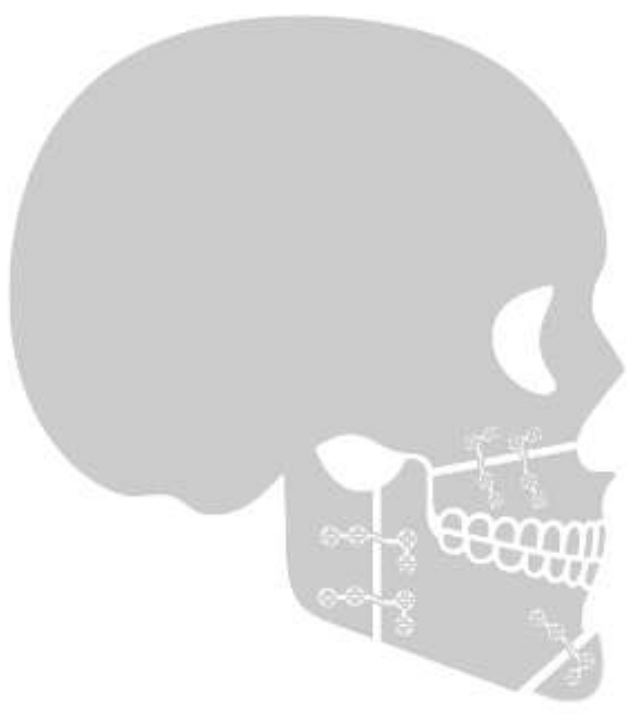
Kama

Geniş sığ X

Perifer ✓

+ sağlam doku

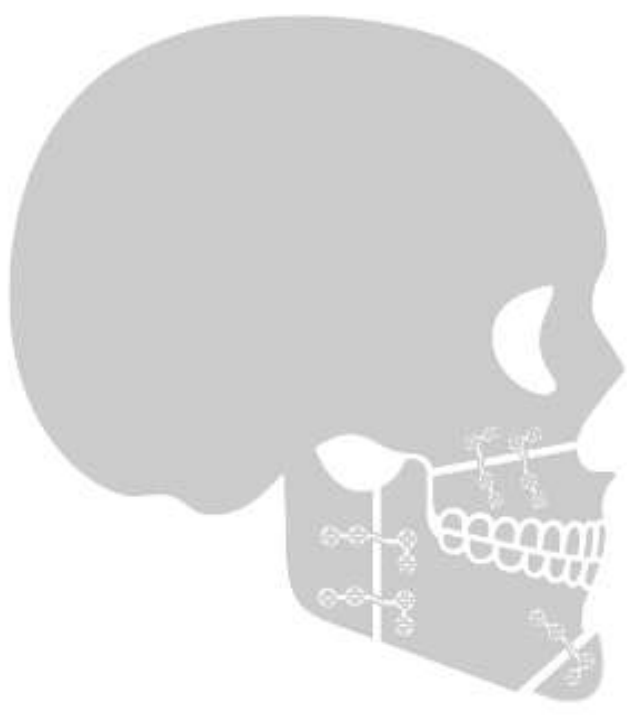
Dar derin ✓



Oral Displazi Tespiti için Klinik Kullanım

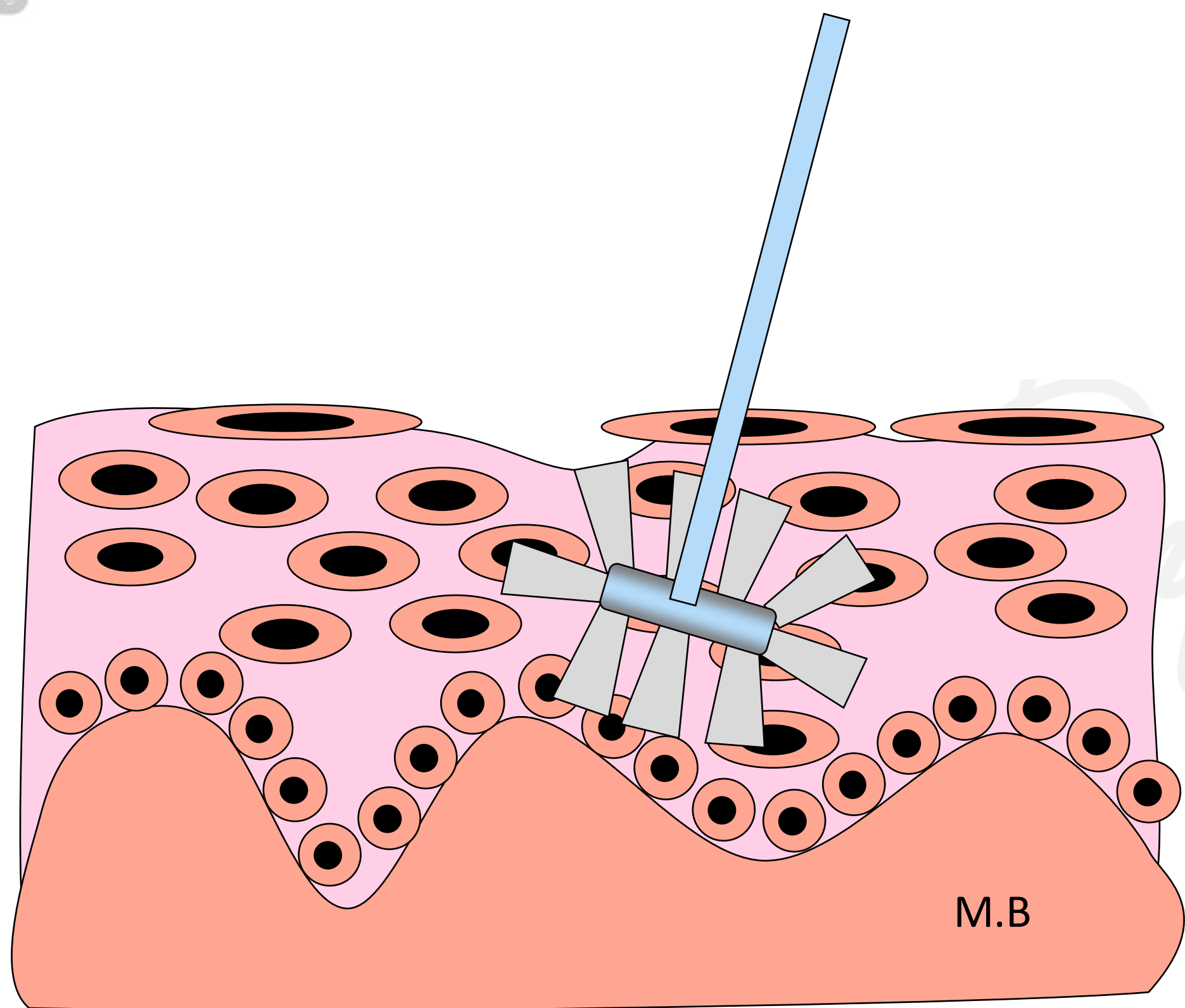
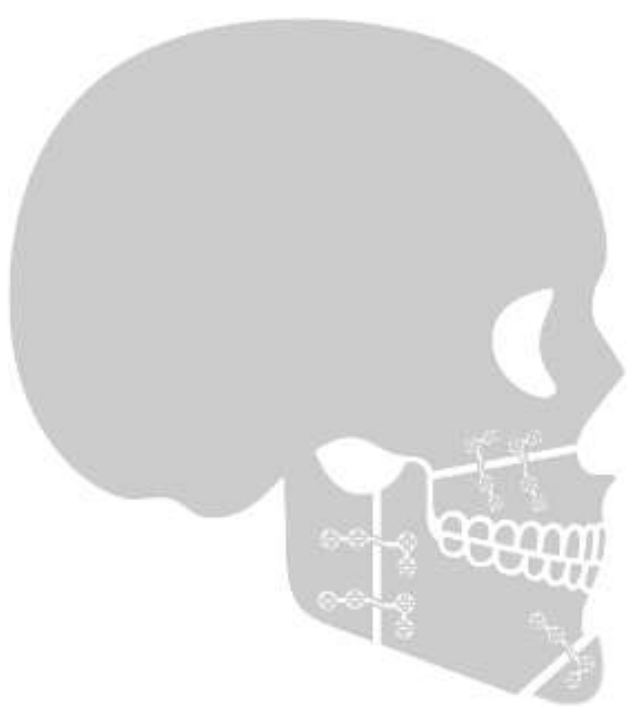
%1'lik TBO'nun 100 mL'si şu bileşenlerden oluşur:

- 1 gram TBO tozu
- 10 mL %1'lik asetik asit
- 4.19 mL mutlak alkol
- 86 mL saf (distile) su — pH 4.5'e ayarlanmıştır

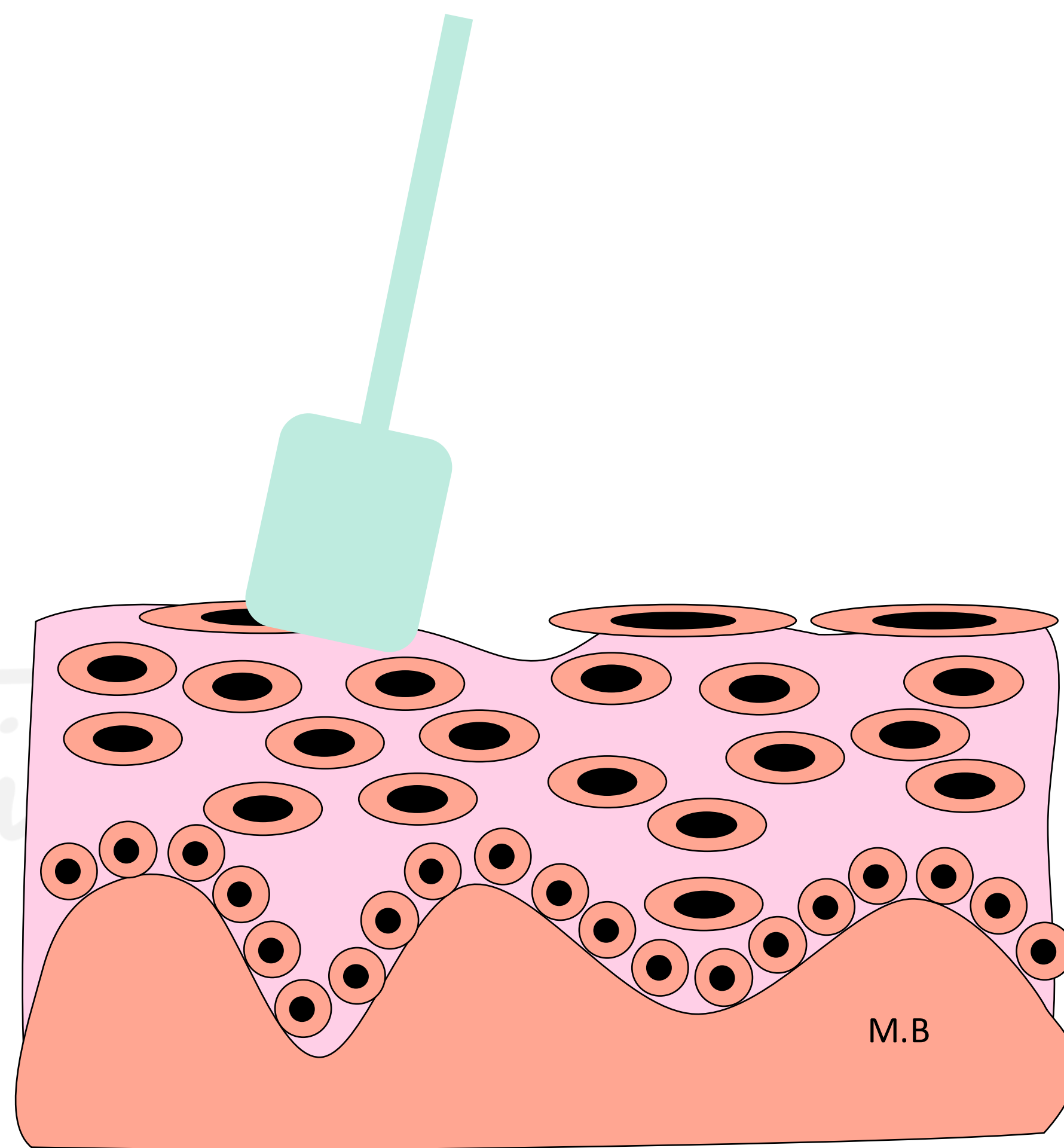


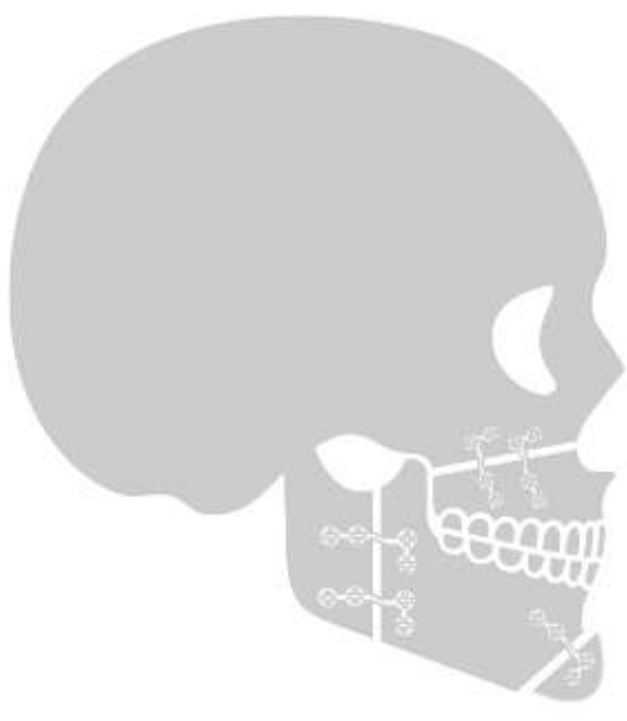
Eksfoliyatif Sitoloji

-  **Sınıflandırma (Hücrelerin Değerlendirme Sınıfları):**
- 1.Class 1:** Normal hücreler
 - 2.Class 2:** Hafif atipi var, ama malignite kanıtı yok
 - 3.Class 3:** Orta derecede atipi, kanser şüphesi olabilir
 - 4.Class 4:** Malignite düşündüren hücreler (belirgin değil)
 - 5.Class 5:** Maligniteye kesin pozitif (açıkça kanser hücreleri var)



Dr. Mengü

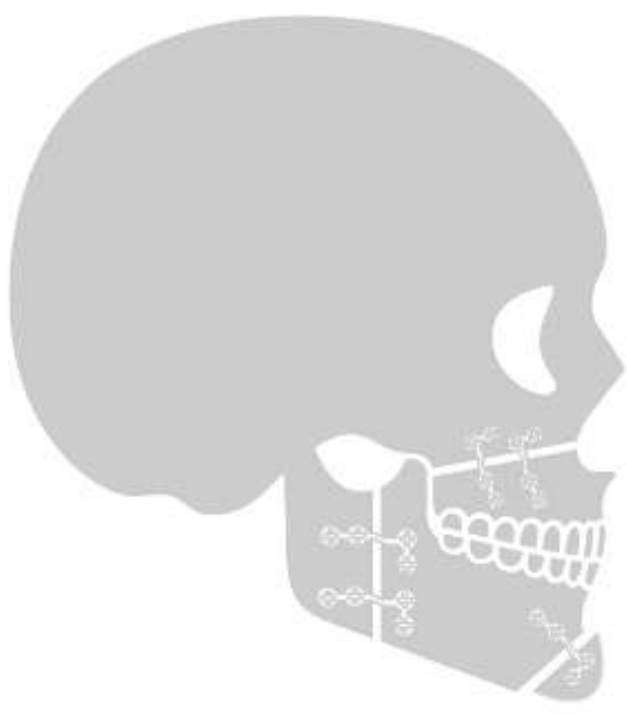




FROZEN SECTION

Bu yöntemde sabitlenmemiş (fikse edilmemiş) doku, **CO₂** kullanılarak kriyostat cihazında **-20°C ile -30°C arasında** hızla dondurulur ve **1 mikrometre kalınlığında ince dilimlere** kesilir.

Bu kesitler daha sonra **histopatolojik olarak boyanarak mikroskop altında incelenir.**



Blok anestezi

Elips

VK'lü anestezi en az 1 cm uzağa

Sakşın X

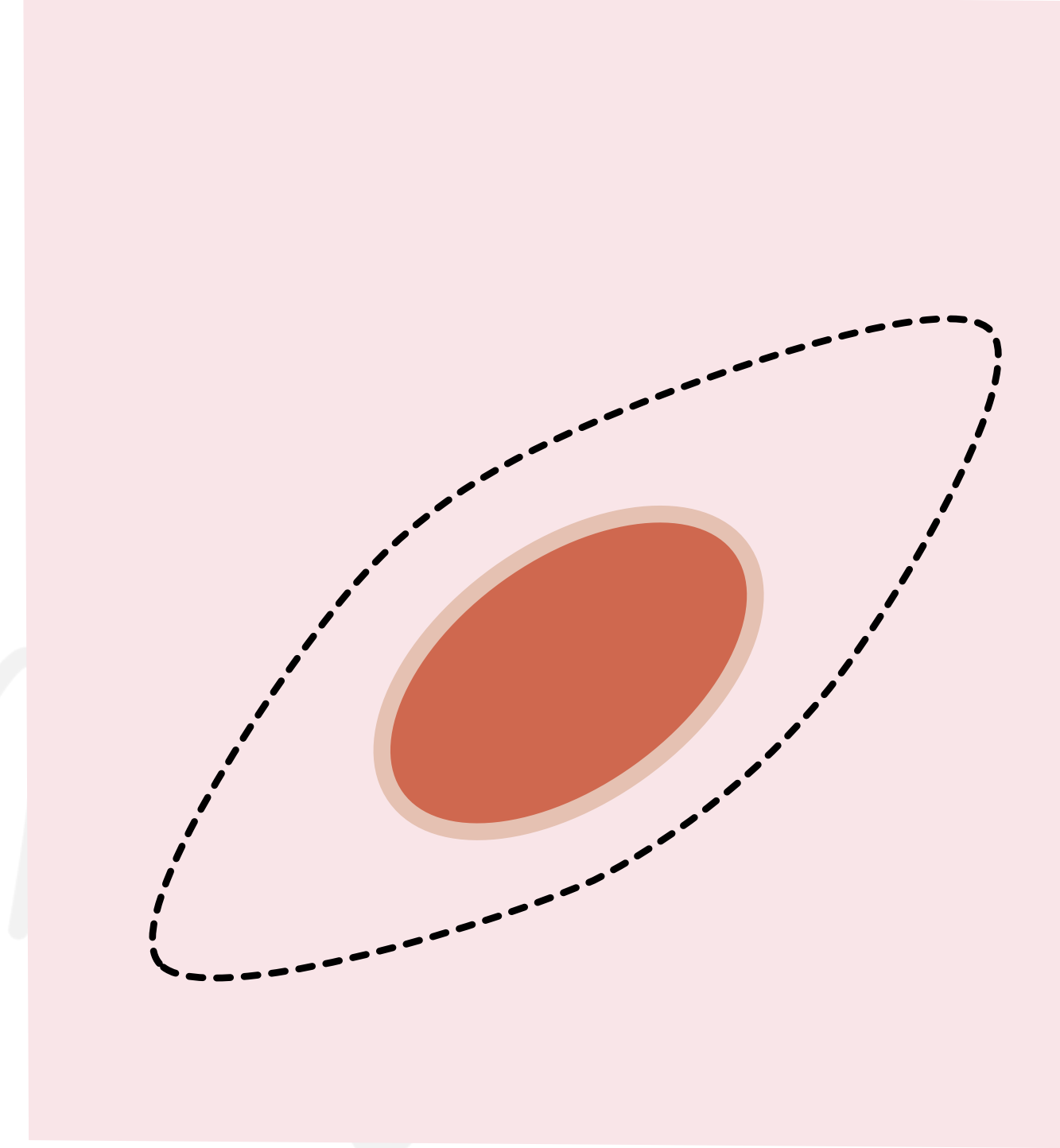
İnce derin

+sağlıklı doku

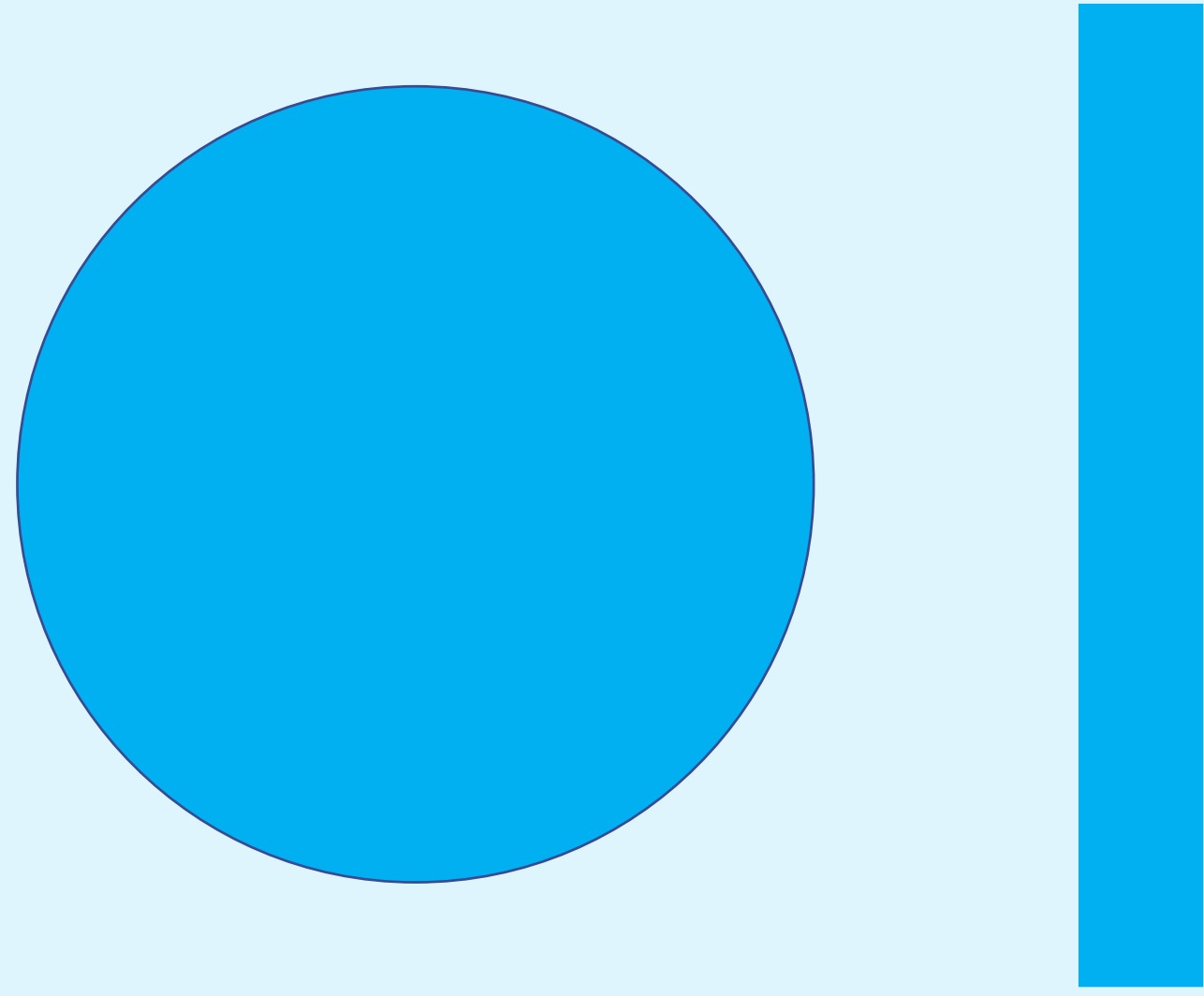
Langer's çizgileri

Lazer ve elektro cerrahi X

İnfiltratif X



Monoflammanet



Bakteri ↓

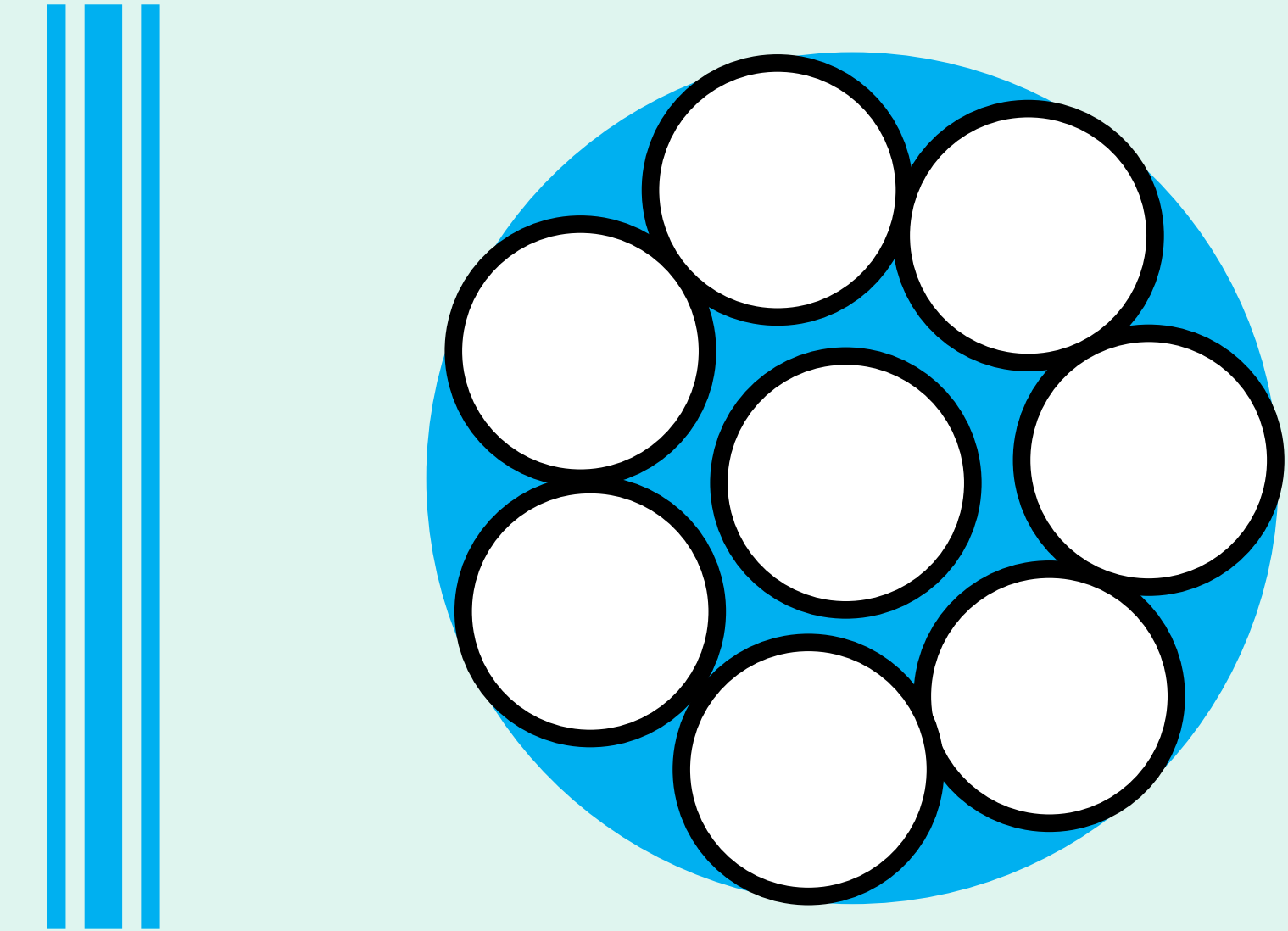
Kapillarite ↓

Kullanım kolaylığı ↓

Komşu doku irritasyonu ↑

Düğüm sayısı ↑

Multiflammanet



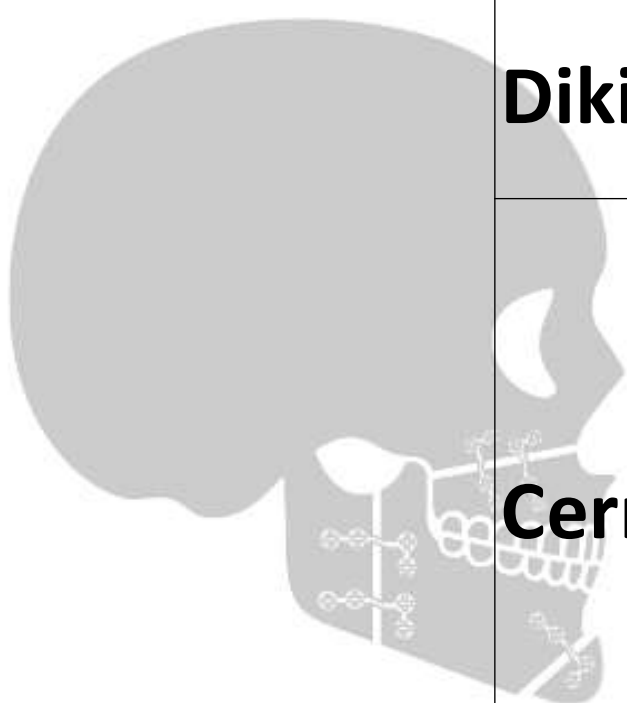
Bakteri ↑

Kapillarite ↑

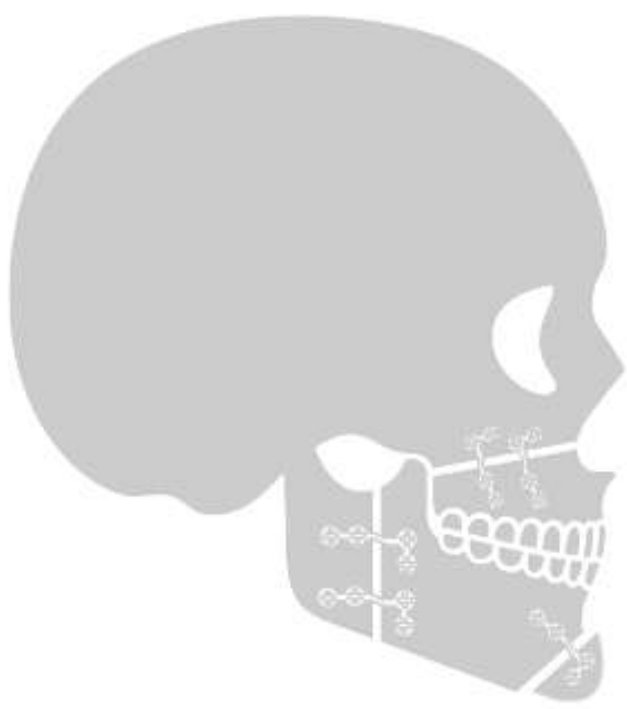
Kullanım kolaylığı ↑

Komşu doku irritasyonu ↓

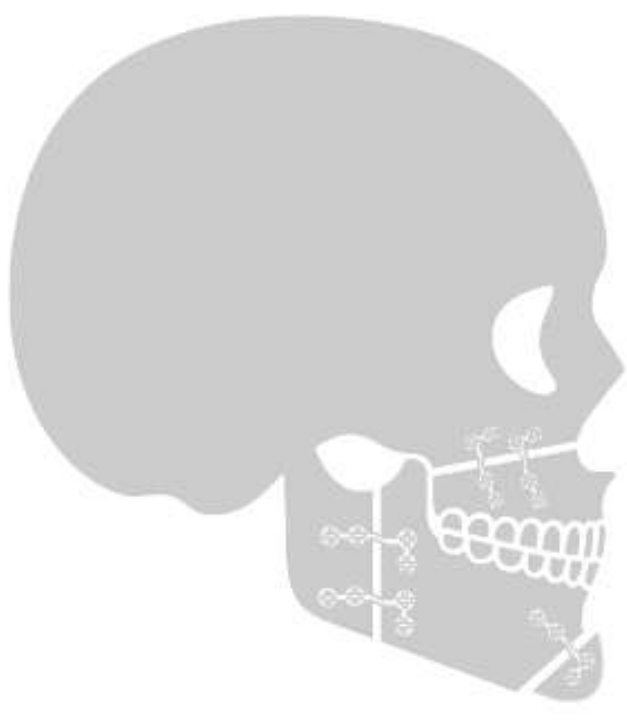
Düğüm sayısı ↓



Dikiş Materyali	Sınıfı	Hammaddesi	Emilim Süresi	Doku Reaksiyonu	Kontrendikasyonlar	Uyarılar	Kullanım Alanları
Cerrahi Katgüt	Doğal, monofilament, emilebilen	Koyun ya da sığır bağırsağından elde edilen kolajen			Emilebilen olduğundan uzun süreli gerginlik gerektiren durumlarda tercih edilmez		Subkutan dikişler, göz ve ağız cerrahisi, enfeksiyon varlığında da kullanılabilir
Plain (Basit)			70 gün	Orta		Hızlı emilir	
Chromic (Kromlu)			90 gün	Orta, basit katgütten daha az		Liflenme eğilimi	
Keten	Doğal, multifilament, emilemeyen	Keten lifi	Emilemeyen	Minimal	Düşük çekme direnci nedeniyle gergin dikişlerde kullanılmaz	Yok	Yüzeyel damar bağlama, gerginlik gerektirmeyen mukozal dikişler
Cerrahi İpek	Doğal, multifilament, emilemeyen	İpek böceği kozasından elde edilen iplik	Emilemeyen	Orta	Kardiyovasküler cerrahide kullanılmaz	Yok	Genel, plastik ve göz cerrahisinde, vücut dokularının bağlanmasında kullanılır
Cerrahi Pamuk	Doğal, multifilament, emilemeyen	Mısırlı pamuk lifleri	Emilemeyen	Minimal	Yok	Yok	Çoğu vücut dokusunda bağlama ve dikiş işlemleri
Cerrahi Çelik	Doğal, emilemeyen	Demir, nikel ve krom alaşımı	Emilemeyen	Düşük	Başka metal protezlerle birlikte kullanılmaz	Eğilme, burulma, düğümlenme noktalarında korozyon ve kırılma olabilir	Karın duvarı, cilt kapama, sternum kapama, ortopedik ve nöroşirürji işlemler
Kaplı VICRYL	Sentetik, mono-/multifilament, emilebilen	Laktid ve glikolid kopolimeri, poligalaktin 370 ve kalsiyum stearat ile	60–90 gün	Hafif	Uzun süreli doku yaklaştırması gereken durumlarda kullanılmaz	Sinir ve kardiyovasküler dokularda güvenilirliği	Emilebilen dikiş materyalinin tercih edildiği alanlar



Dikiş Materyali	Sınıfı	Hammaddesi	Emilim Süresi	Doku Reaksiyonu	Kontrendikasyonlar	Uyarılar	Kullanım Alanları
Polydioxanone	Sentetik, monofilament, emilebilen	Polyester polimer	210 gün	Hafif	Emilebilir olduğundan, uzun süreli gerginlik altında doku yaklaştırması gereken durumlarda kullanılmaz	Yavaş emilir	Karın ve göğüs kapama, cilt altı doku, rektal/kolon cerrahisi, ortopedi, plastik cerrahi, enfeksiyon varlığında kullanılabilir
Naylon	Sentetik, mono-veya multifilament, emilemeyen	Poliamid polimer	Yılda %15–20 oranında çözünür	Son derece düşük	Yok	Yok	Cilt kapama, plastik cerrahi, göz cerrahisi, mikrocerrahi
Polipropilen	Sentetik, monofilament, emilemeyen	Propilen polimer	Uygulanamaz	Minimal, geçici akut inflamatuvar reaksiyon	Yok	Yok	Genel, plastik, kardiyovasküler cerrahi, cilt ve göz kapaması
Kolajen	Doğal, monofilament, emilebilen	Sığır fleksör tendonlarından elde edilen saf kolajen fibrillerinin homojen dağılımı	56 gün	Minimal	10 gün sonra gerilme direncinin yalnızca %10'u kalır, bu nedenle iyileşmesi yavaş dokularda kullanılmaz	Yok	Göz cerrahisi



Hangi SÜTUR NE RENK ??

SARI



DÜZ KATGÜT

KAHVERENGİ



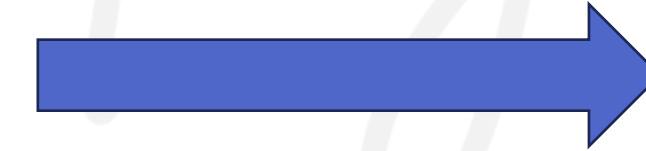
KROMİK KATGÜT

MAVİ



PROLEN

SİYAH



İPEK

MOR

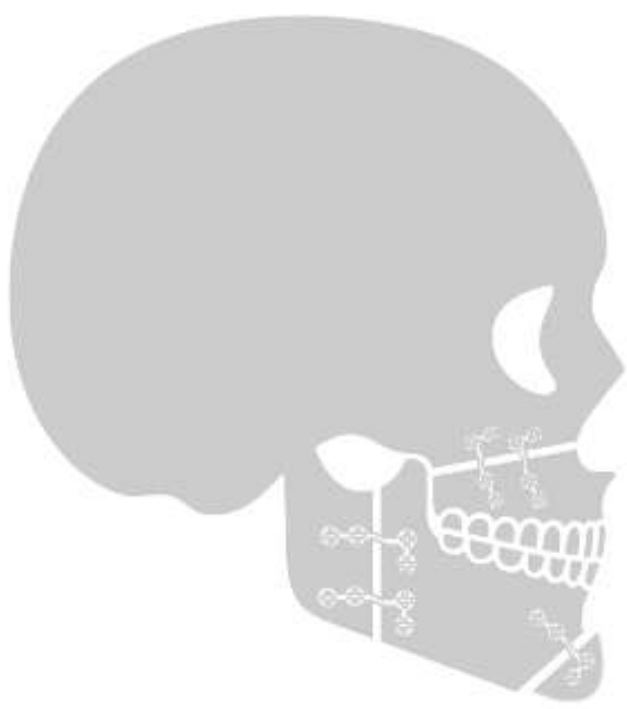


VİCRYL

BEYAZ



PAMUK

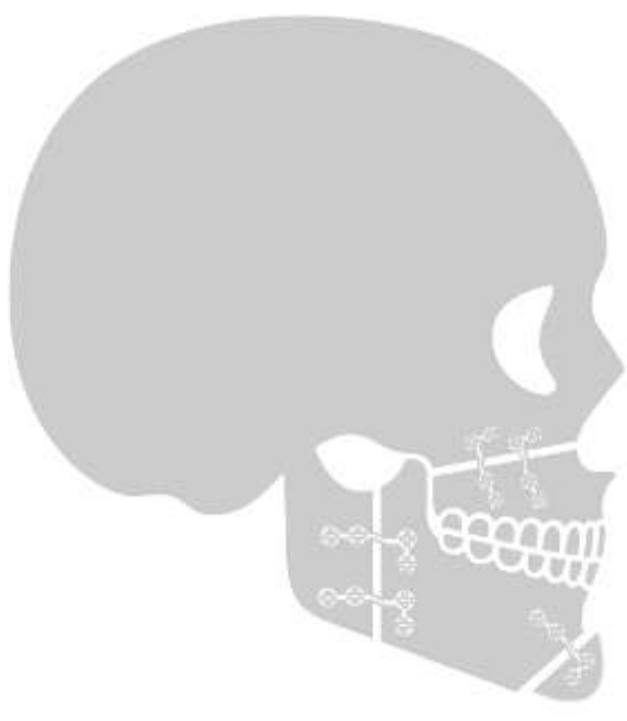


Otoklav → B. Stearothermaphilus

Bowie dick testi

Kuru ısı → B. Atrophaeus

Etilen oksit → B. Subtilis



Kuru ısı (kuru ısı fırını)

Proteinleri oksitler

Uzun sürer → 2-3 saat

Yüksek sıcaklıklarda → 160-170 derece

Maaliyet az

Aleti paslandırma oranı düşük

Keskin aletler için tercih edilir.

Nemli ısı (otoklav)

Proteinleri denatüre eder

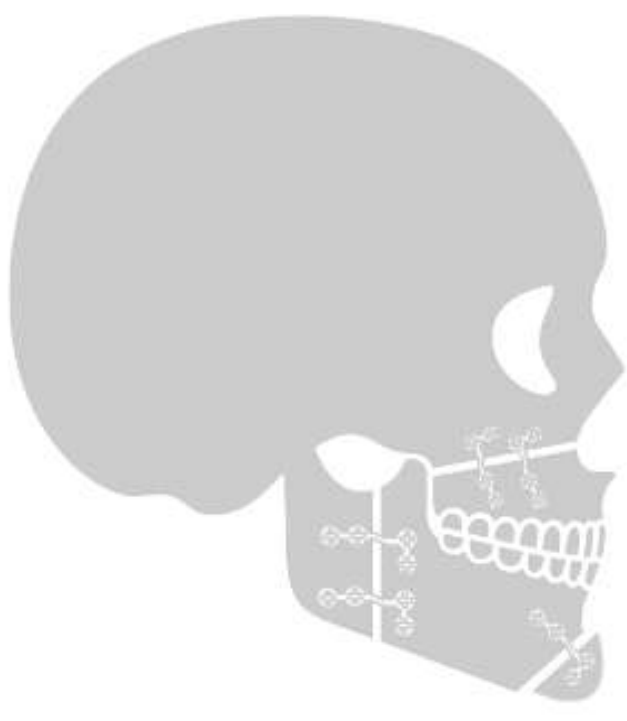
Kısa sürer → 15-20 dk

Düşük sıcaklıklarda → 121-130 derece

Maaliyet yüksek

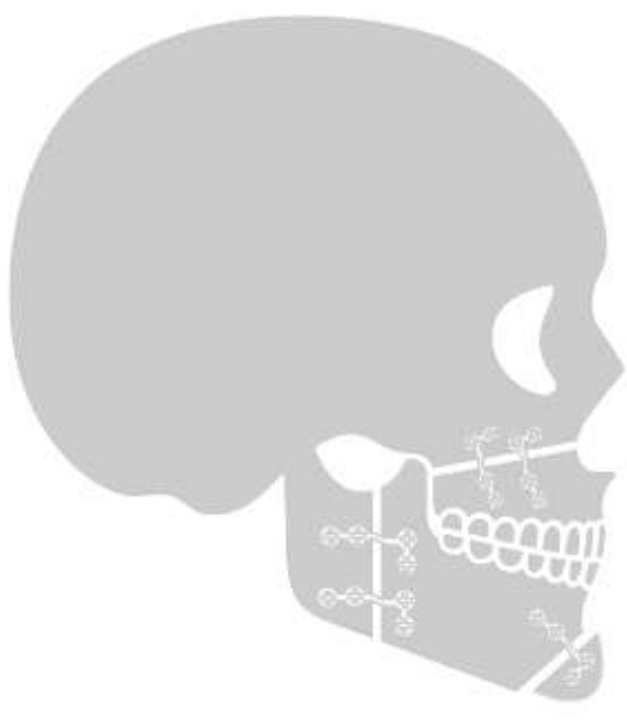
Aleti paslandırma oranı yüksek

Keskin aletlerde tercih edilmez



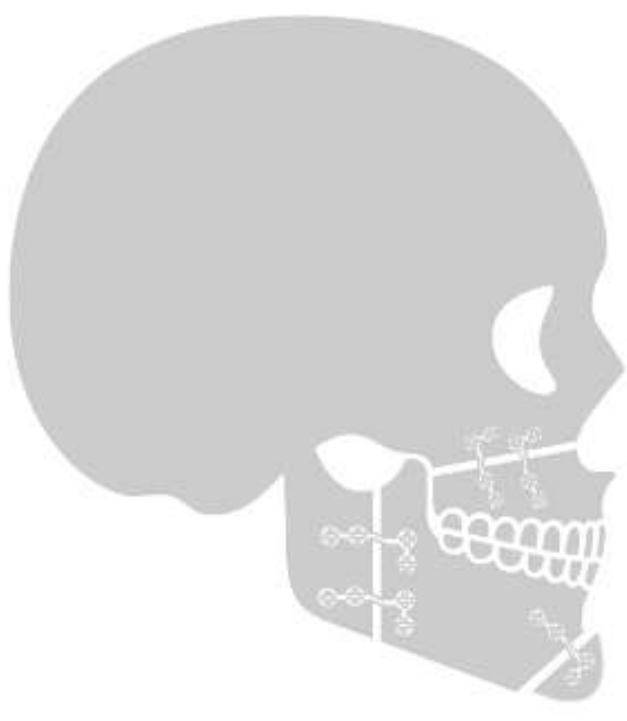
Dezenfektan ve antiseptiklerin etki mekanizmaları

- ✓ Bakteriyel proteinlerin pıhtılaşması
- ✓ Bakteri hücre duvarı özelliklerinde değişiklik oluşturulması
- ✓ Enzim aktivitesi için gerekli sülfhidril gruplarına bağlanma
- ✓ Bakteri hücreesindeki önemli enzimler için gerekli substratlarla rekabet



Dezenfeksiyonda kullanılan kimyasallar

- ☑ **Fenol türevleri:** Fenol, kresol, rezorsinol, kloroksilenol
- ☑ **Oksitleyici ajanlar:** Potasyum permanganat, hidrojen peroksit, benzoil peroksit
 - ☑ **Halojenler:** İyot, klor
 - ☑ **Diguanidler / Bisbiguanid:** Klorheksidin
- ☑ **Dörtlü amonyum bileşikler (katyonik):** Setrimid, zefiran
 - ☑ **Alkoller:** Etanol, izopropanol
 - ☑ **Aldehitler:** Formaldehit, glutaraldehit
 - ☑ **Asitler:** Borik asit, asetik asit
- ☑ **Metal tuzları:** Gümüş nitrat, çinko sülfat, çinko oksit, kalamın
 - ☑ **Boyalar:** Gentiyan violet, proflavin, akriflavin
 - ☑ **Furan türevleri:** Nitroflurazon



Sebep

Kemik çıkıntıları üzerine insizyon

İnsizyon papilden **geçti**

İnsizyon bukkal kurvatürün ortasından **geçti**

Mental foramen bölgesinde rahatlatıcı insizyon

Mandibula posterior lingualde rahatlatıcı insizyon

Maksilla posterior palatal bölgede rahatlatıcı vertikal insizyon

Maksiller posterior mukkobukkal kıvrımda yüksek insizyon

Sonuç

Gerilim, dehisens ve iyileşmenin gecikmesi

Dehisens , periodontal defekt

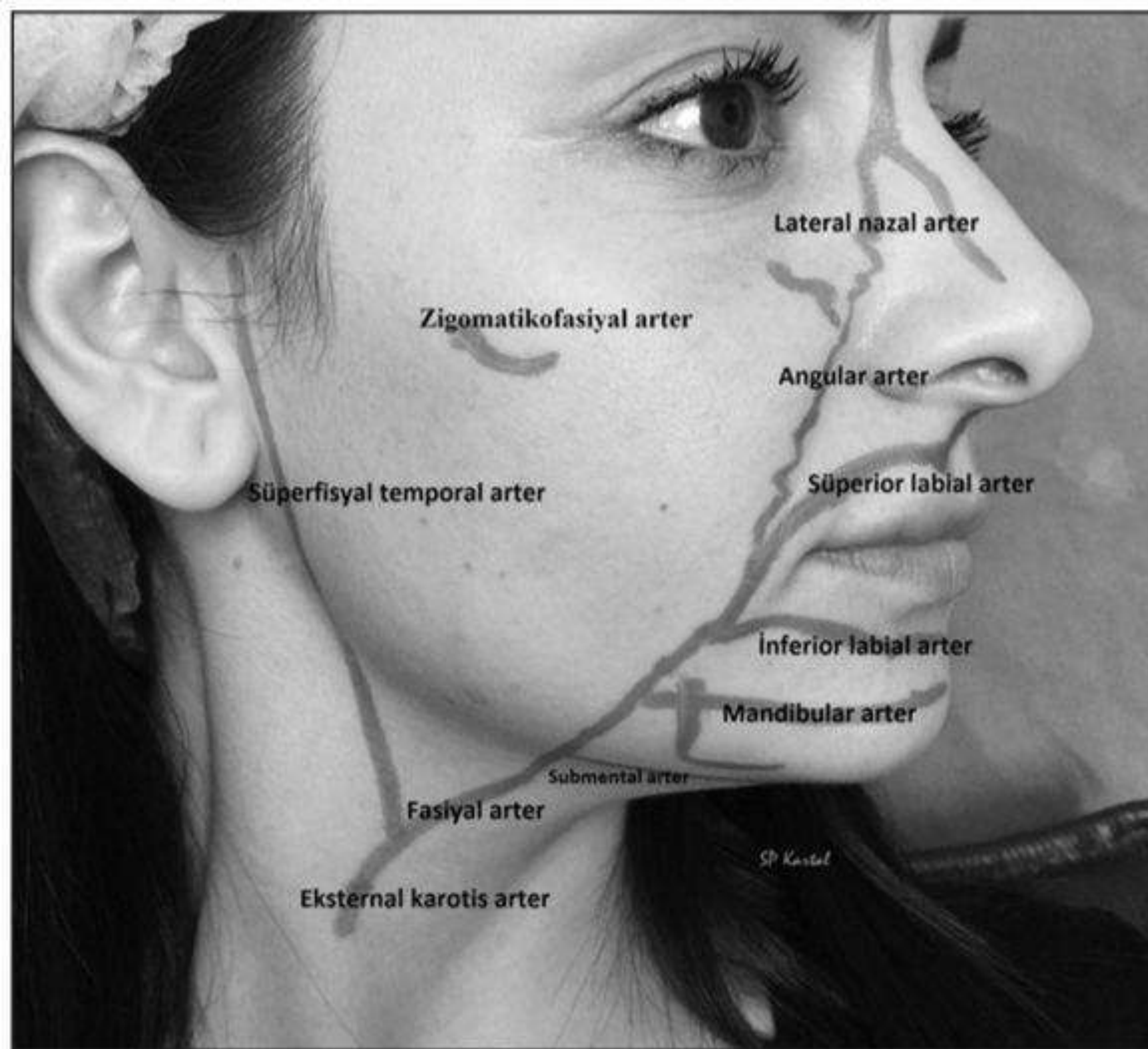
Dehisens , periodontal defekt

Mental sinirin yaralanması

Lingual sinirin yaralanması

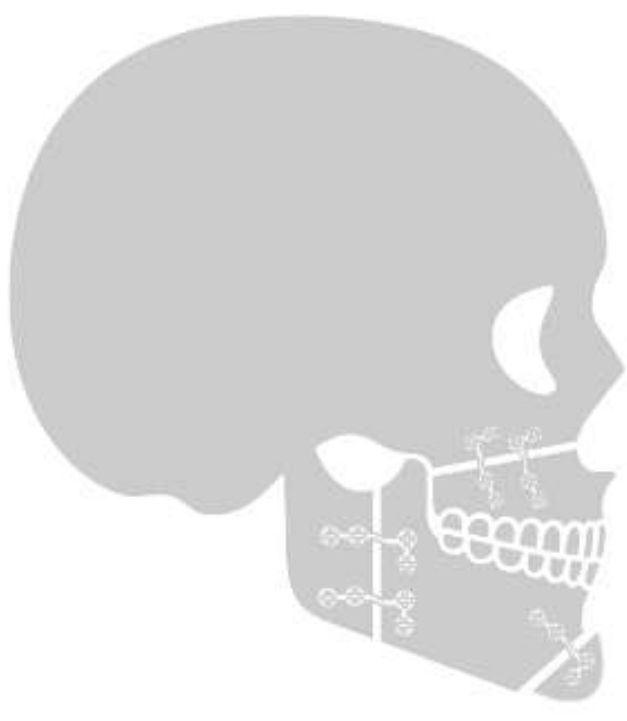
Kanama büyük palatal arter ve venin yaralanması

Bukkal yağ yastığı (Bichat) penetrasyonu .



itas

The nasolabial flap (melolabial) is useful for reconstructing defects involving the oral cavity and those involving the lower third of the nose (■ Fig. 42.14) [39–42]. It can be used as an interpolation flap with either a single or staged technique. The flap is supplied by the angular artery, intraorbital artery, and infratrochlear artery and can be based either superiorly or inferiorly.



Yara İyileşmesi

Aşamaları → İnflamasyon aşaması → Fibroplastik(proliferasyon) aşama → Remodelling aşaması

Primer yara iyileşmesi → doku kaybı olmadan yara kenarlarının aynı anatomik konumuna dikilmesi ile oluşur.

Teorik olarak elde etmek imkansız , klinik olarak yara kenarlarının yakınlaştırılmasını ifade eder.

Minimal skar

Enfeksiyon riski düşük

İyileşme hızlı

Sekonder yara iyileşmesi → insizyon veya yara kenarları arasında boşluk kalması ile oluşan yara iyileşmesidir.

Fazla skar dokusu oluşur .

Kontraksiyon artar

İyileşme daha geç olur

Örn. çekim boşlukları, derin ülserler, geniş avülse yaralanmalar

Tersiyer yara iyileşmesi → Yara kenarları arasındaki boşluğun deri greftleriyle kapatıldığı durumdur.

Çekim soketin iyileşmesi → sekonder iyileşme

24-48 saat → pıhtının organizasyonu → Pıhtı formu bozulursa → alveolar osteitis

1. hafta → pıhtı formasyonu iskelet görevi görür → inflamatuvar hücrelerin migrasyonu

Osteoklastlar alveolar kret rezorbsiyonunu başlatır

PDL kalıntılarına bağlı olarak anjiogenezis başlar.

2. hafta → Fibroplazi ve yeni damar oluşumu

Kortikal kemiğin osteoklastik aktivitesi belirgin --> osteoidler kavite içine ilerler

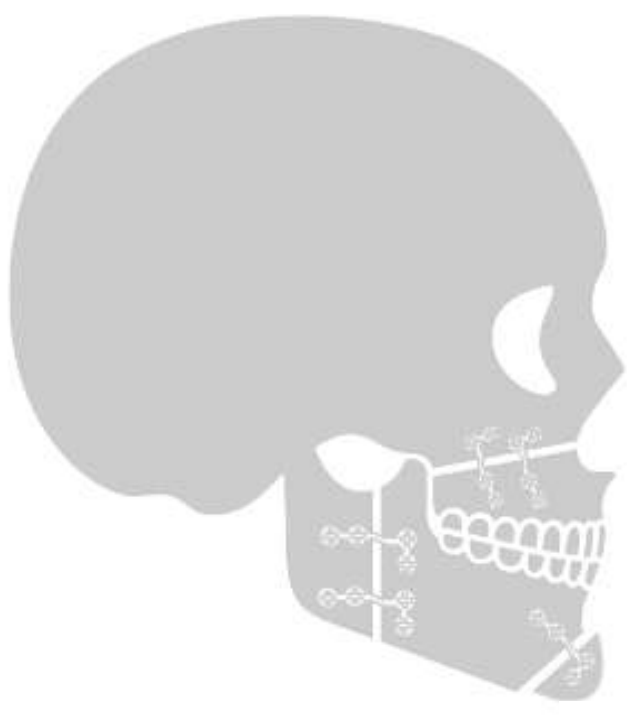
3. hafta → Yara tamamen granülasyon dokusuyla dolmuştur.

Periferde zayıf kemik kalsifikasyonu oluşmaya başlamıştır

Yara yüzeyi tamamen epitelle kaplıdır.

Kemik depozisyonu ve rezorbsiyonu haftalarca sürer.

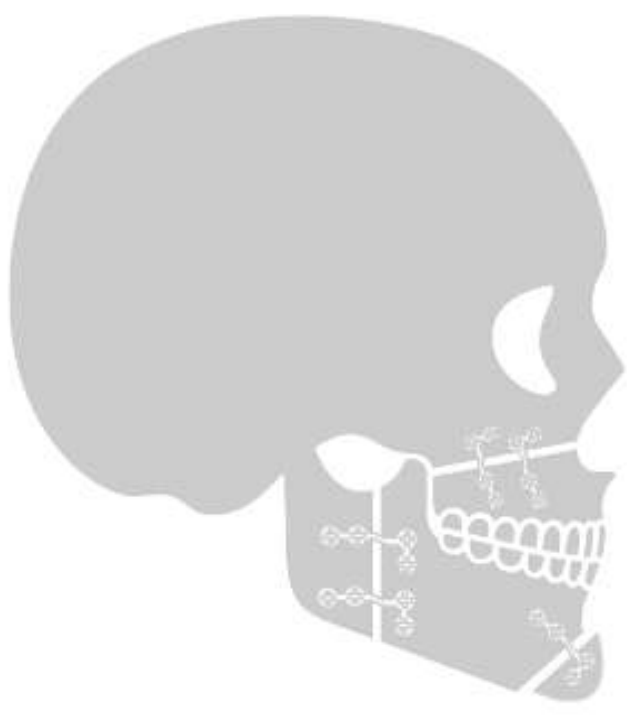
Reorganizasyon çekimden sonra 1 yıla kadar devam edebilir. Temel değişiklikler **ilk 3 ayda** görülür



Anti-Hiv Testi Pozitif Hastayla Tedavi Sirasinda Mesleki Maruziyette Yapilmasi Gerekenler

İğne batması ve kesikler su ve sabunla yıkanmalı
Burun, ağız veya deriye sıçramalar su ile yıkanmalı
Gözler temiz su, salin veya steril su ile yıkanmalı
İğne batan parmağınızı refleks olarak ağızınıza götürmeyin.

2 saat sonra profilaksiye başlanmalı.
max. 72 saat içinde profilaksiye başlanmış olmalı



Lokal Anestezik Maddelerin Etki Mekanizmasına Yönelik Teoriler

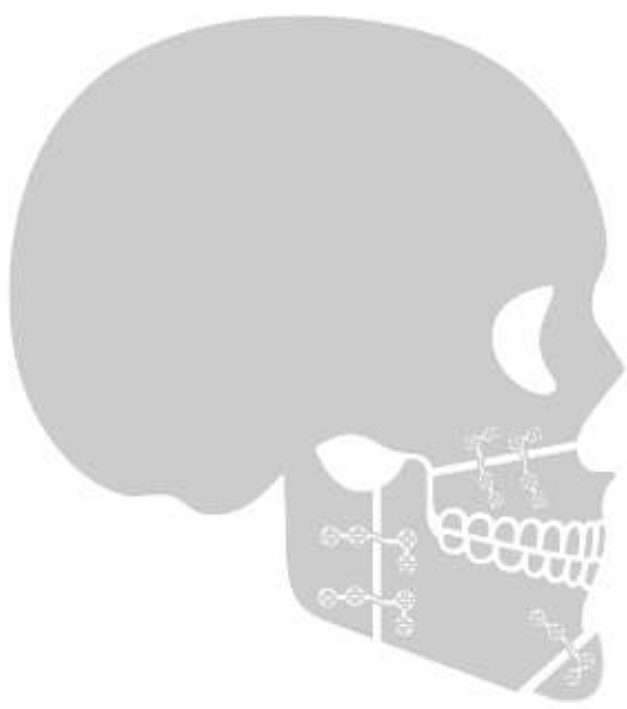
◆ Asetilkolin Teorisi

◆ Kalsiyum Yer Değiştirme Teorisi

◆ Yüzey Yüğü (İtme) Teorisi

◆ Membran Genişleme Teorisi

◆ Spesifik Reseptör Teorisi



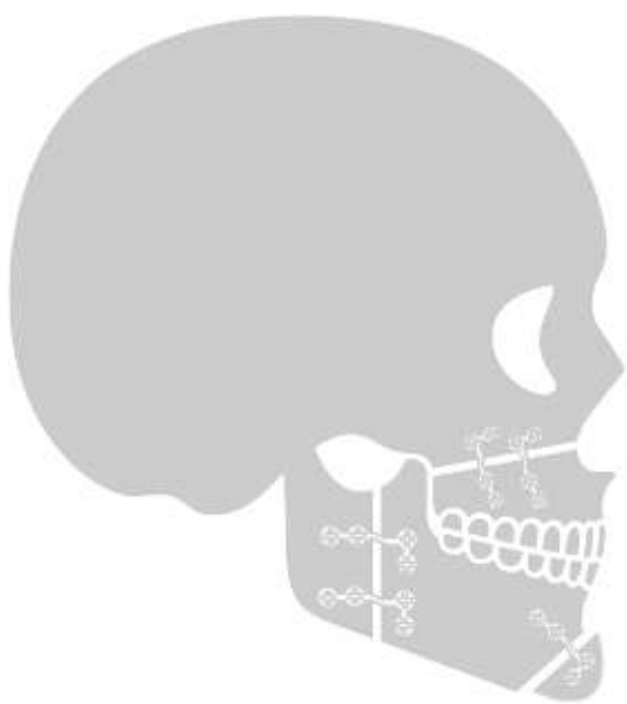
Membran Genişletme Teorisi

BENZOKAİN

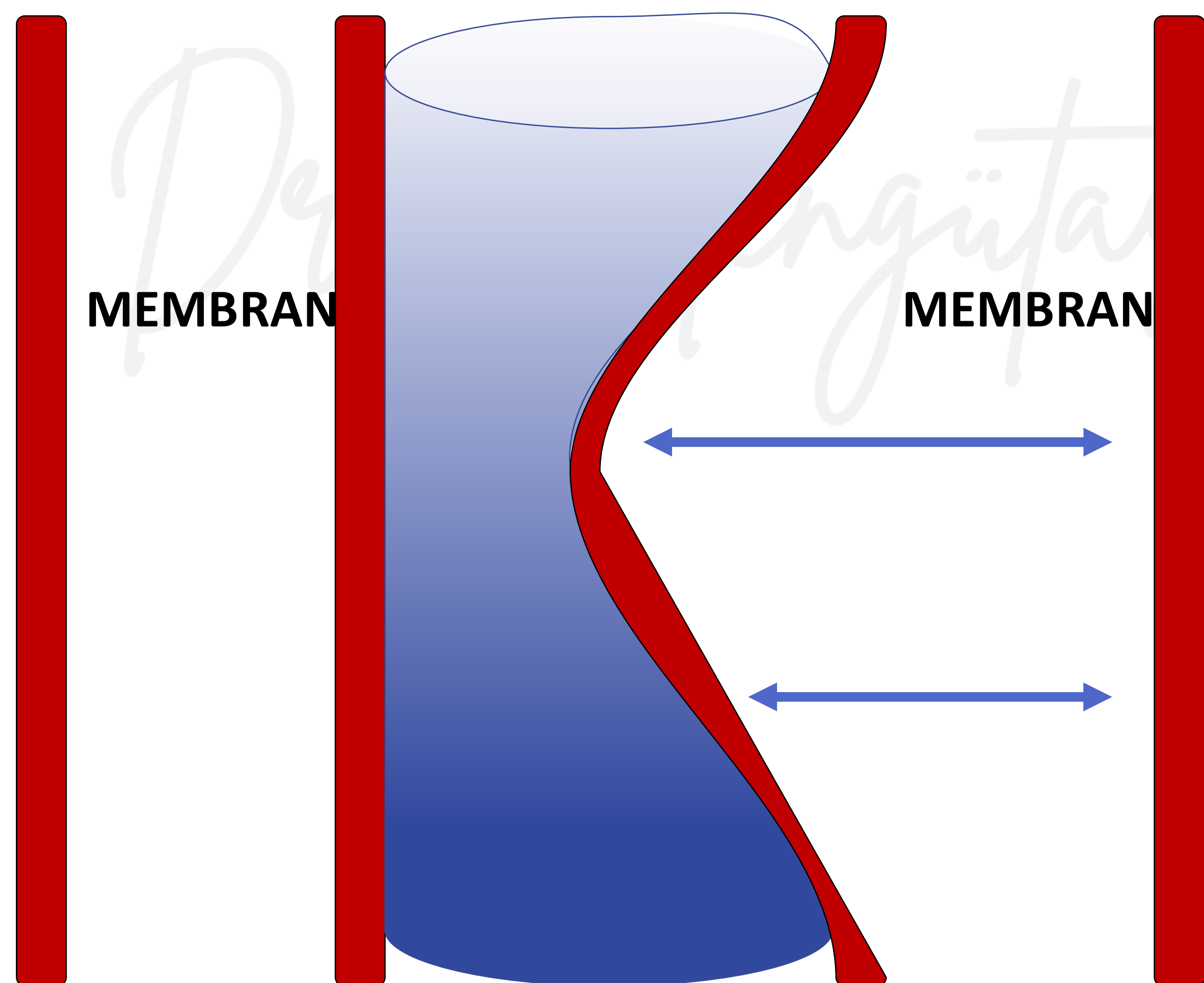
MEMBRAN

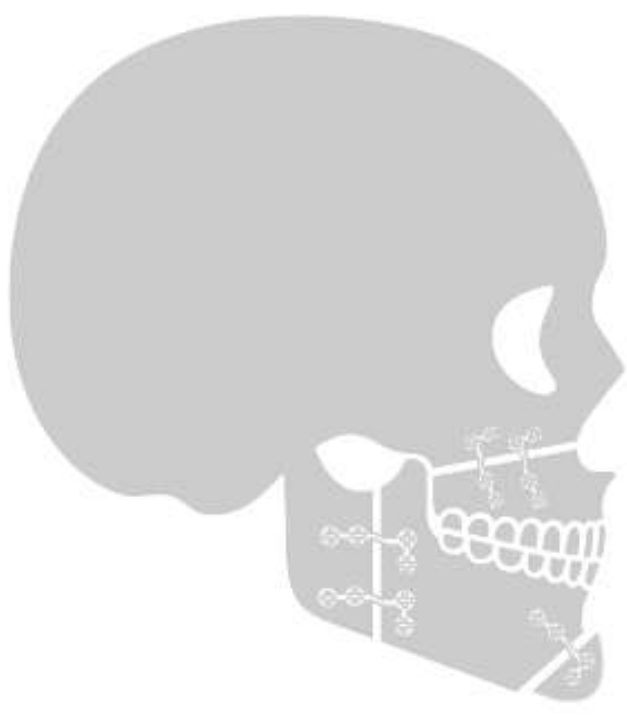
MEMBRAN

KANAL



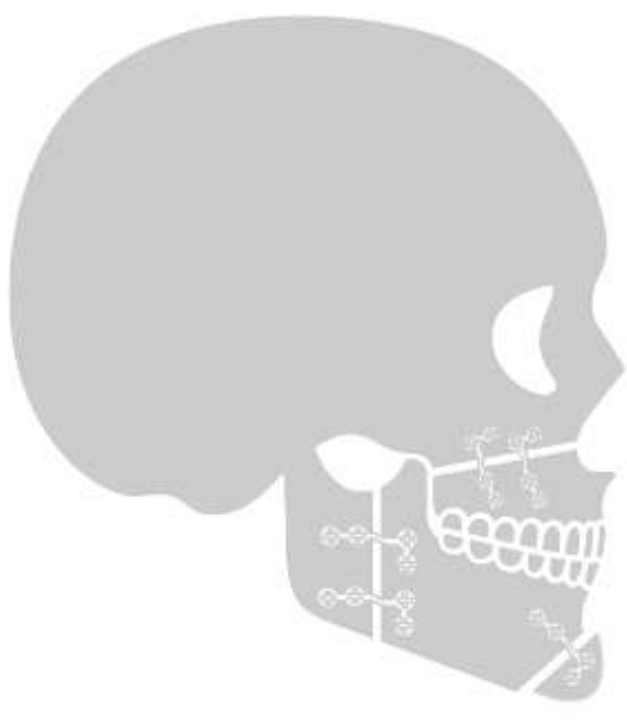
Membran Genişletme Teorisi





Lokal anesteziklerin etki başlangıcı ve süresini etkileyen faktörler

- Dokunun pH değeri
 - İlacın pKa değeri
- İğne ucundan sinire difüzyon süresi
 - Sinirin morfolojisi (yapısı)
 - İlacın konsantrasyonu
 - İlacın lipit çözünürlüğü
- Enjeksiyon tipi: Sinir bloğu, infiltrasyona göre daha uzun süre etkilidir
 - Solüsyonda kullanılan vazokonstriktör miktarı



Lokal anestezik ajan: Ksilokain/lignokain/lidokain %2

Vazokonstriktör/vazopressör: Adrenalin veya epinefrin – 1:80.000 veya 1:100.000 ya da 1:200.000

Vazokonstriktör için indirgeme ajanı/antioksidan: Sodyum metabisülfid

Koruyucu: Metilparaben, kapril hidrokuprienotoksin (çok dozlu flakonlara eklenir, tek kullanımlık kartuştaX)

Fungisit: Timol

Taşıyıcı: Saf su

Tuz: Sodyum klorür (NaCl) veya Ringer solüsyonu

VK miktarı sınırlandırılmalı

Kontrolsüz hipertansiyon

Refrakter aritmi

Myokard infarktüsü

6 ay içinde stroke(inme) geçiren hasta

Kontrolsüz hipertiroidizm

Kontrolsüz konjestif kalp yetmezliği

Astım

Medikal Durum

Sodyumbisülfid Alerjisi

Atipik Plazma Kolinesterazı

Methemoglobinemi

Karaciğer hastalıkları

Kardiovasküler hastalıklar

Hipertiroidizm

Kaçınması gereken ilaç

VK'lü LA

Ester grubu LA

Prilokain, artikain, benzokain

Amid grubu LA

Yüksek konsantrasyonlu VK

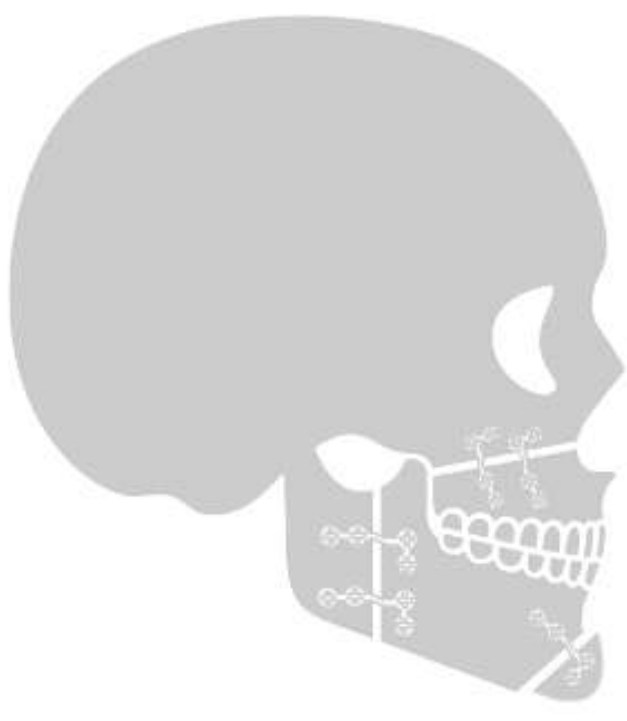
Yüksek konsantrasyonlu VK

VK KONTRAENDİKASYONLARI

- Önemli kardiyovasküler hastalığı olan hastalar;
 - Stabil olmayan anjina
 - Yakın zamanda geçirilmiş miyokard enfarktüsü (<6 ay)
 - Yakın zamanda yapılan koroner arter bypass cerrahisi (<3 ay)
 - Tedaviye dirençli aritmiler
 - Tedavi edilmemiş veya kontrolsüz konjestif kalp yetmezliği
 - Tedavi edilmemiş veya kontrolsüz ciddi hipertansiyon
 - Son altı ay içinde geçirilmiş beyin inmesi (serebrovasküler olaylar)
 - Bu süreden sonra adrenalin dozu <0.036 mg ile sınırlandırılmalıdır; bu doz, 1:100.000 adrenalin içeren lokal anesteziikten iki kartuşa eşdeğerdir.
- Kontrolsüz hipertiroidi → tirotoksikoz veya hipertiroid durumları
- Kontrolsüz diyabet hastaları
- Sülfite hassasiyeti/alergisi olan hastalar
- Steroide bağımlı astımı olan hastalar
- Hamile hastalar
- Feokromositoma hastaları



KOMPLİKASYON	ETKEN
Alerji	Metilparaben-antibakteriyel Metabisülfite-antioksidan Anafilaksi Ester grup anestezi - prokain
Parestesi	Travma
Trismus	Medial pterigoid (inferior alveolar blok)
Hematom	Pterigoid ven pleksusu, Posterior superior damarlar, mental damarlar
Fasiyal paralizi	Parotis enjeksiyonu → Fasiyal sinir anestezi
Methemoglobinemi	Prilokain, benzokain, artikain
Amfizem	Enjektör içindeki hava → Yüzde ani şişlik oluşur.
Taşiflaksi	Ödem, Hemoraji, pH ↓, hipernatremi (Na ↑) → Etkinin azalması



Taşiflaksi

Ödem

Hemoraji

pH ↓

Hipernatremi (Na ↑)

Medikal Durum

Sodyumbisülfid Alerjisi

Atipik Plazma Kolinesterazi

Methemoglobinemi

Karaciğer hastalıkları

Kardiovasküler hastalıklar

Hipertiroidizm

Kaçınması gereken ilaç

VK'lı LA

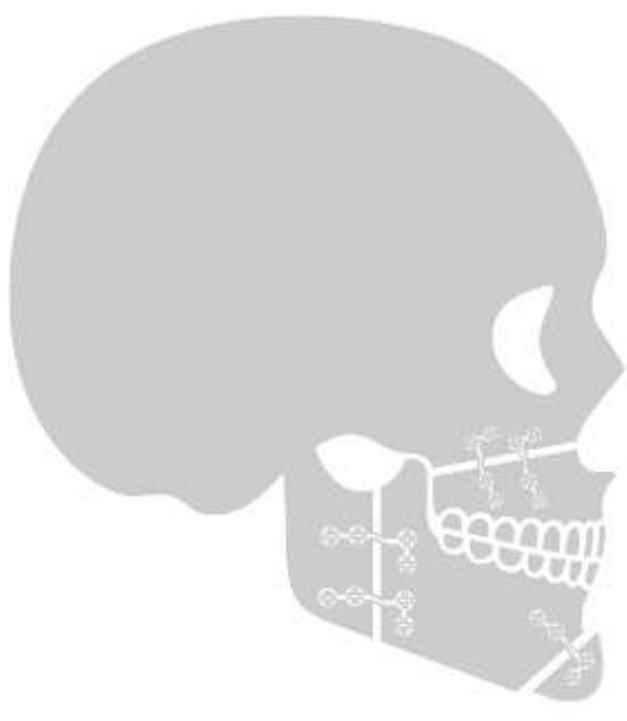
Ester grubu LA

Prilokain, artikain, benzokain

Amid grubu LA

Yüksek konsantrasyonlu VK

Yüksek konsantrasyonlu VK



Amino ESTER

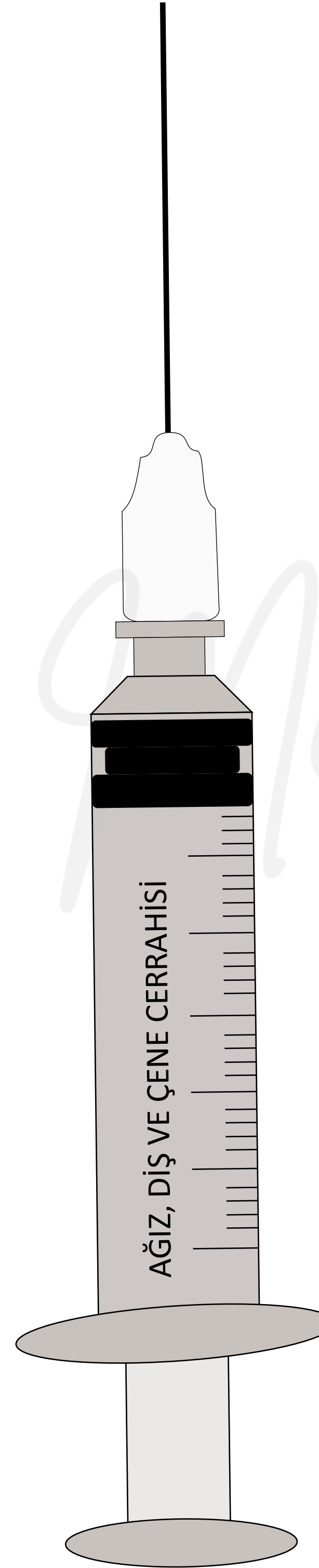
Proka**i**n, tetraka**i**n, benzoka**i**n,(Tek i)

Plazma Psödokolinesteraz

Plasental geçiş oranları↓

Allerjik reaksiyon ihtimali↑

Az potent



Amino AMİD

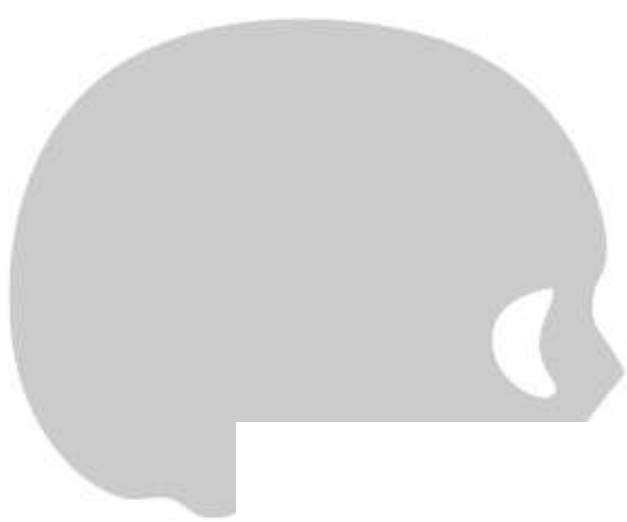
Li**i**doka**i**n, mep**i**vaka**i**n, bup**i**vaka**i**n (2 i)

Karaciğerde yıkılır.

Plasental geçiş oranları↑

Allerjik reaksiyon ihtimali↓

Daha potent



LOKAL ANESTEZİK

Artikain
Bupivakain
Benzokain
Mepivakain
Lidokain
Prilokain

FDA SINIFLAMASI

C
C
C
C
B
B

HAMİLELİKTE KULLANIM

Dikkatli kullanılmalı
Dikkatli kullanılmalı
Dikkatli kullanılmalı
Dikkatli kullanılmalı
Güvenli
Güvenli

Vazokonstriktör Kullanımı

Anestezi süresini ↑

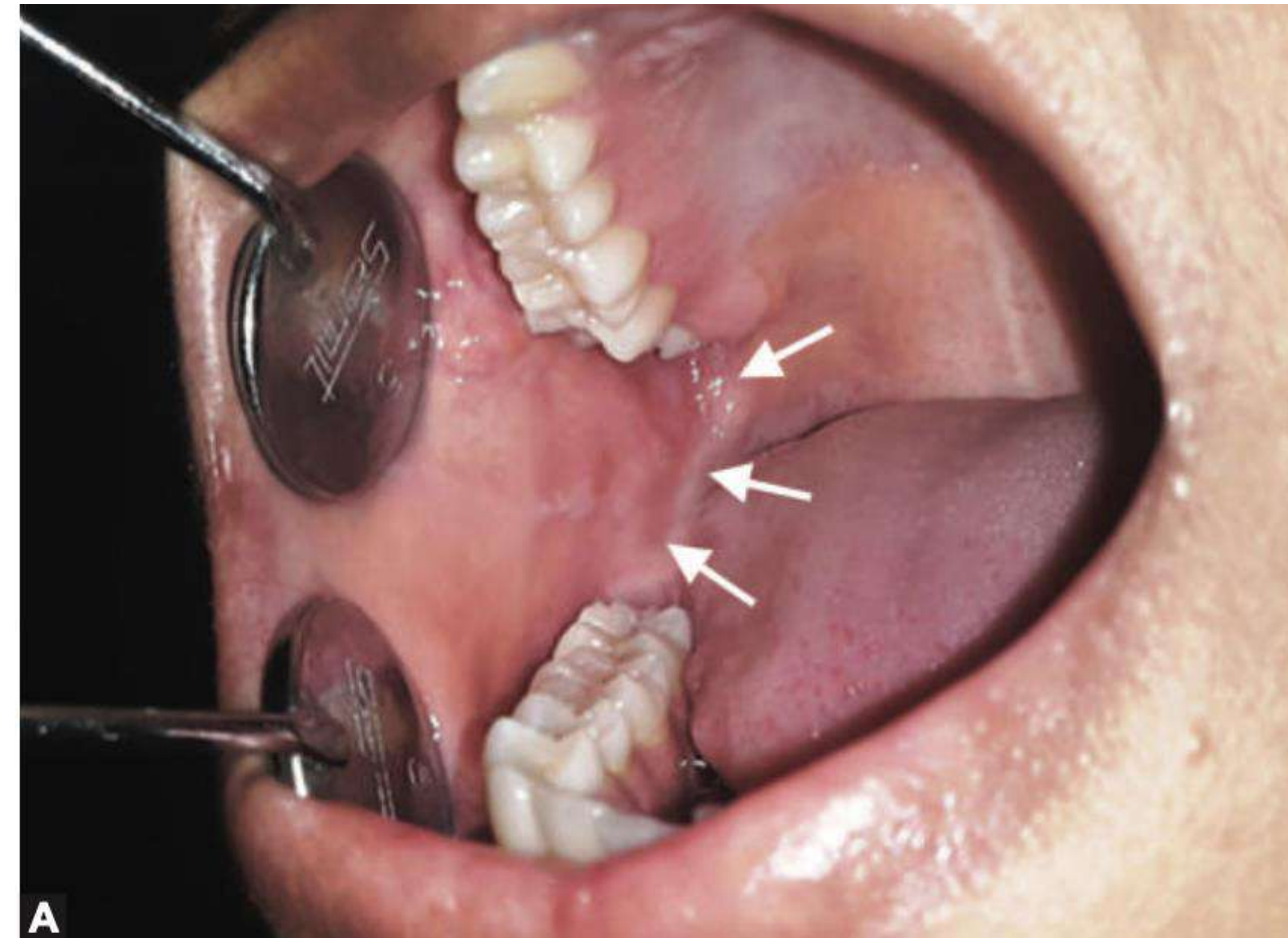
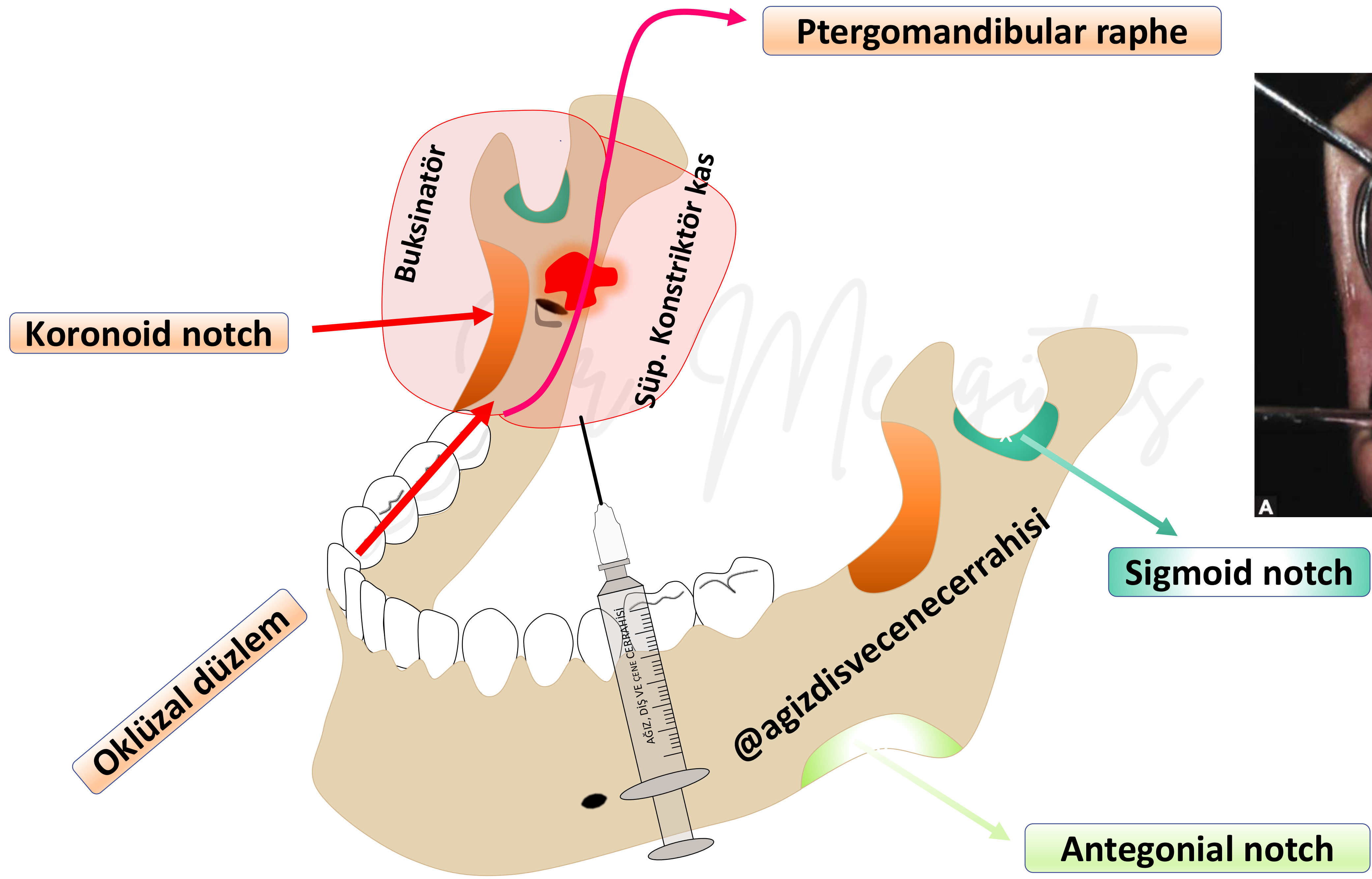
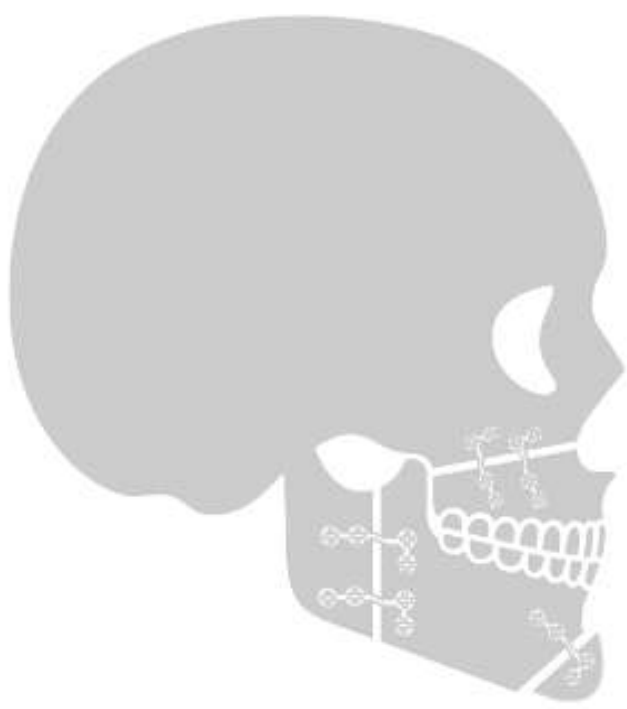
Operasyon yapılan bölgenin kanamasını ↓

Rebound fenomeni

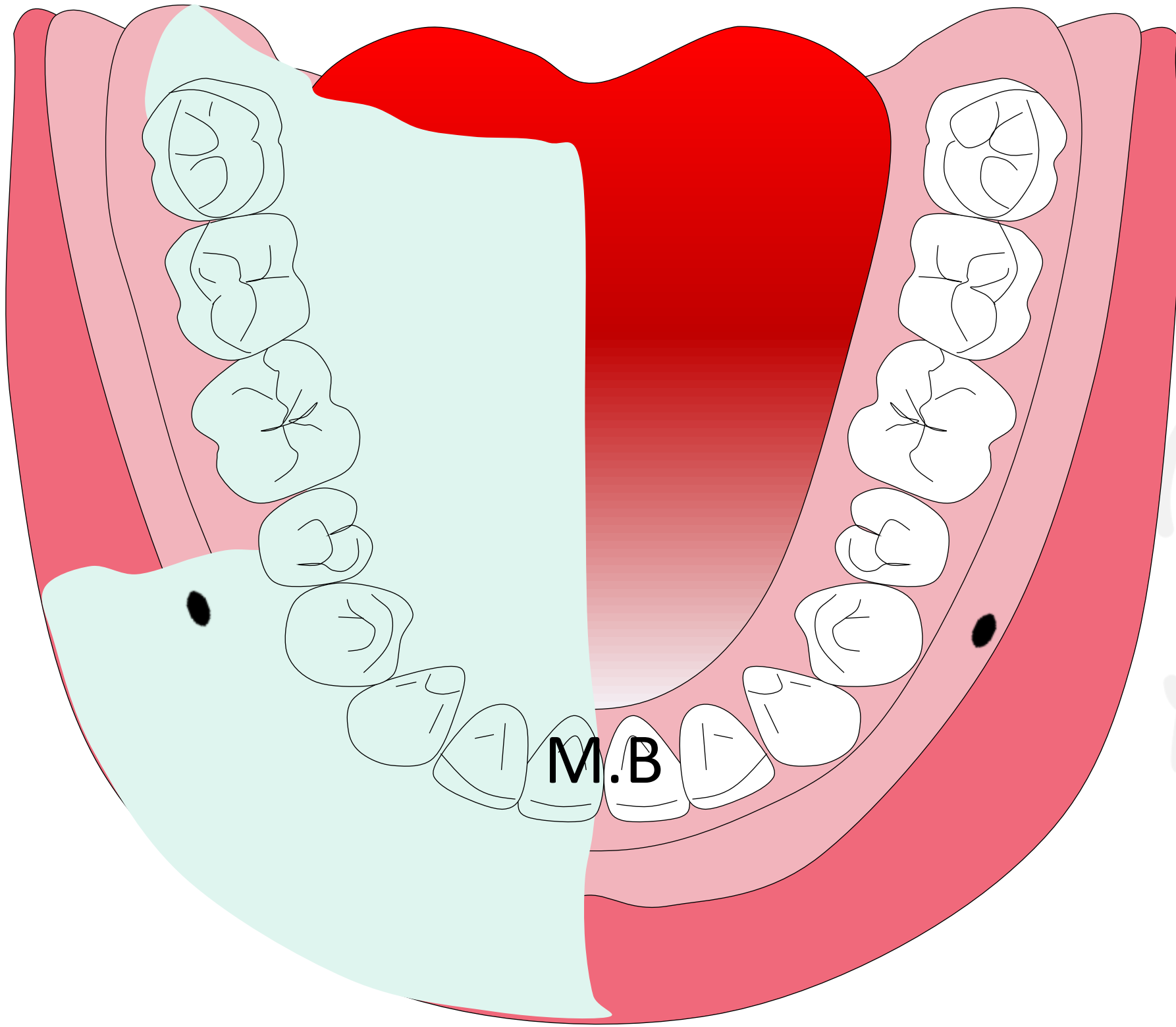
Sistemik emilimi ↓ toksik etkiyi ↓

Norepinefrin → palatal abse/nekroz

Felipressin **hamilelerde X**



Vazirani Akinozi Tekniği



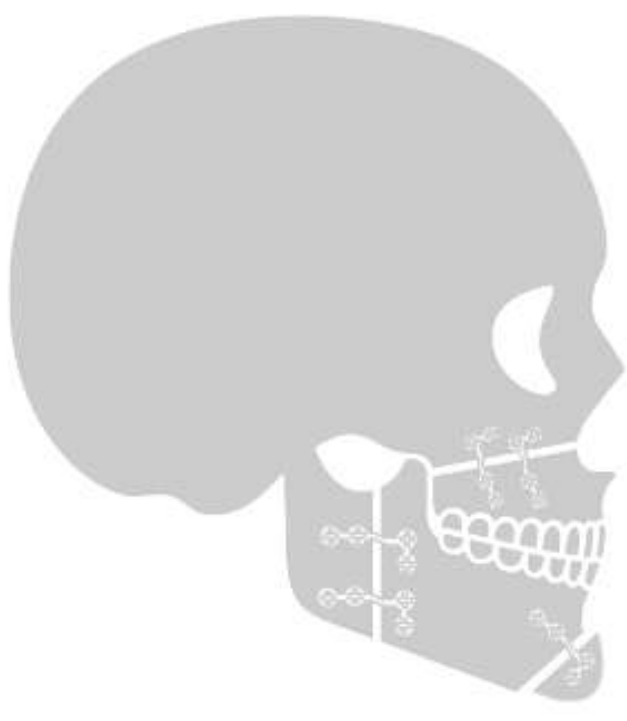
N.Alveolaris inferior

N.Mentalis

N.İnsiziv

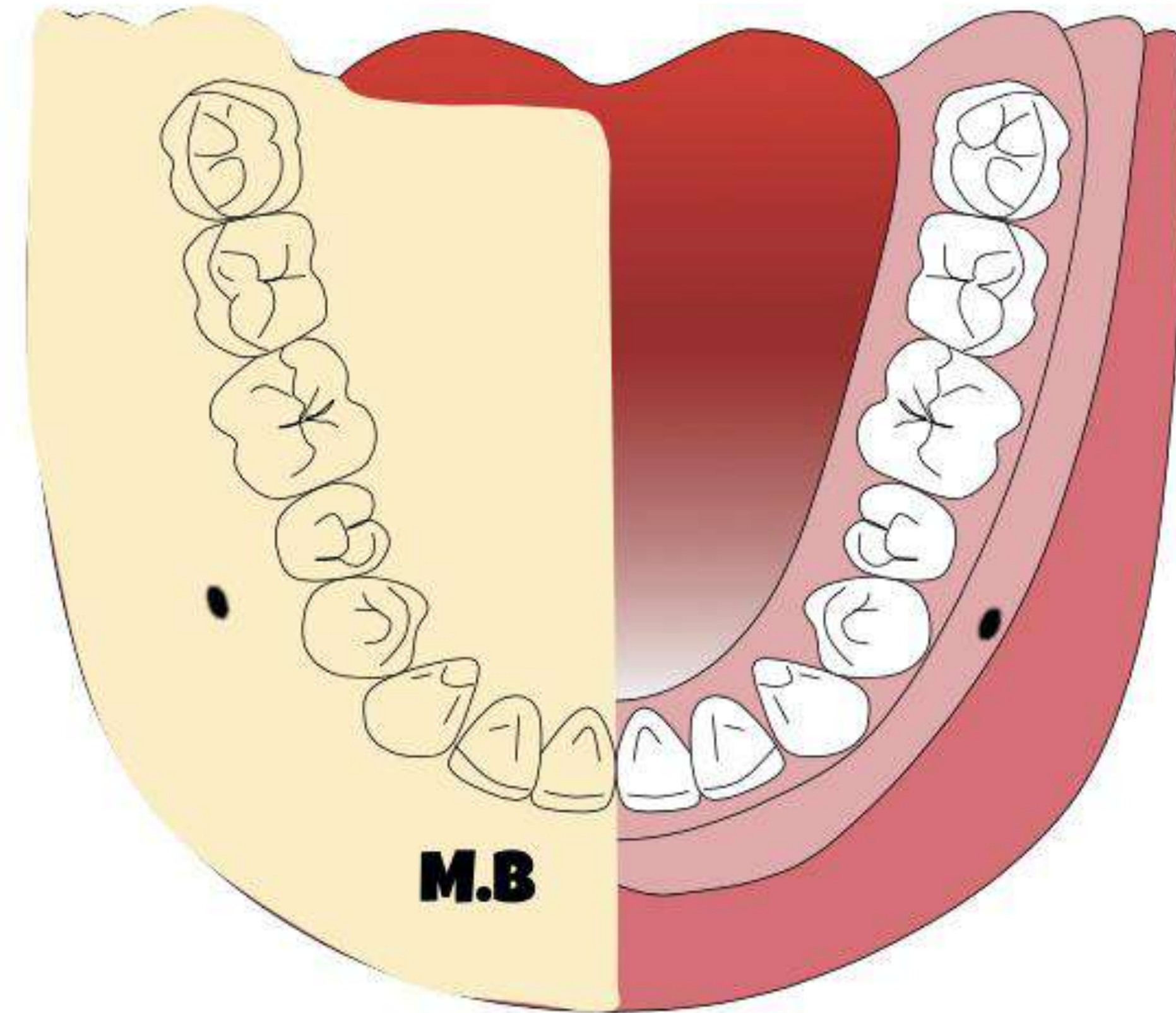
N.Lingulis

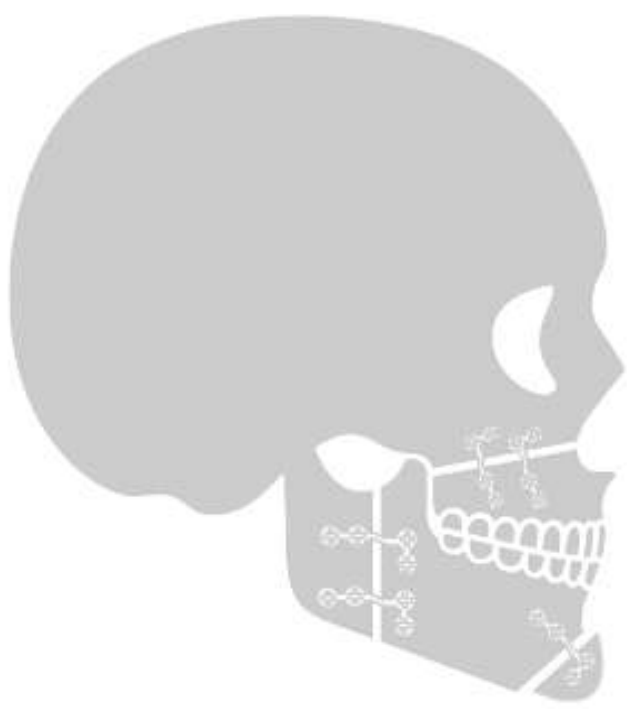
N.Mylohyoid



Gow- Gates

- N.Alveolaris inferior**
- N.Mentalis**
- N.Insizivus**
- N.Lingualis**
- N.Bukkalis**
- N.Mylohyoideus**
- N.Aurikulotemporalis**





Inferior alveolar blok

- N.Alveolaris inferior
- N.Mentalis
- N.İnsizivus
- N.Lingualis

Vazirani

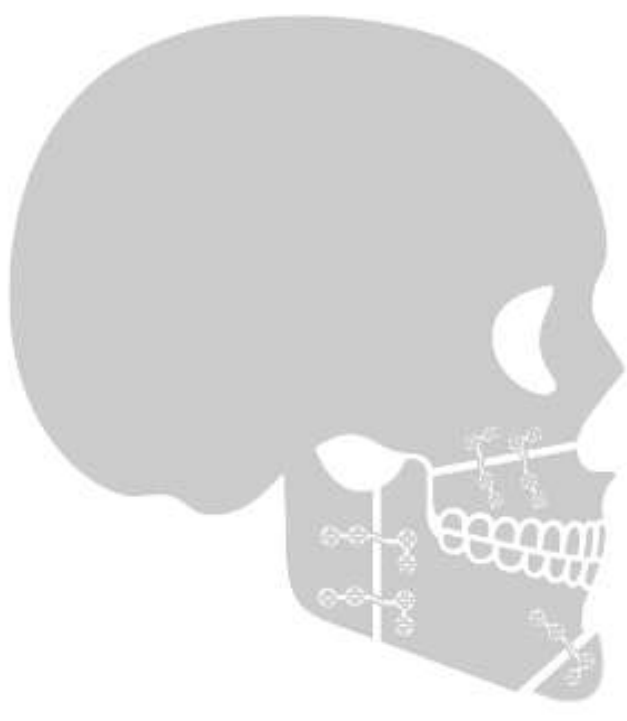
- N.Alveolaris inferior
- N.Mentalis
- N.İnsiziv
- N.Lingulis
- N.Mylohyoid

Gow Gates

- N.Alveolaris inferior
- N.Mentalis
- N.İnsizivus
- N.Lingualis
- N.Bukkalis
- N.Mylohyoideus
- N.Aurikulotemporalis

Infraorbital blok

- N.ASA
- N.MSA
- N.İnfraorbitalis



SİNİR	DİŞ	Yumuşak doku
N.Alveolaris inferior	Tüm mand. Dişler	Premolar, kanin ve kesicilerin bukkal Yumuşak Dokular
N.Lingulis	X	Tüm dişlerin lingual YD
N.Bukkalis	X	Molar bukkal bölge YD
N.Alveolaris süperior anterior	Max. Kesici +Kanin	Kesici – kanin bukkal YD
N.Alveolaris süperior media	Max. Premolar + 1. moların Meziobukkali	Premolar bukkal YD
N.Alveolaris süperior posterior	Maksiller molarlar 1.Moların MB'i hariç	Molar bukkal YD
N.Greater palatinus	X	Premolar -molar palatal YD
N.Nazopalatinus	X	Kesici – Kanin palatal YD

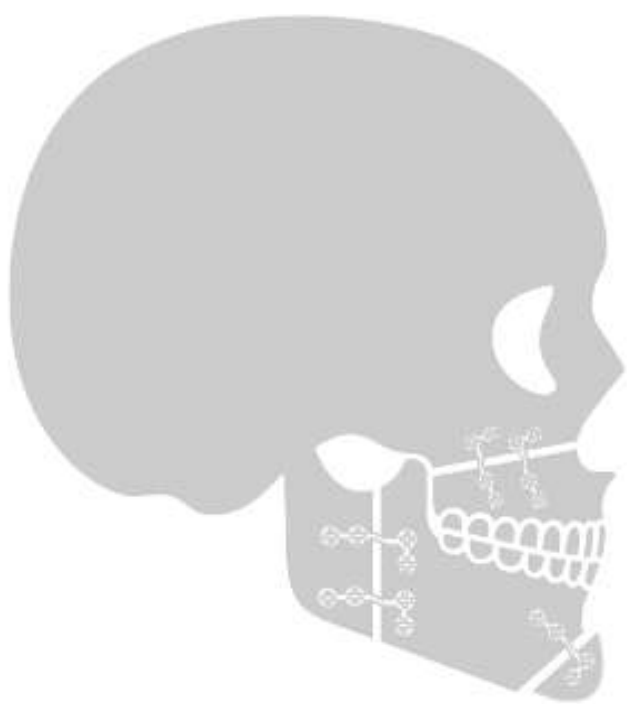
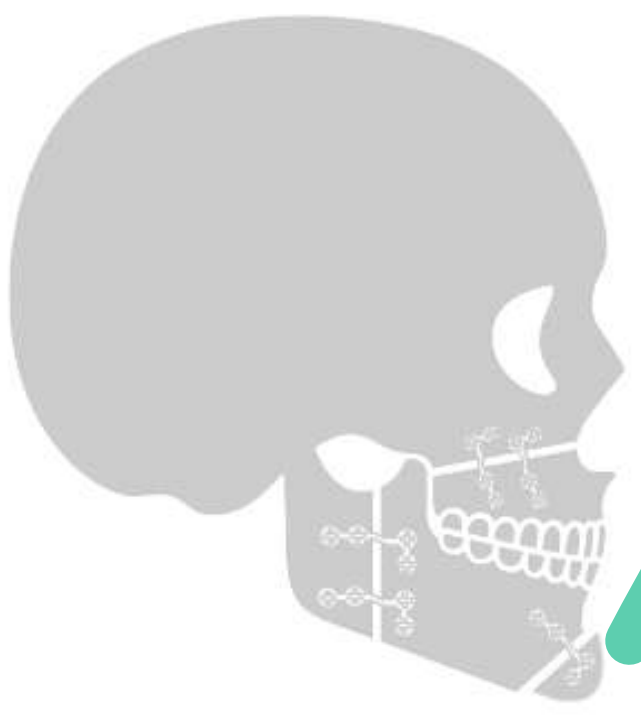


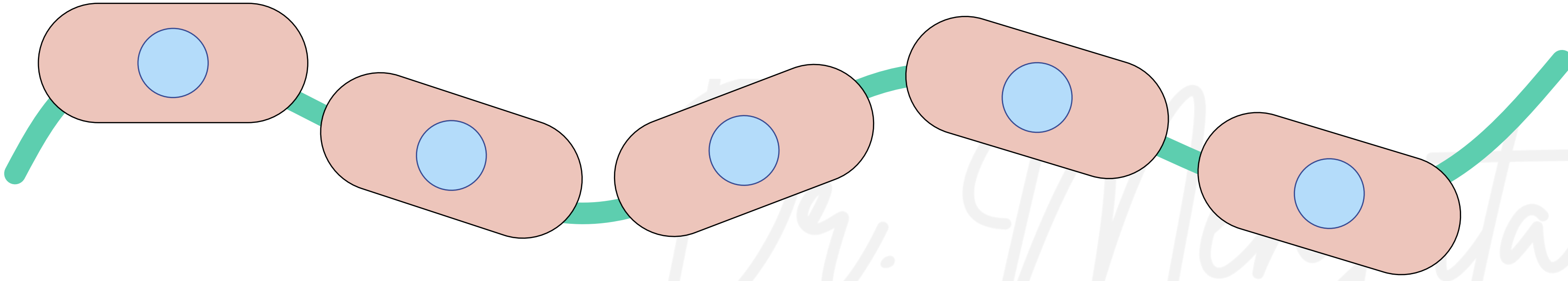
**TABLE
4.4**

**Maximum Recommended Doses of Local
Anesthetics Available in North America**

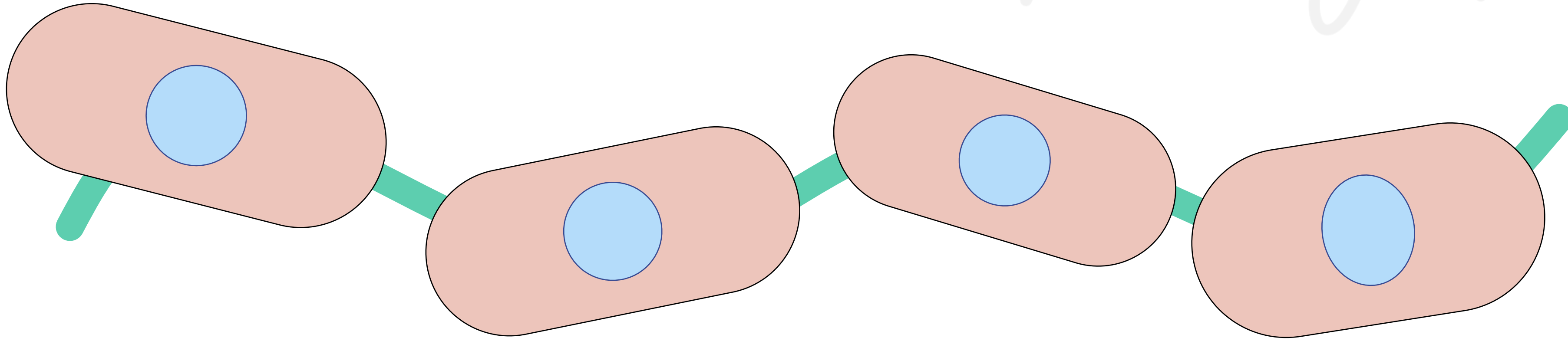
Local Anesthetic	Maximum Recommended Dose (Food and Drug Administration)		
	mg/kg	mg/lb	mg
Articaine			
With vasoconstrictor	7.0	3.2	None listed
Bupivacaine			
With vasoconstrictor	None listed	None listed	90
With vasoconstrictor (Canada)	2.0	0.9	200
Lidocaine			
With vasoconstrictor	7.0	3.2	500
Mepivacaine			
No vasoconstrictor	6.6	3.0	400
With vasoconstrictor	6.6	3.0	400
Prilocaine			
No vasoconstrictor	8.0	3.6	600
With vasoconstrictor	8.0	3.6	600



YAVAŞ AĞRI

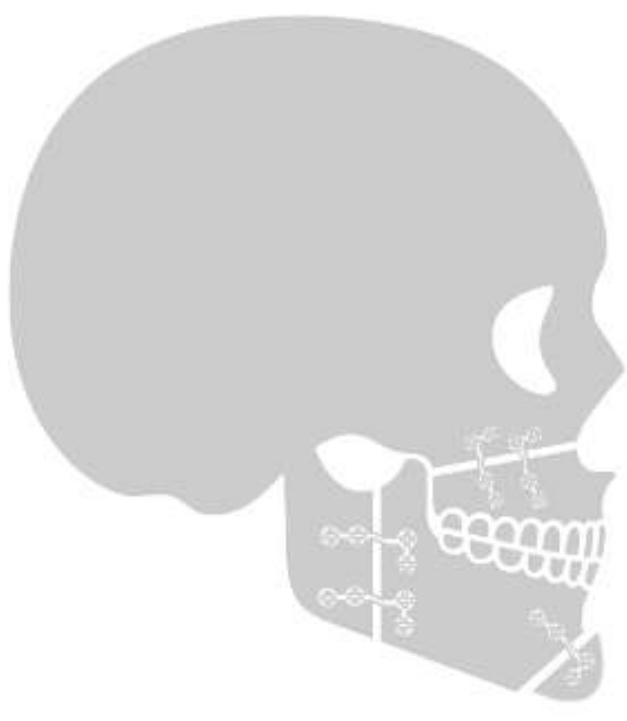


HIZLI AĞRI



PROPRİOSEPSİYON

Yavaş ağrı(**C** lifler)→ Hızlı ağrı(**A delta** lifler → Soğuk→ Sıcak→ Dokunma→
Propriyosepsiyon(**A-alfa** lifler→Motor



POSTERİOR SÜPERİOR ALVEOLAR BLOK

N.Posterior süperior alveolar

İNFRAORBİTAL BLOK

N.İnfraorbitalis

N.Anterior süperior alveolaris

N.Middle süperior alveolaris

MİDDE SÜPERİOR ALVEOLAR BLOK

N.Middle süperior alveolaris

GREATER PALATİN BLOK

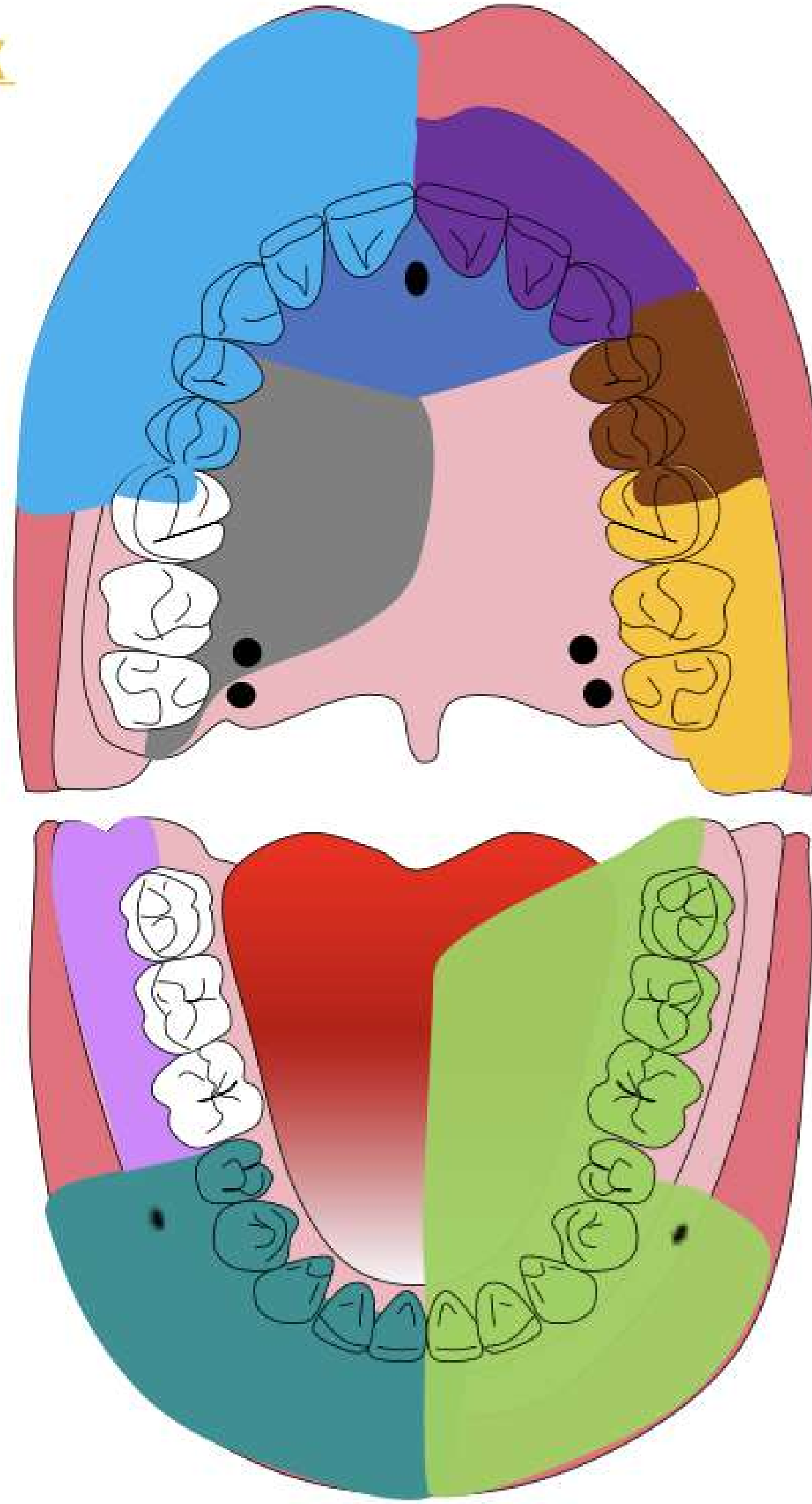
N.Greater palatin (mukoperiostum)

NAZOPALATİN BLOK

N.Nazopalatinus (mukoperiostum)

ANTERİOR SÜPERİOR ALVEOLAR BLOK

N.Anterior süperior alveolaris



İNFERİOR ALVEOLAR BLOK

N.Alveolaris inferior(Diş + mukoperiostum)

N.Mentalis(mukoperiostum-YD)

N.İnsizivus (Diş + mukoperiostum)

N.Lingualis (mukoperiostum-YD)

BUKKAL BLOK

N.Bukkalis

İNSİZİV BLOK

N.İnsizivus

N.Mentalis

MENTAL BLOK

N.Mentalis

GOW GATES

N.Alveolaris inferior

N.Mentalis

N.İnsizivus

N.Lingualis

N.Bukkalis

N.Mylohyoideus

N.Aurikulotemporalis

VAZİRANİ AKİNOZİ

N.Alveolaris inferior

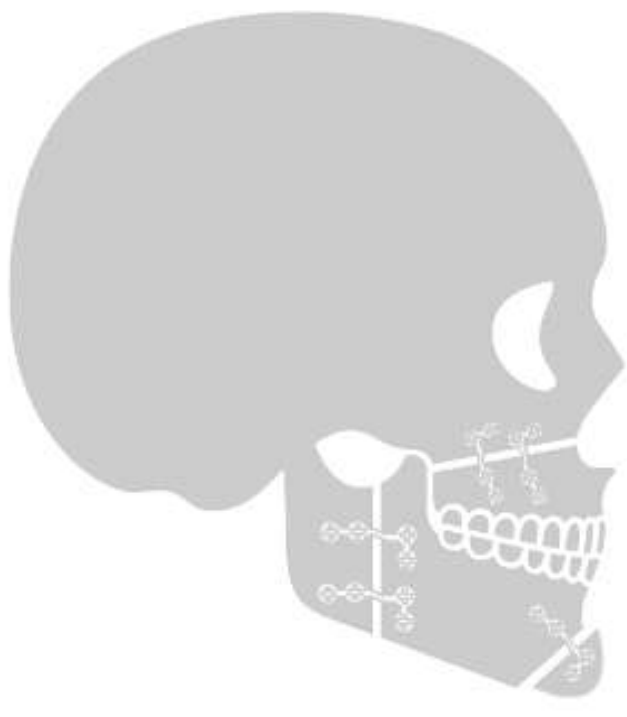
N.Mentalis

N.İnsizivus

N.Lingualis

N.Mylohyoideus

YD: Yumuşak doku



RelatİF KONTRAENDİKASYONLARI

Kardiyovasküler sistem

Romatizmal kalp hastalığı
Koroner kalp hastalığı
Kontrolsüz angina pectoris
Miyokard enfarktüsü
Konjestif kalp yetmezliği (KKY)

Solunum sistemi

Astım
Akciğer tüberkülozu
Kronik obstrüktif akciğer
hastalığı (KOAH)

•Kan bozuklukları

Anemi
Lösemi
Agranülositoz

•Kontrolsüz diyabet.

•Kontrolsüz hipertansiyon

•Nefrit: Şiddetli üremi ile son evre böbrek hastalığı.

•Toksik guatr.

•Sarılık, karaciğer sirozu.

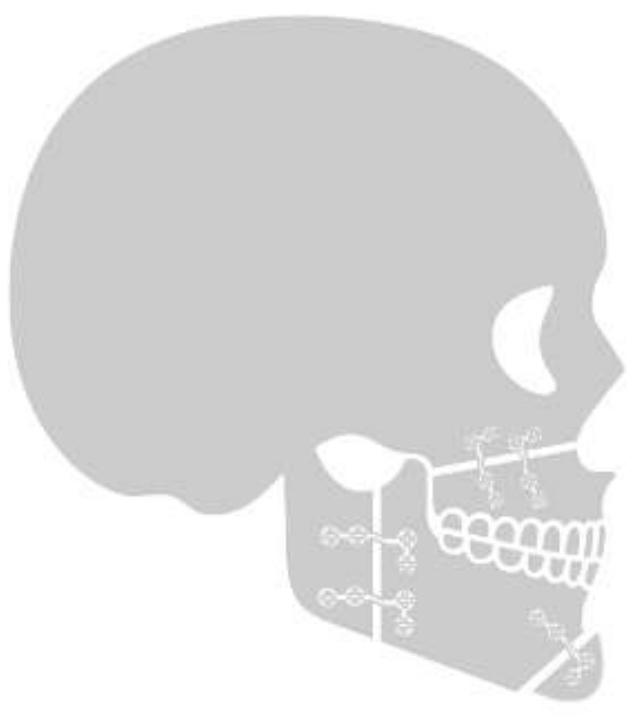
•Kanama bozuklukları: Hemofili.

•Antikoagülan/anti-trombosit ilaçlara bağlı edinilmiş koagülopatiler.

•Adrenal yetersizlik.

•Nörolojik bozukluklar: Epilepsi, inme.

•Uzun süreli kortikosteroid, immünosupresif veya kemoterapötik ilaç kullanan hastalar.



FİZYOLOJİK KONTRAENDİKASYONLARI

GEBELİK

İlk trimester → ilaç kullanımı riskli ?

Son trimester → hipotansif sendrom → hasta sola dönük şekilde işlem yapılır.

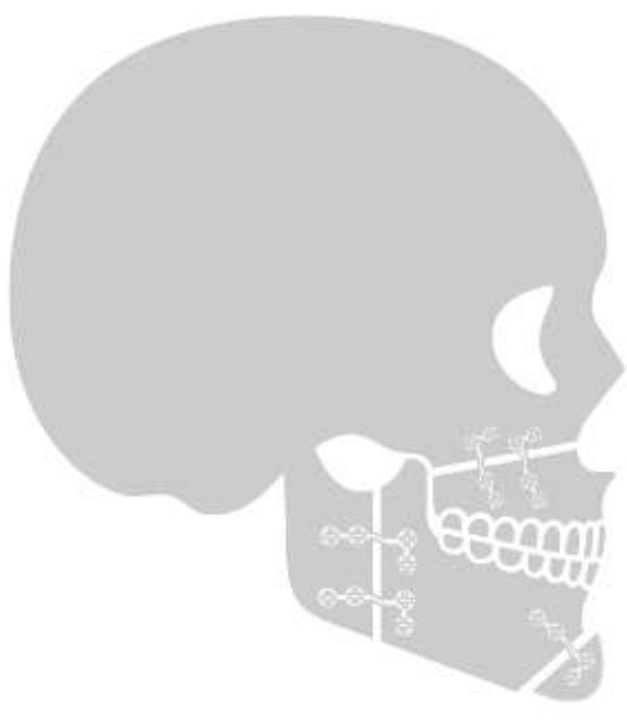
Erken doğum riski

Menstrasyon

Kadınlar için ağrılı ve hassas dönem

Yüksek östrojen seviyesi sebebiyle aşırı kanama olabilir

İlerlemiş Yaş ?



KEsİN KONTRAENDİKASYONLARI

Radyasyon

6-12 ay içerisinde radyasyon almış bölgedeki dişin çekimi

Myokard infarktüsü

6 ay içerisinde kalp krizi öyküsü

Santral hemanjiyom

Arteriovenöz malformasyon

Anevrizma

Hamilelik 1. ve 3. trimester

Malign tümör varlığı → metastaz riski artar

Maksilla

Okluzal düzlem

60 derece

Mandibula

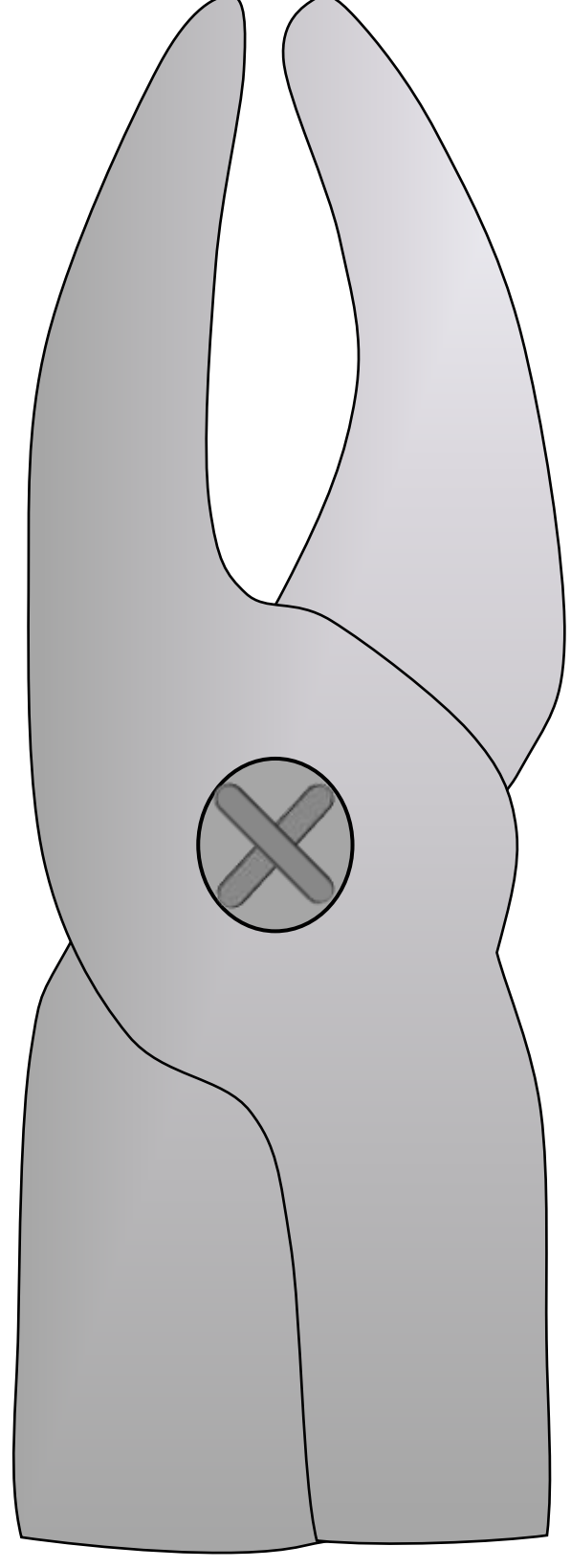
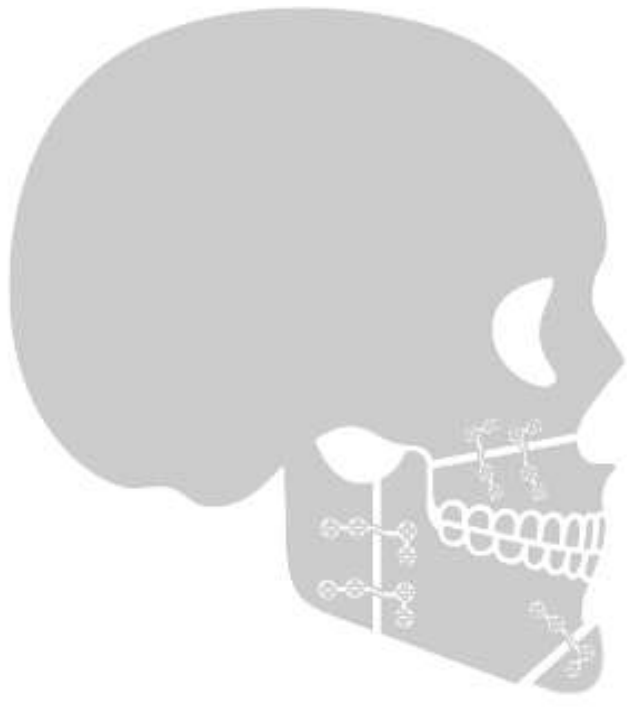
Okluzal düzlem → Paralel

Sağ posterior → hekim hastanın arkasında



dus
akademisi.com

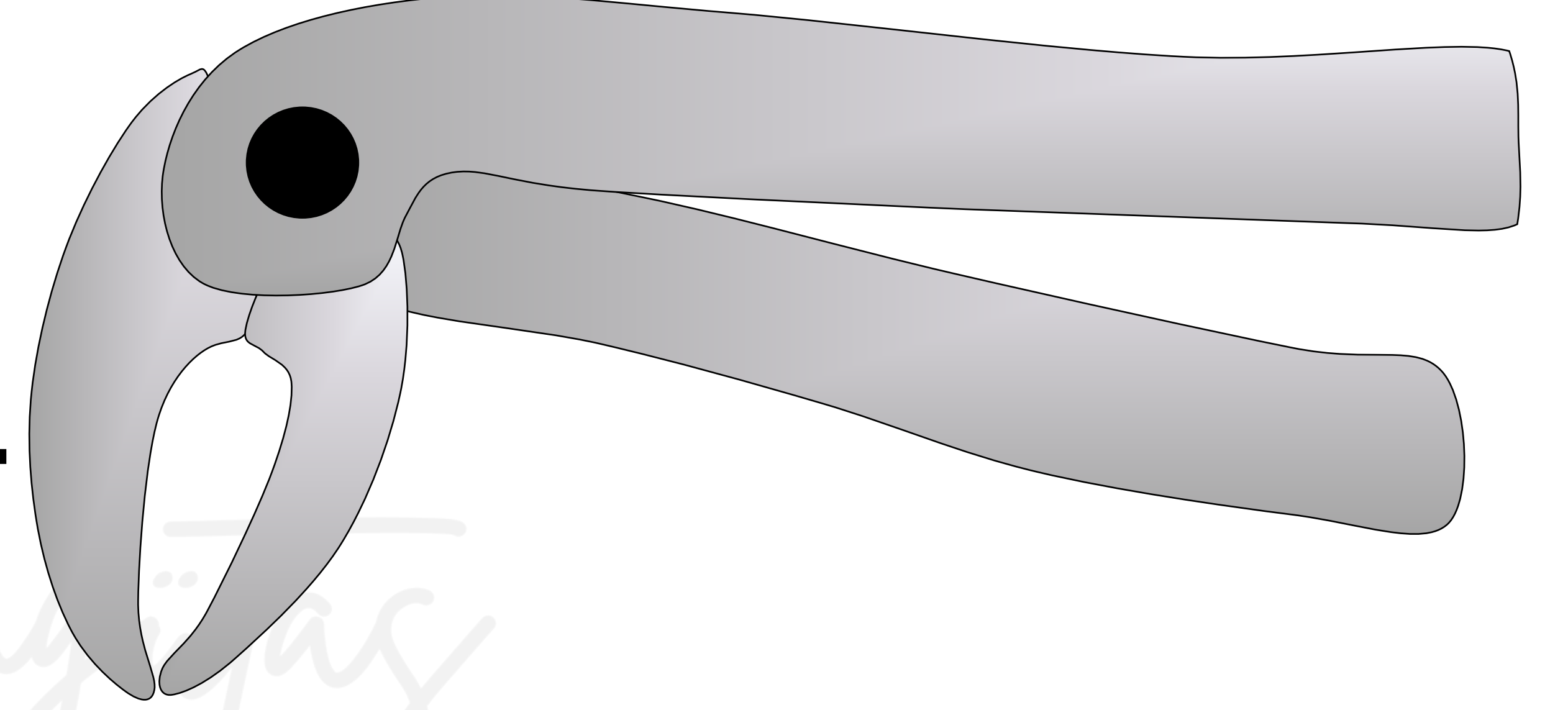
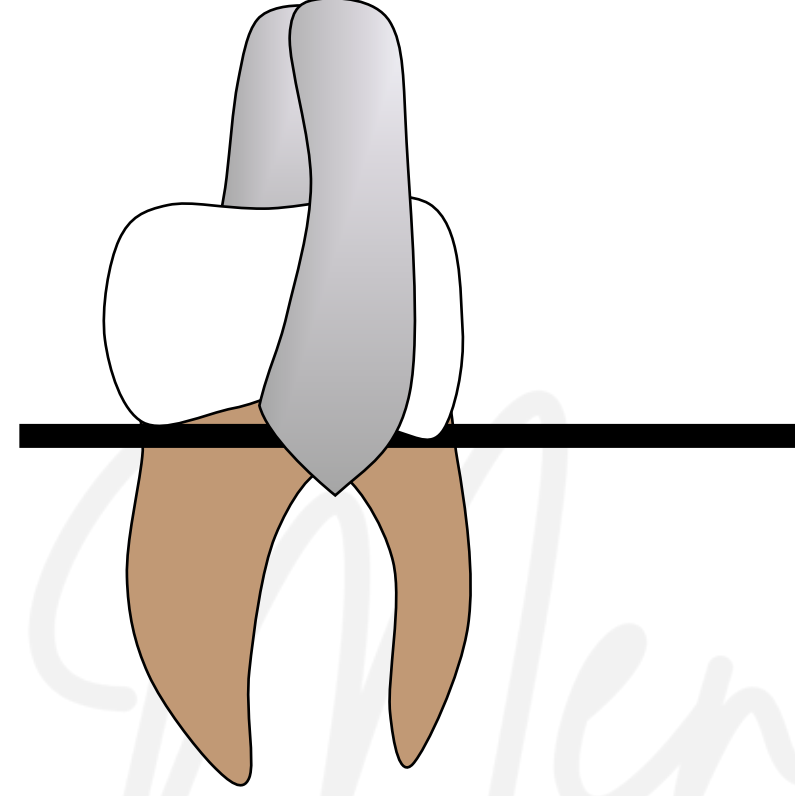
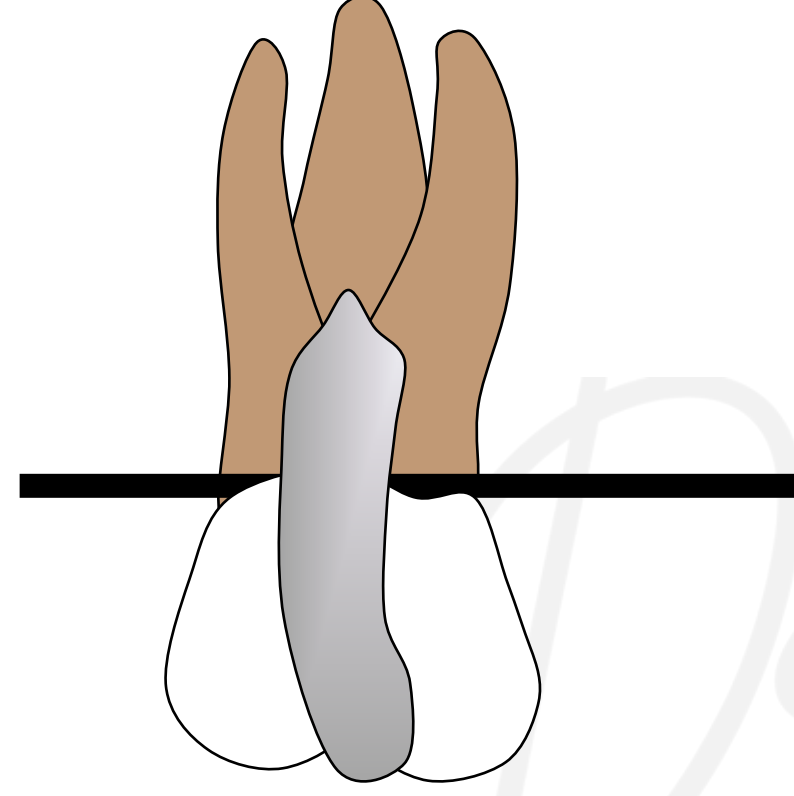
Davye



Maksilla

Uç kısmı gövdeye **paralel**

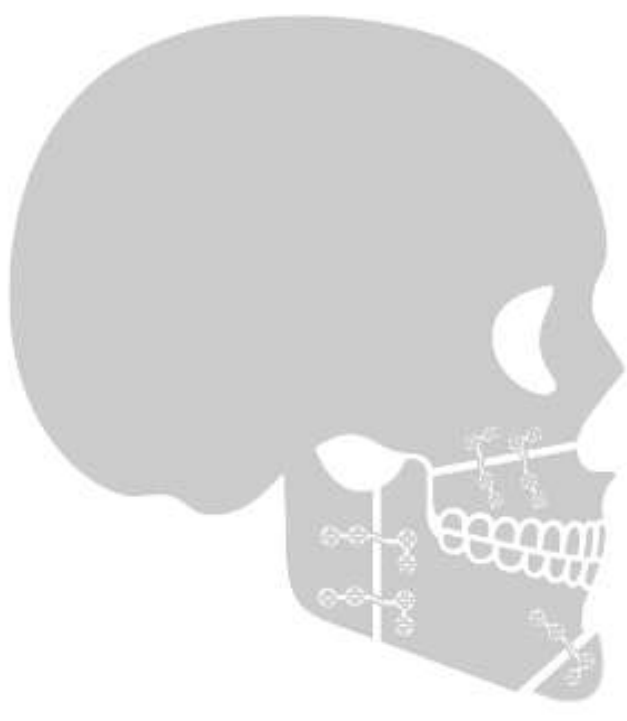
Posterior sağ- sol **AYRI**



Mandibula

Uç kısmı gövdeye **dik**

Posterior sağ-sol aynı



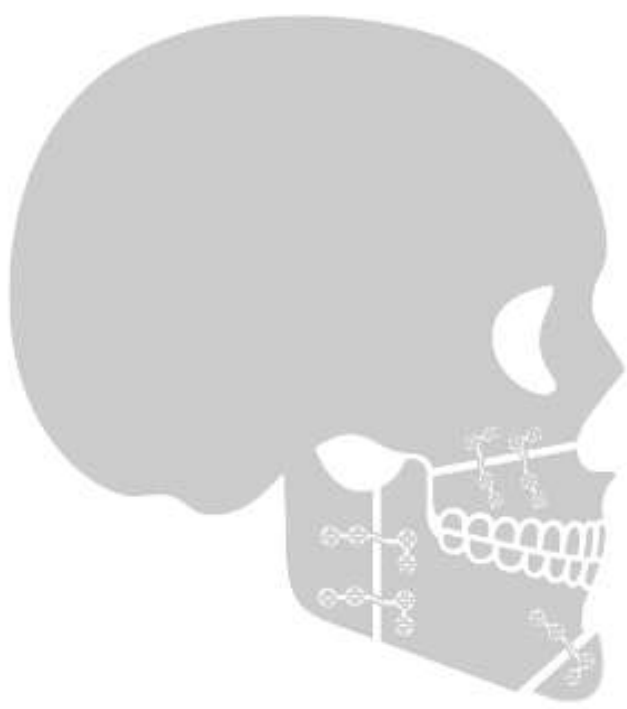
Mekanik Prensipler

✓ Kama prensibi

✓ Kaldıraç prensibi

✓ Tekerlek ve aks prensibi

Dr. Mengütaş



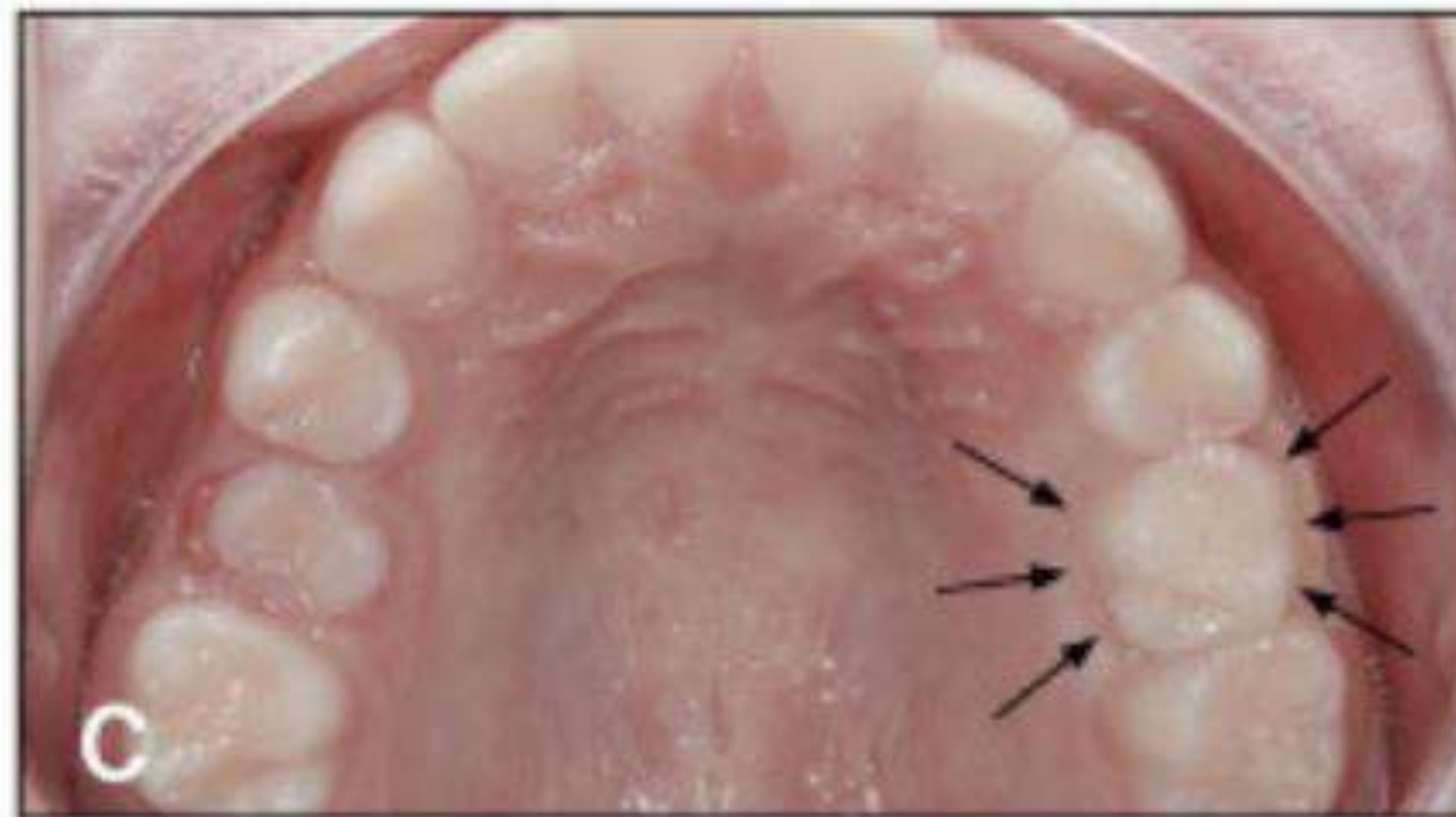
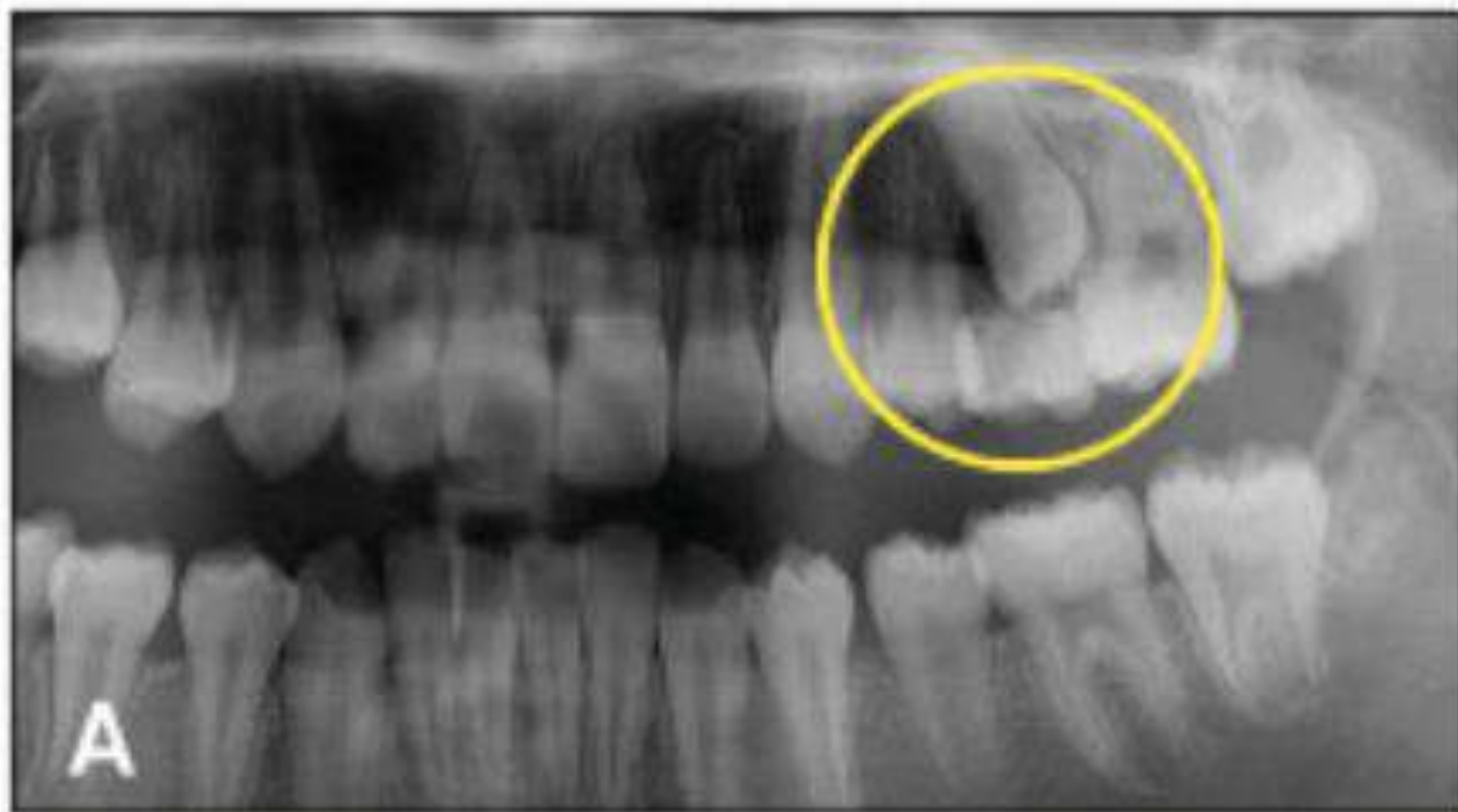
Rubber/elastik band →

hemofili

Intraligamenter → kanama

Intraligamenter v → çocukta

X



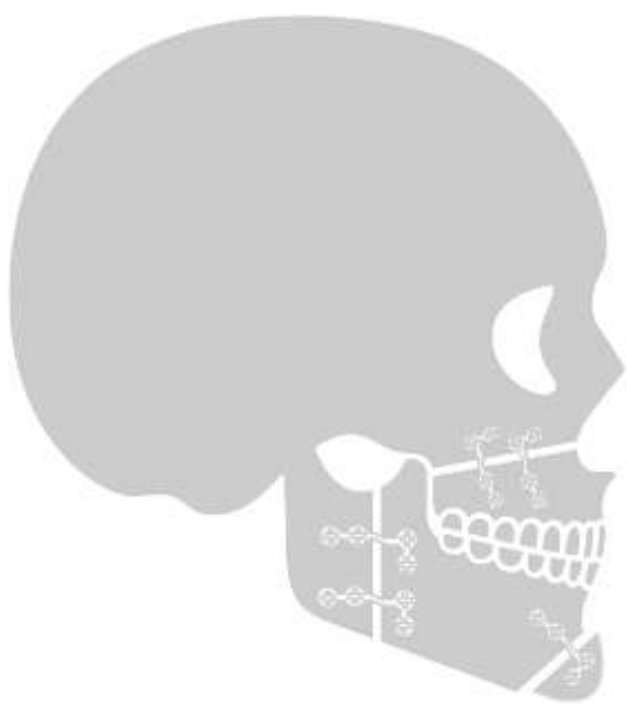
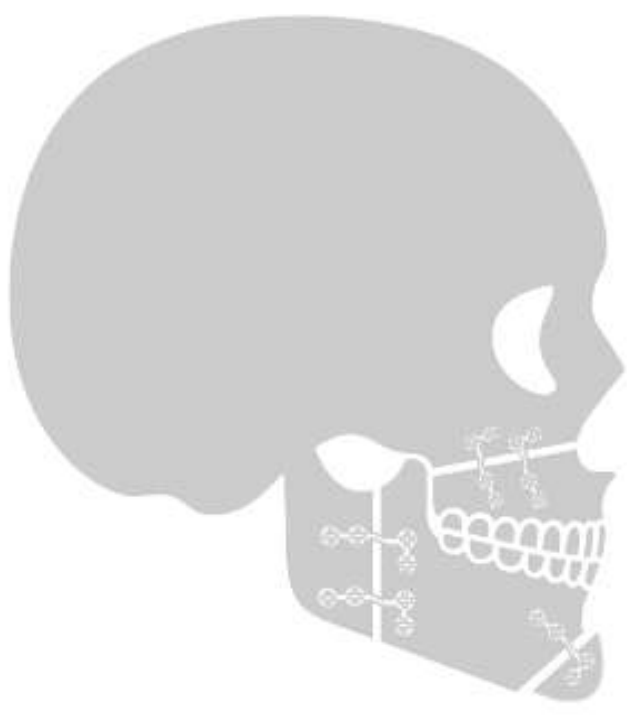


Table 20.8: Difficulty index described by Pederson (1988) can be arrived from local anatomy observation and from radiographs.

<i>Classification</i>	<i>Value</i>
Spatial relationship	
• Mesioangular	1
• Horizontal/transverse	2
• Vertical	3
• Distoangular	4
Depth	
• Level A: High occlusal level	1
• Level B: Medium occlusal level	2
• Level C: Deep occlusal level	3
Ramus relationship/space available	
• Class 1: Sufficient space	1
• Class 2: Reduced space	2
• Class 3: No space	3
Difficulty index	
• Very difficult	7–10
• Moderately difficult	5–7
• Slightly difficult	3–4



KOLAY

Mandibula

Sınıf 1

Sınıf A

Mezioangular

Maksilla

Distoangular

Kökün 1/3-2/3'ü oluşmuş

Geniş PDL

Geniş folikül

3mm< kist?

Elastik kemik → Genç hasta

UZAK

2.molar

İnferior alveolar kanal

Maksiller sinüs

Yumuşak doku retansiyonu

ZOR

Mandibula

Sınıf 2-3

Sınıf B-C

Distoangular

Maksilla

Vertikal , mezioangular

Uzun ince kök

Dar PDL

Dar folikül

Dens kemik → Yaşlı hasta

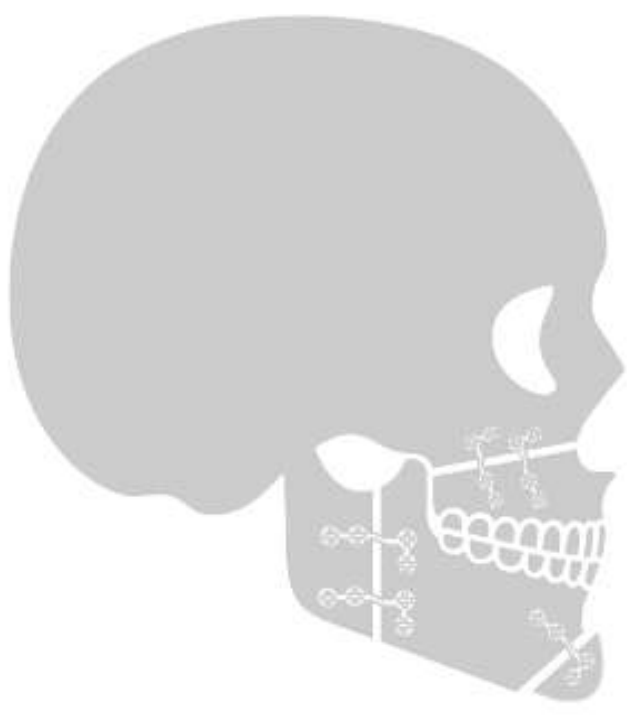
YAKIN

2.molar

İnferior alveolar kanal

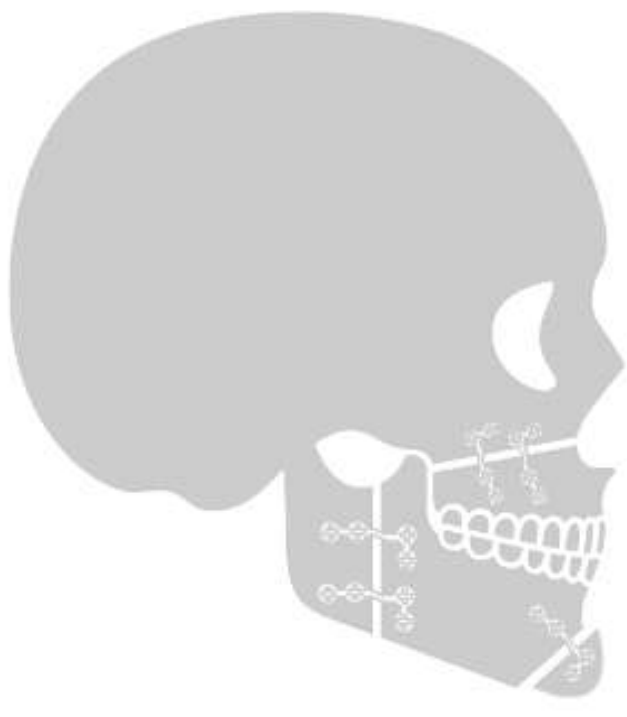
Maksiller sinüs

Tam kemik retansiyonu

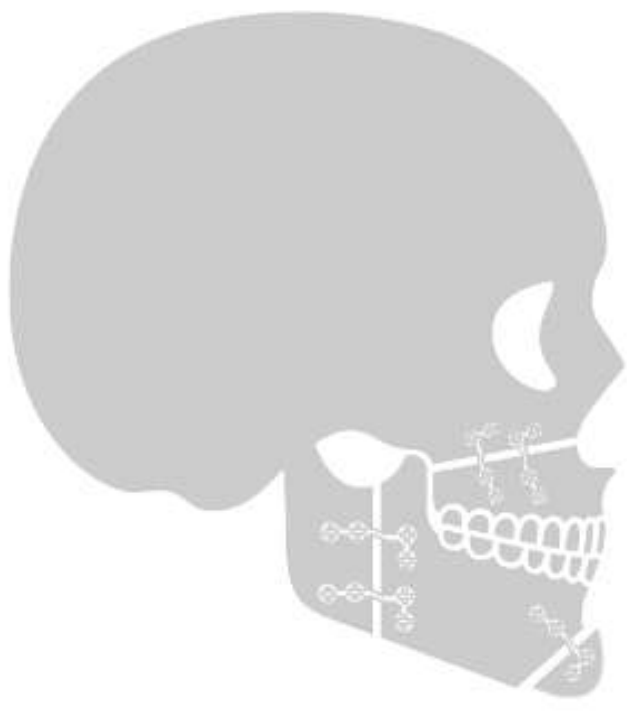


DİŞLERİN GÖMÜLÜ KALMA SIKLIĞI

Diş	Görülme Sıklığı (%)
Mandibular 3. molar dişleri	%17–32
Maksilla 3. molar dişleri	—
Maksilla kanin dişler	%3.58–8.80
Mandibular premolar dişleri	%2.0–2.7
Maksilla premolar dişleri	—
Mandibular kanin dişler	%0.3
Maksilla santral kesici dişler	—
Maksilla lateral kesici dişler	—
Mandibular 2. molar diş — nadir	%0.10–0.06



Lokal Nedenler	Sistemik Nedenler
Sürme engelleri: • Dişin pozisyonundaki düzensizlik ve komşu dişin varlığı • Üzerindeki ve çevresindeki kemiğin yoğunluğu (kondanse osteit)	Prenatal nedenler: Kalıtsal (genetik)
Diş arkında yer darlığı — çapraşıklık, süpernümerer dişler, mikroгнаşi veya retrognati	Postnatal nedenler: Raşitizm, anemi, tüberküloz, konjenital frengi, malnütrisyon
Süt veya daimi dişlerin ankilozu	Endokrin/metabolik bozukluklar: Tiroid, paratiroid, hipofiz bezleri bozuklukları (hipotiroidi, hipopituitarizm), akondroplazi, mukopolisakkaridozlar vb. Bu durumlarda dişin üzerindeki kemiğin rezorbe olmaması nedeniyle dişler sürmez.
Emilmeyen, uzun süre ağızda kalan süt dişleri	Kalıtımsal bozukluklar: Down sendromu Hurler sendromu Osteopetrozis Kleidokraniyal disostoz Treacher-Collins sendromu Oksipitomandibular sendrom Gardener sendromu Yunis-Varon sendromu
Alveol kemiğinin rezorbe olmaması	
Diş tomurcuğunun ektopik pozisyonu	
Köklerin dilasasyonu (travma)	
İlgili yumuşak doku veya kemik lezyonları: Kistler, tümörler, kalın fibröz doku büyümeleri	
Dil, parmak, başparmak, yanak, kalem vb. alışkanlıklar (ikincil retansiyon): Ankilozlu dişler veya dişin ilk çıkıştan sonra ilerleyememesi (bariyer olmaksızın, sadece alışkanlık, doku veya başka bir diş nedeniyle)	



Kanin Gömüklüğü

Aksiyel Eğime Göre

Sınıf I: Damakta konumlanmış üst kanin dişi

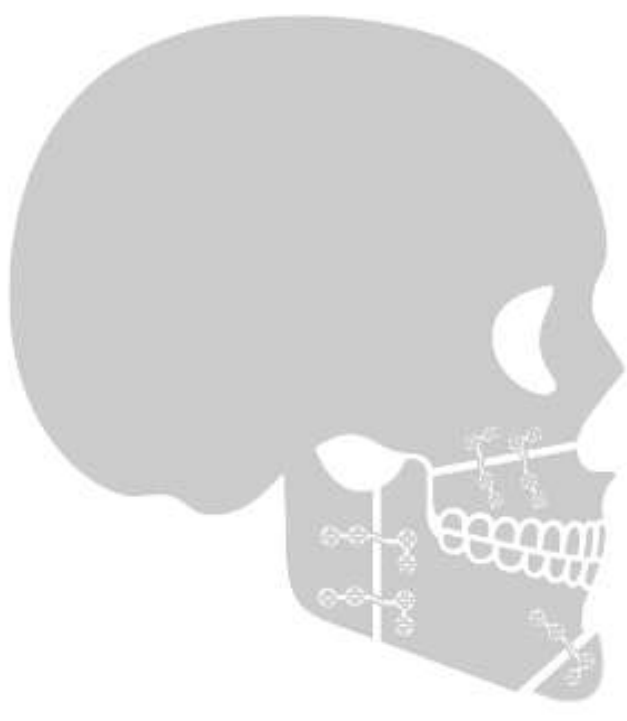
Sınıf II: Labial veya bukkal yerleşimli üst kanin dişi

Sınıf III: Hem bukkal hem de palatal alveolar kemikle ilişkili

Sınıf IV: Üst kesici dişler ile birinci küçük azı dişleri arasındaki alveoler proseste dikey olarak gömülü

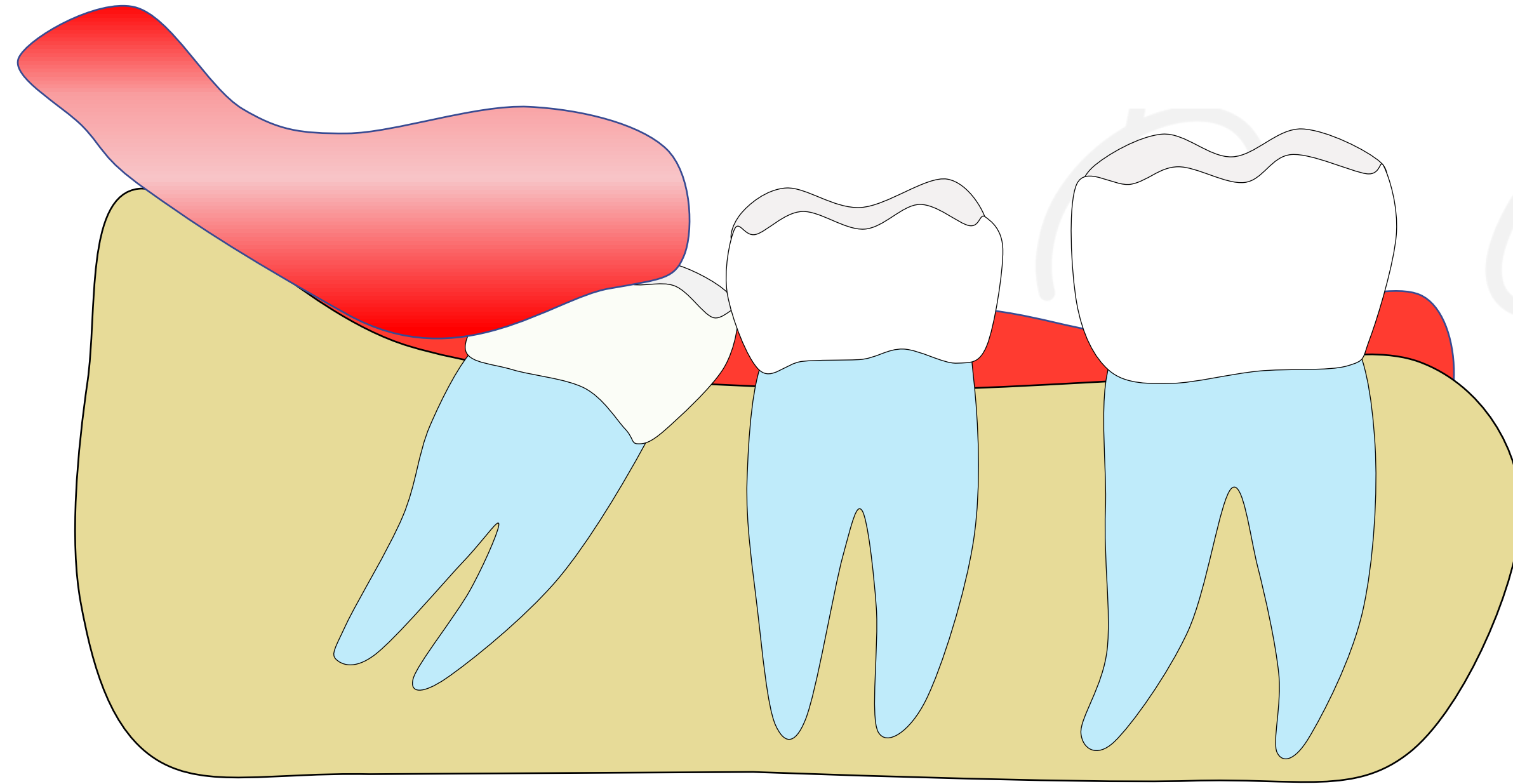
•**Sınıf V:** Dişsiz maksillada gömülü

•**Sınıf VI:** kanin dişinin anormal pozisyonda yer aldığı durumlar (ör. sinüs duvarı, antral duvar, infraorbital bölge gibi)

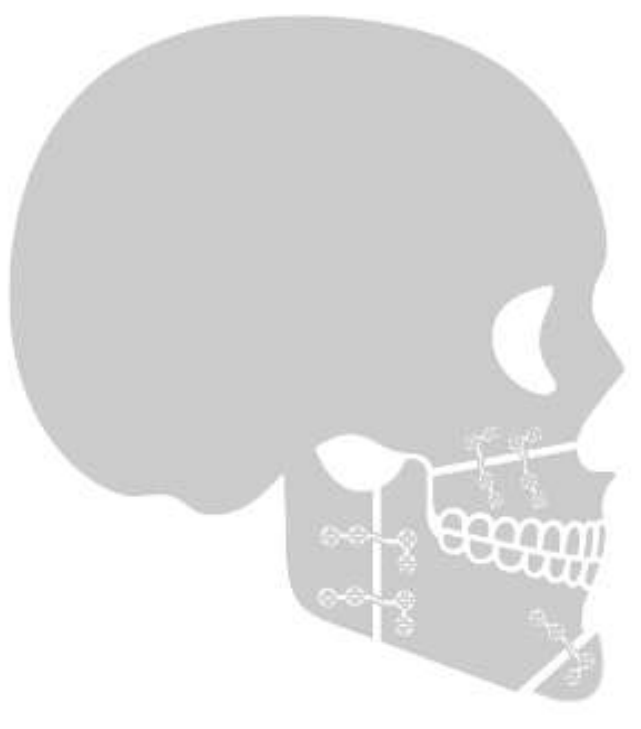


PERİKORONİT

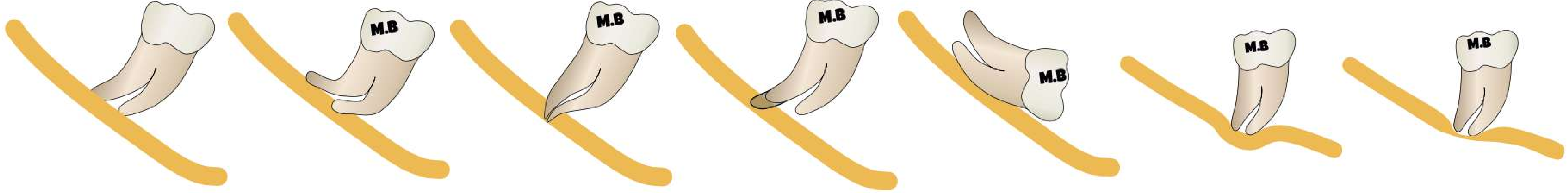
Operkulum



Görölme sırası: Vertikal>mezioangular>Distoangular



Radyografik olarak mandibular 3. moların inferior alveolar kanalla ilişkisini gösteren panoramik belirteçler



Kök ucunun kararması

Kök ucunun bükülmesi

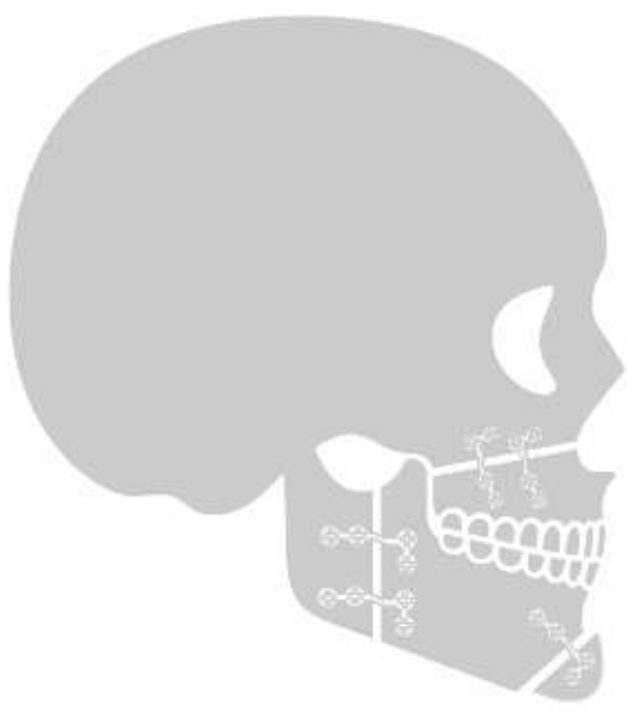
Kökün daralması

Karanlık, bifid kök

Kanalın radyoopak
sınırı kaybolmuş

Kanalın şekli değişmiş

Kanalın şeklinde
daralma



Çekim soketi neden çok kanar ?

Ağız ve çene çok vasküler

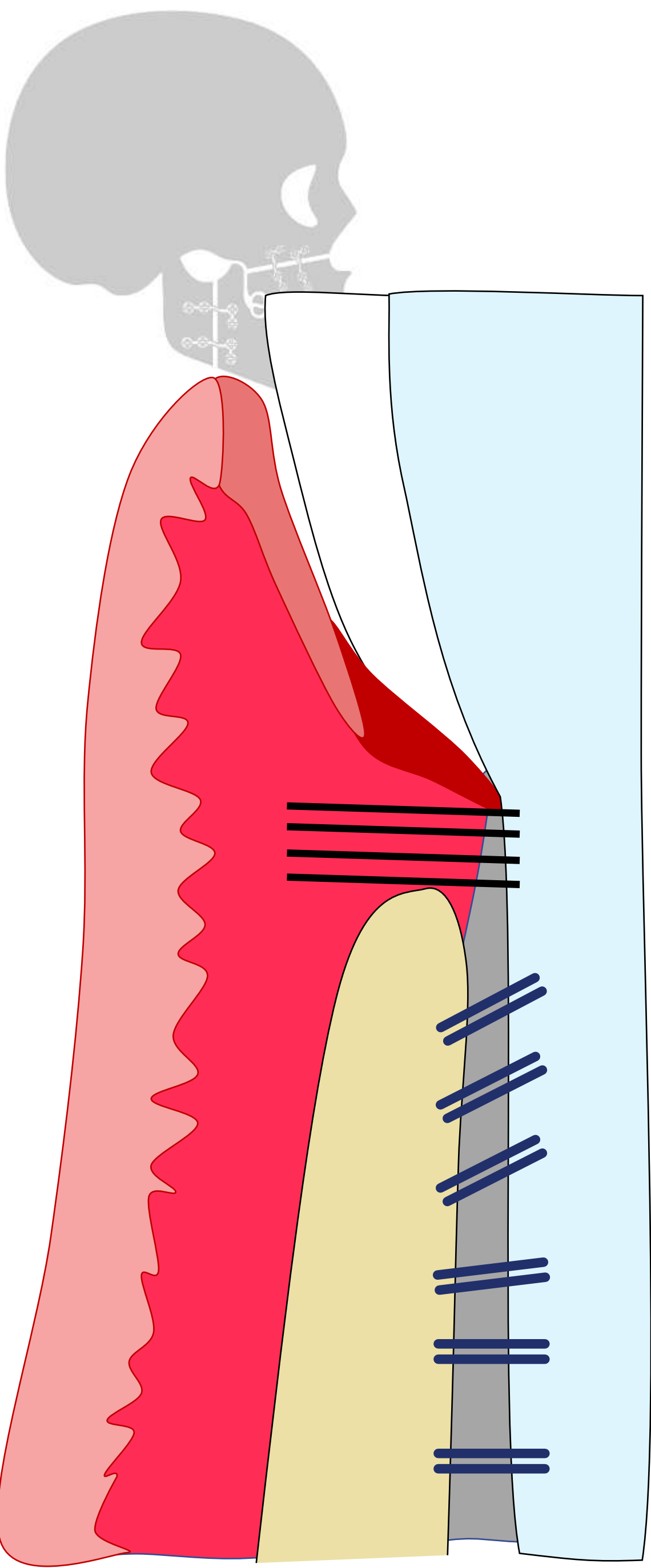
Yumuşak doku ve kemikte açık yara

Pansuman, tampon zor

Hasta pıhtıyı kolay bozar

Negatif basınç

Tükürük enzimleri > pıhtı lizisi

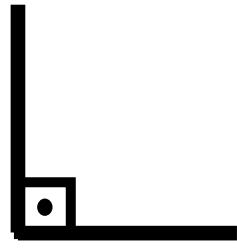


DİŞ

Birleşim epiteli ve sulkular epitel

Sement-PDL

Gingival lifler dişe dik



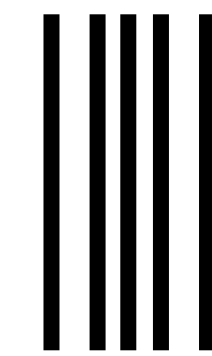
Propresepsiyon ✓

İMPLANT

Birleşim epiteli ve sulkular epitel

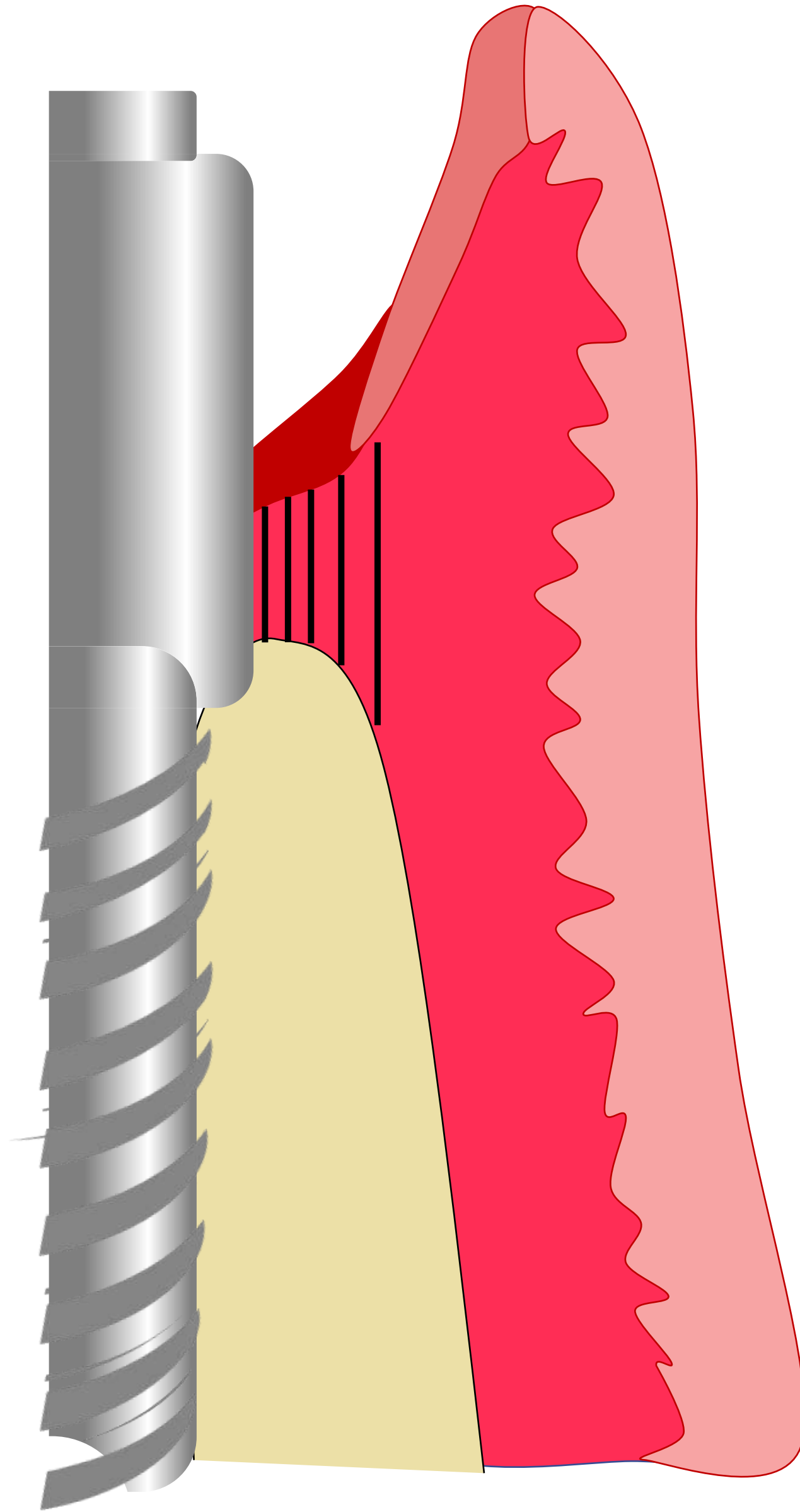
X

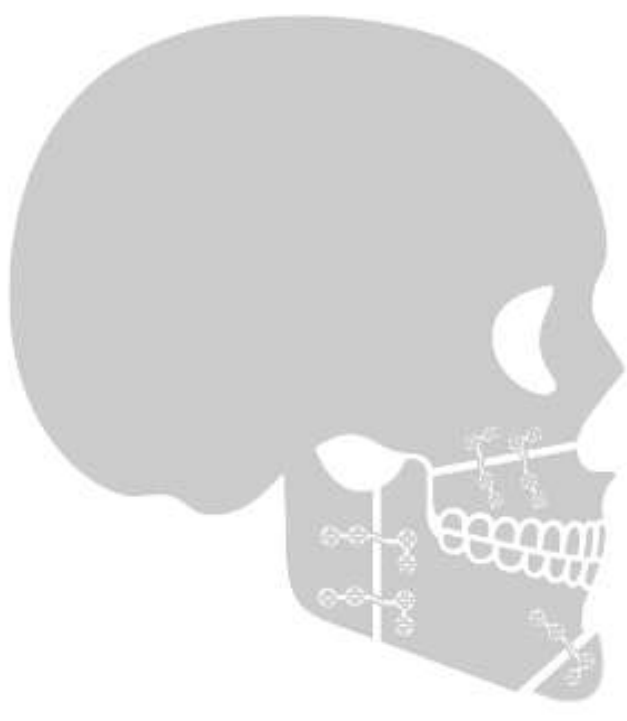
Gingival lifler dişe paralel



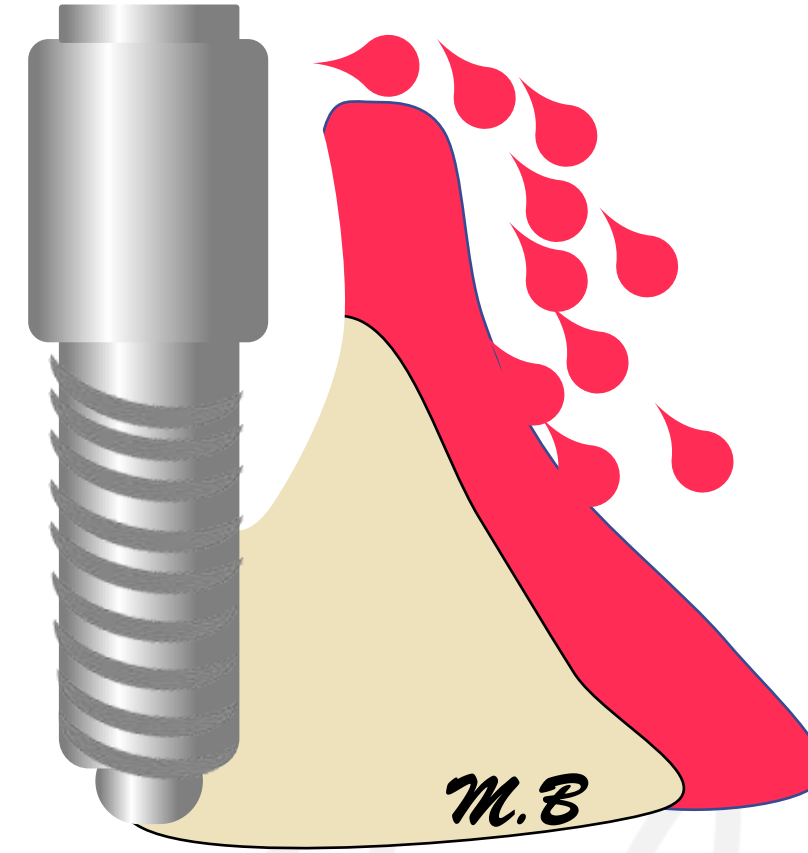
X

Biyolojik genişlik dişten fazla





Peri-implantitis



Destekleyen kemikte görülen inflamatuvar reaksiyon

Sondalamada kanama

Eritem, hiperplazi

5 mm< sondalama derinliği , implant mobilitesi, şişlik

İmplantın başarısı

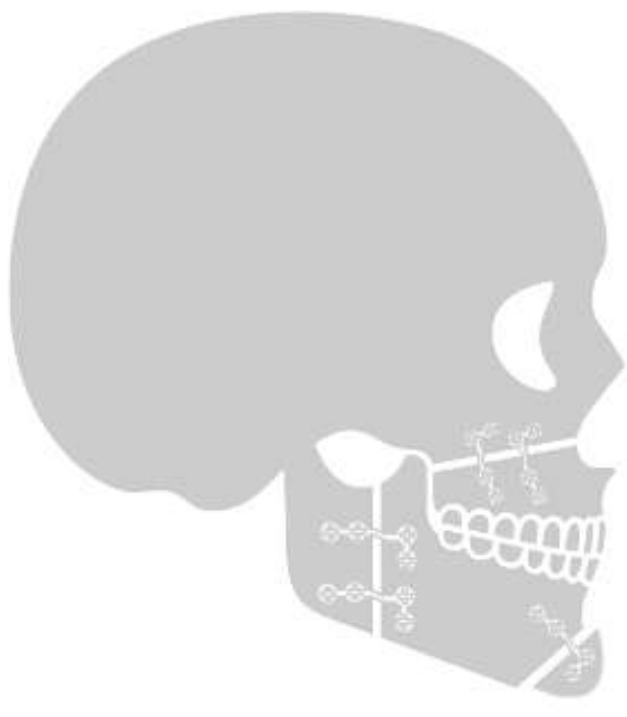
Mobilite yok

Radyolusensi yok

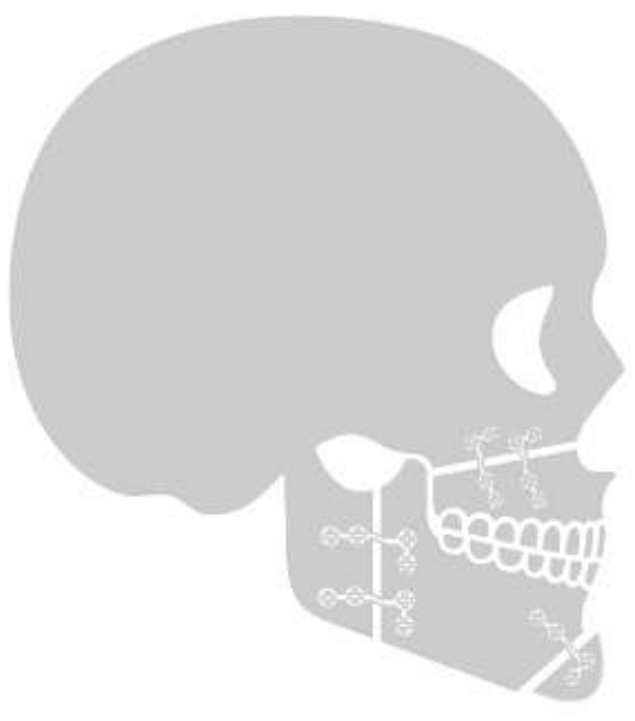
**İlk yıl ortalama 1,5mm ortalama sonra yıllık 0,2 mm'den az
kemik kaybı**

Enfeksiyon, parestezi yok

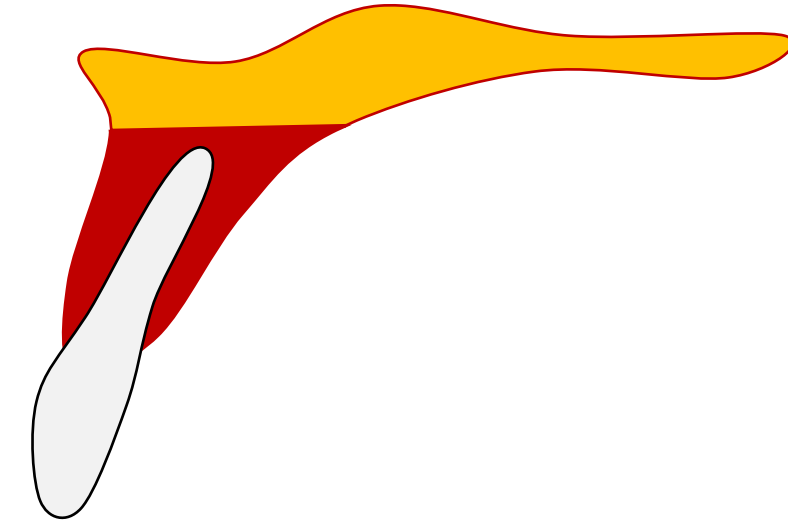
Anatomik yapılara zarar yok



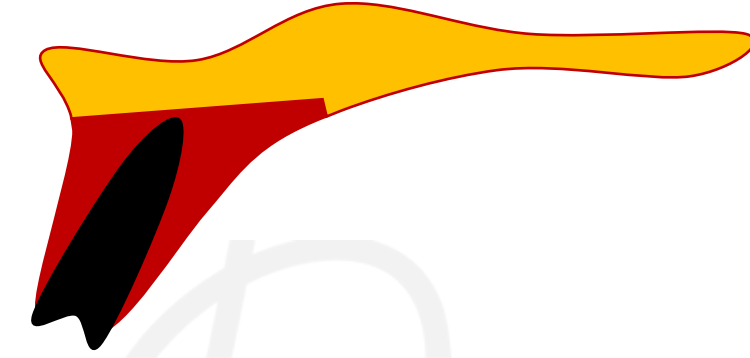
İmplant Yerleştirme Bölgesi	Minimum Entegrasyon Süresi
Mandibula — anterior	3 ay
Mandibula — posterior	4 ay
Maksilla — anterior	6 ay
Maksilla — posterior	6 ay
Kemik grefti ile desteklenmiş bölge	6–9 ay



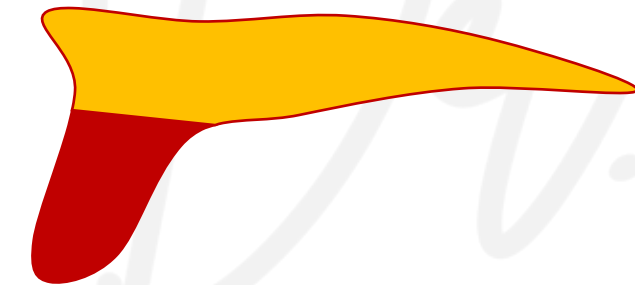
C
A
W
O
O
D



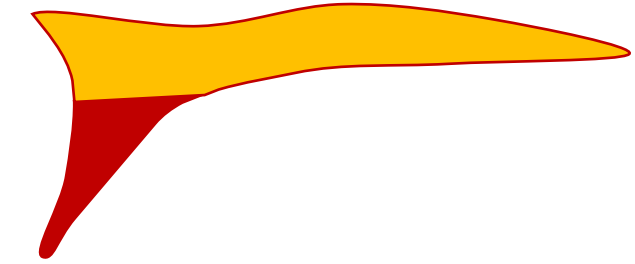
1 → DİŞLİ KRET



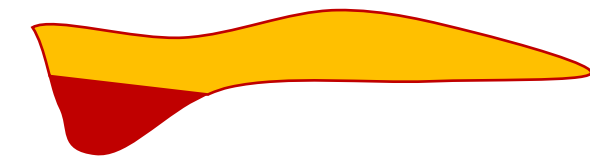
2 → ÇEKİM SONRASI KRET



3 → YÜKSEKLİK ✓ , GENİŞLİK ✓



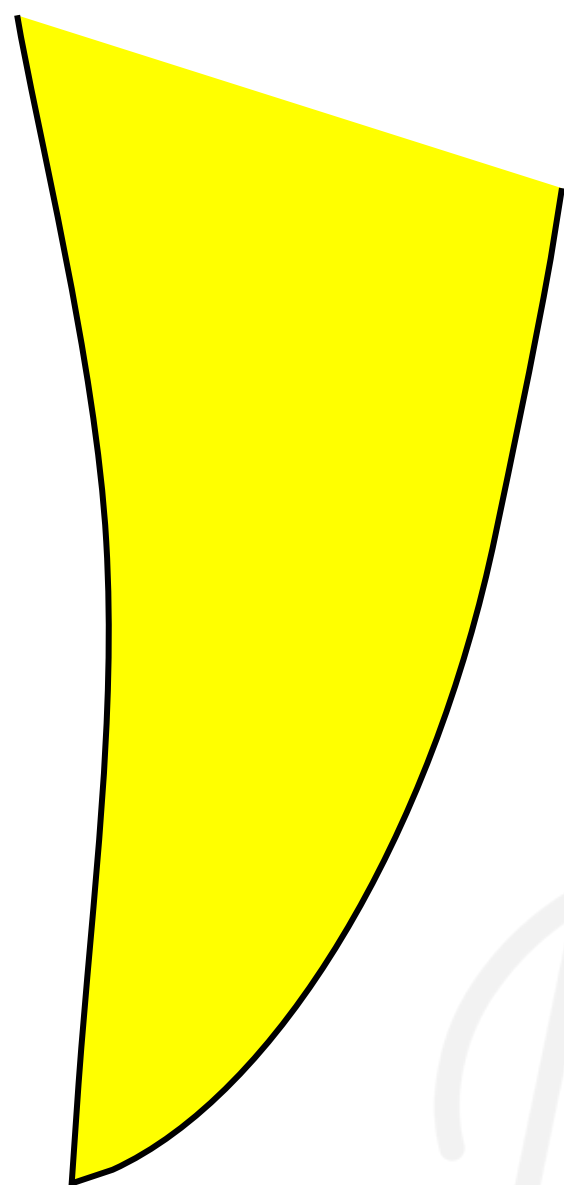
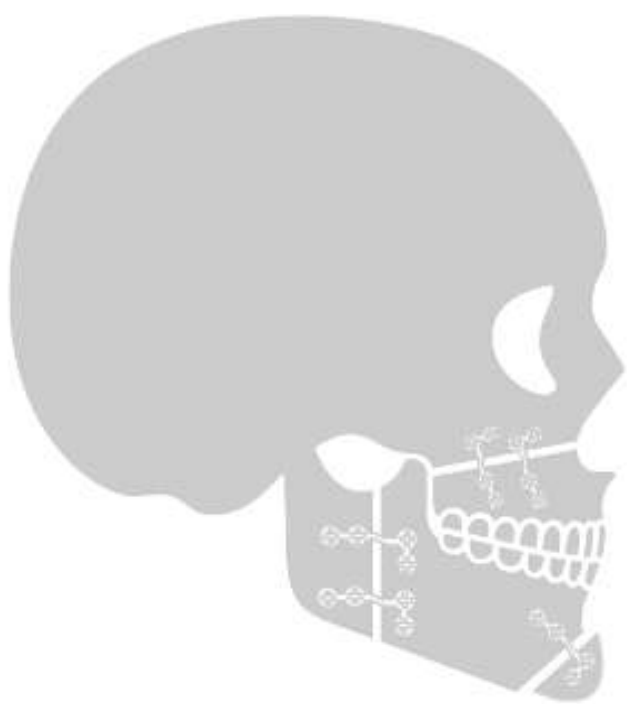
4 → YÜKSEKLİK ✓ , GENİŞLİK ✗



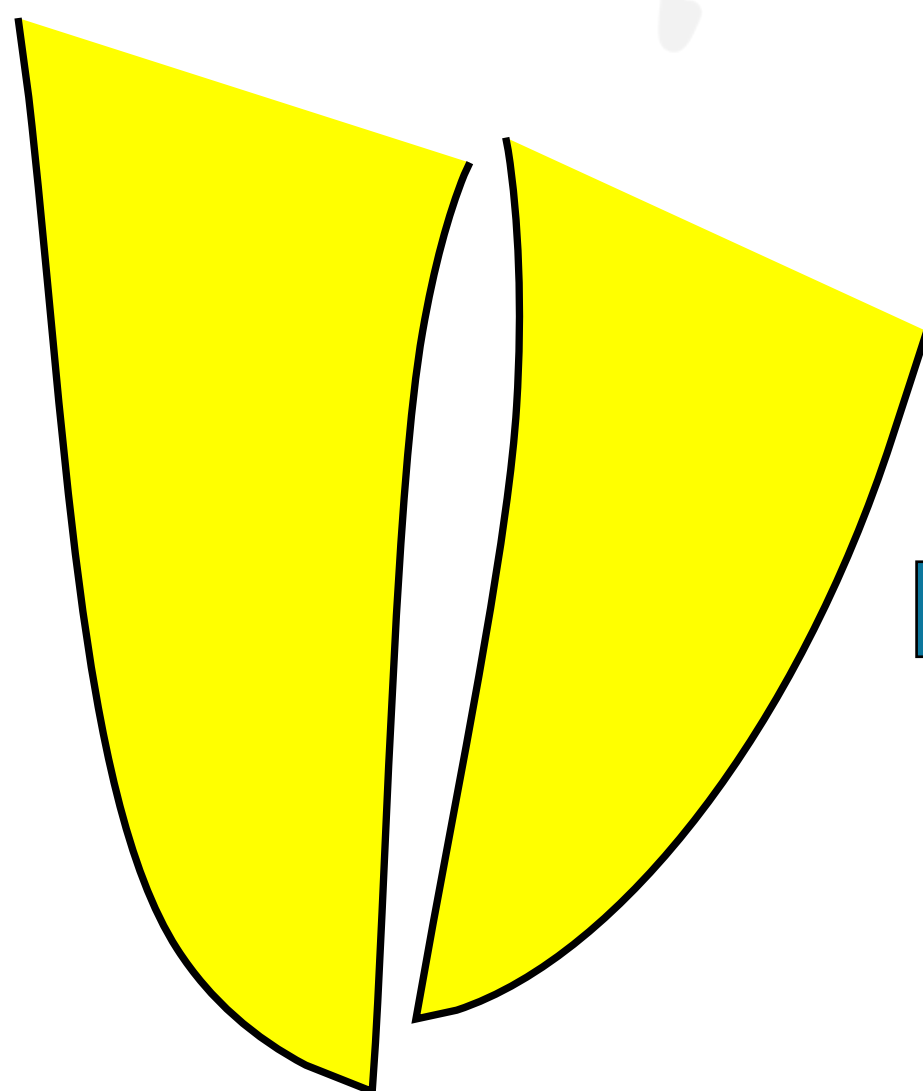
5 → ALVEOL KEMİK KAYBI, DÜZ KRET



6 → BAZAL KEMİK KAYBI

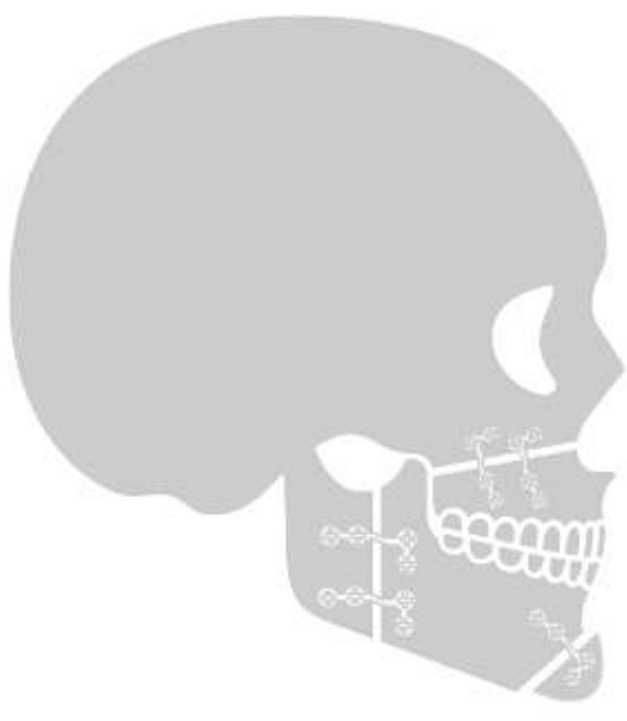


dean



obvvegeser

Dr. Mengütaş

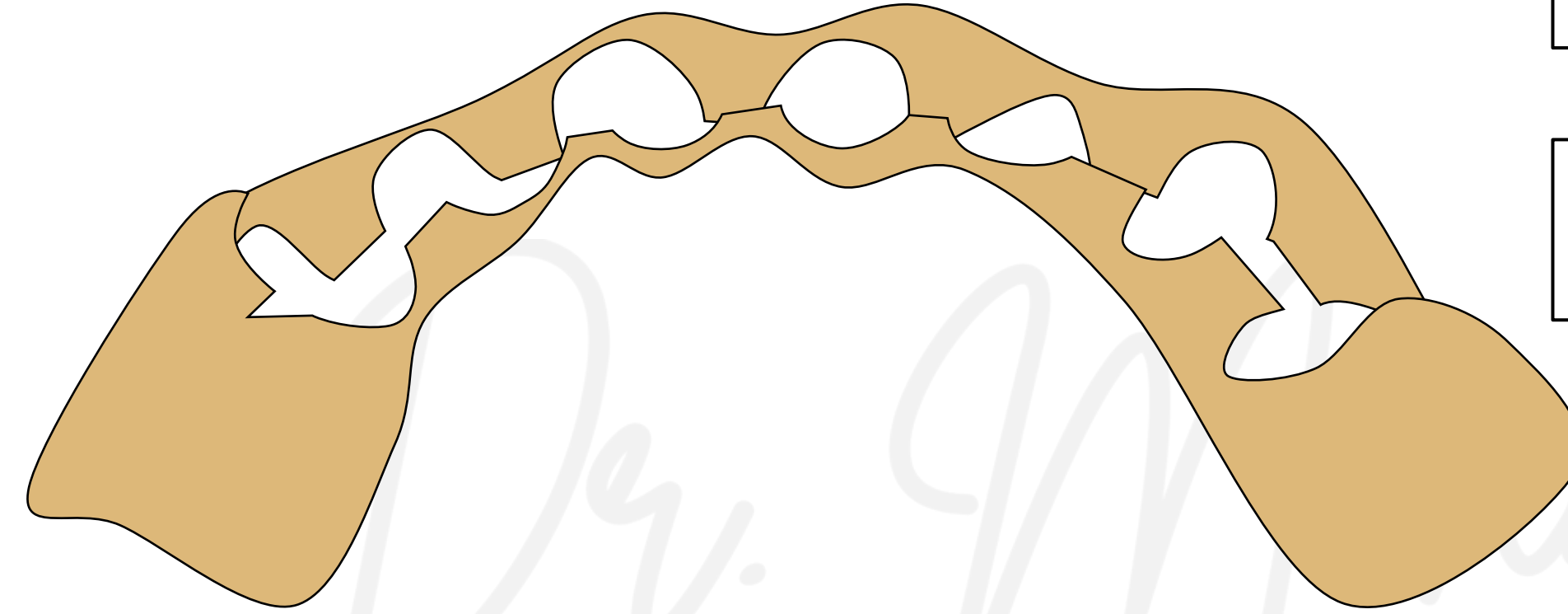


İnterseptal kemiğin kaldırılması

Flep kaldırılmaz

Periost zedelenmez

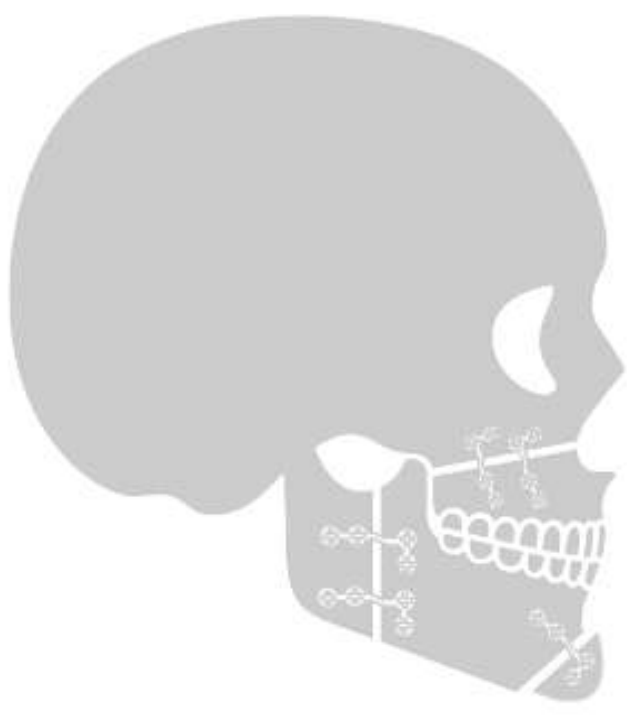
Beslenme bozulmaz



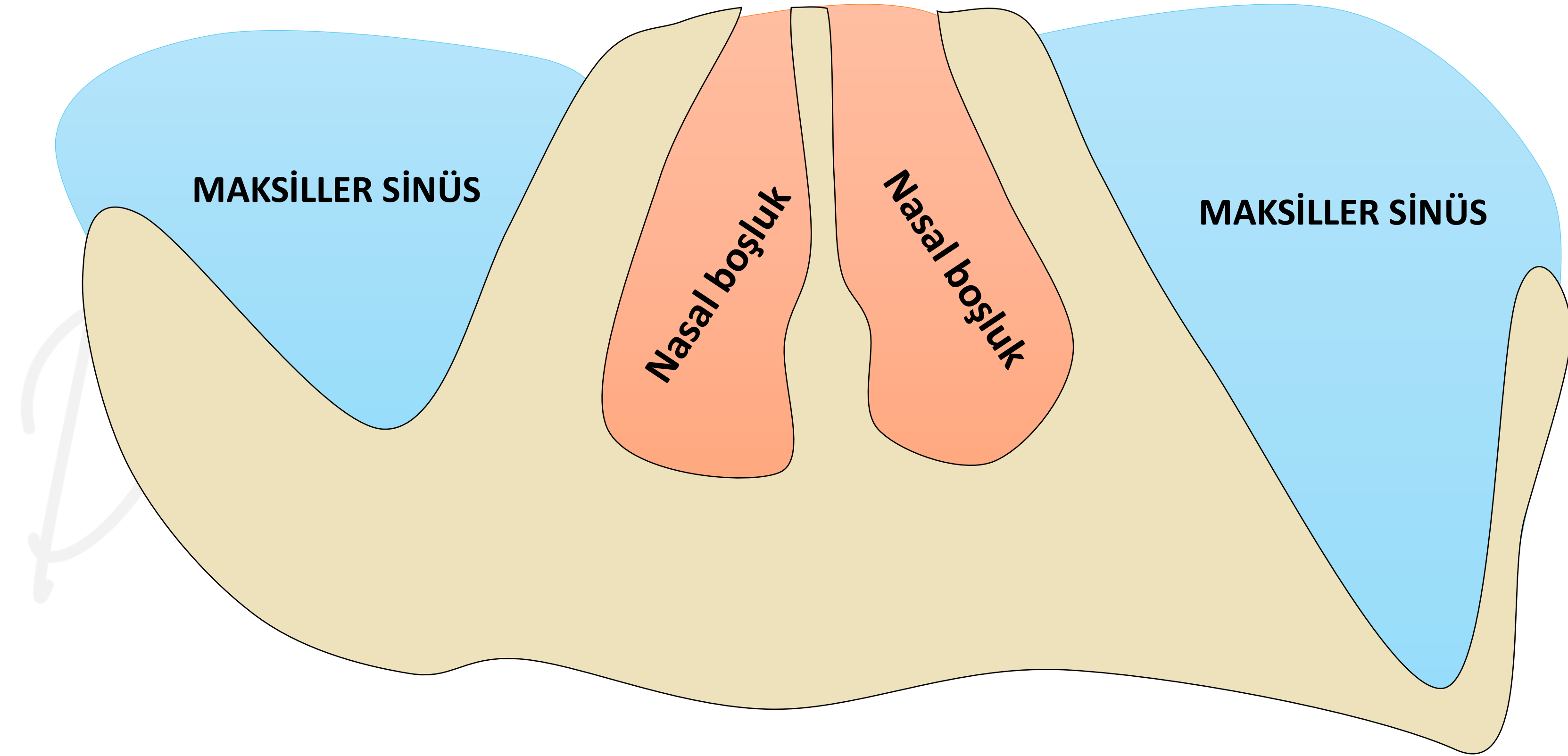
Kret yüksekliği değişmez

Kret incelir

Endosteal büyüme potansiyeli?



Tüber redüksiyonu

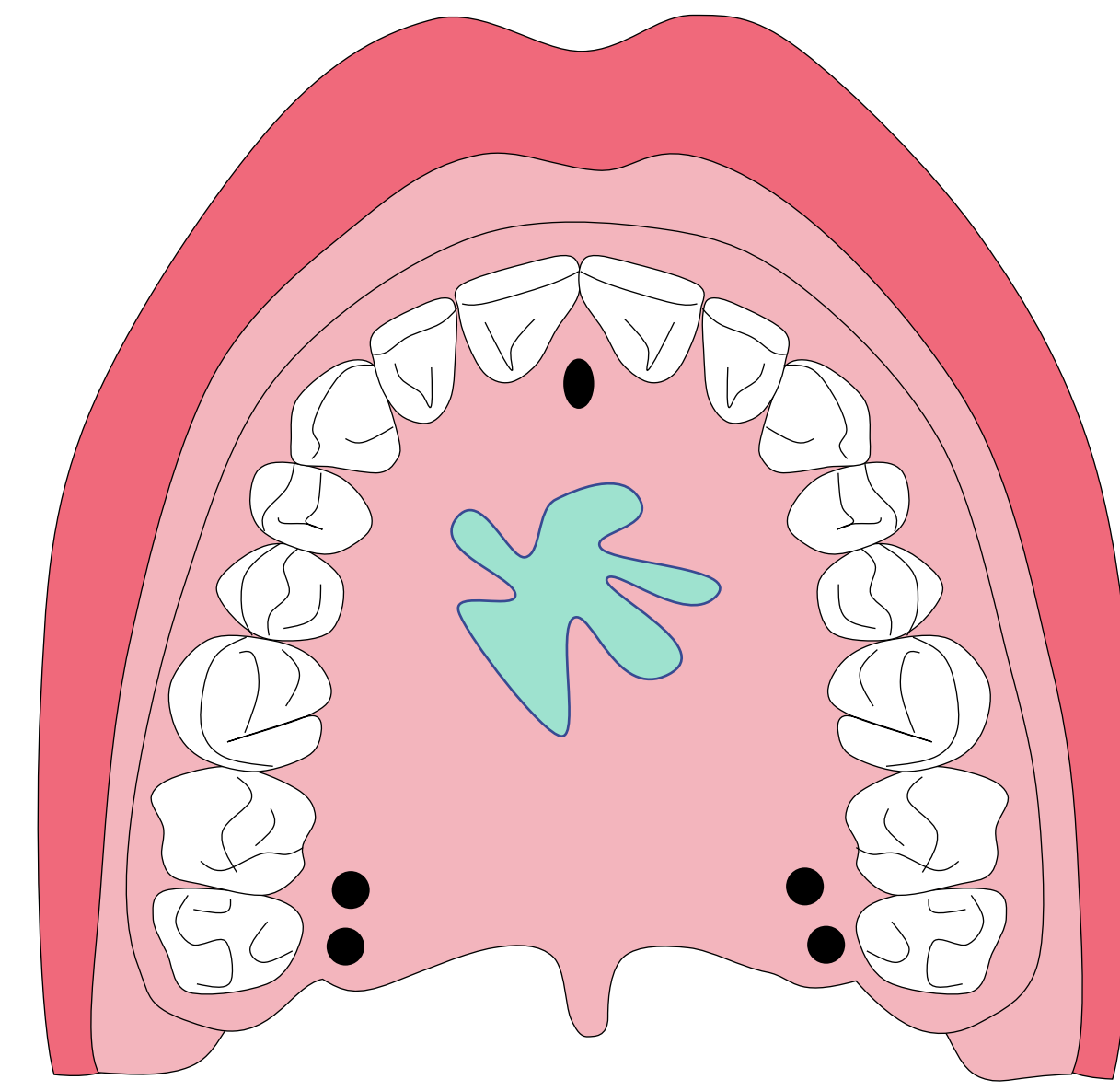
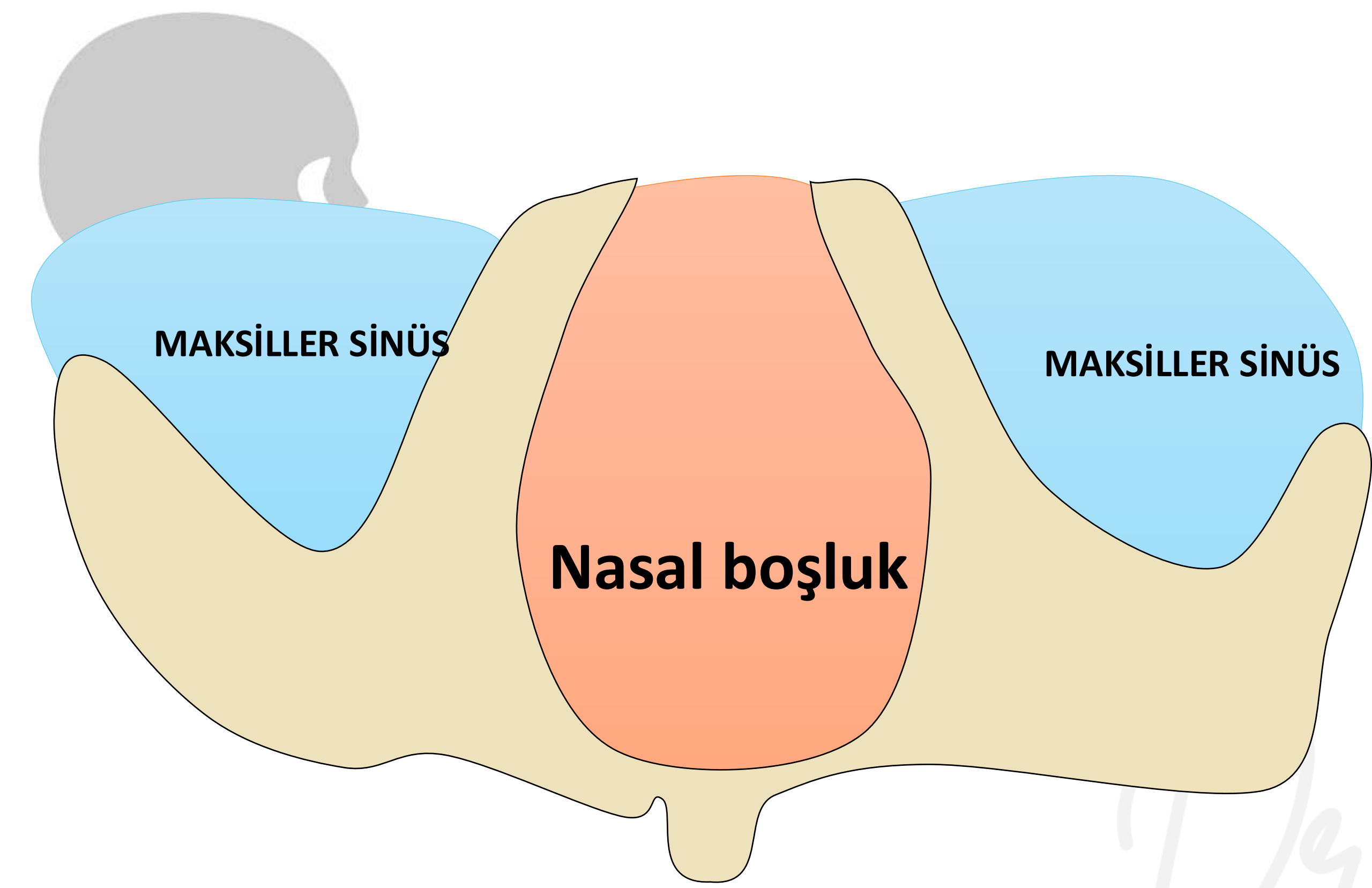


Küçük perforasyonlar tedavi gerektirmez.

Büyük perforasyonlar

Antibiyotik

Dekonjestan



Kadın>erkek , **oluşum kökeni belirsiz**

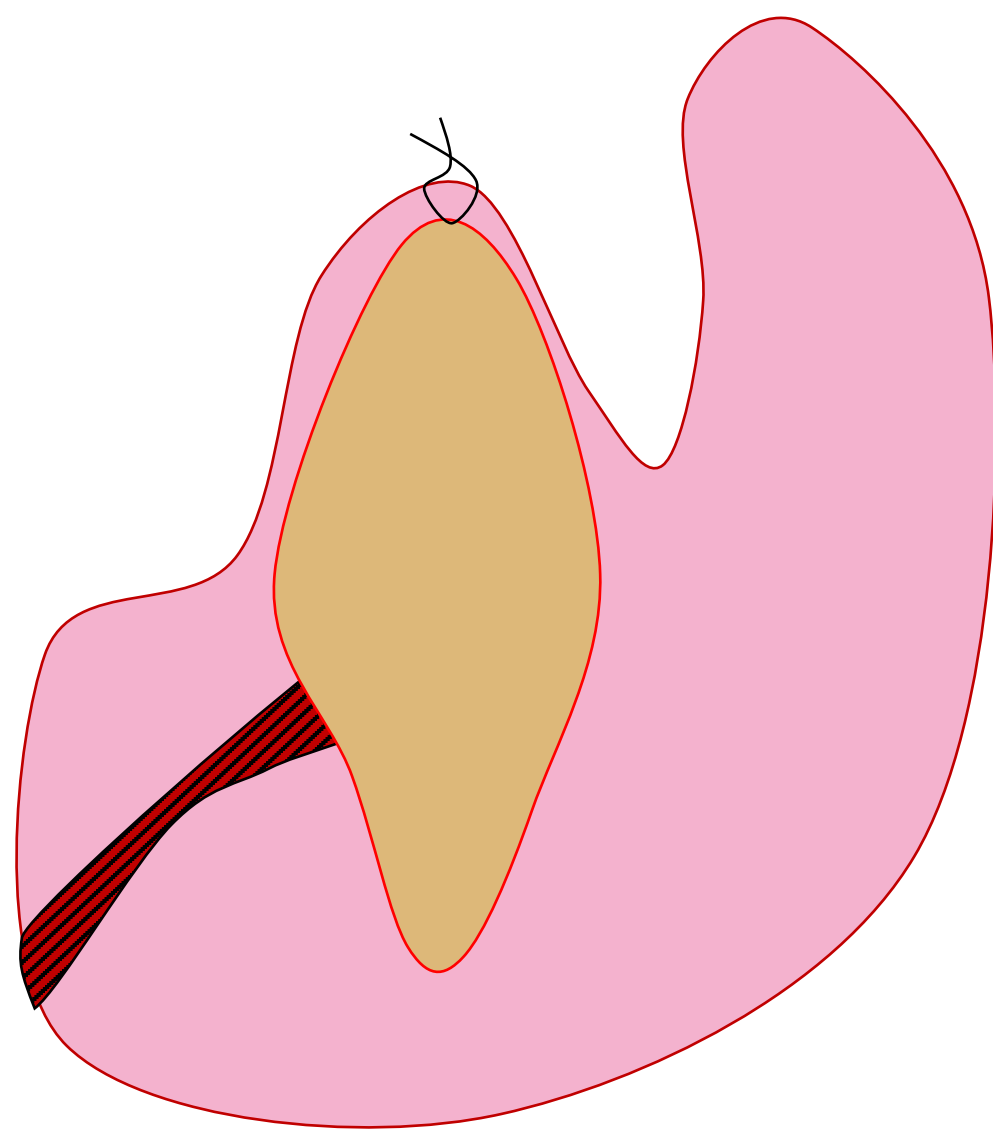
maksilla orta hatta

Bilateral Greater(büyük) palatin blok ve insiziv blok

Nazal kavite perforasyonu görülebilir.

Çift Y veya U şeklinde insizyon

Palatal plak > Ölü boşluk oluşmasını engeller .



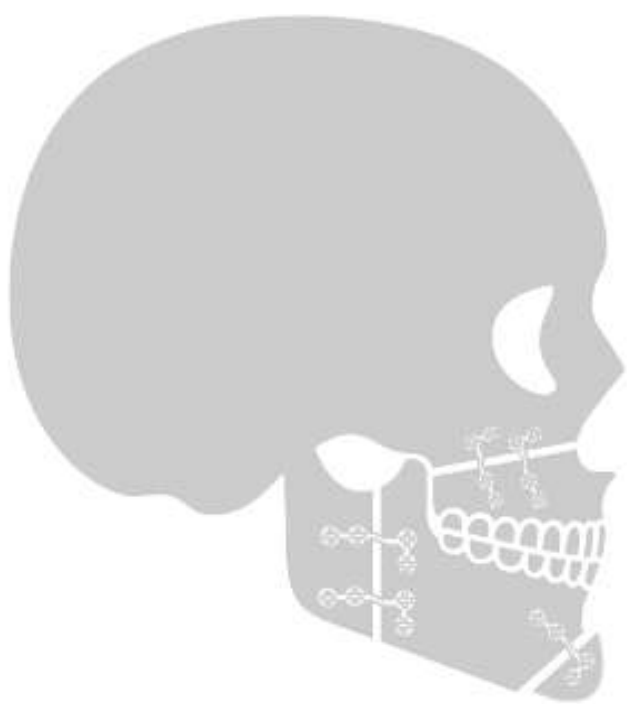
Kadın = erkek

Bilateral mandibular lingual tarafta

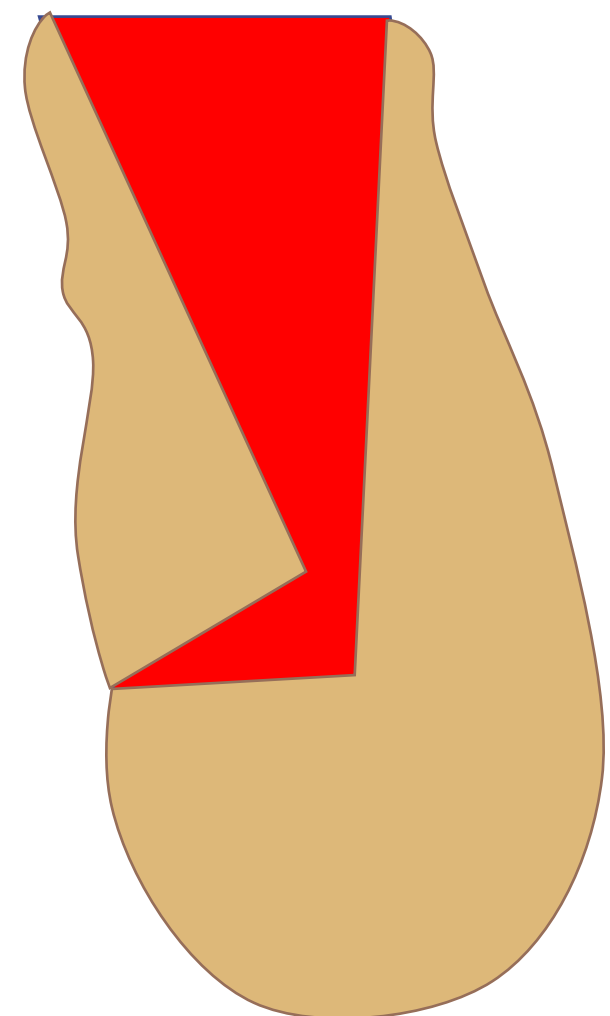
Bilateral inferior alveolar blok ve lingual blok

Orta hatta periostun korunması

→ hematomu ↓ , vestibüler derinliği korur.

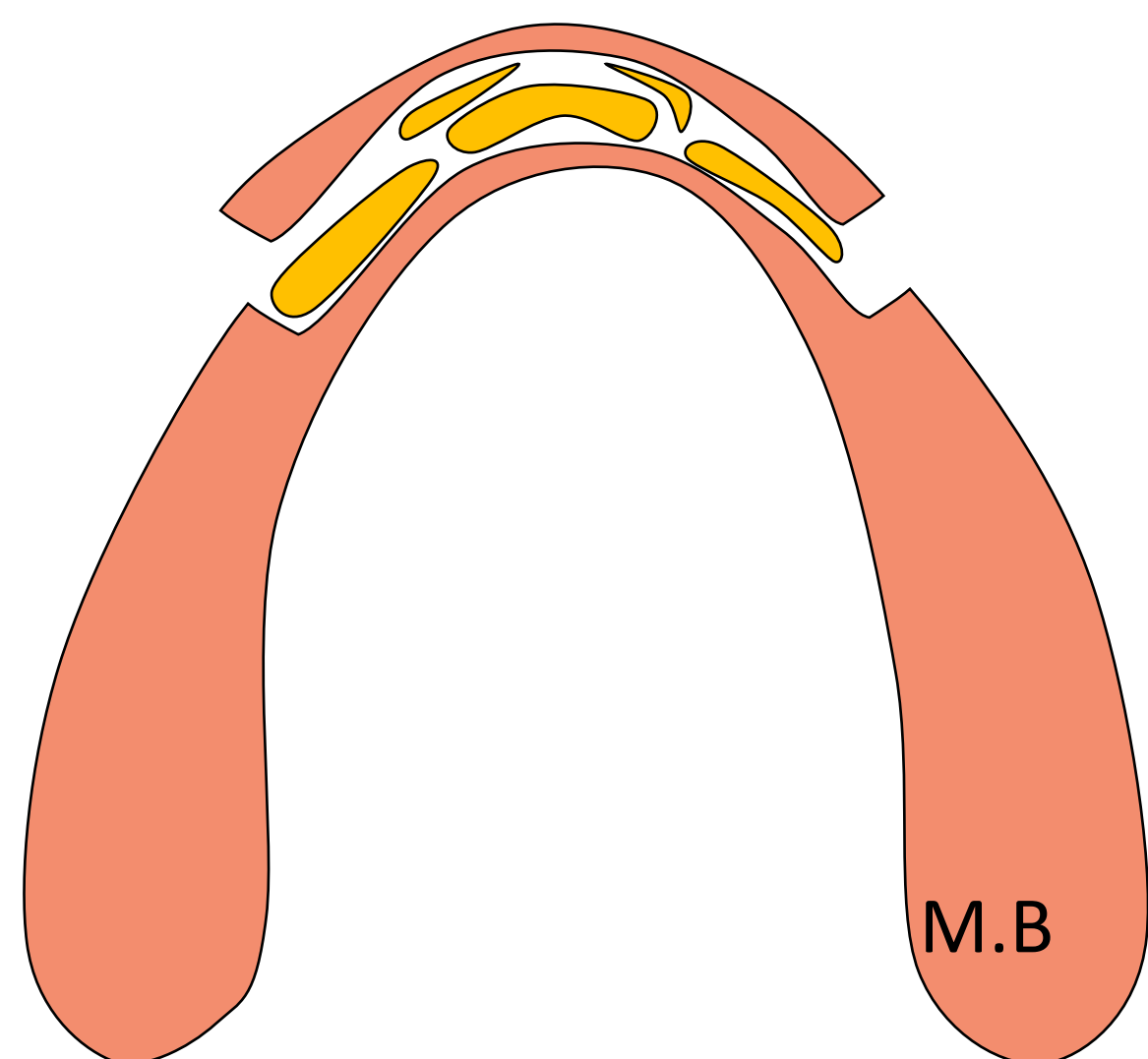


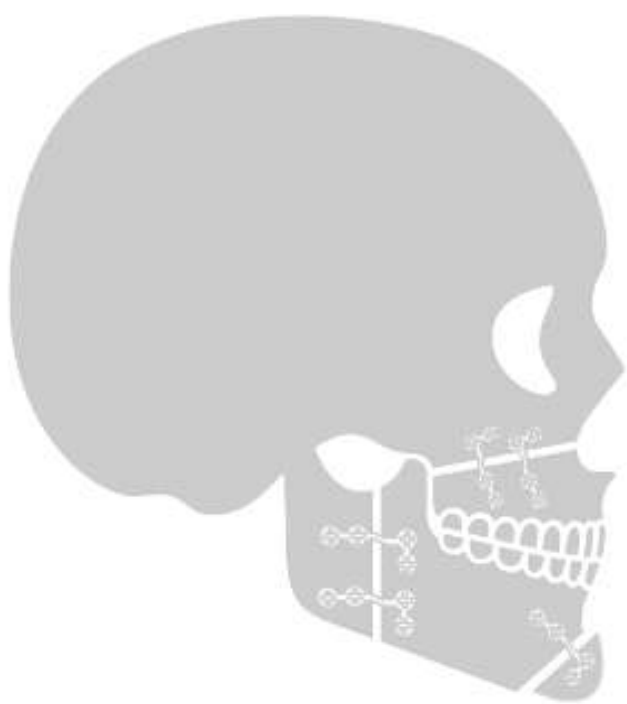
Kret Split Osteoplasti



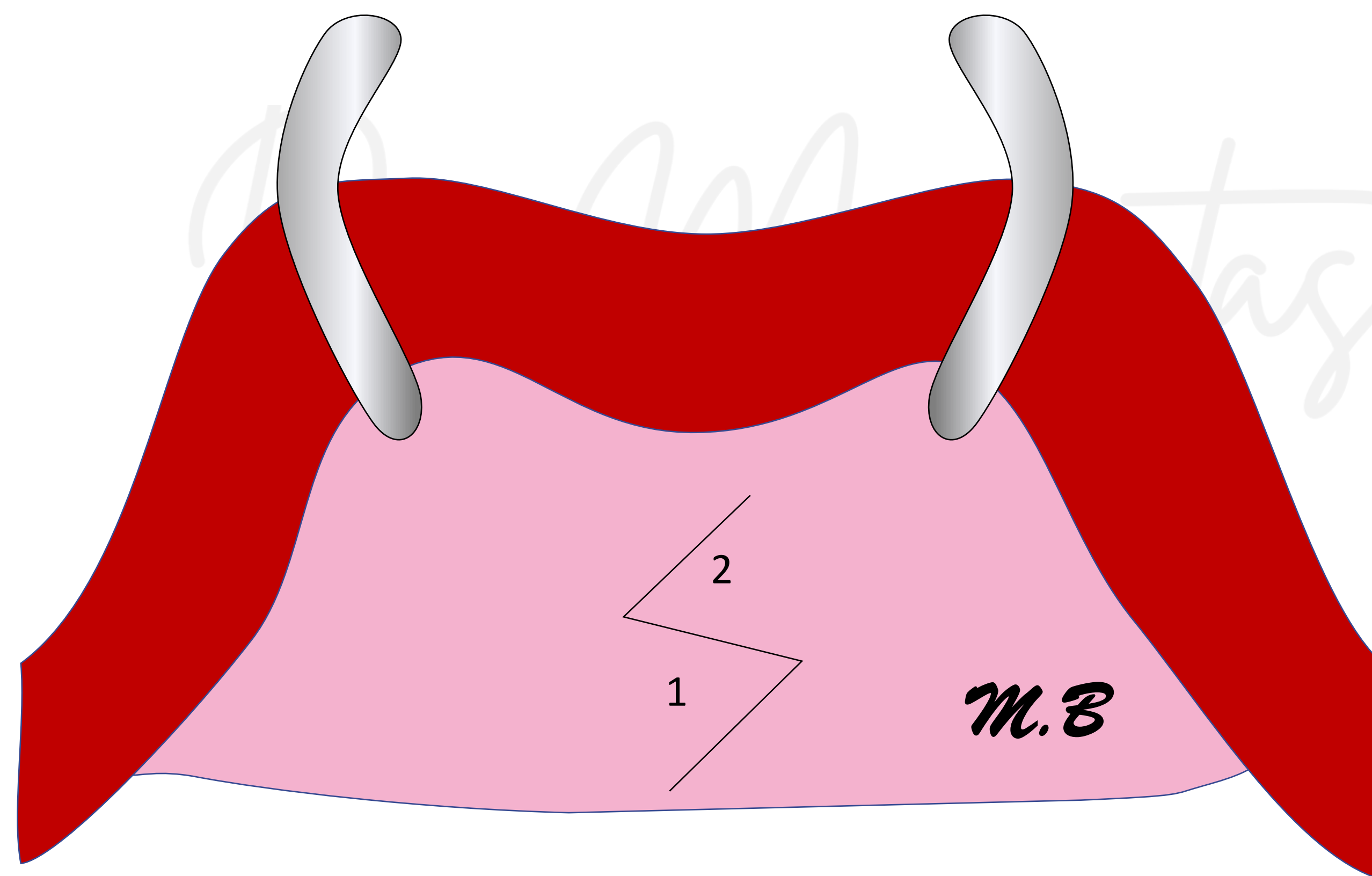
Labial segment mobilize edilir.

Dr. Mengütaş

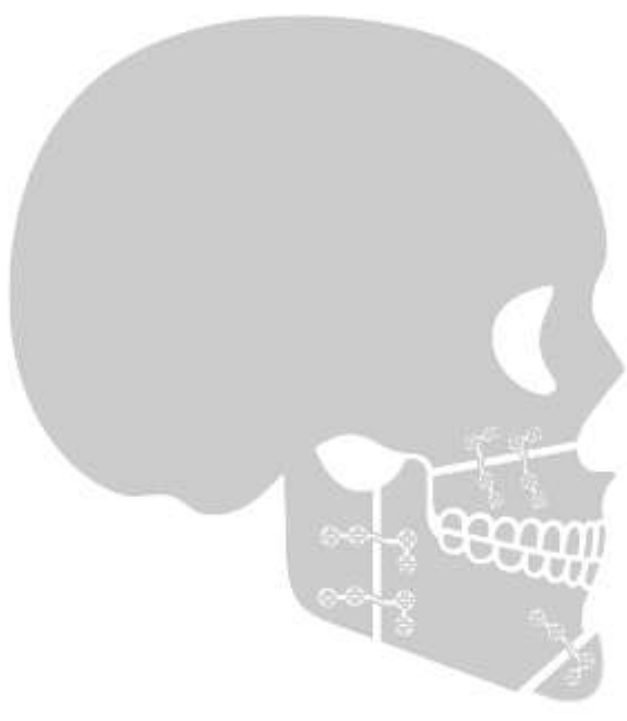




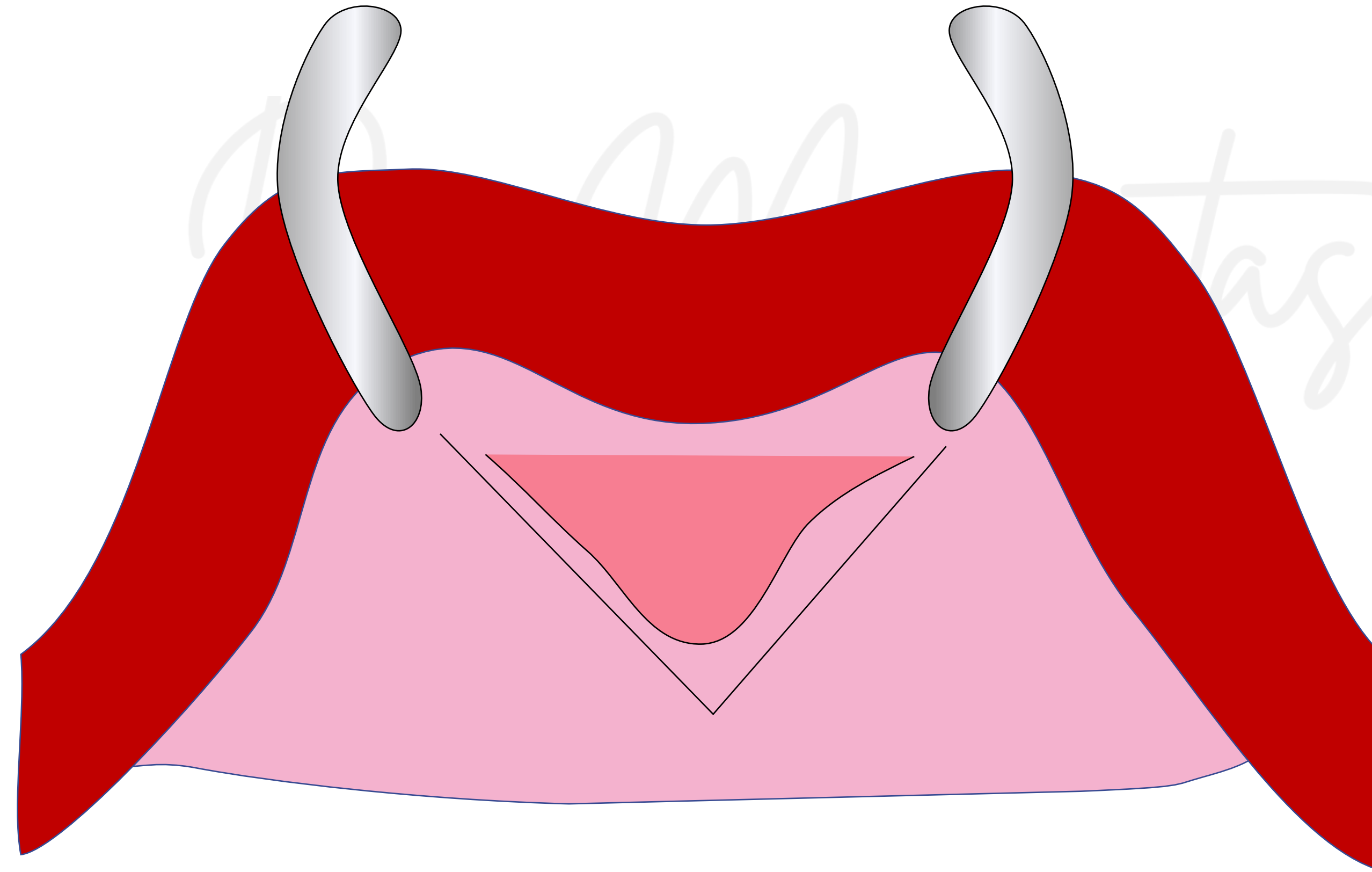
Z plasti



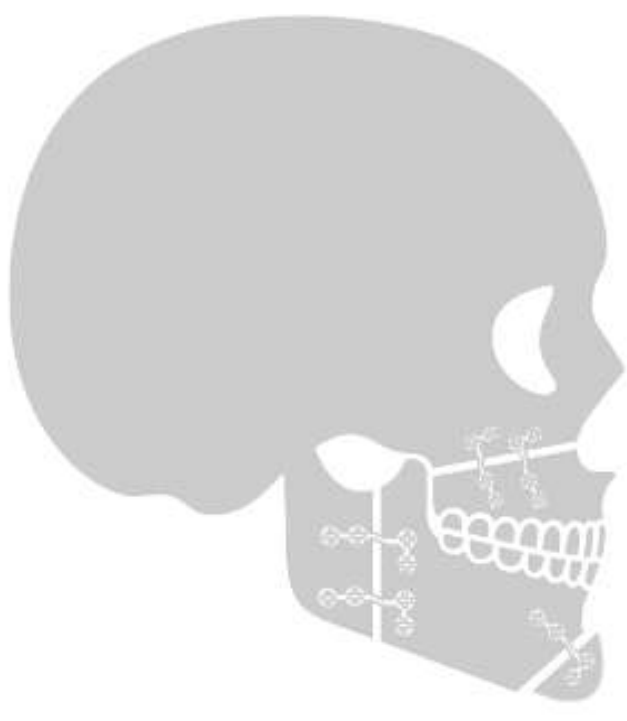
Vestibüler derinliği ↑



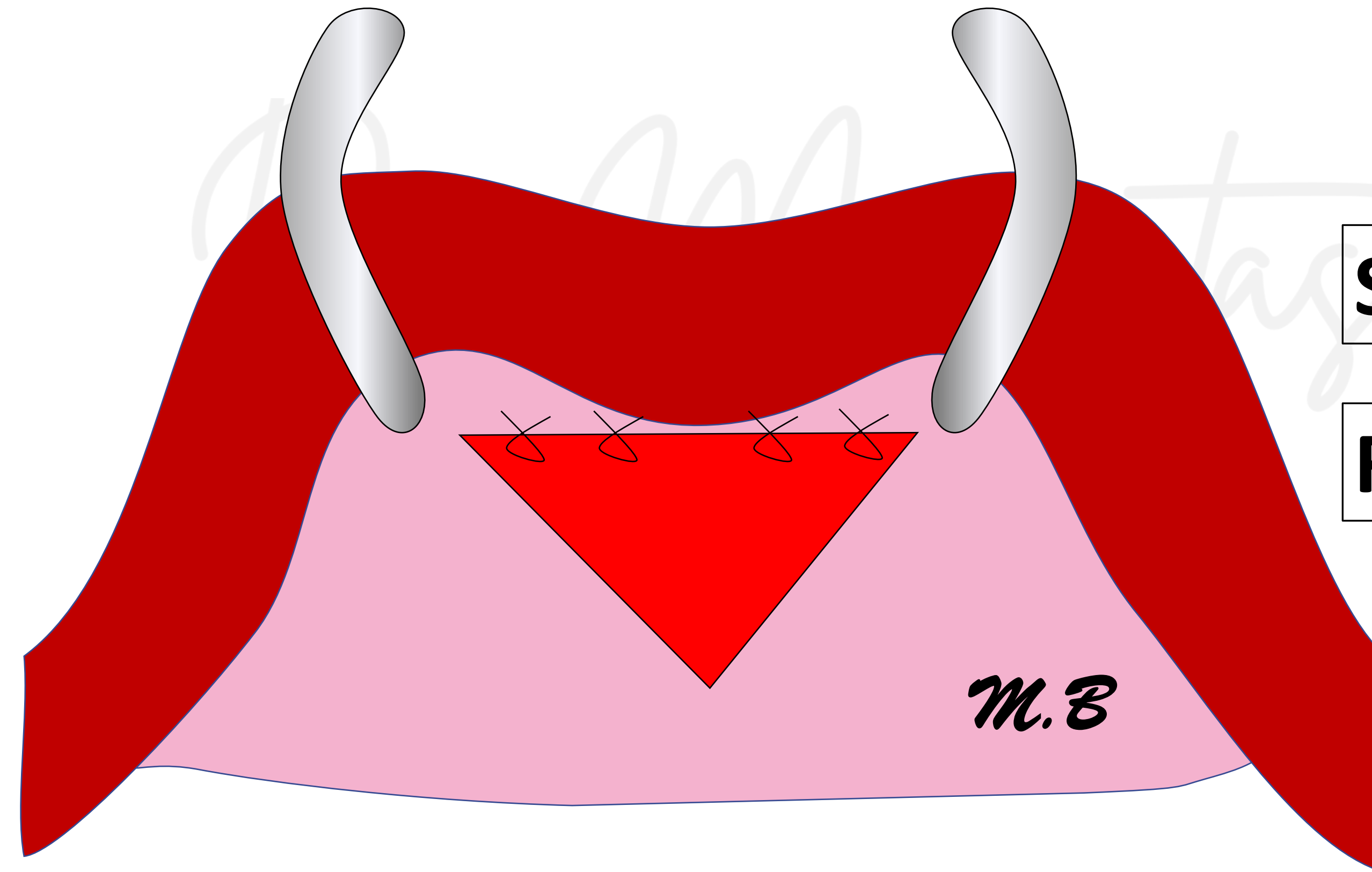
Lokalizasyon vestibüloplastisi



Geniş tabanlı frenulum

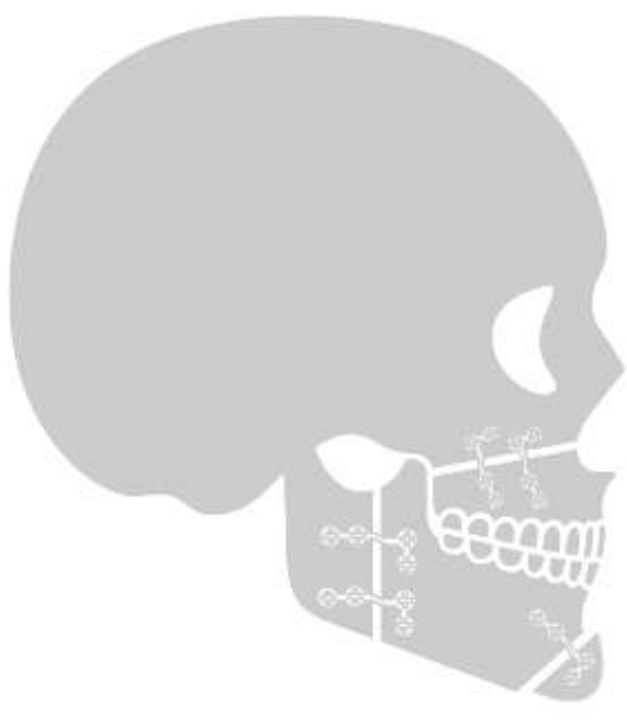


Lokalizere vestibüloplasti



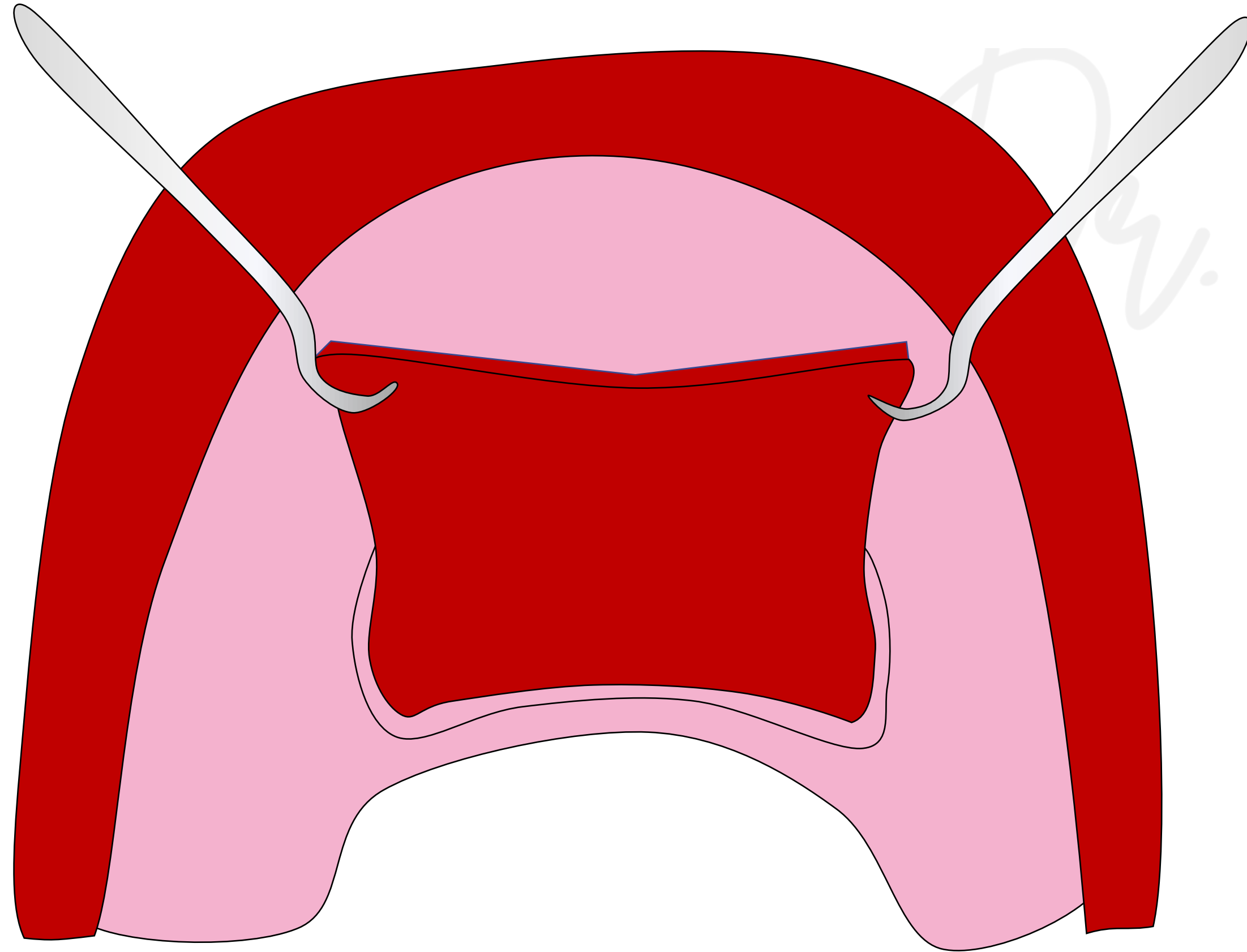
Sekonder iyileşme

Frenektomi + vestibüloplasti



Maksiller Vestibüloplasti

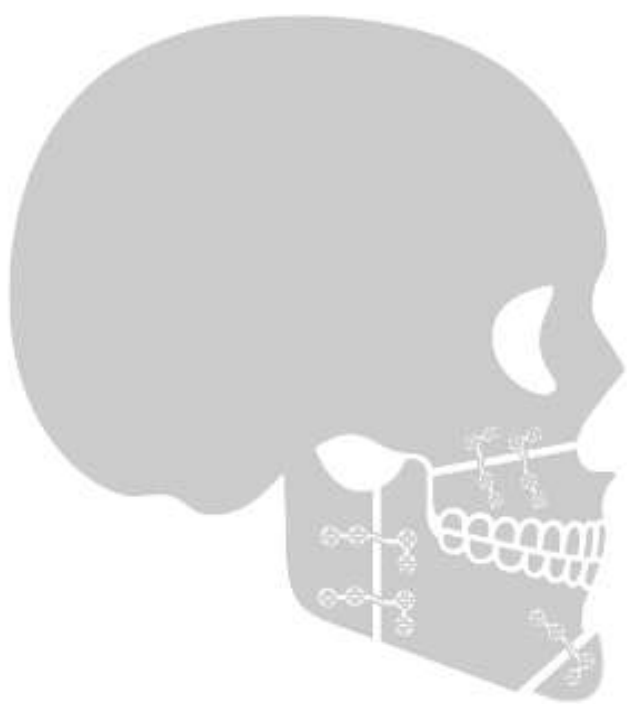
Yeterli mukoza yoksa uygulanır.



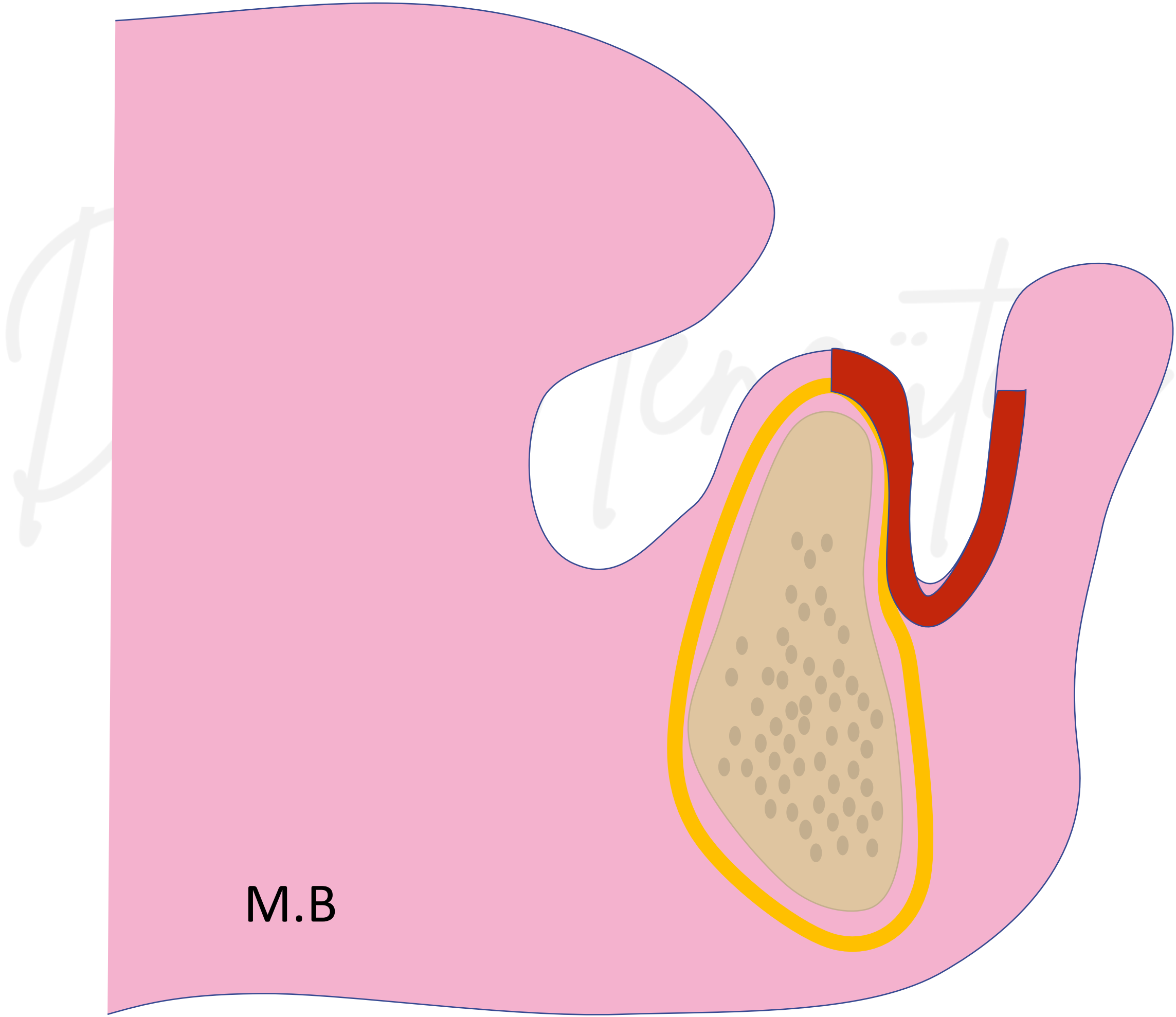
Sekonder iyileşme

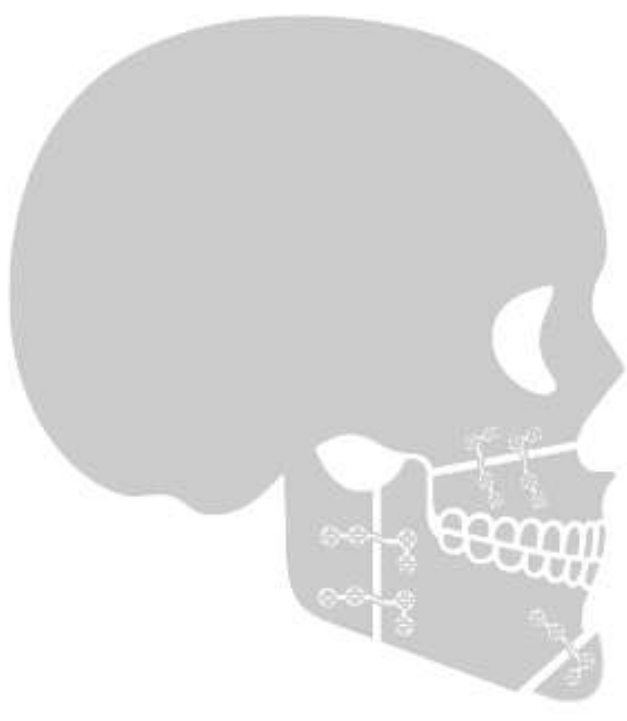
Deri grefti iyileşmeyi ↑

Geçici protez kullanılması doku adaptasyonunu ↑

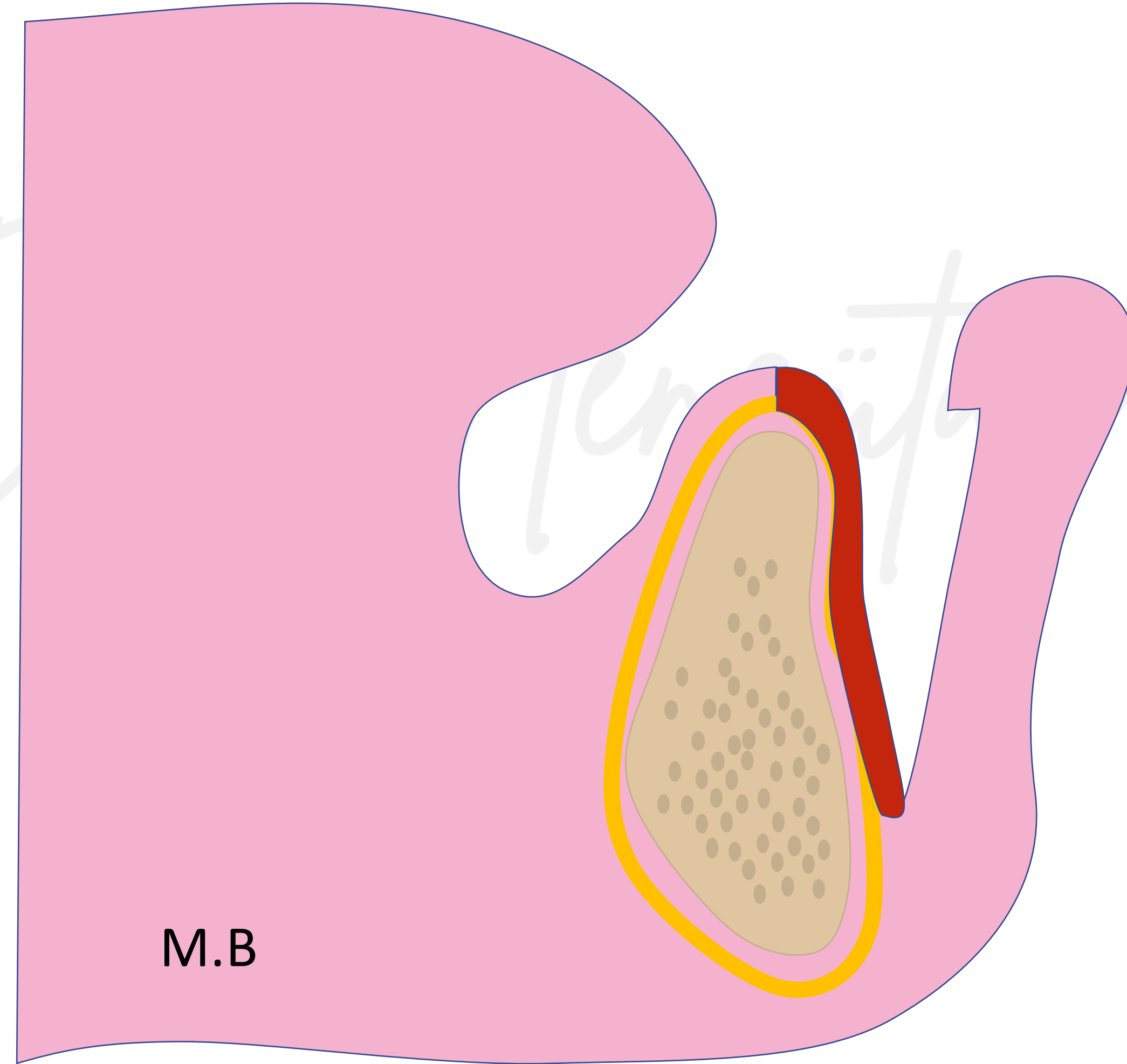


Kazanjian

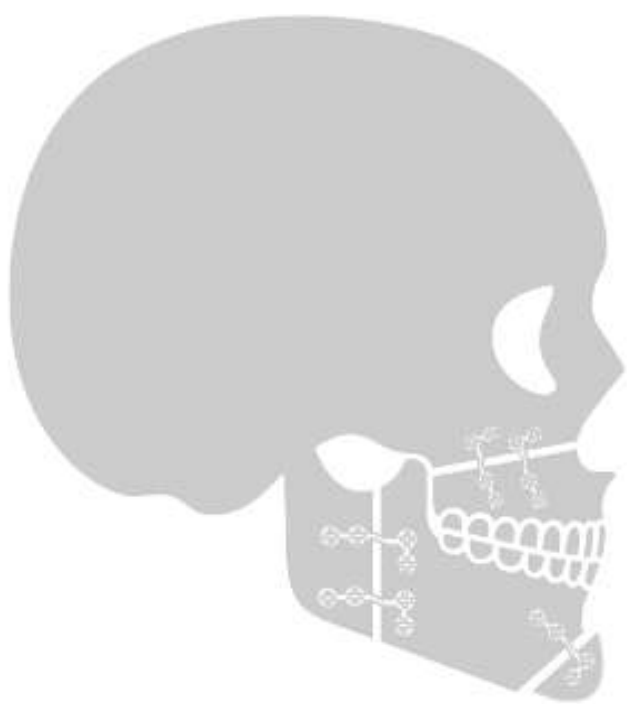




Kazanjian



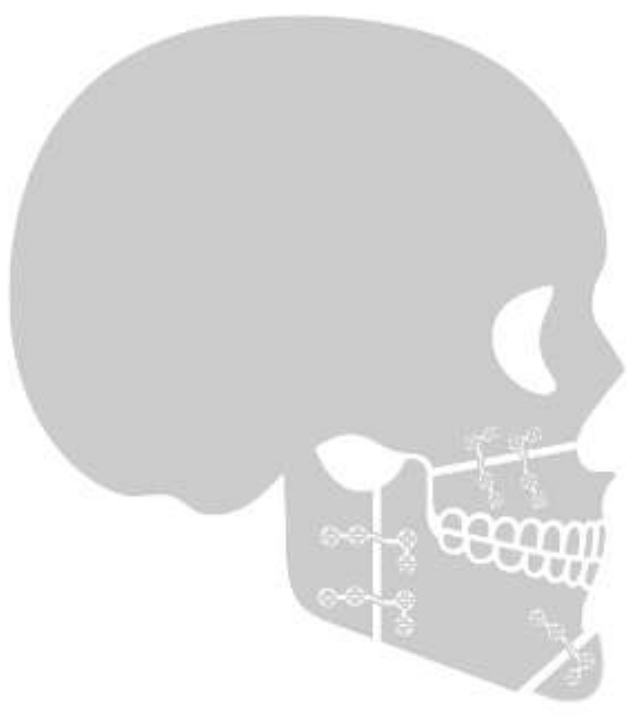
Dudak **sekonder** iyileşmeye bırakılır.



Kazanjiyan → supraparietal

Godwin → subperiosteal

Dr. Mengütaş



Lingual Vestibüloplasti ➔ Posterior da mylohyoid bölge

Anterior da ➔ genioglossus bölgesi problem

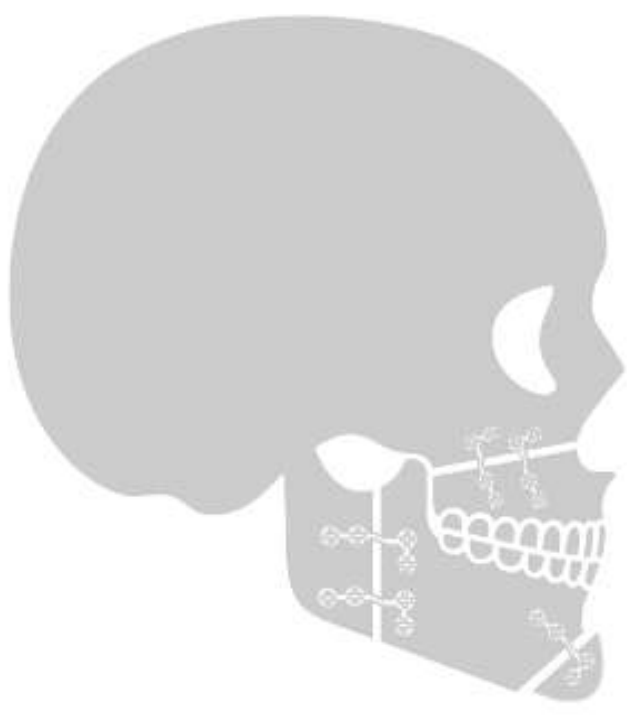
Trauner tekniği ➔ mylohyoid bölgede lingual vestibüloplasti

2.molardan - 2.molara insizyon → supraparietal diseksiyon → mylohyoid derine dikilir

Ekstraoral sütür + deri grefti

Caldwell tekniği ➔ Mylohyoid + genioglossus bölgesinde lingual vestibüloplasti

Obwegeser tekniği ➔ bukkal + lingual vestibüloplast birlikte uygulanır



MAKSİLLA

Submukozal vestibüloplasti

Maksiller "cep inley" vestibüloplastisi (Obwegeser)

Sekonder epitelizasyon prosedürü labial vestibüloplasti

- Kazanjian tekniği
- Godwin modifikasyonu
- Clark tekniği
- Obwegeser modifikasyonu

Doku/alloplastik greft vestibüloplastisi

Palatal/bukkal mukoza, deri, alloplastik materyaller–kollajen tabakası vb.

MANDİBULA

Submukozal vestibüloplasti

Sekonder epitelizasyon prosedürü labial vestibüloplasti

- Lip switch tekniği
- Kazanjian tekniği
- Godwin modifikasyonu
- Clark tekniği
- Obwegeser modifikasyonu

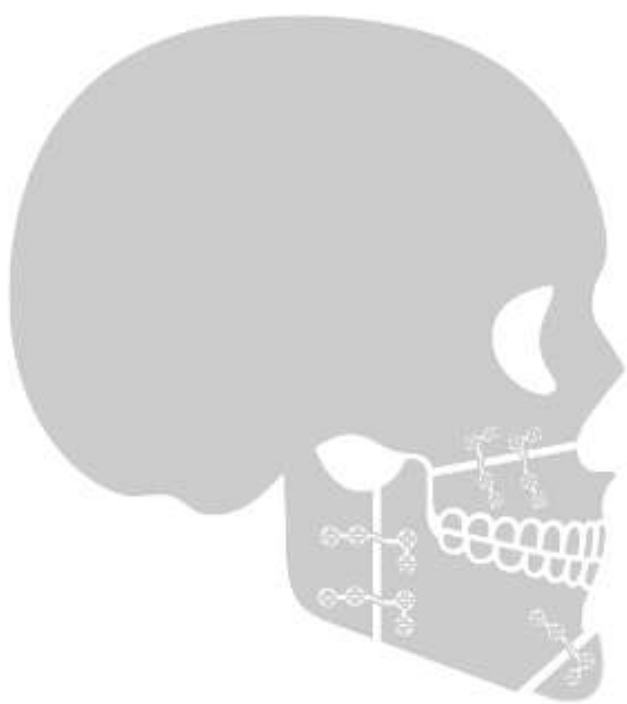
Lingual vestibüloplasti

- Trauner tekniği
- Caldwell tekniği
- Obwegeser tekniği

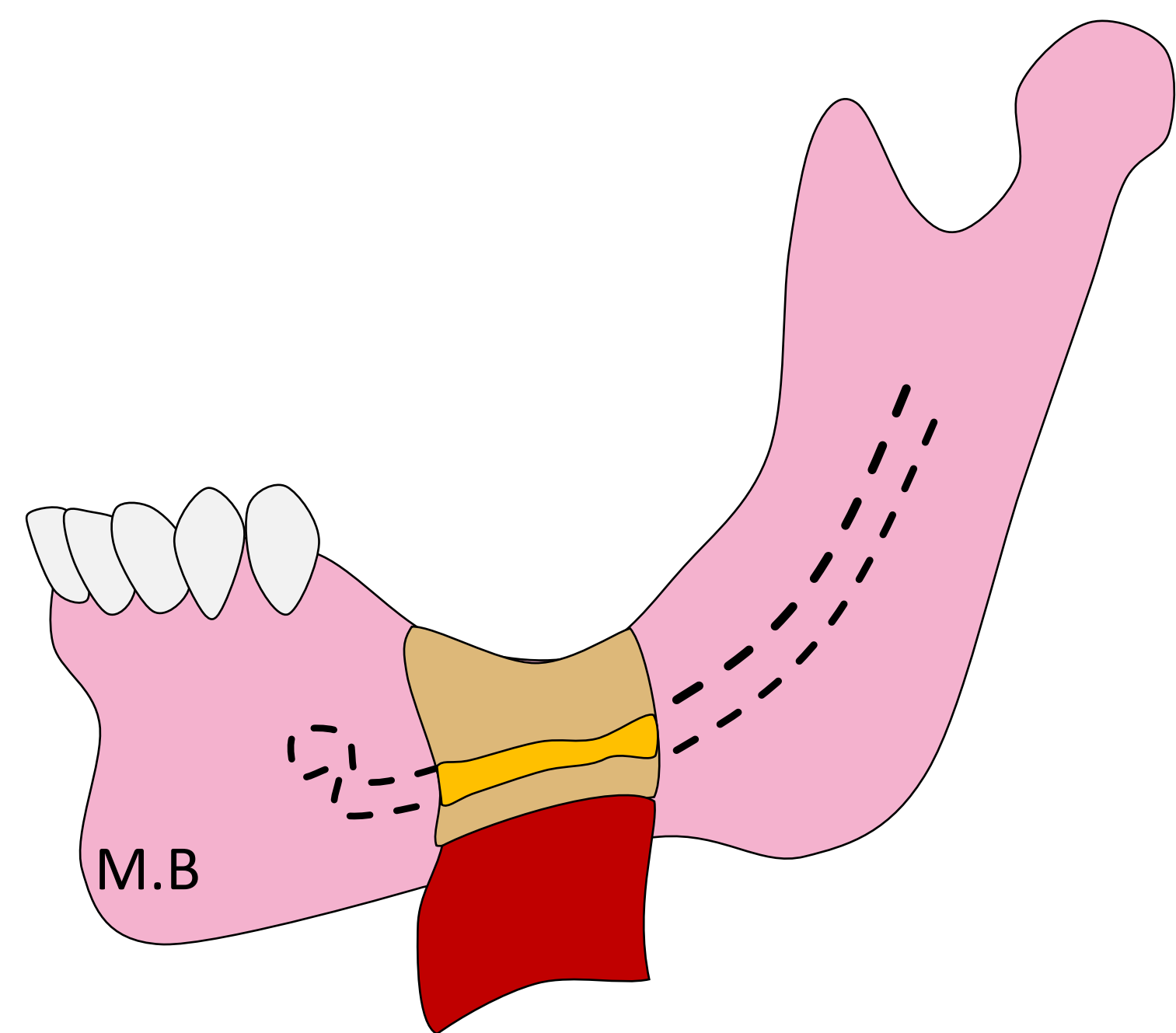
(Bukkal ve lingual vestibüloplastinin kombinasyonu)

Doku/alloplastik greft vestibüloplastisi

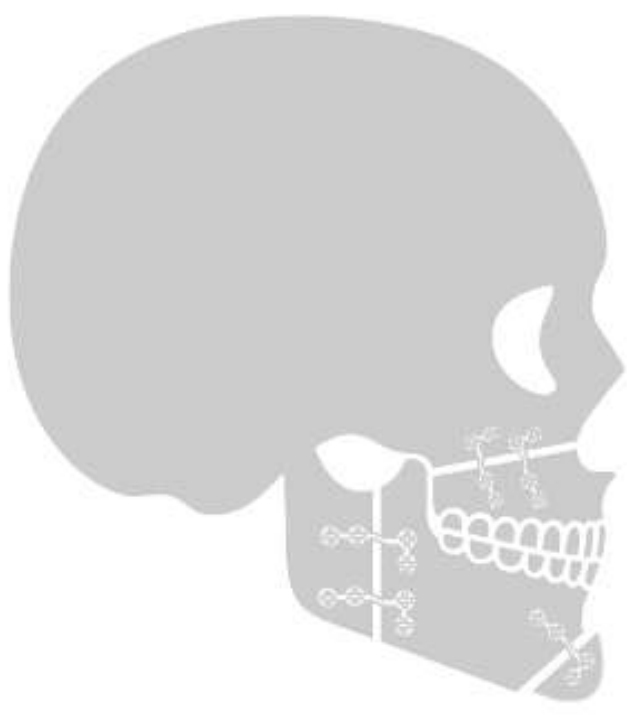
Palatal/bukkal mukoza, deri, alloplastik materyaller–kollajen tabakası vb.



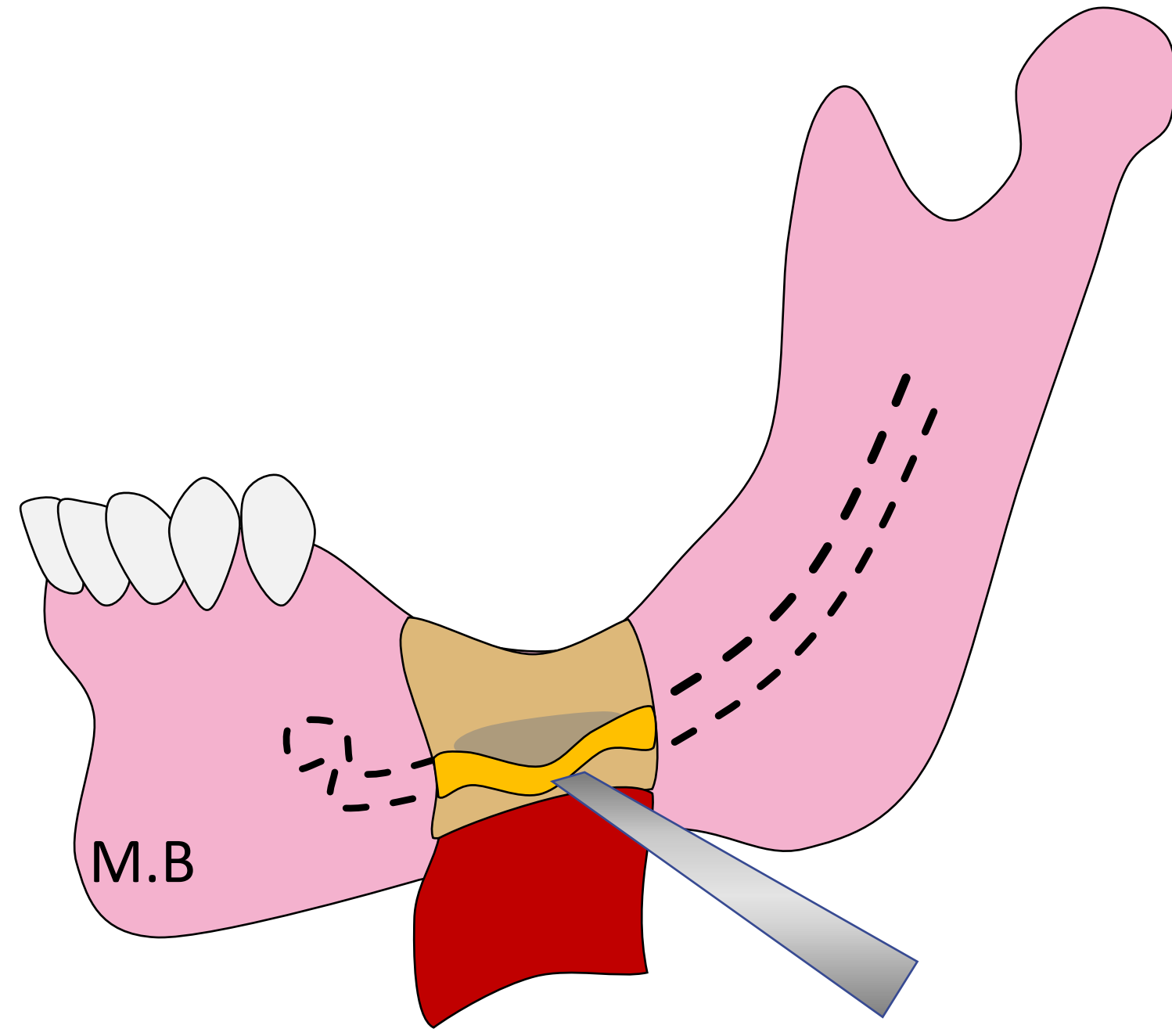
Sinir Lateralizasyonu



Dr. Mengütaş

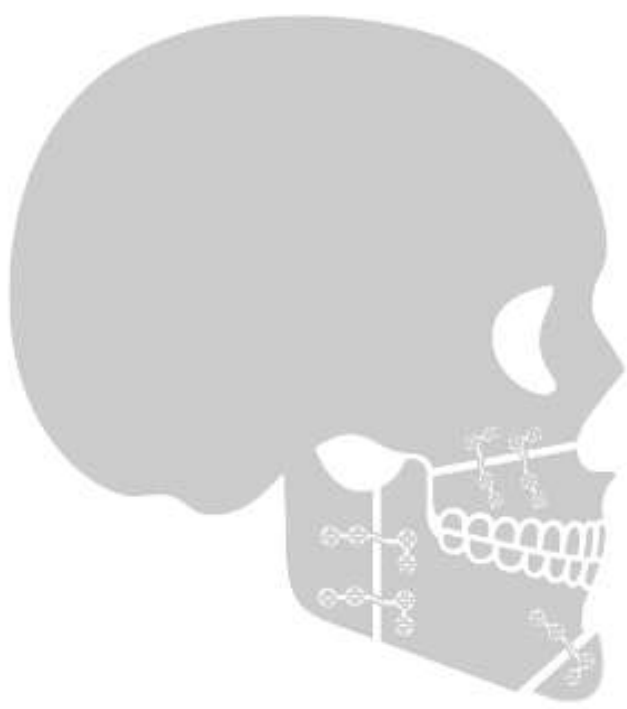


Sinir Lateralizasyonu

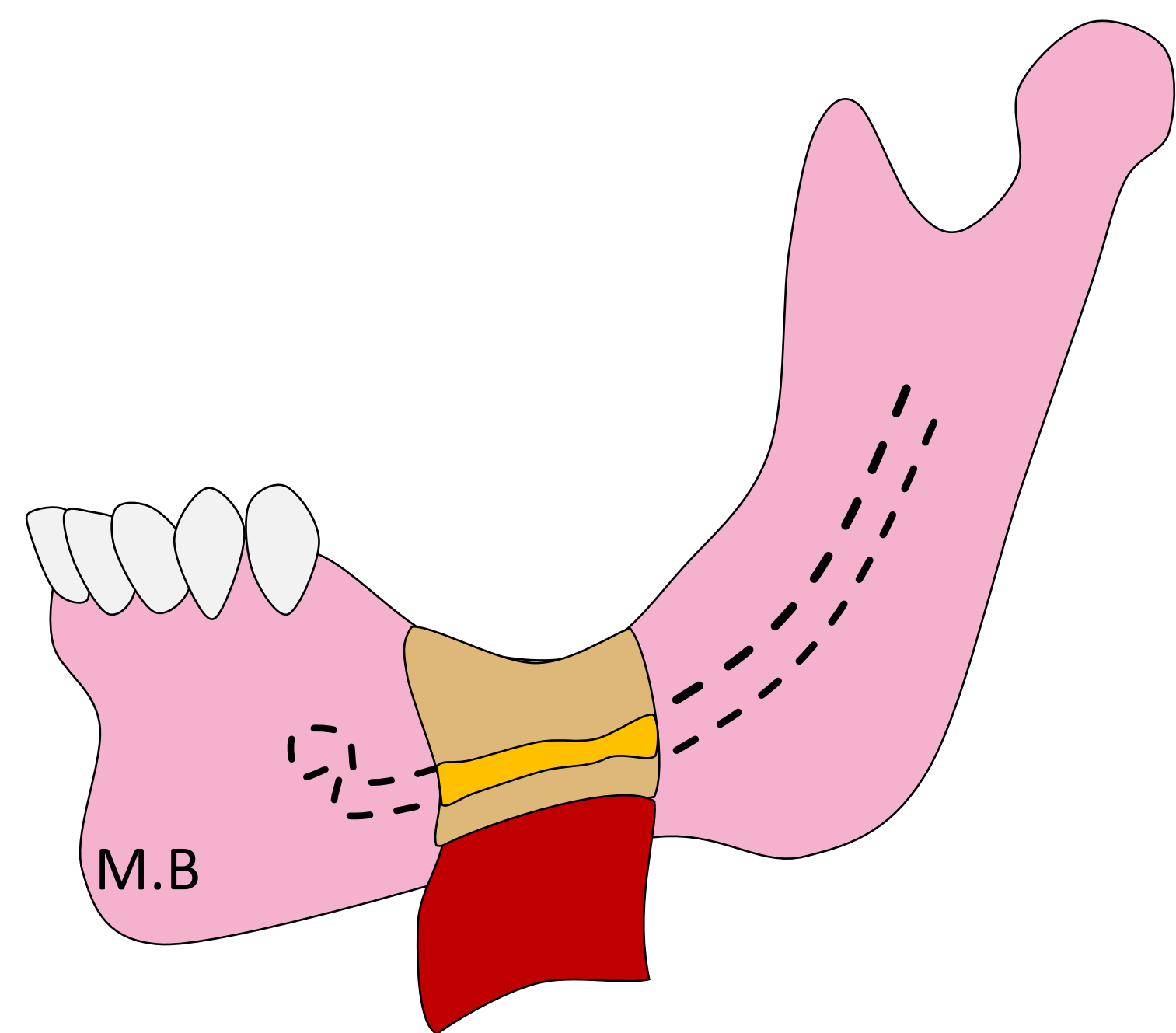


İnsiziv sinir korunur

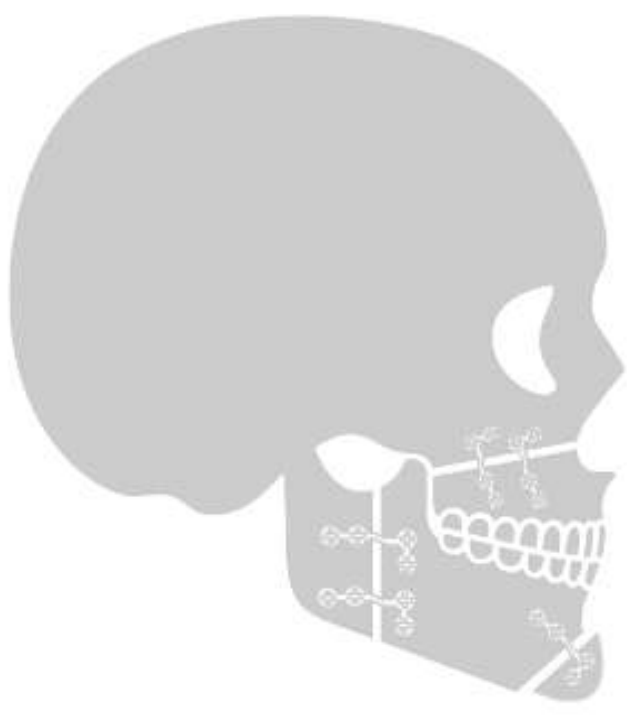
İnferior alveolar sinir laterale taşınır



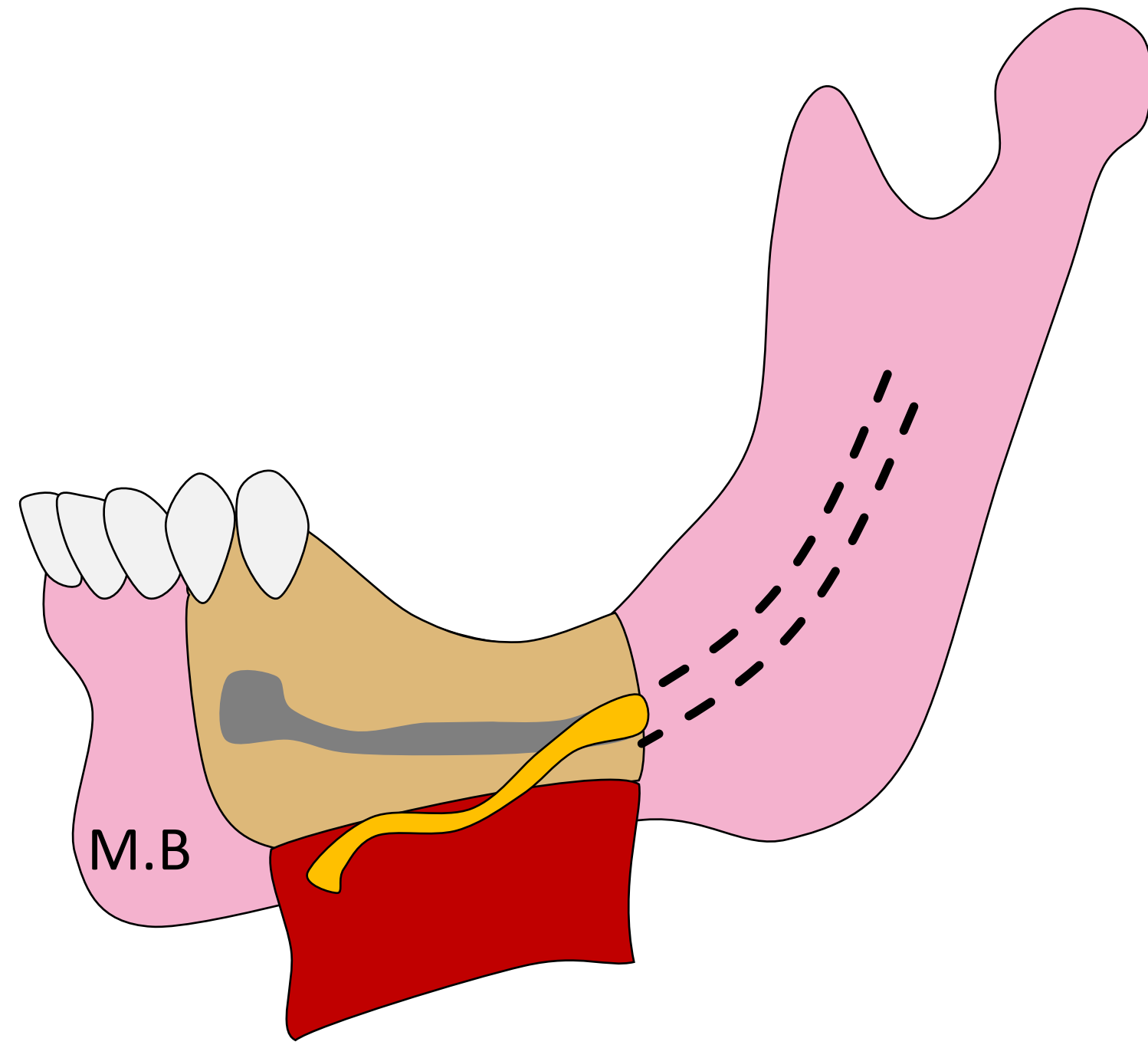
Sinir Transpozisyonu



Dr. Mengütaş



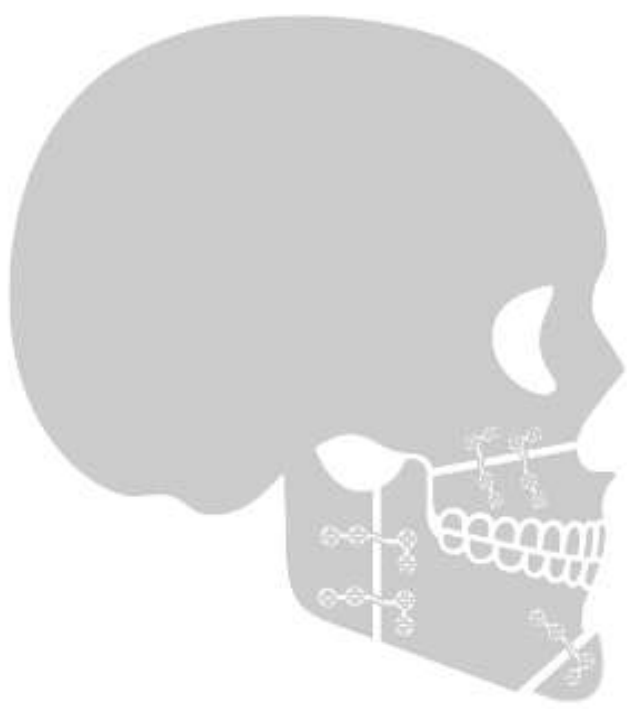
Sinir Transpozisyonu



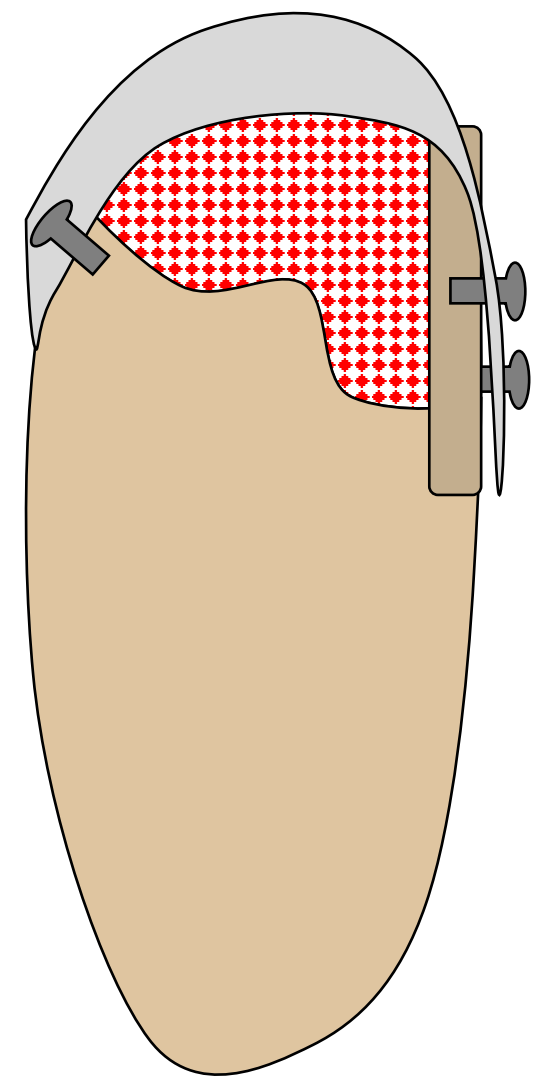
İnsiziv foramen feda edilir

Foramen posteriora taşınır

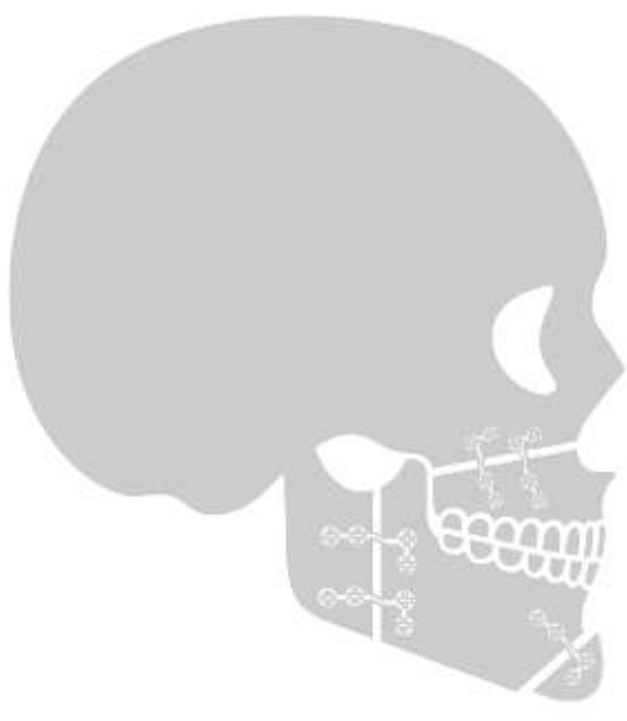
Kompartman sendromu



Onlay Greft



Yükseklik + genişlik sağlar

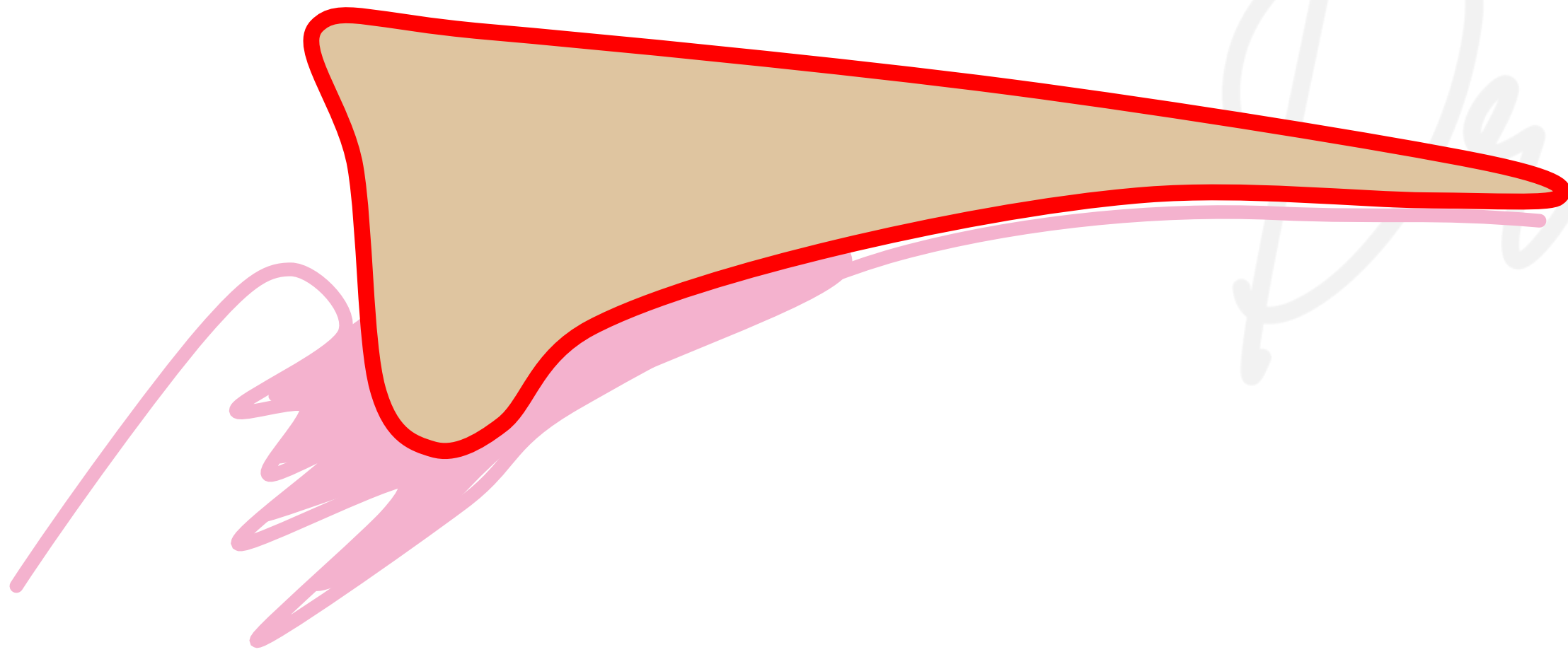


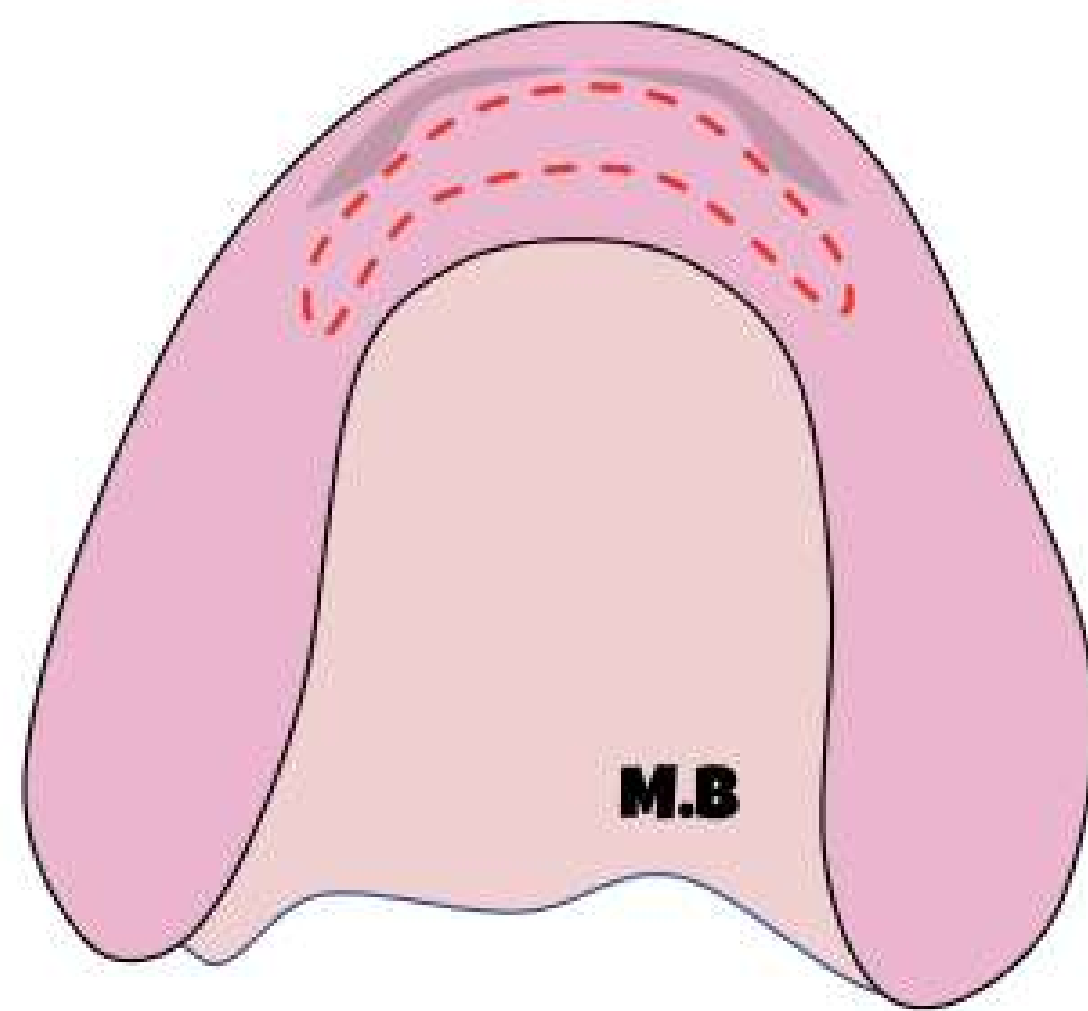
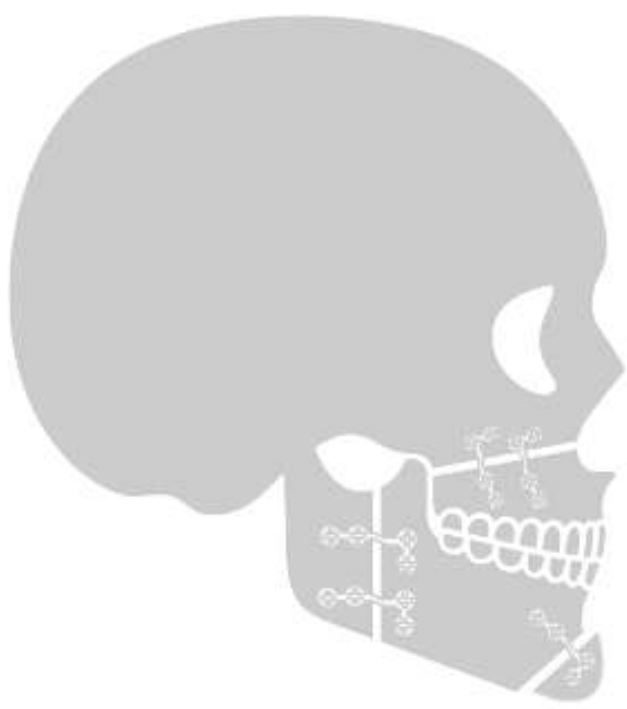
İnflamatuvar Fibröz Hiperplazi

FİT X

FİBRÖZ

FİSSÜR

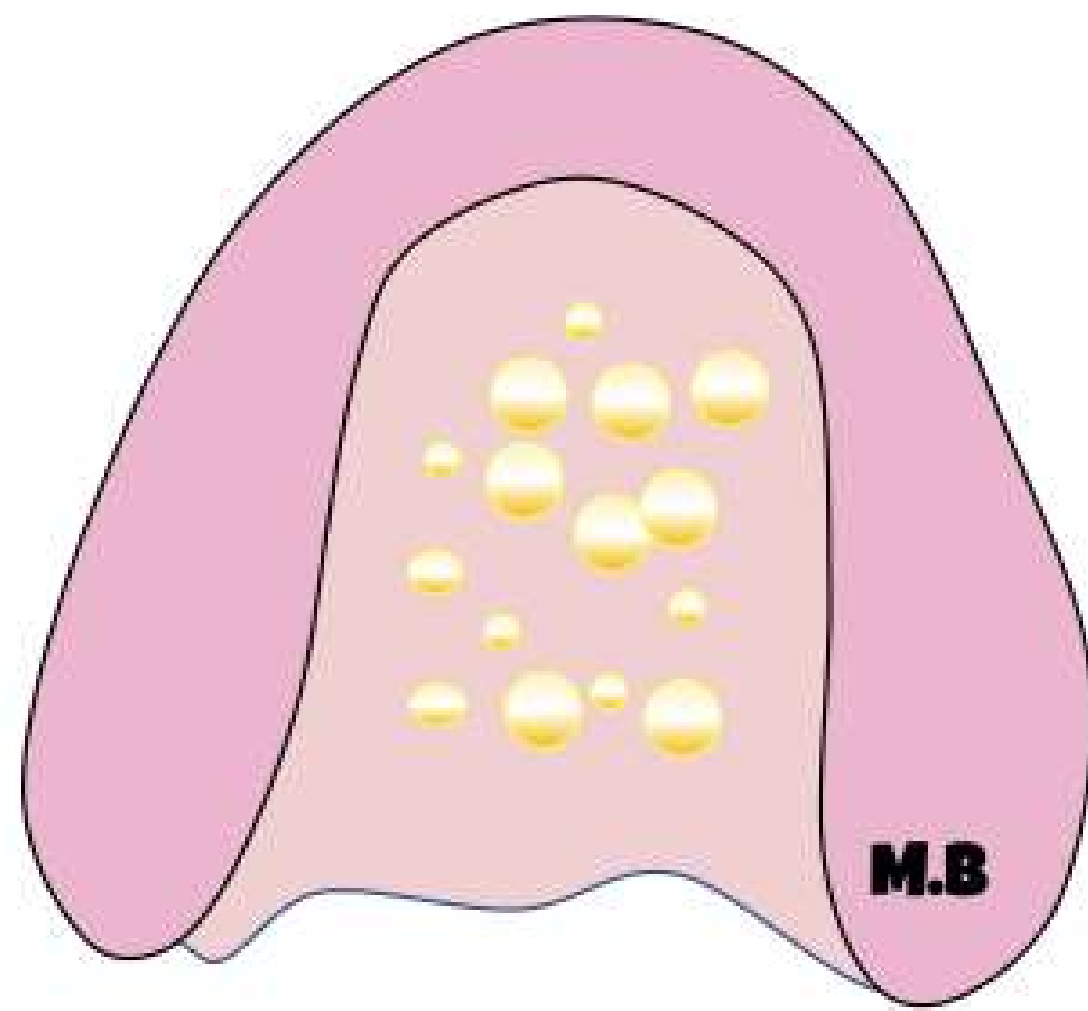




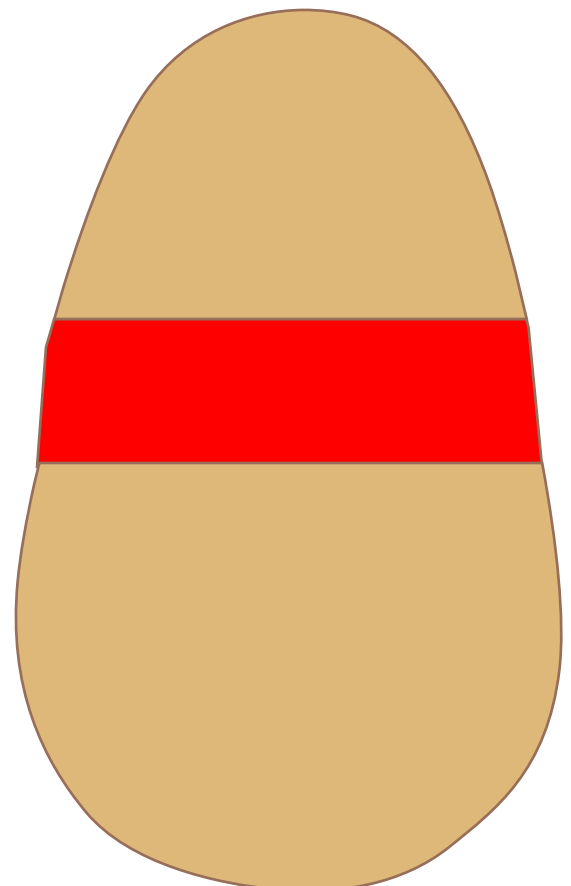
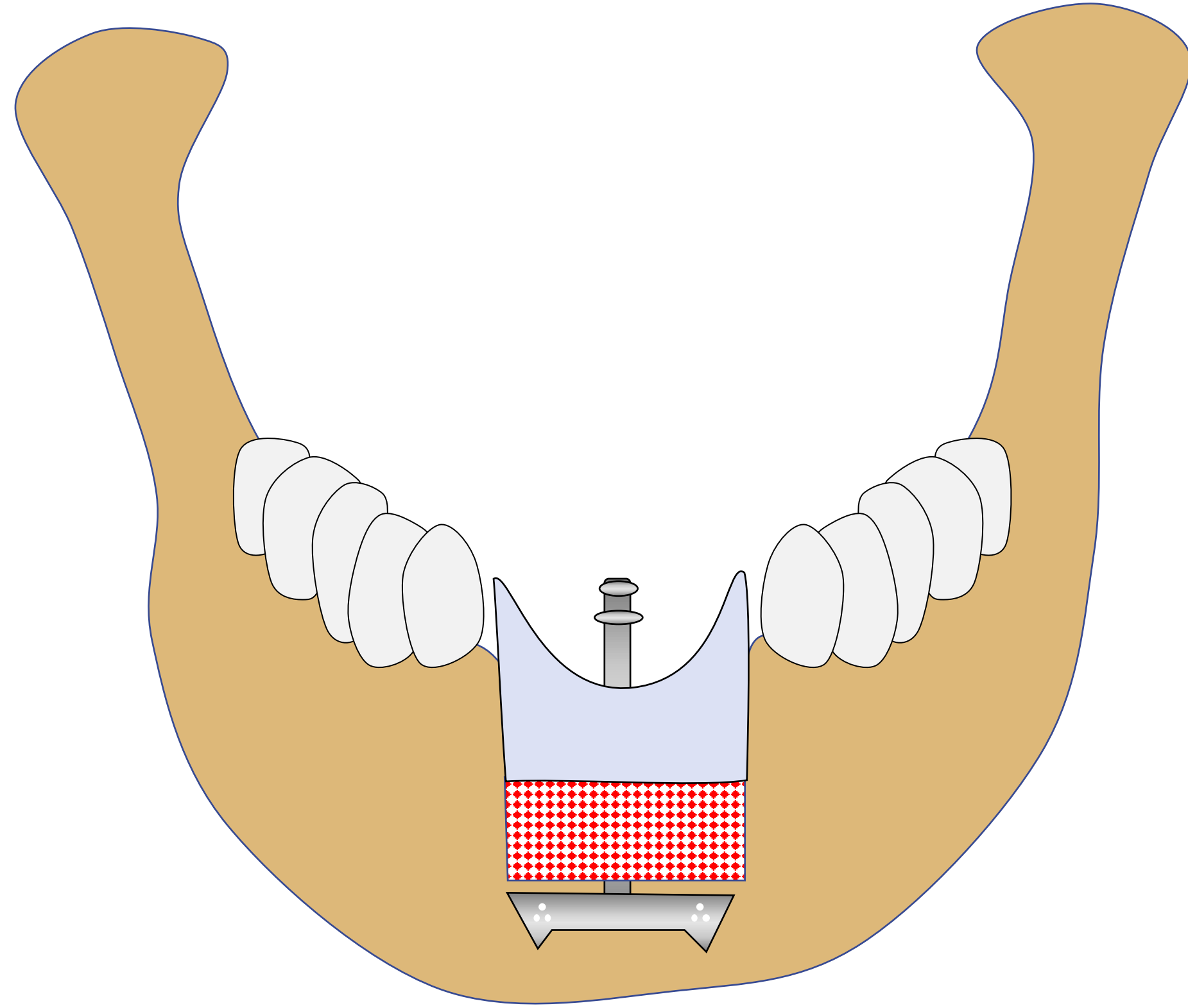
De

is

Fibröz :Kötü kenarlı protez
Papiller: Kötü hijyenli protez



Alveolar Distraksiyon



Osteotomi

Latent evre

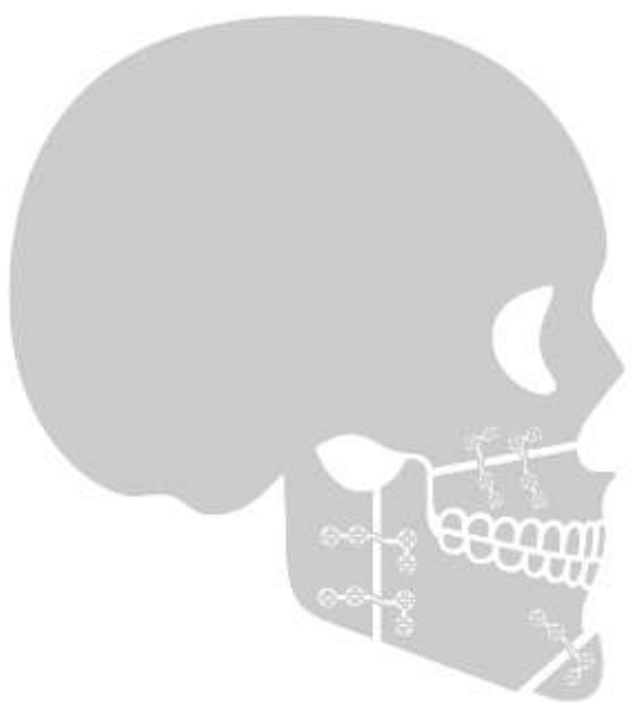
4-7 gün

Aktivasyon

Hız:günde 4 kere 0,25mm = 1 mm

Konsolidasyon

**Distraksiyon süresinin 3 katı süre
3-4 ay**



Osteojenik: Kemik oluşturan hücrelerin transferi → Otojen greft

Osteoindüksiyon: Mezenşimal hücrelerin uyarılmasıyla yeni kemik oluşumu → BMP

Osteokondüksiyon: Yeni kemik oluşumu için iskelet görevi görür → Allogreft, ksenogreft

Otojen greft: Aynı insandan elde edilen greft → Osteojenik + osteokondüktif + osteoindüktif
→ Simfiz, ramus, tüber

Allogreft: Başka bir insandan (kadavra) alınan greft → Osteokondüktif

Ksenogreft: Hayvandan (örn. sığır) elde edilen greft → Osteokondüktif

Alloplastik greft: Sentetik greftler

Yumuşak doku Yaralanmaları

Kontüzyon

Yüzey bozulmaz

Künt travma

Abrazyon

Yüzey doku aşınır

Laserasyon

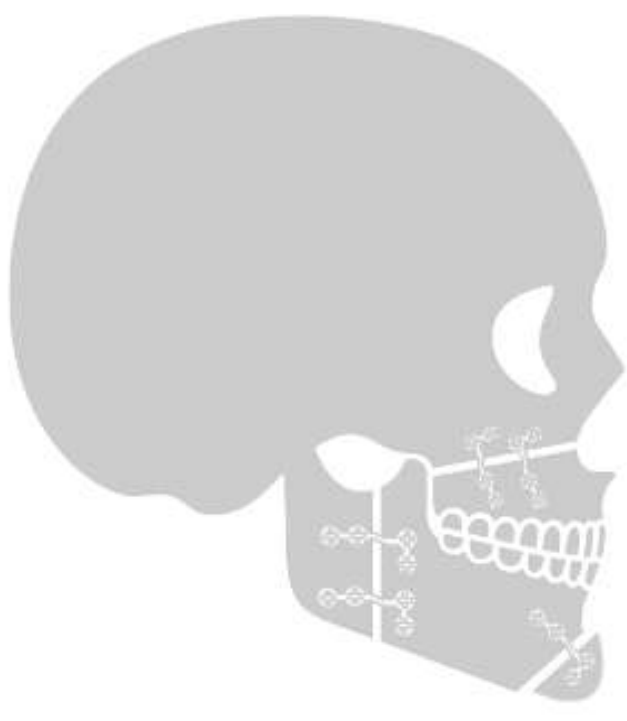
Keskin yırtılma

Debridman

Devitalize doku parçalarının çıkarılması

Kedi ısırığı

Pasturella multocida



Kontüzyon

Yumuşak doku

Konküzyon

Diş

Konkresens

Sement



NÖROPRAKSİ AKSONOTMEZİS NÖROTMEZİS

Sunderland sınıflaması	1. derece	2-3-4. derece	5. derece
Sinir kılıfı	Sağlam	Sağlam	Kesintili
Akson	Sağlam	Kesintili	Kesintili
Wallerian dejenerasyonu	X	Kısmen	Tamamen
İletim bozukluğu	Geçici	Uzun süreli	Kalıcı
Spontan iyileşme	Tamamen	Kısmen	Çok düşük ihtimal
İyileşme süresi	4 hafta içinde	Aylar sonra	İyileşme ihtimali varsa 3 ay sonra başlayabilir.

Sunderland Sınıflaması

Derece	İyileşme Paterni	İyileşme Hızı	Tedavi
1. Derece	Tam	Hızlı (Gün-Hafta)	Yok
2. Derece	Tam	Yavaş (haftalar)	Yok
3. Derece	Değişken	Yavaş (hafta-aylar)	Sinir tespiti
4. Derece	İyileşmez	İyileşmez	Mikronöro cerrahi
5. Derece	İyileşmez	İyileşmez	Mikronöro cerrahi
6. Derece	Değişken	Değişken	Değişken

House Brackmann Fasiyal Yaralanma Skalası

Derece

1

2

3

4

5

6

Açıklama

Normal

Hafif güçsüzlük ve istirahatte normal simetri

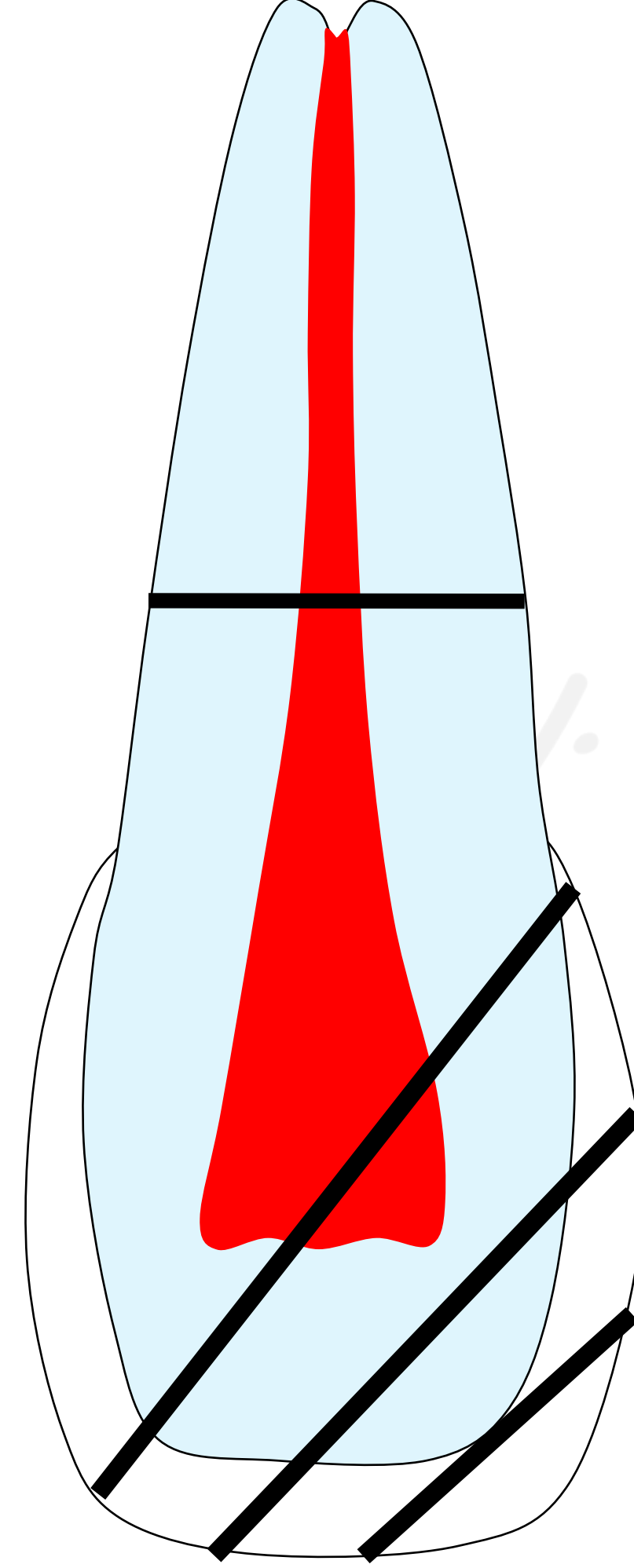
Normal simetri; belirgin ancak şekil bozukluğuna neden olmayan fark

Belirgin güçsüzlük ve şekil bozukluğuna neden olan asimetri, eksik göz kapanması

Zor fark edilen hareket

Tam felç

Ellis Kırık sınıflaması



I. Mine

II. Mine+Dentin

III. Mine+Dentin +Pulpa

IV. Kök kırığı

Avülsiyon

Viaspan → 7 gün

Hanks → 24 saat

Süt > su ve tükürük

Sınıflama

Basit(kapalı)

Dış ortama açılmaz.

Birleşik(Açık)

Dış ortama açılır.

Parçalı

Yeşil ağaç kırığı

Tek korteks, çocuk

Patolojik

Osteomyelit

Atrofik

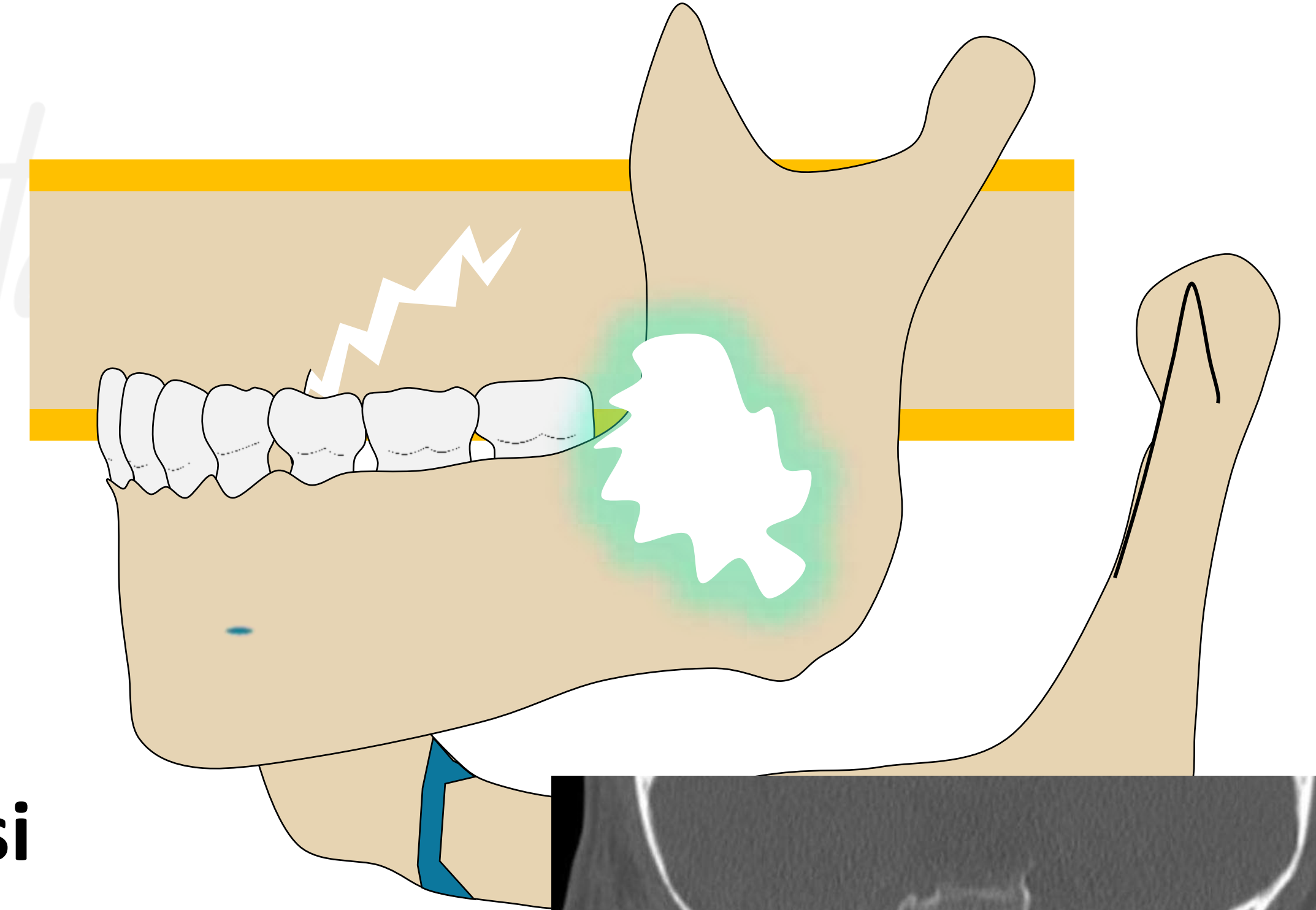
Fil ayağı deformitesi

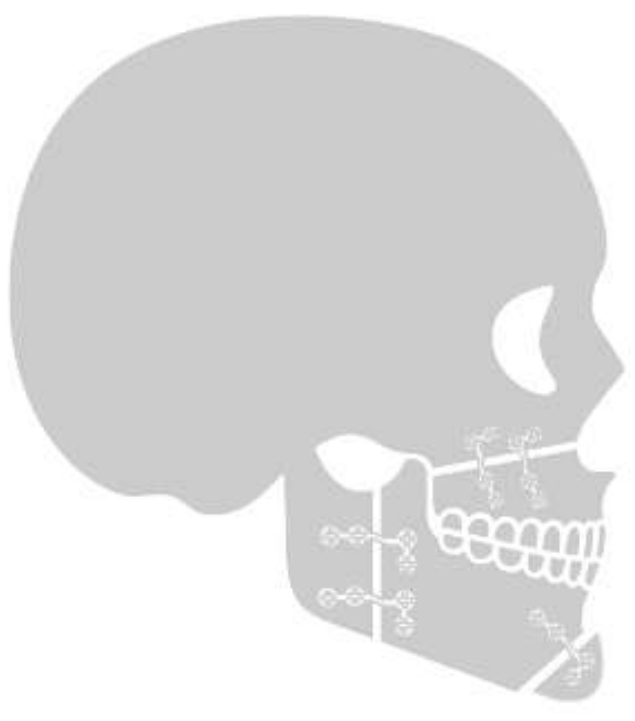
Teleskop

Biri diğerinin içine hareket eder.

İndirekt

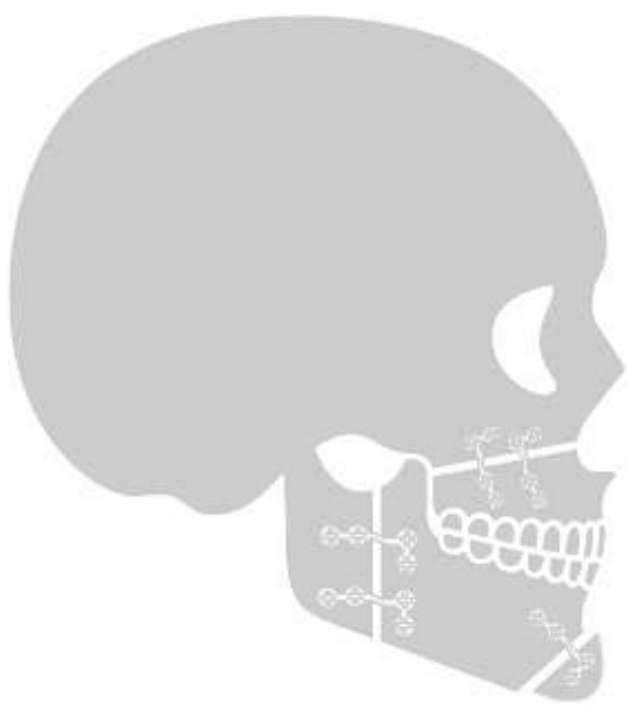
Muhafız kırığı (Bilateral kondil +sin)





Görölme sıklığı: En az ➡ **Koronoid** En çok ➡ **Kondil**

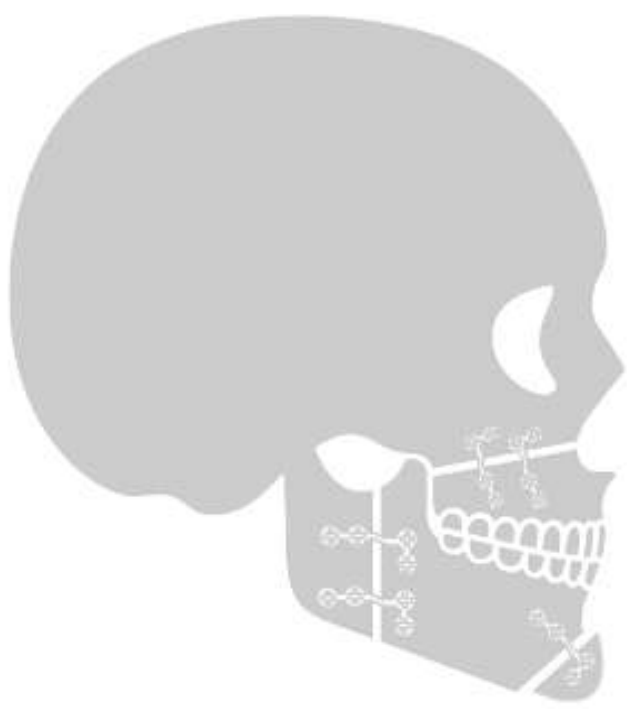
- ➡ Kırıklar genellikle tek taraflı görölür. Erkek > Kadın
- ➡ Kondil kırığı ➡ Çocuklarda daha sık
- ➡ Gövde kırığı ➡ atrofik mandibulada en çok görölün kırık
- ➡ Angulus kırığı ➡ 3.molarla ilişkili
- ➡ Süperiorda gerilim , inferiorda kompresyon kuvvetleri oluşur.
Kırıklar kondil hariç gerilim kuvvetlerine bağılı oluşur.
Kondil ➡ Kompresyon



Kova sapı kırığı

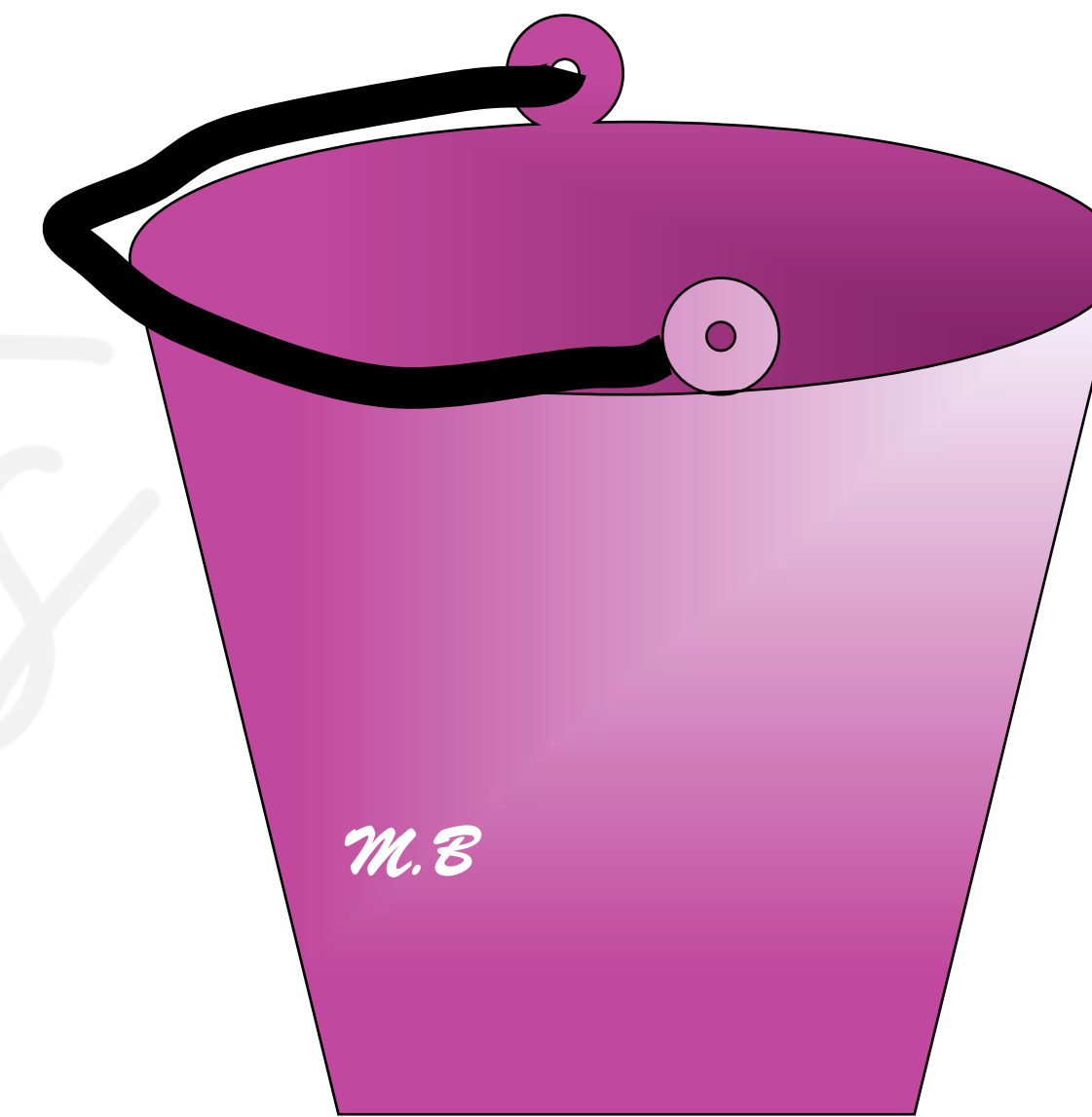
Dr. Mengütaş





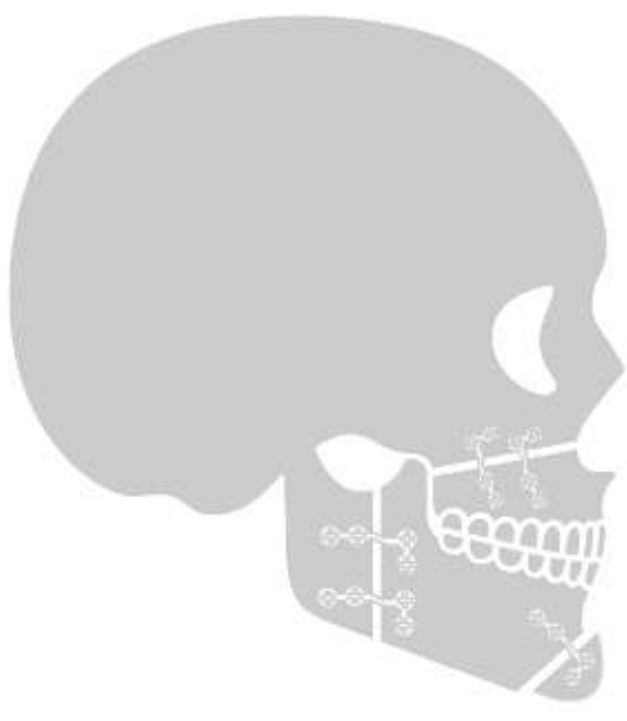
Kova sapı kırığı

Dr. Mengütaş



Distal segment → Posterior

Hava yolu tıkanıklığı



Sınıflama

Vertikal kırık



Medial kuvvetlere direnç

İyi

Kötü

Horizontal kırık



Yukarı yönlü kuvvetlere direnç

İyi

Kötü

Rijit

Champy'in osteosentez çizgileri

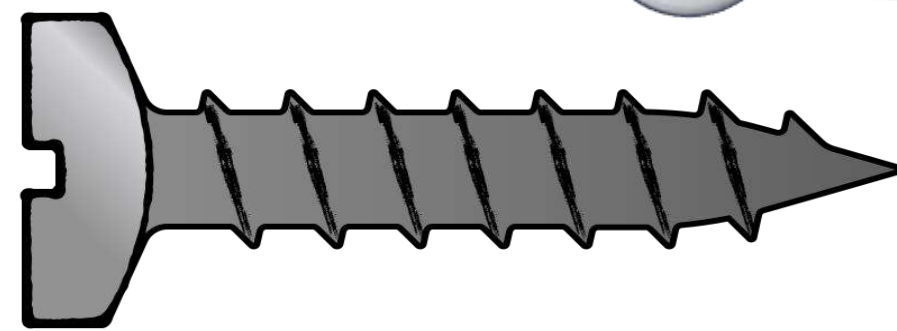
Kompresyon plağı

Kompresyonsuz plak

Rekonstrüksiyon plağı

Lag vida

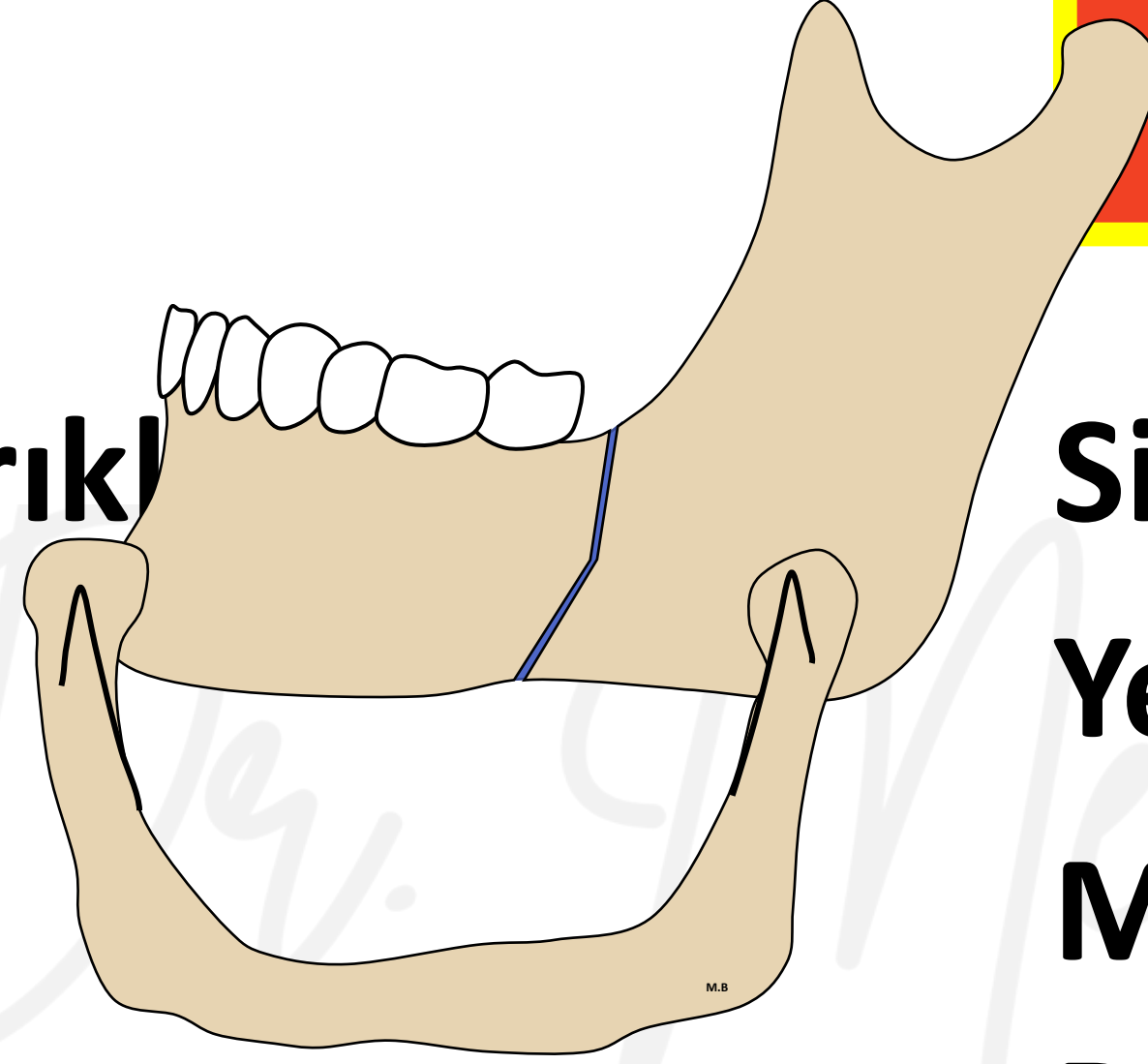
Ark bar



Tedavi

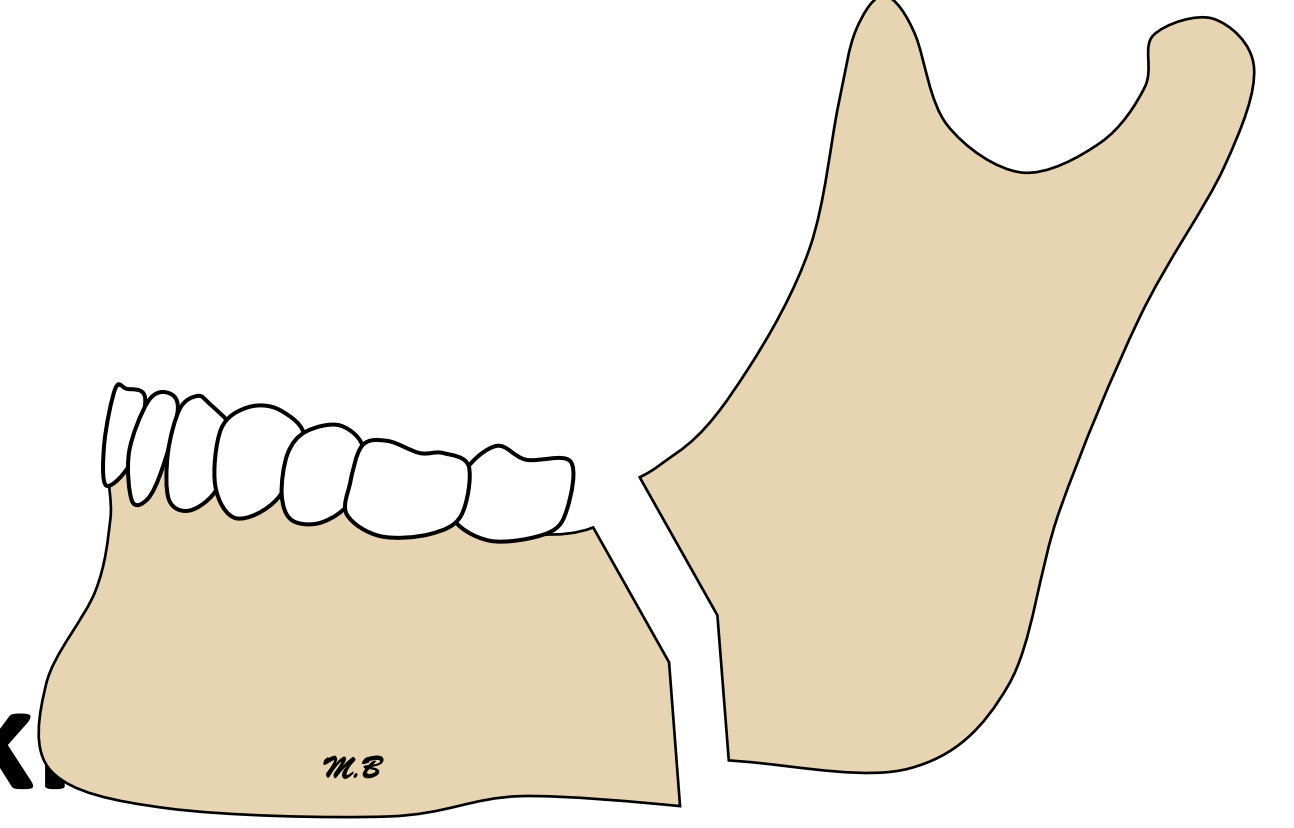
Kapalı yaklaşım

Yer değiştirmemiş/İYİ kırık
Ağır şekilde parçalanmış
Atrofik dişsiz mandibula
Kırığı örten yumuşak doku kaybında
Çocuklarda görülen kırıklarda
Kondil kırıkları



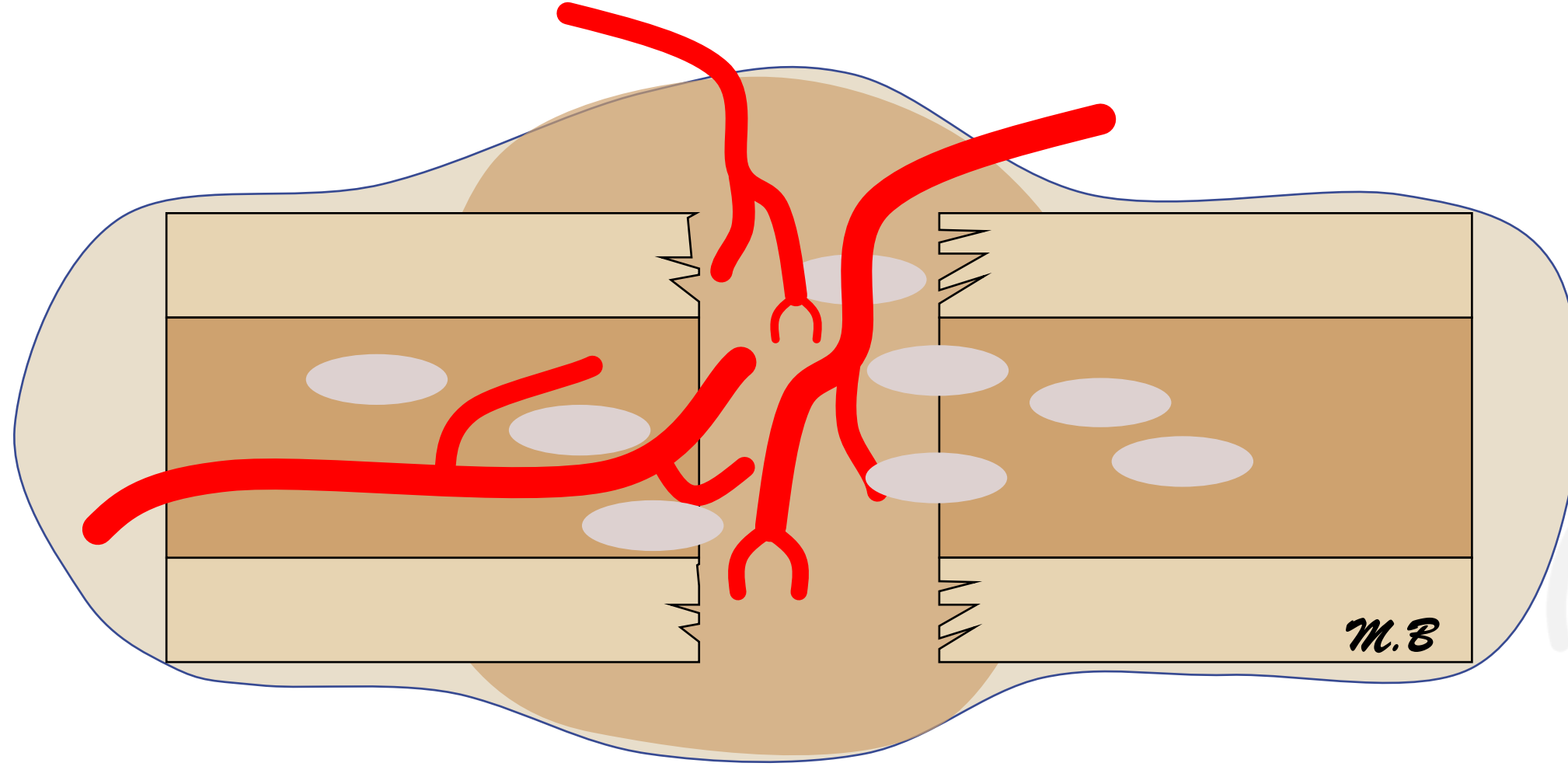
Açık yaklaşım

Sistemik hastalık
Yer değiştirmiş/KÖTÜ kırık
Multipl yüz veya mandibula kırıkları
Bilateral kondil kırıkları ve orta yüz kırıkları
Gecikmiş tedavi
fraktürler arasında yumuşak doku varlığı
Yanlış kaynama/kaynamama



Kapalı yaklaşım

Sekonder İyileşme



Non-rijit fiksasyon

Minimal hareket ✓

➡ **Hareketsizliği kallus sağlar.**

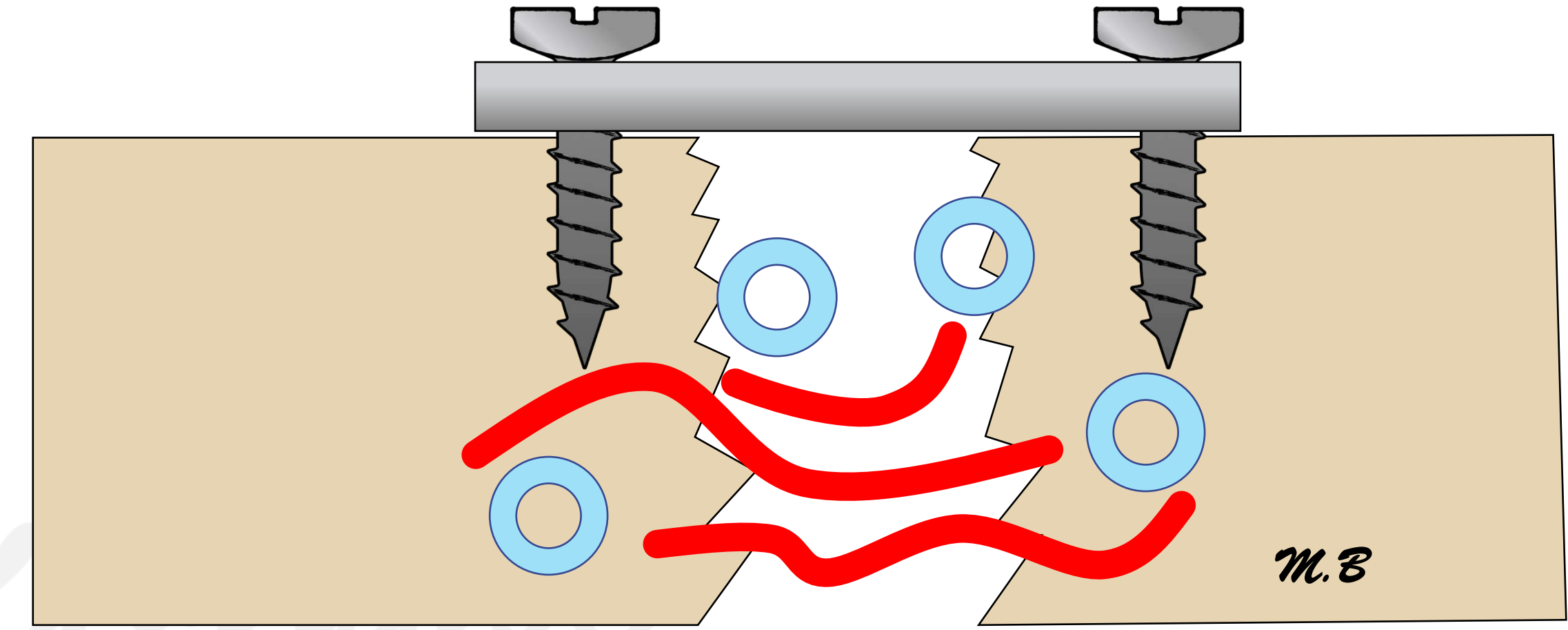
Kallus formasyonu ✓

Aşamaları:

İnflamatuvar Kartilagenöz Kallus Remodelling

Açık yaklaşım

Primer İyileşme

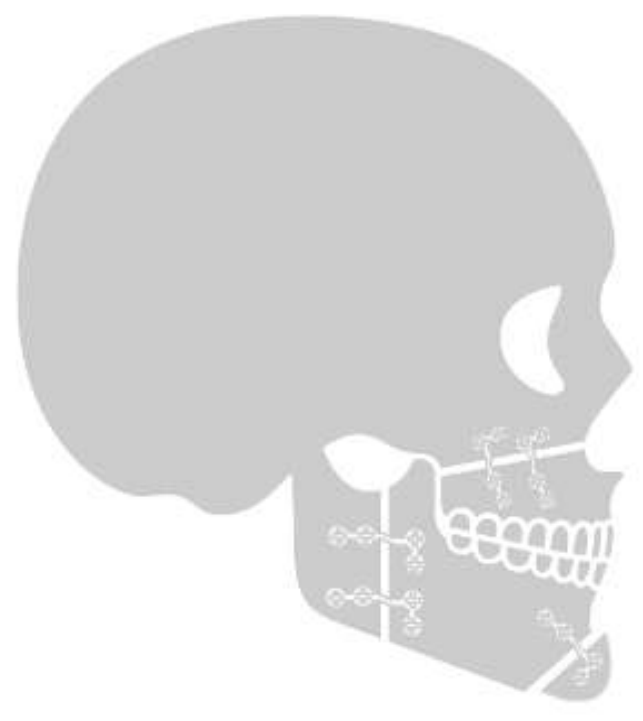


Rijit fiksasyon

Fragmanlar arası hareketlilik ✗

Kallus formasyonu ✗

Haversiyan sistem direk olarak onarılır.

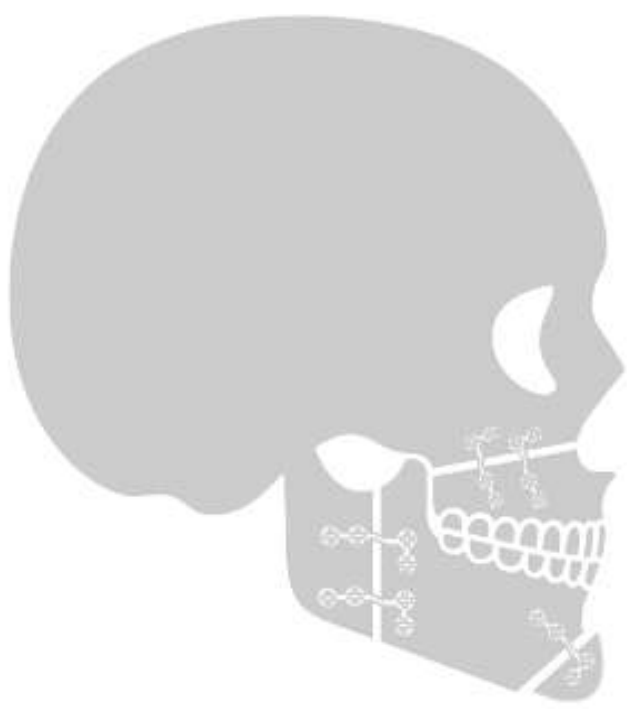


Ekstra

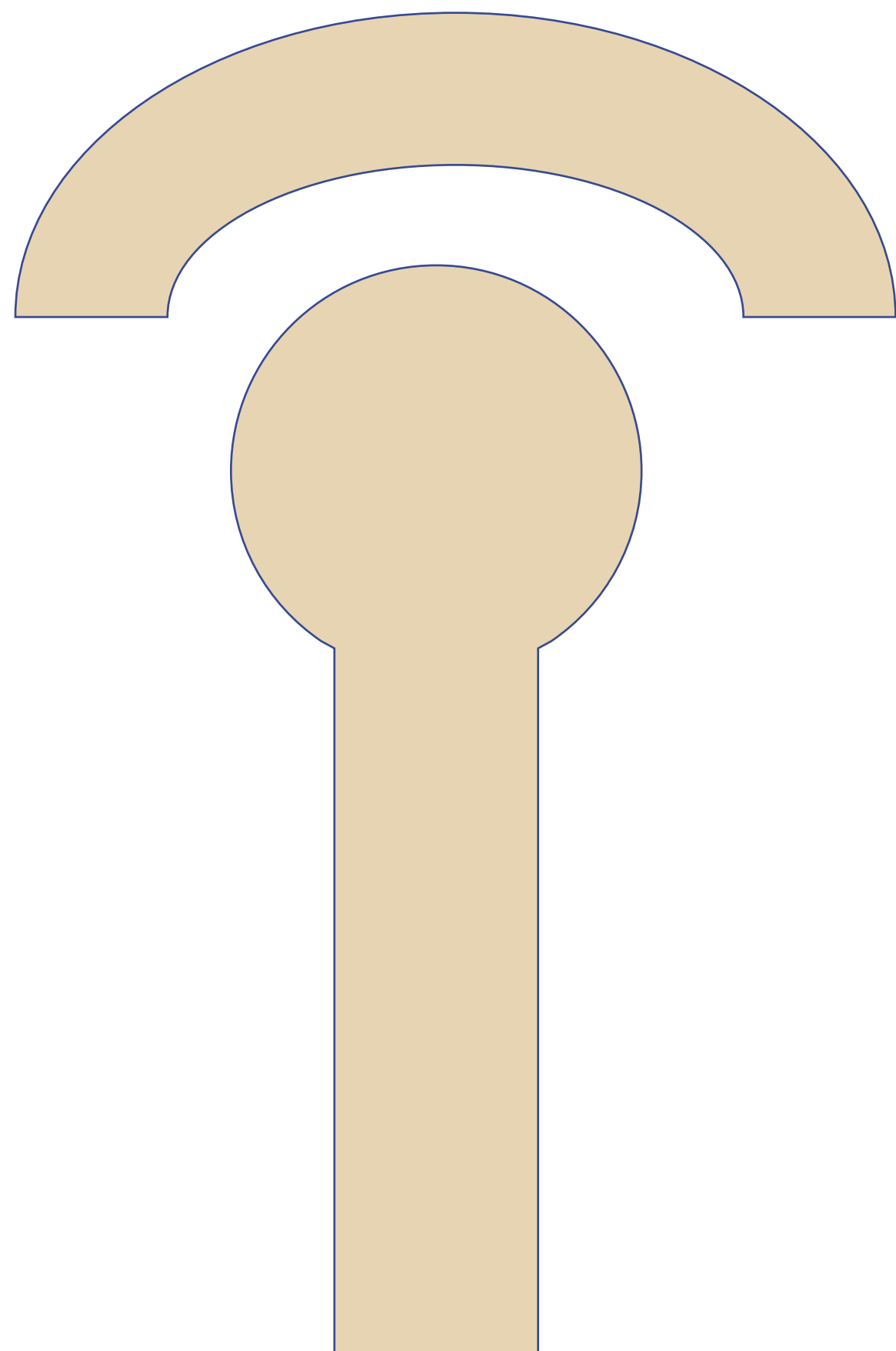
Yük paylaşan

LINGUAL

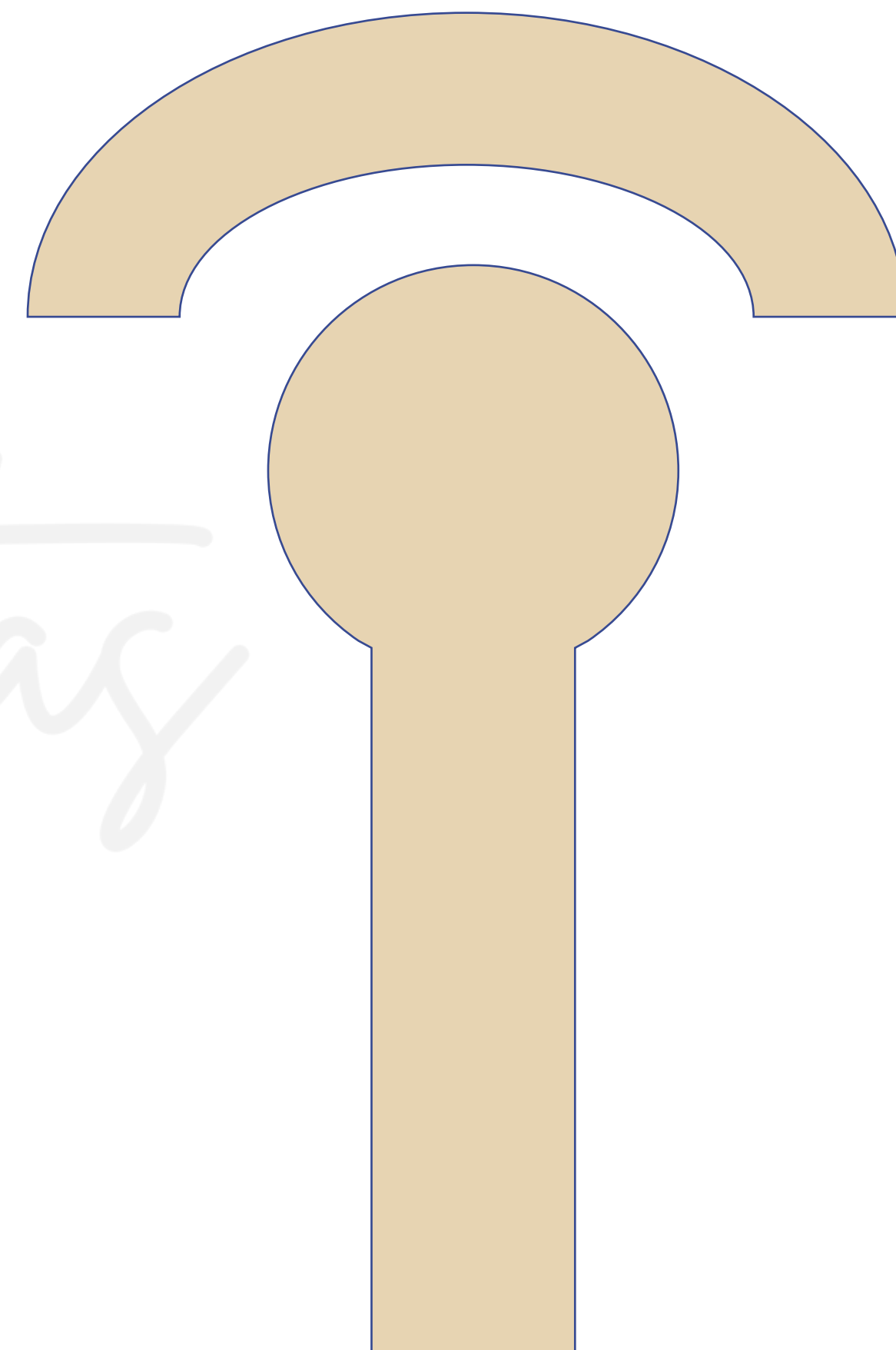
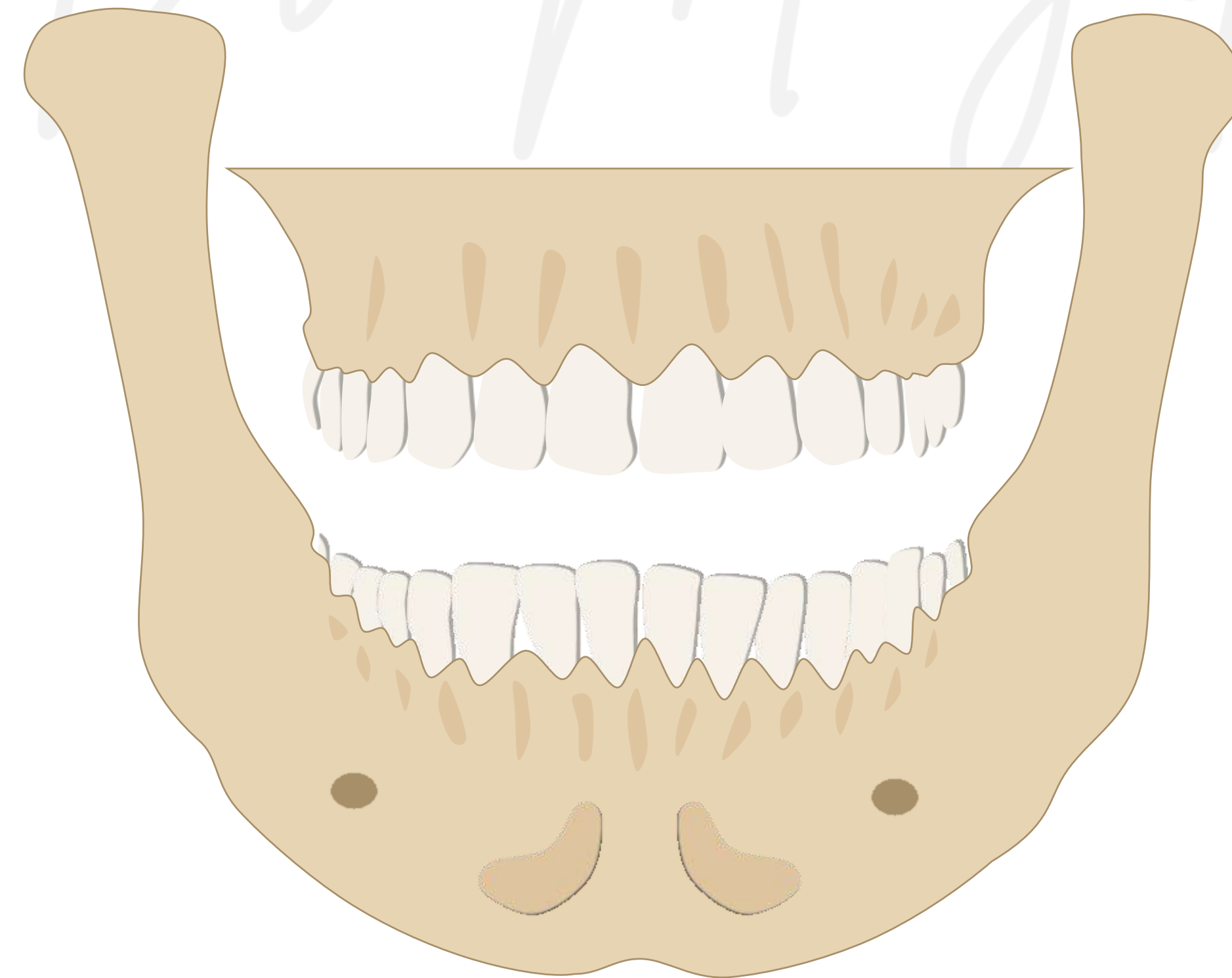
ORTİKAL



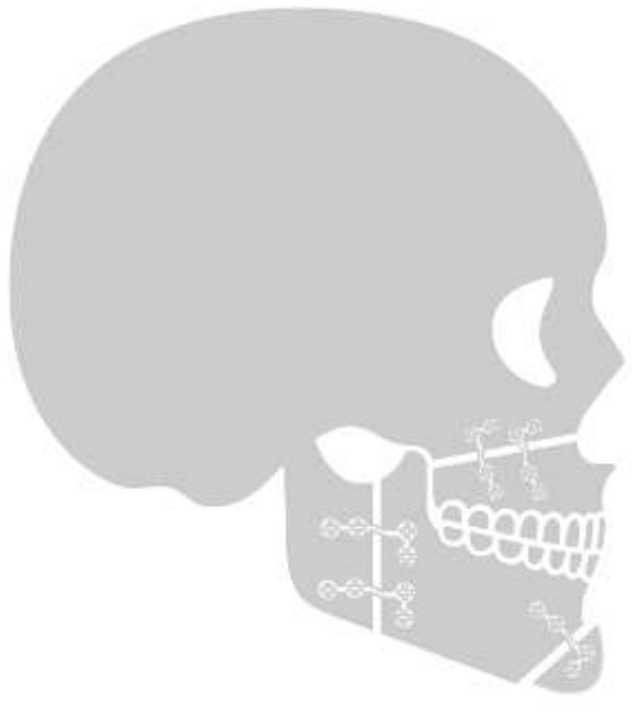
Kondil kırıkları



Dr. Mengütaş



Kondil kırıkları

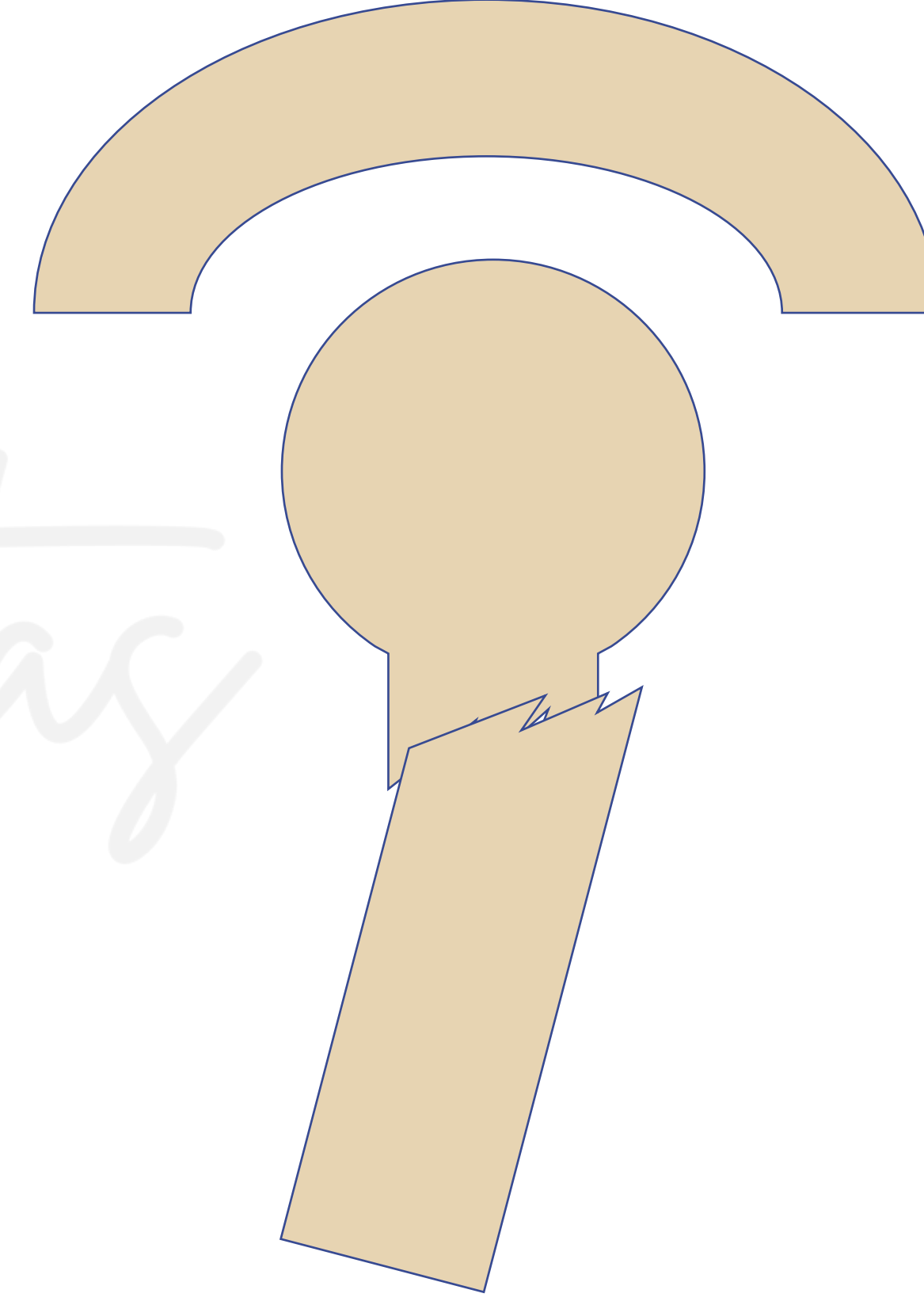
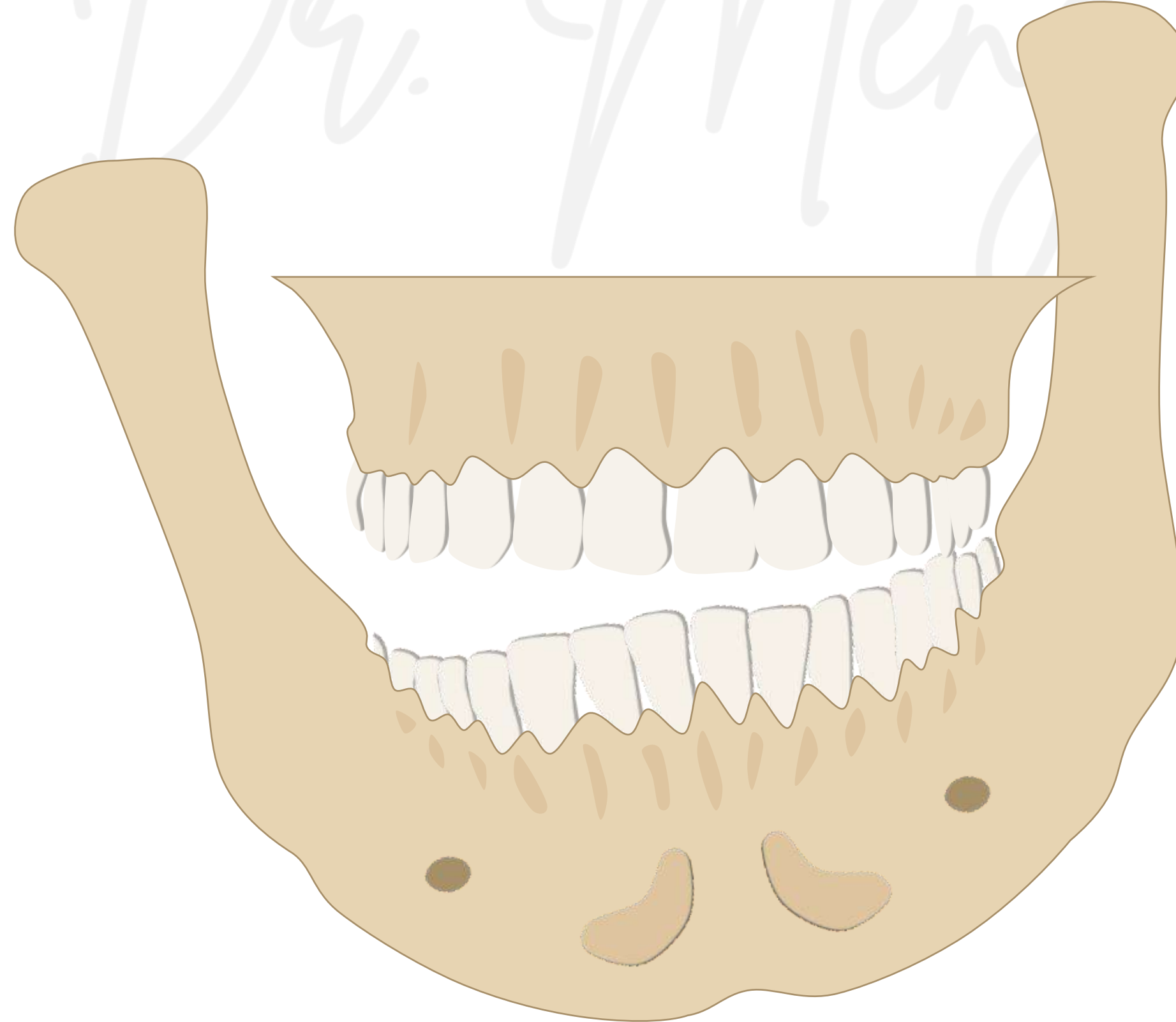
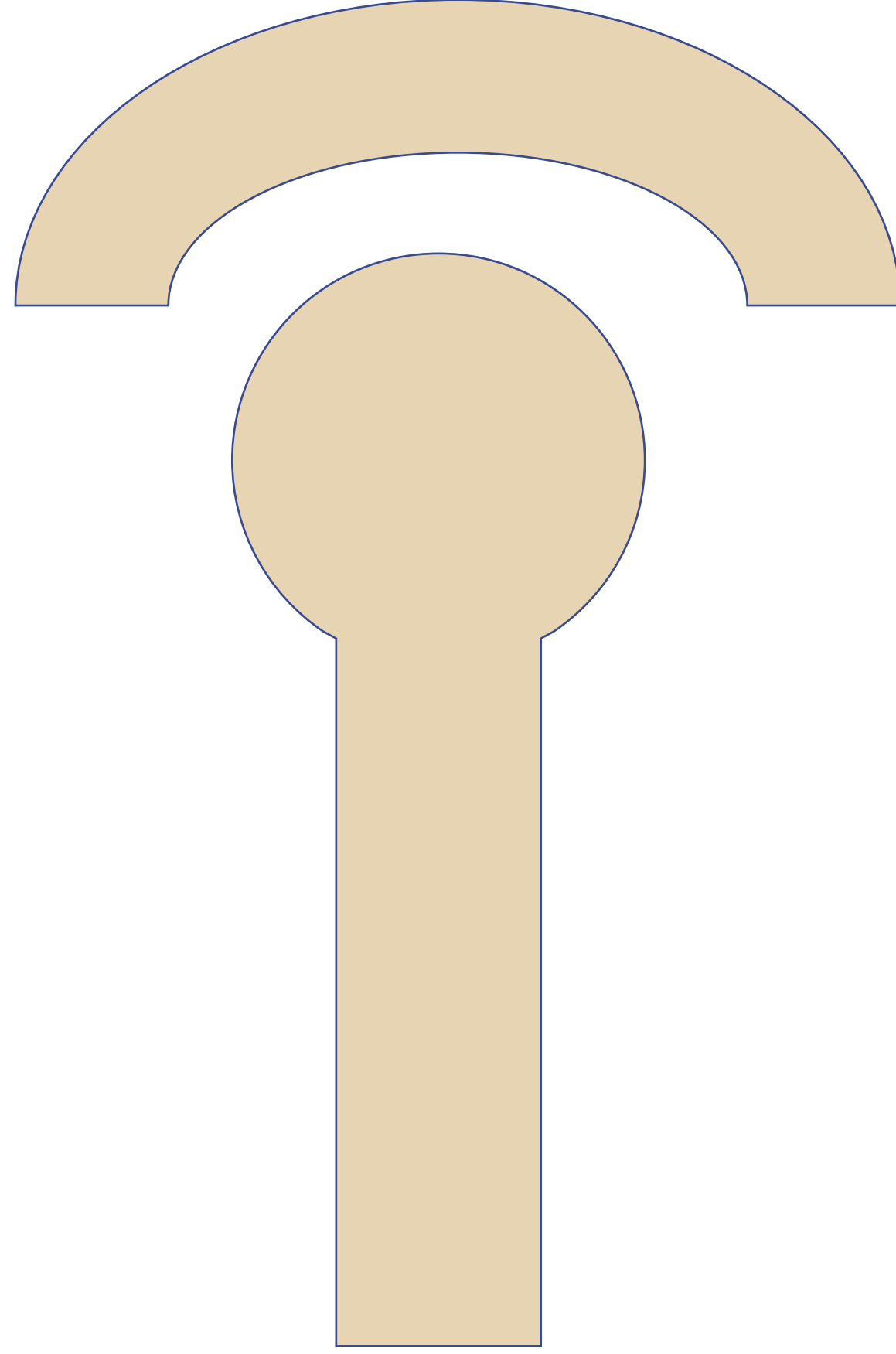


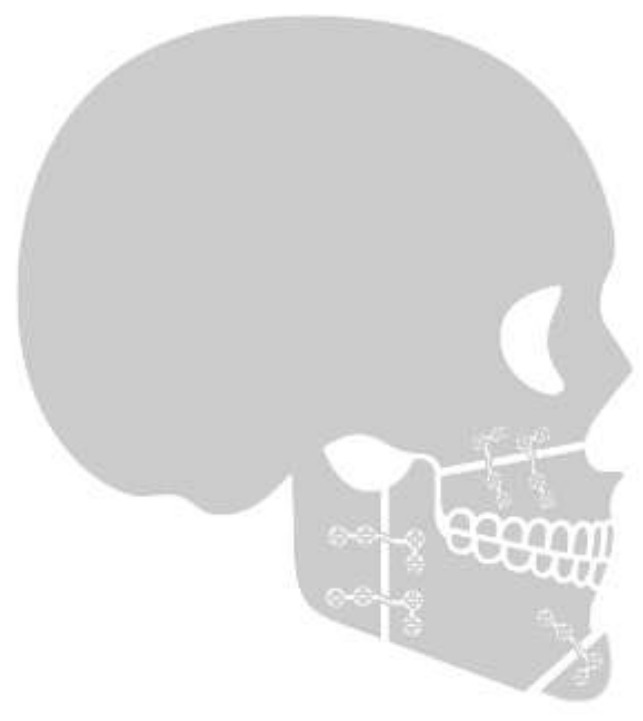
İpsilateral prematür temas

Max. interkuspasyon **X**

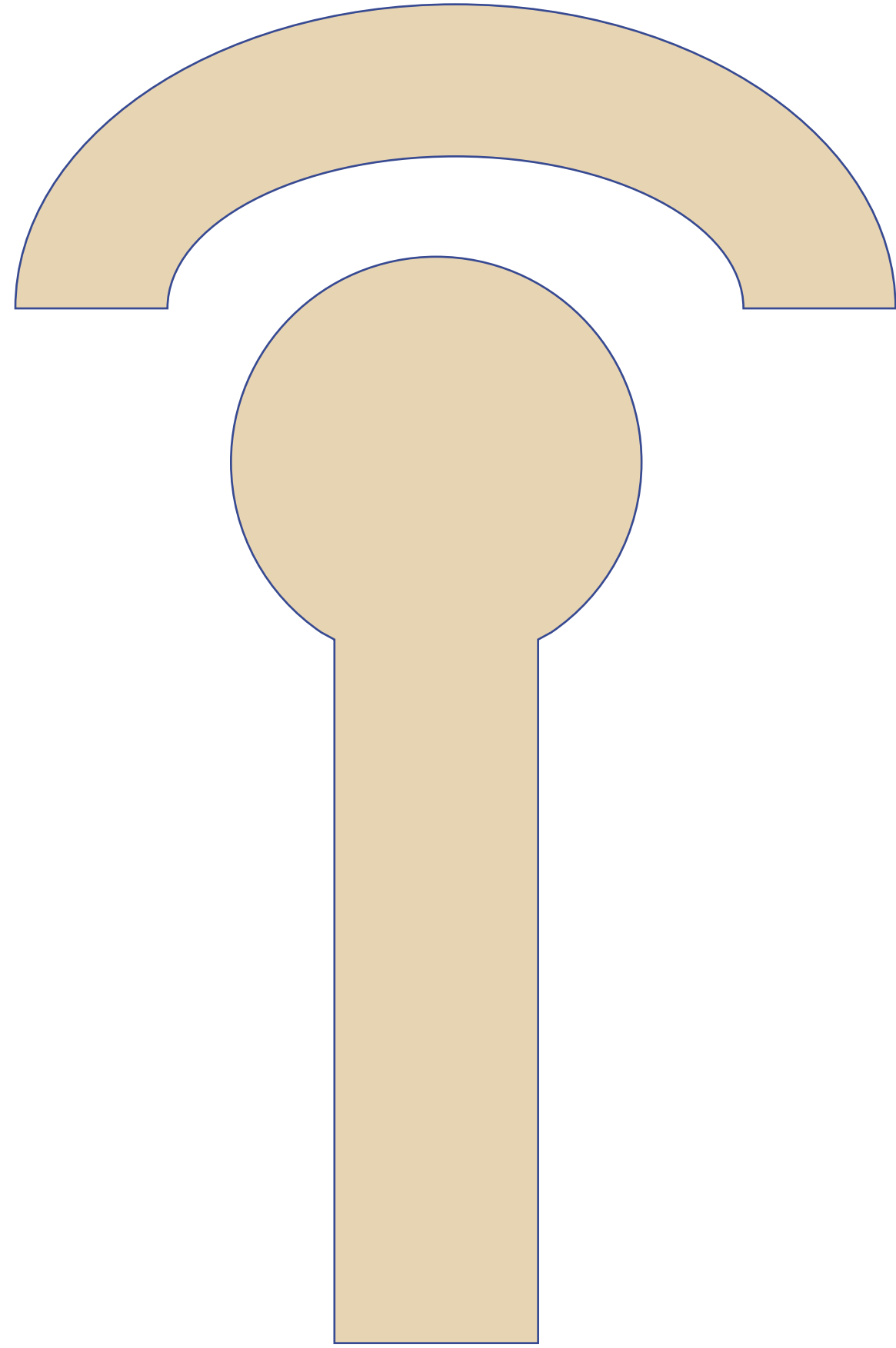
Kontralateral kama şeklinde openbite

İpsilateral laterognati

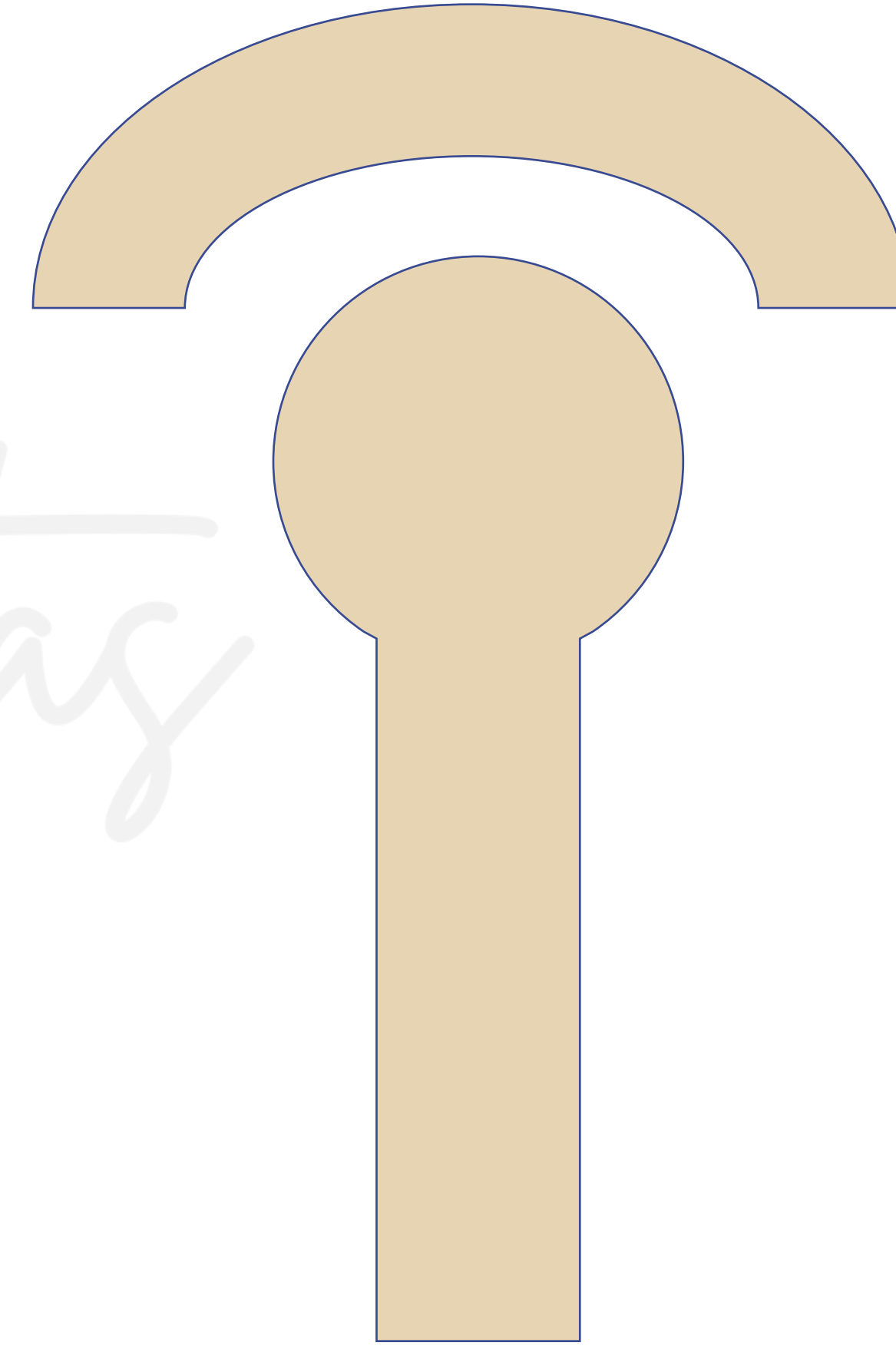
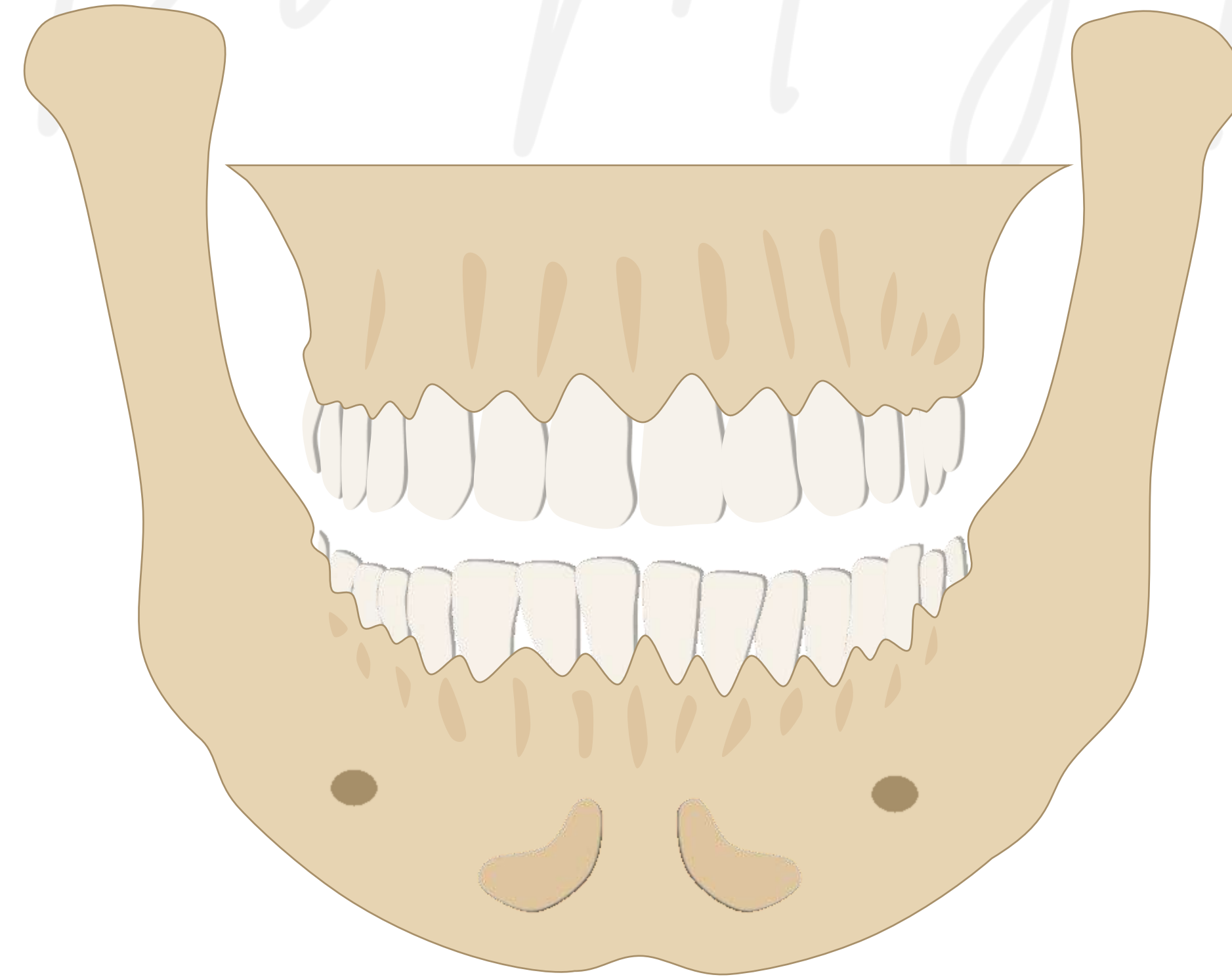


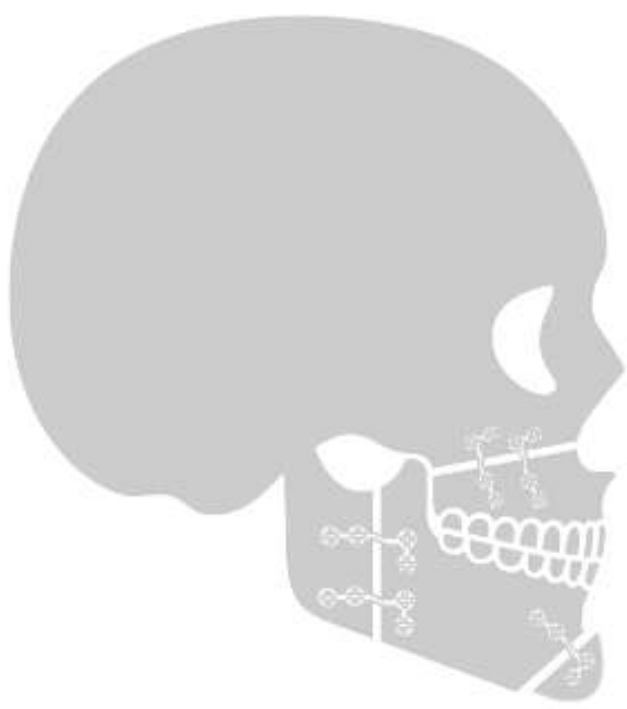


Kondil kırıkları

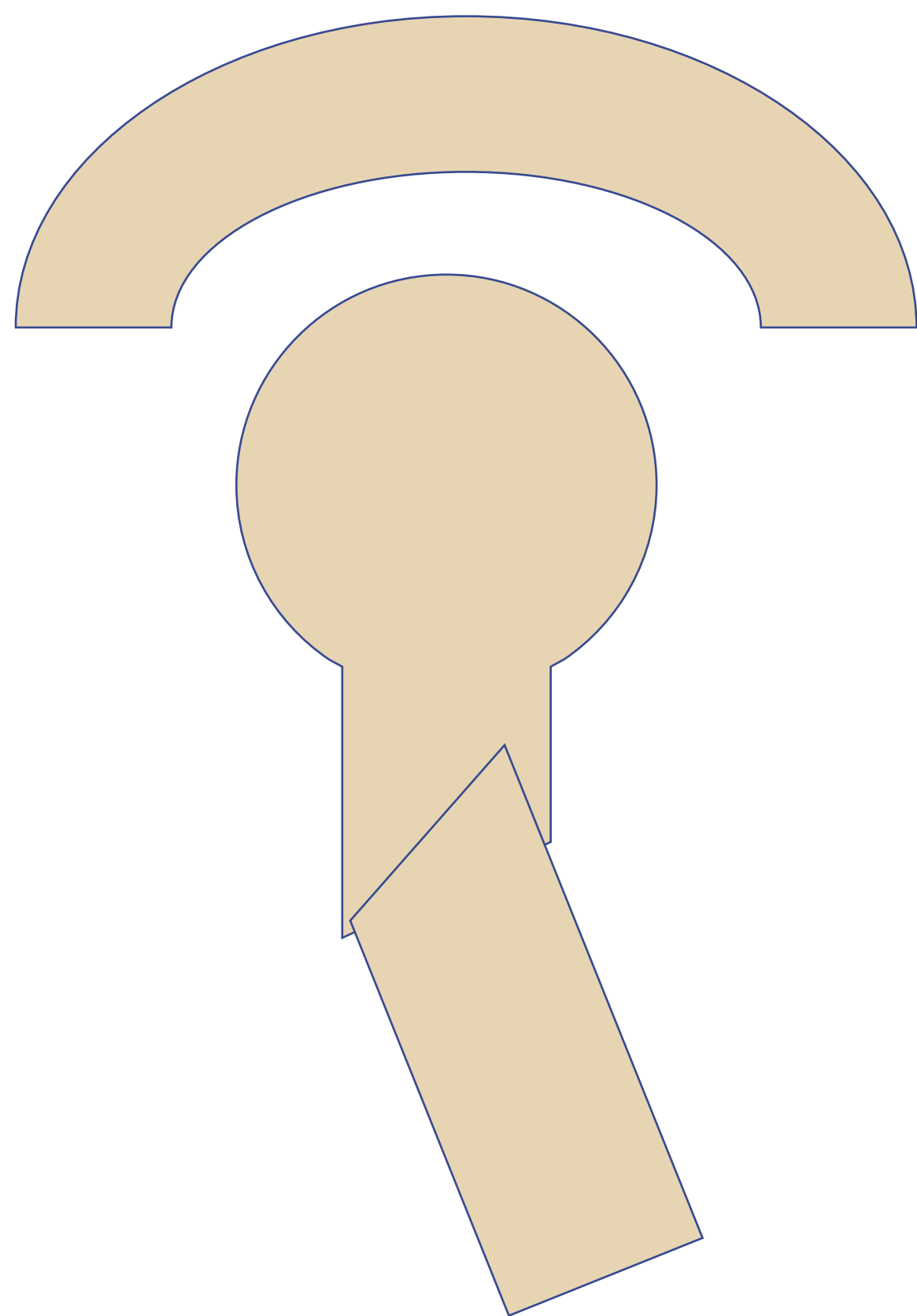


Dr. Mengütaş



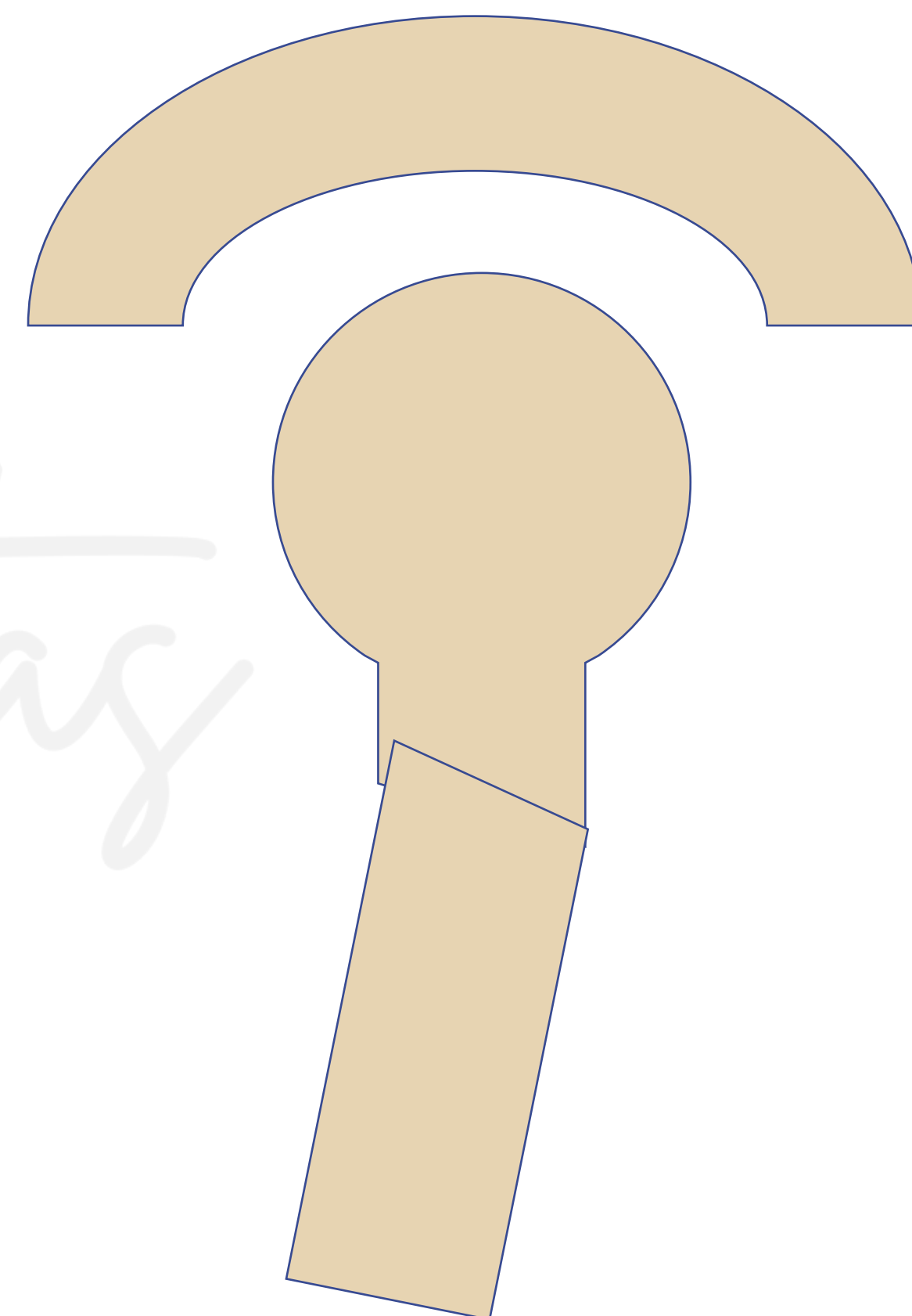
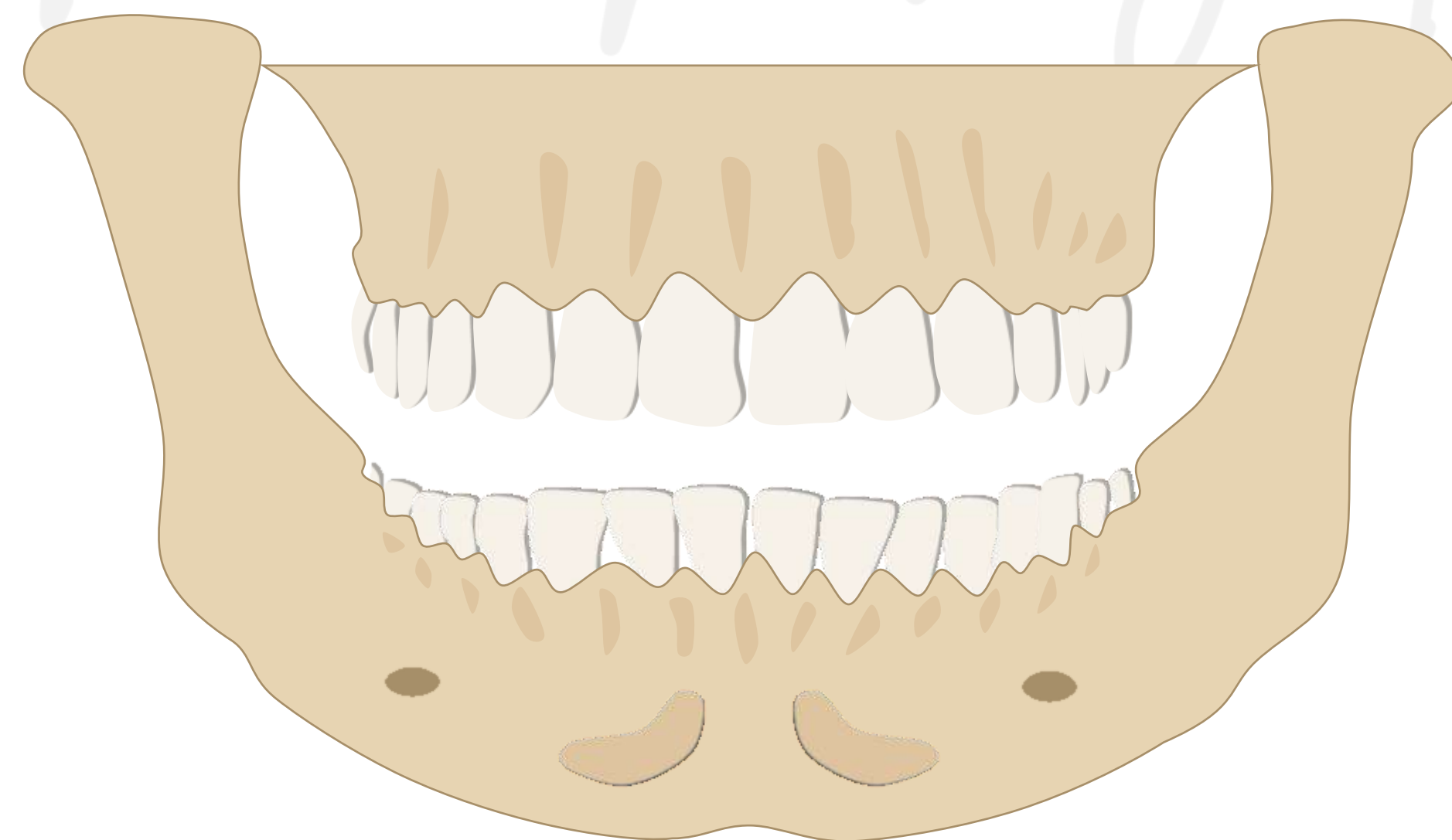


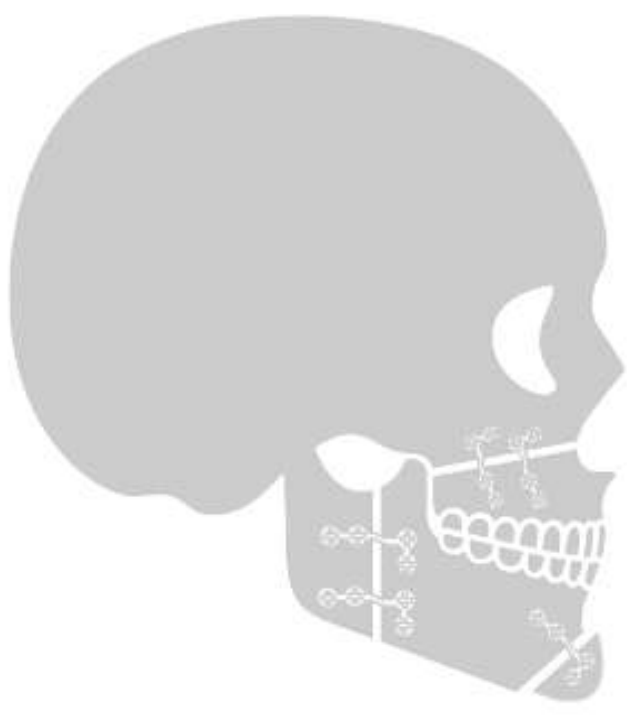
Kondil kırıkları



Anterior open bite

Mandibular retrognathi



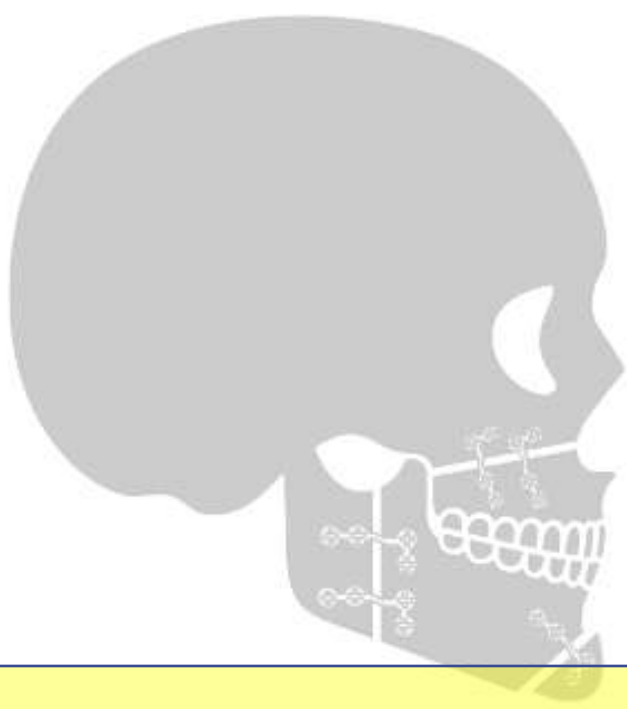


Kırık hattındaki diş

Kırık hattındaki her dişin çekilmesine gerek yoktur.

Endikasyonlar:

- ◆ Aşırı mobilite, periapikal patoloji ve periodontal hastalık
- ◆ Perikoronit veya kist ile ilişkili 3.molar
- ◆ Fraktürün redüksiyonunu engellediği durumlarda
- ◆ Kök kırığı
- ◆ Kırık tedavisinin geciktiği durumlarda
- ◆ Büyük miktarda ekspoze olmuşsa çekilir.



Kondil kırıklarının komplikasyonları

Erken

Timpanik plak kırığı

Glenoid fossa kırığı

5. Ve 7. kraniyal sinir hasarı

Vasküler yaralanmalar

Geç

Maloklüzyon

Büyüme bozuklukları

TME internal bozukluklar

Ankiloz

Buttressler

Vertikal

Nazomaksiller

Zygomatikomaksiller

Pterygomaksiller



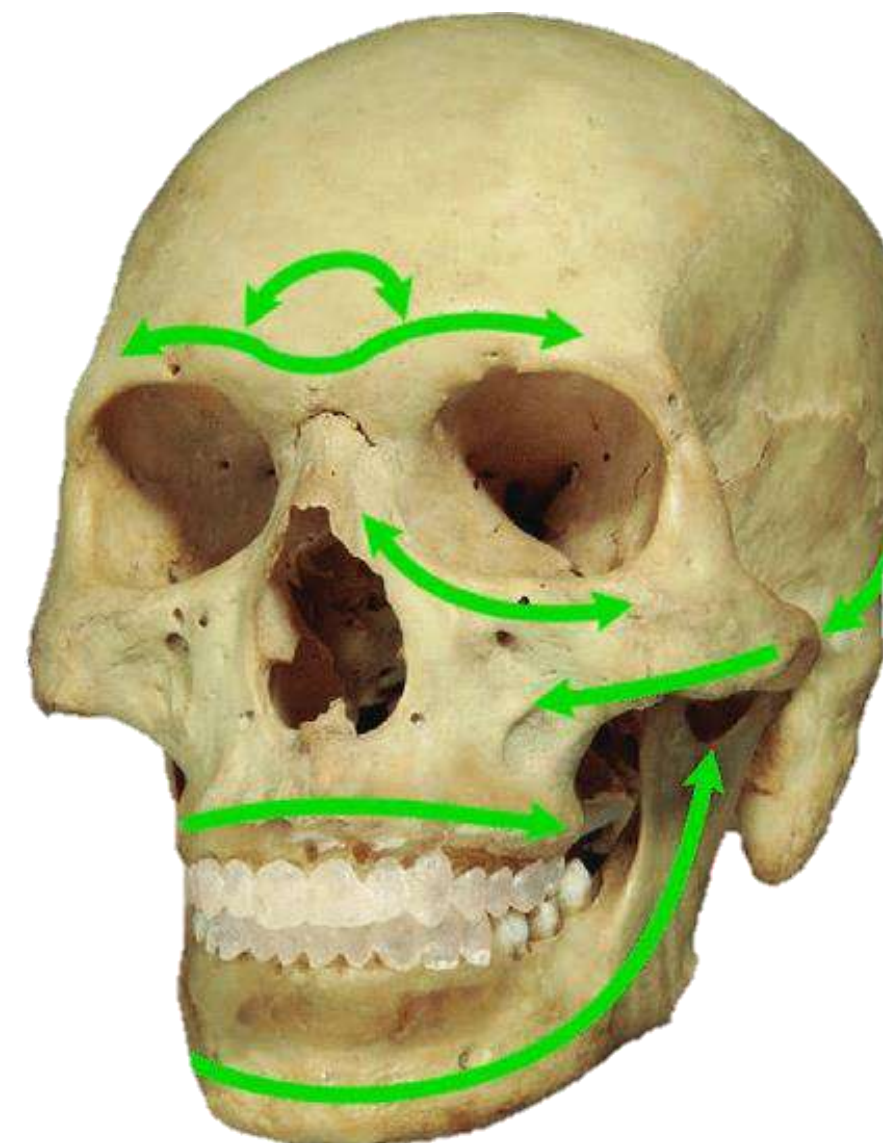
Horizontal

Supraorbital

İnfraorbital

Zygoma

Maksiller alveolar kemik



Sagittal

Maksiller duvarlar

Lateral nazal duvarlar

Nazal septum



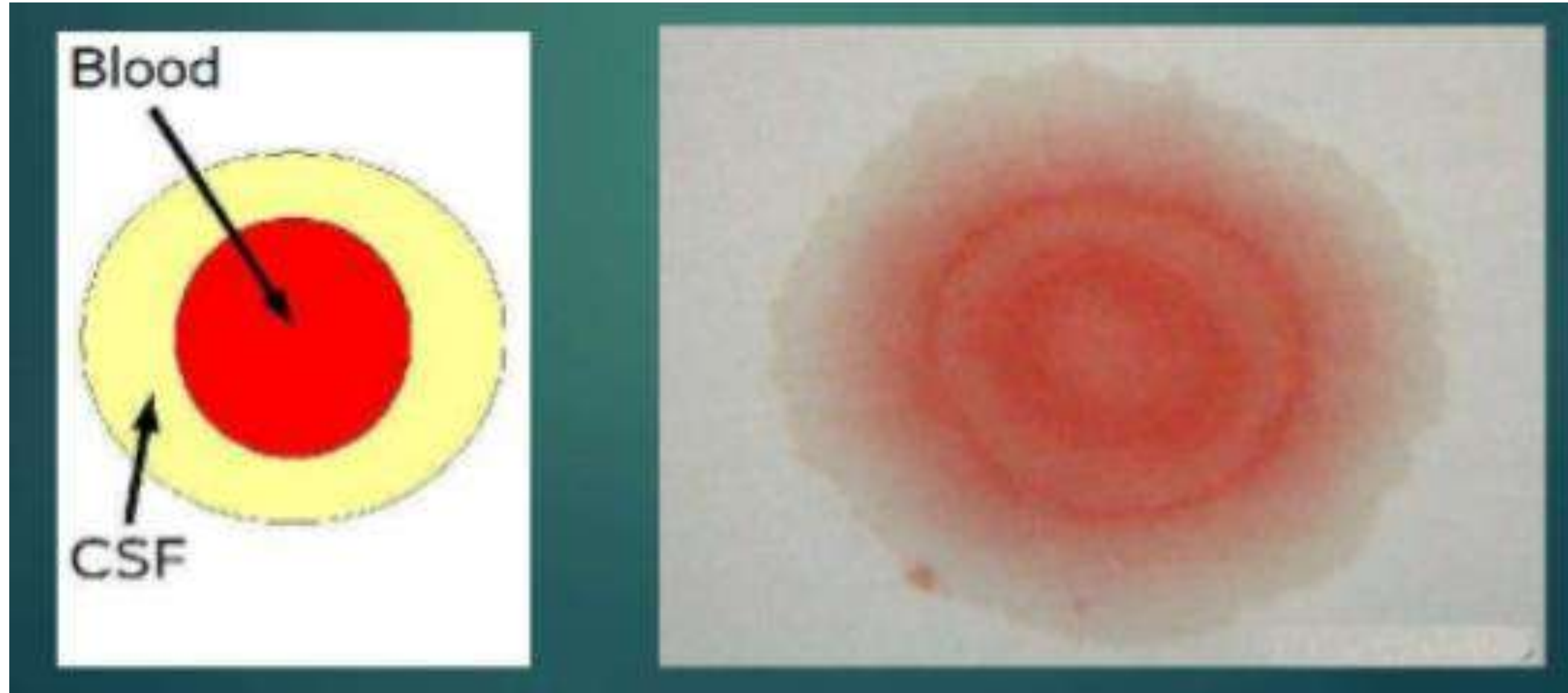
Guerin bulgusu



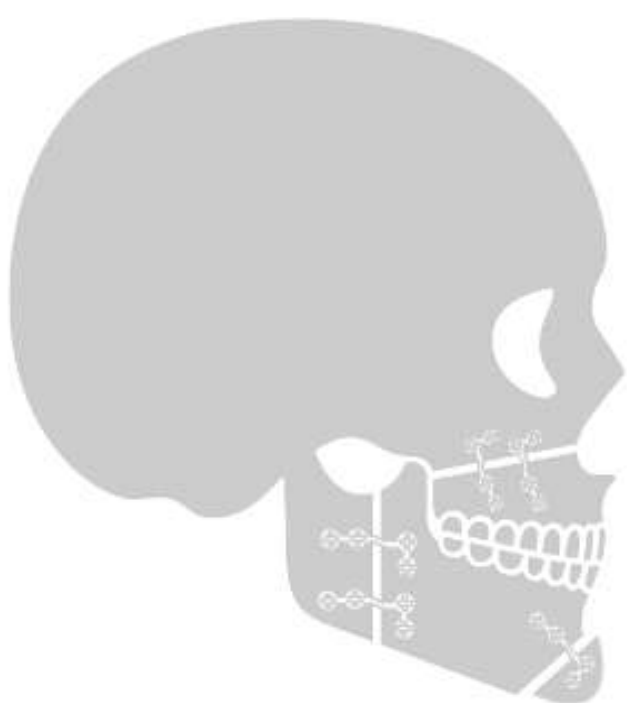
Rakun gözler



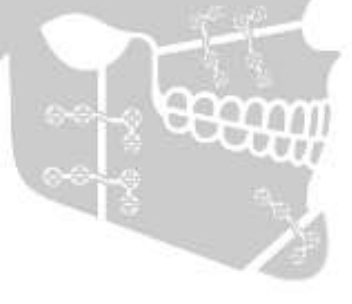
Epifora



Halo bulgusu



izole Zygomatic Ark kırıkları

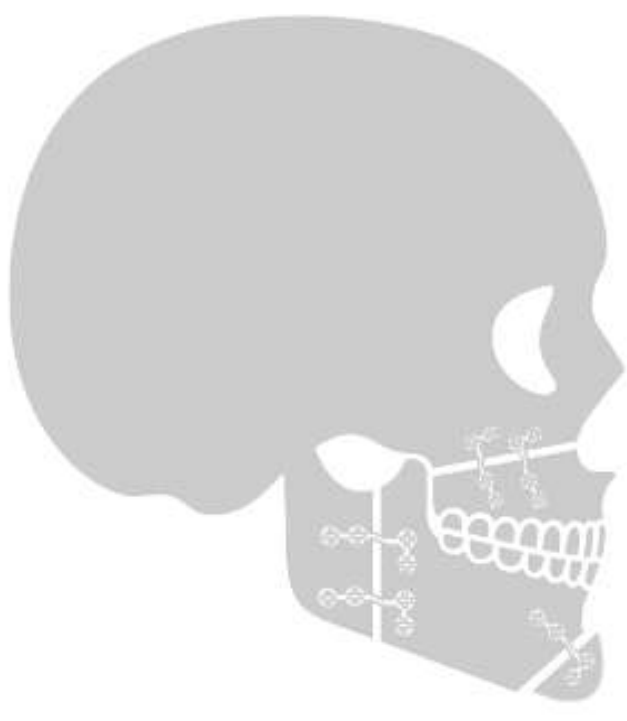


Temporal kemik + Zygomatic kemik

Masseter

Medial

M şeklinde kırık



Zigomatik kırık tedavileri

Temporal fossa yaklaşımı – Gilles

Bukkal sulkus yaklaşımı – Keen

Lateral koronoid yaklaşımı – Quinn

Perkütan yaklaşım – Hook kullanılır veya Carroll-Girard kemik vidası

İntranazal transantral yaklaşım

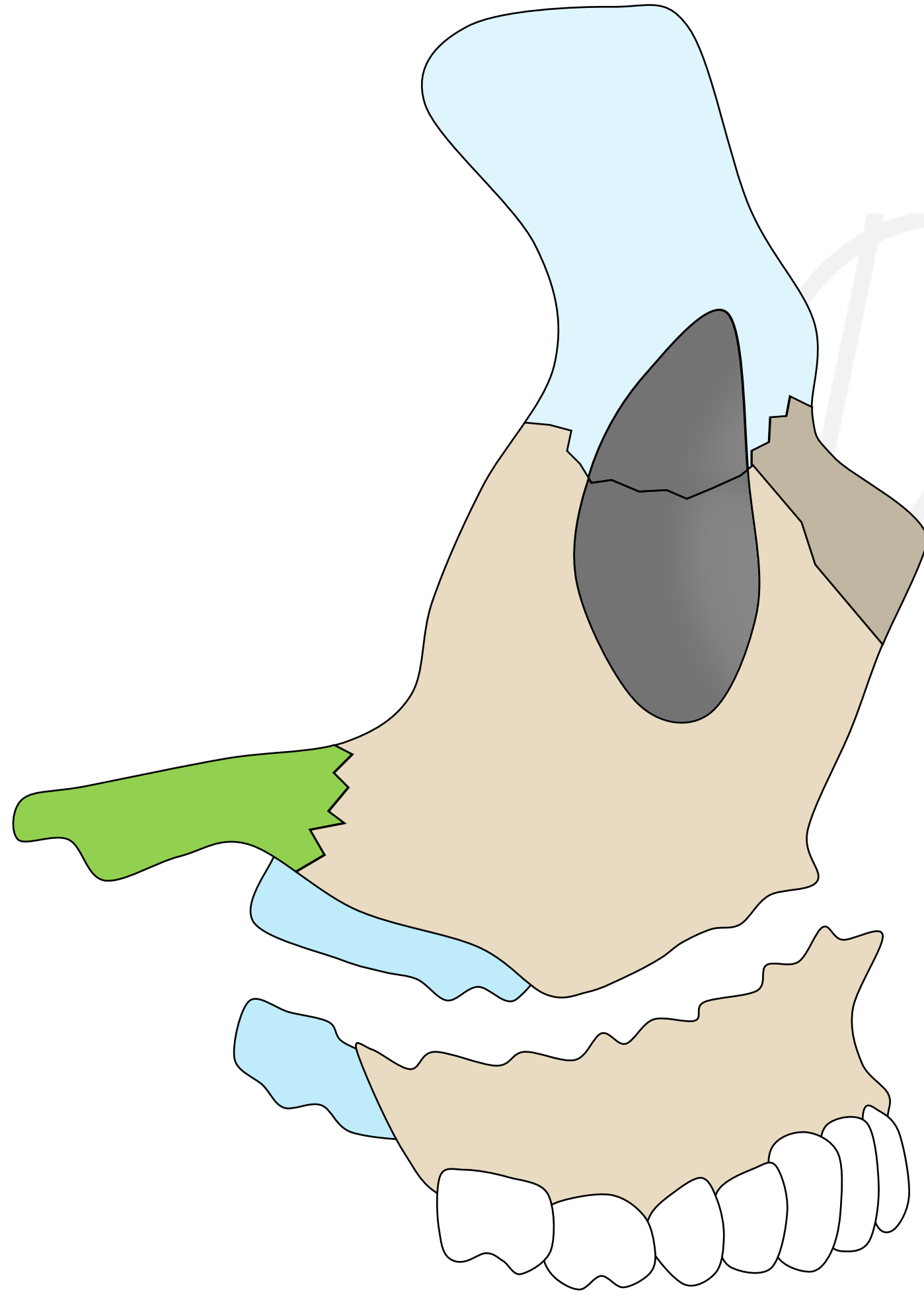
Havlu klipsi ile redüksiyon – Todd ve Carter

Endoskopik yöntem – Harold Hopkins

Modifiye Gilles yaklaşımı – Swanson /bikoronal yaklaşım

Koronal/bikoronal yaklaşım

Le Fort 1



Etkilenen/ayrılan yapılar

Maksiller alveolar kemik

Palatal kemik

Nasal septum alt **1/3**'ü

Ptergoid plak alt **1/3**'ü

Semptomlar

Open bite

Ters overjet

Prematür okluzal temaslar

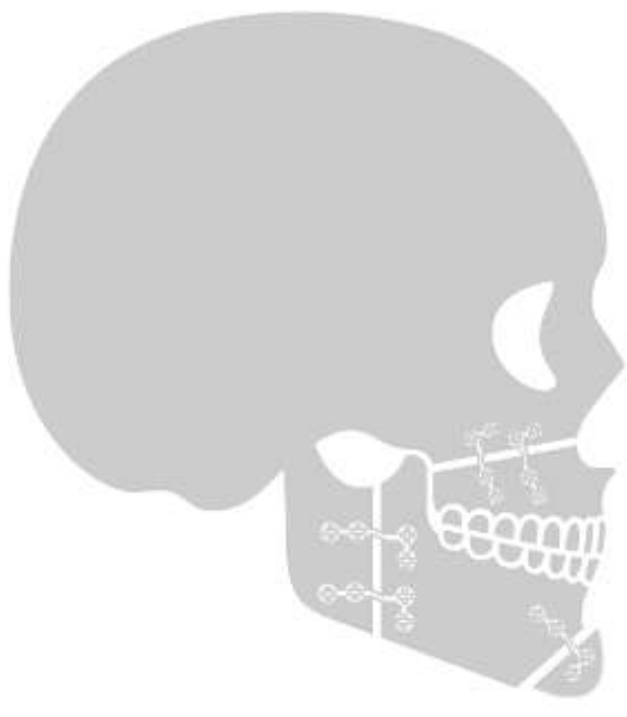
Guerin bulgusu → Palatal bölgedeki ekimoz

Epistaksis → Burun kanaması

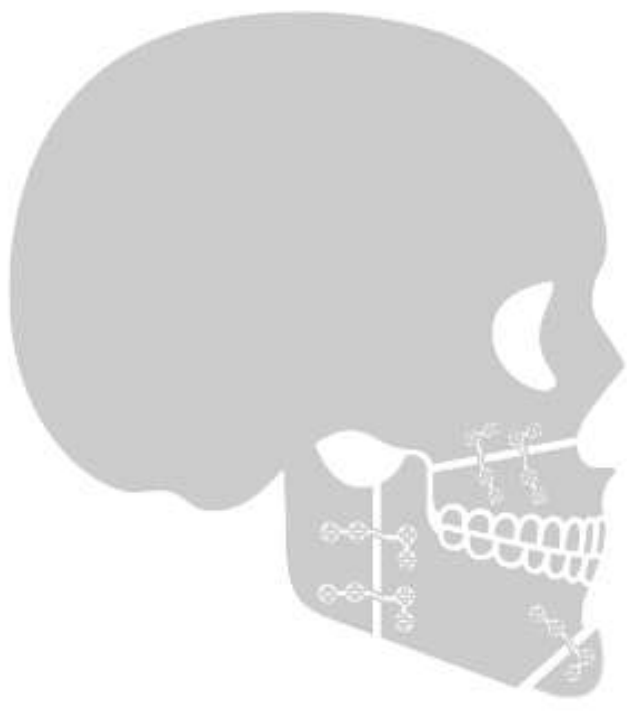
Yüzen üst çene

Vestibüler hematoma

Maksiller dişlere perküsyonda çatlak sesi



	NÖROPRAKSİ	AKSONOTMEZİS	NÖROTMEZİS
Sunderland sınıflaması	1. derece	2-3-4. derece	5.derece
Sinir kılıfı	Sağlam	Sağlam	Kesintili
Akson	Sağlam	Kesintili	Kesintili
Wallerian dejenerasyonu	X	Kısmen	Tamamen
İletim bozukluğu	Geçici	Uzun süreli	Kalıcı
Spontan iyileşme	Tamamen	Kısmen	Çok düşük ihtimal
İyileşme süresi	4 hafta içinde	Aylar sonra	İyileşme ihtimali varsa 3 ay sonra başlayabilir.



FASİYAL PARALİZİ SINIFLAMASI

Grade I: Zayıflık olmadan normal fonksiyon.

Grade II: Hafif disfonksiyon, hafif yüz asimetrisi ve küçük derecede sininezis. Kontraktür veya spazm yok.

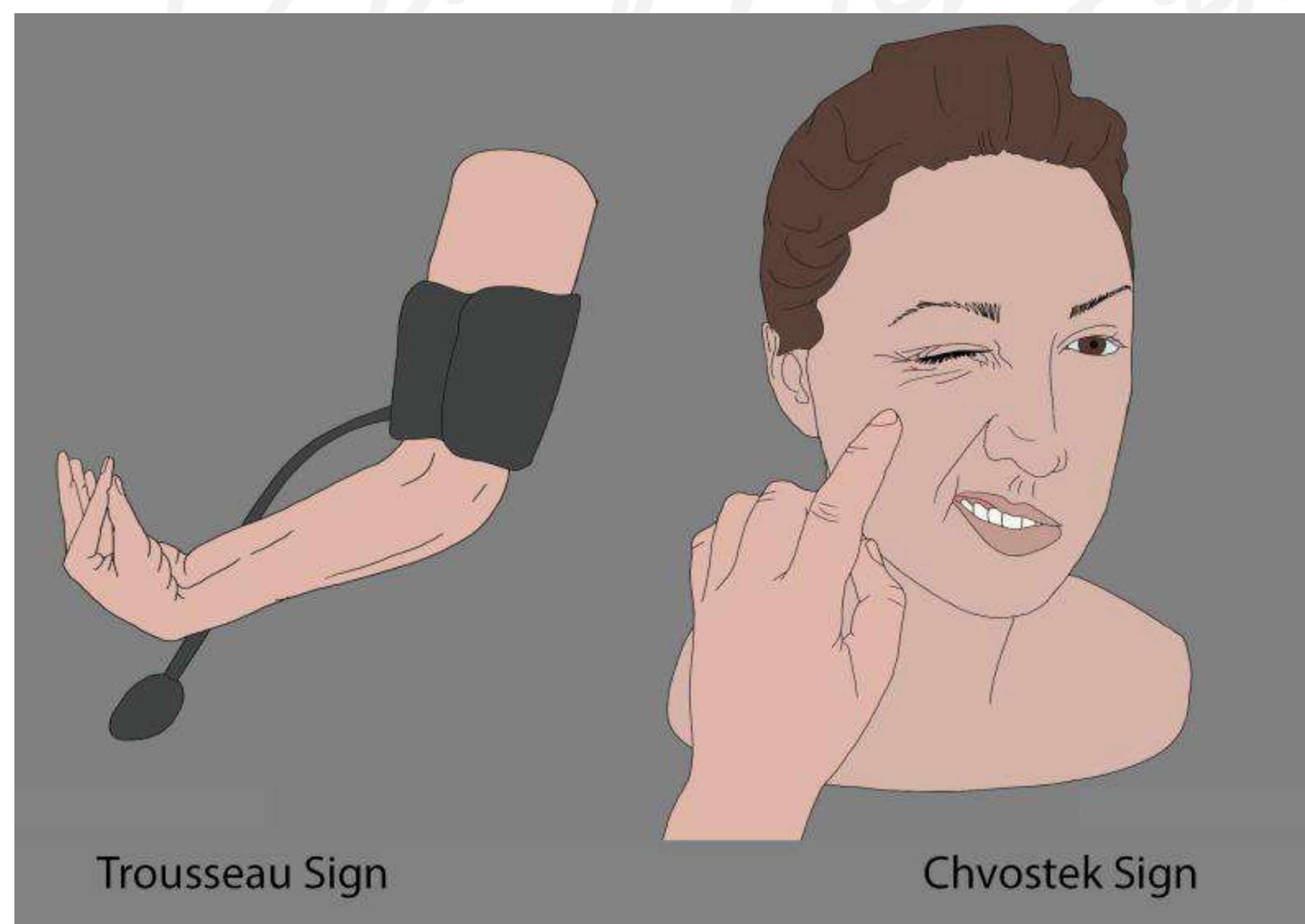
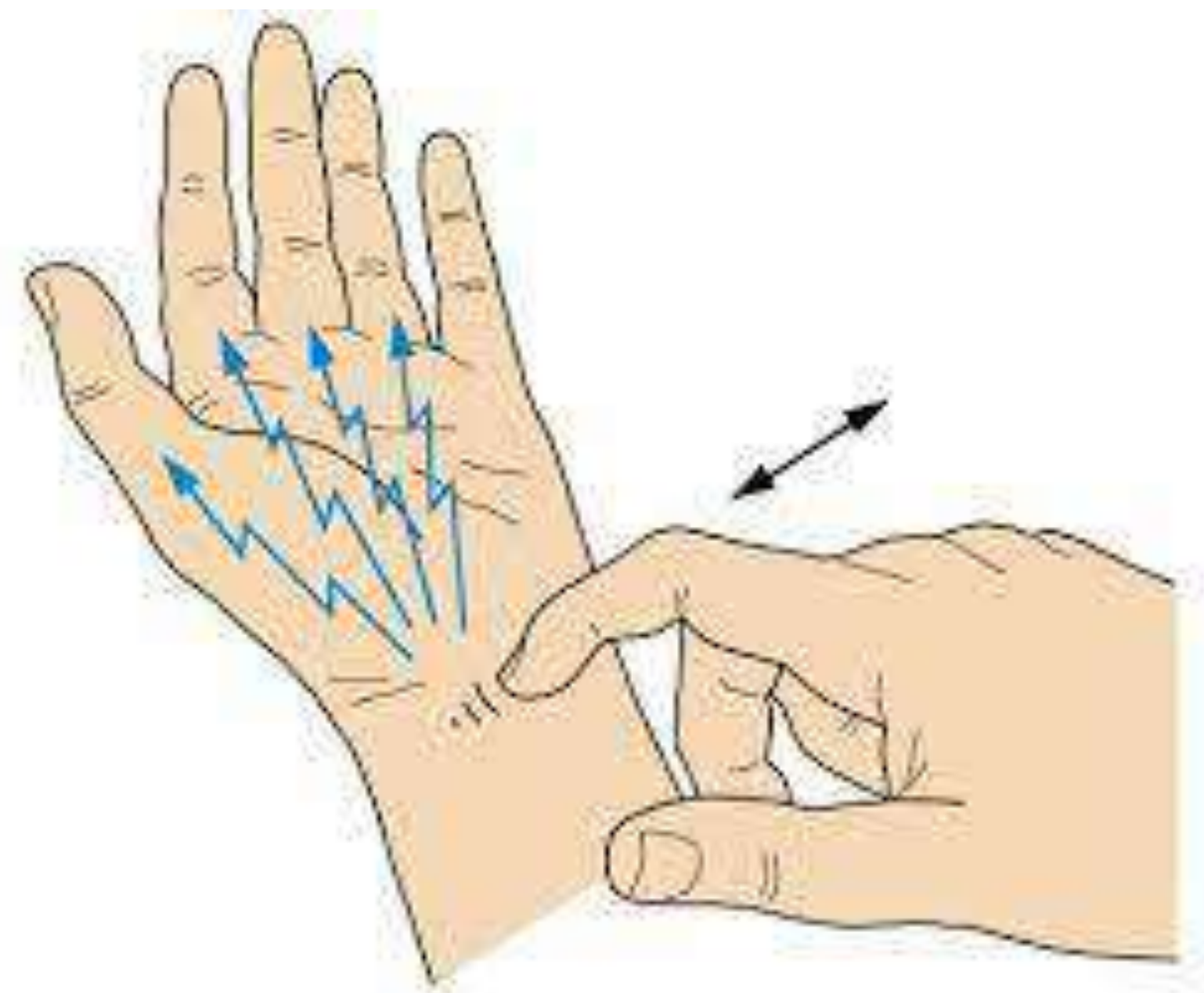
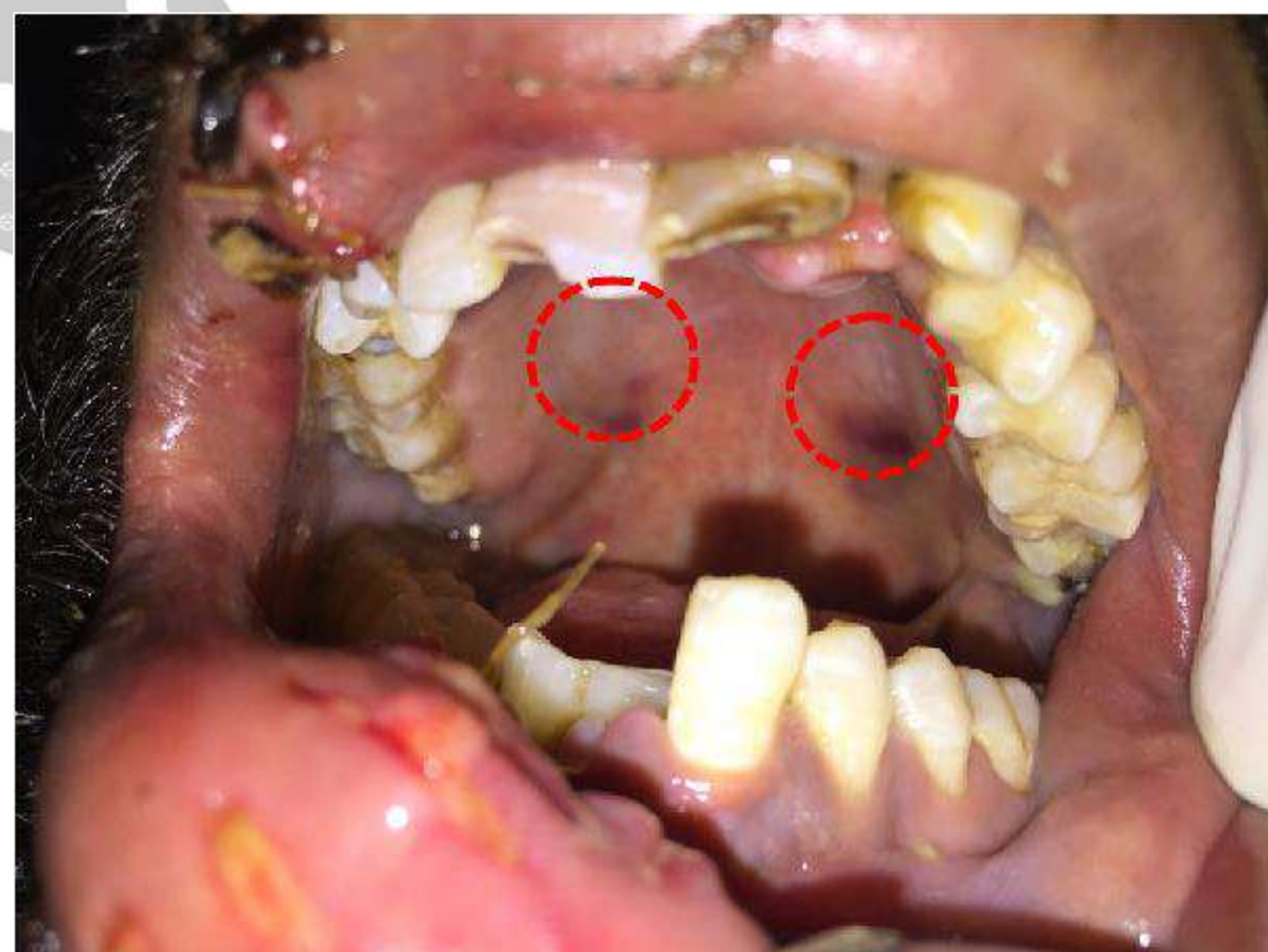
Grade III: Orta derecede disfonksiyon. Belirgin zayıflık, fakat şekil bozukluğuna neden olmaz, Kontraktür ve/veya hemifasiyal spazm ile asimetri, ancak kalıcı alın hareketi var.

Grade IV: Orta derecede şiddetli disfonksiyon—belirgin şekil bozukluğu/asimetri, alın hareketi eksikliği ve tam olmayan göz kapanması ile. Şiddetli sininezis, spazm.

Grade V: Şiddetli disfonksiyon—istirahat halinde asimetri ve sadece hafif yüz hareketi.

Grade VI: Tam felç—tonus/hareket tamamen yok. Prognoz, şiddet derecesine bağlıdır.



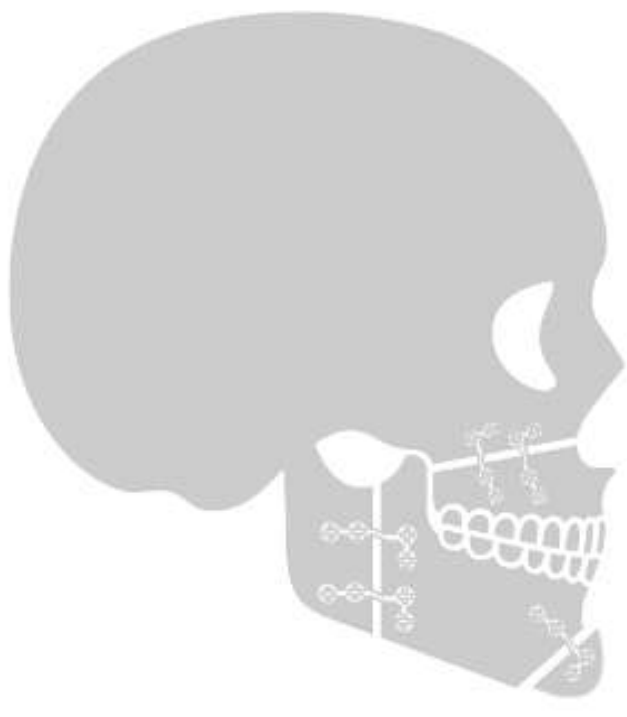


Trousseau Sign

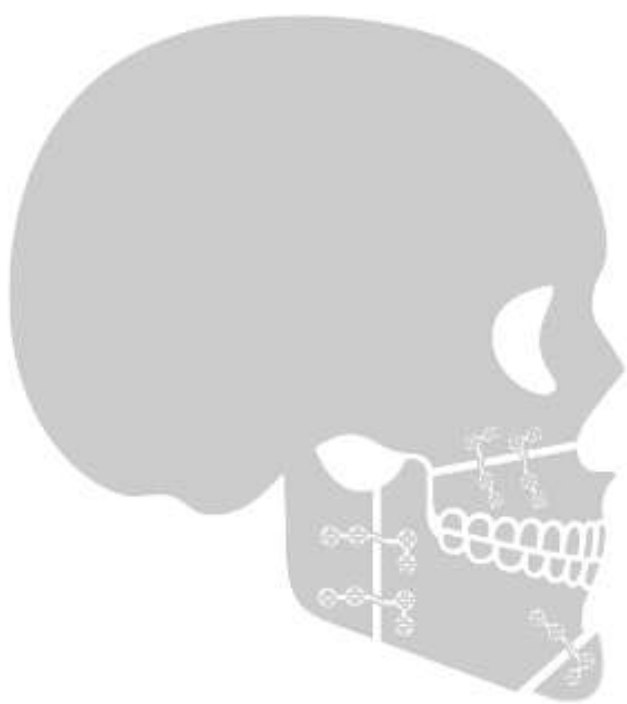
Chvostek Sign

Nikolsky's sign

Easy to peel the skin off

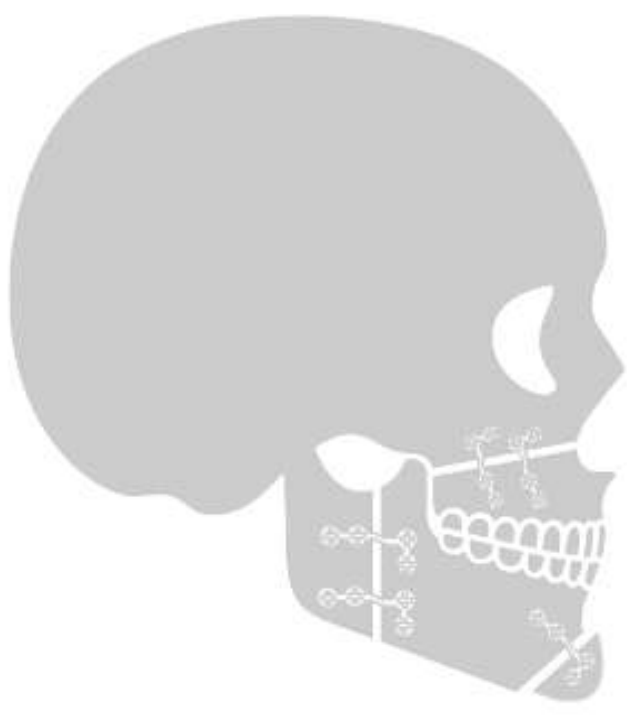


Bulgular	Ne?	Hastalık
Battle	Kulak arkası morluk	Kafa tabanı kırığı
Guerin	Damak ekimozu	Le Fort fraktürü
Tinel	Vurunca karıncalanma	Sinir hasarı
Trousseau	El spazmı	Hipokalsemi
Nikolsky	Deri soyulması	Pemfigus



Mengikuti



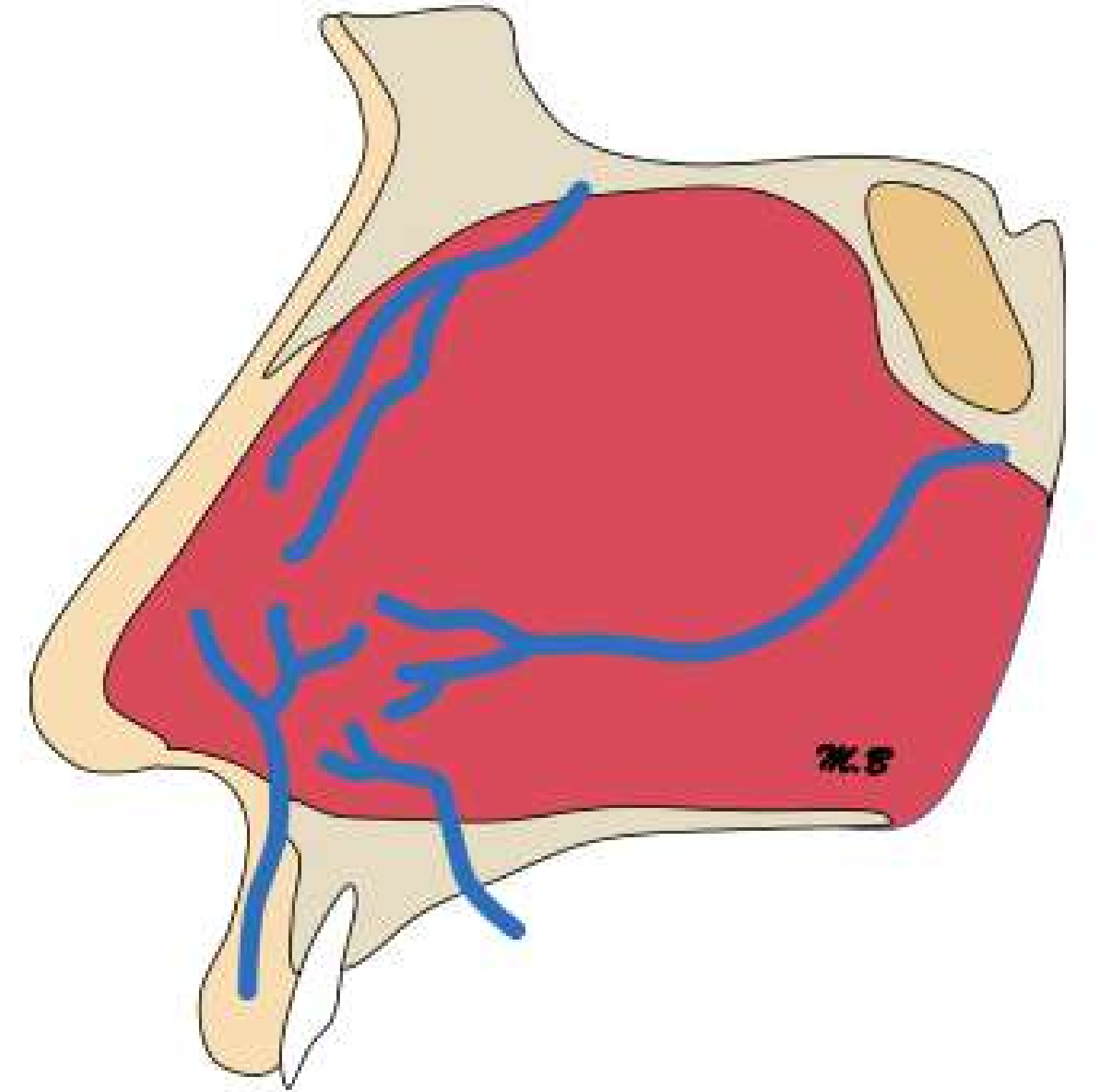


Nasal Kırıkları:

Yüzde en çok görülen kırık çeşidi
Estetik ve hava yolu tıkanıklığı gibi sorunlara yol açar.

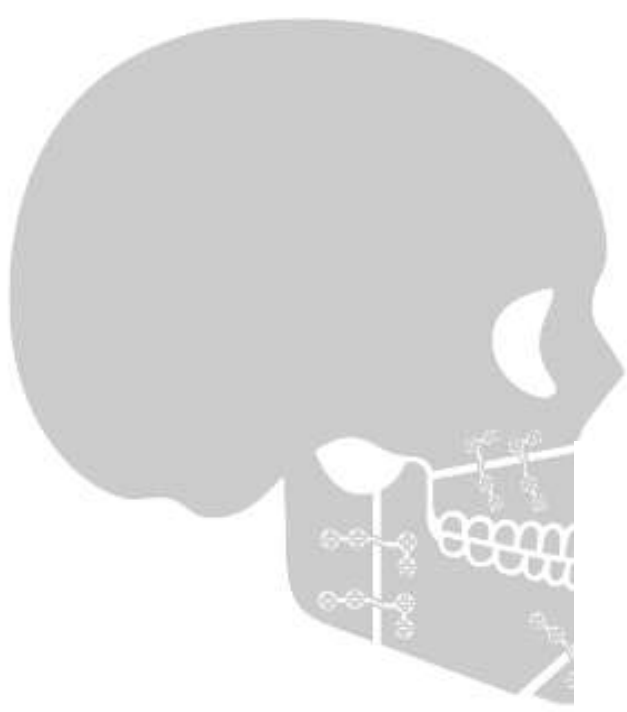
Kiesselbach pleksusu / Little alanı → Epistaksis

- Sfenopalatin arter
- Greater palatin arter
- Süperior labial arter
- Anterior ethmoid arter

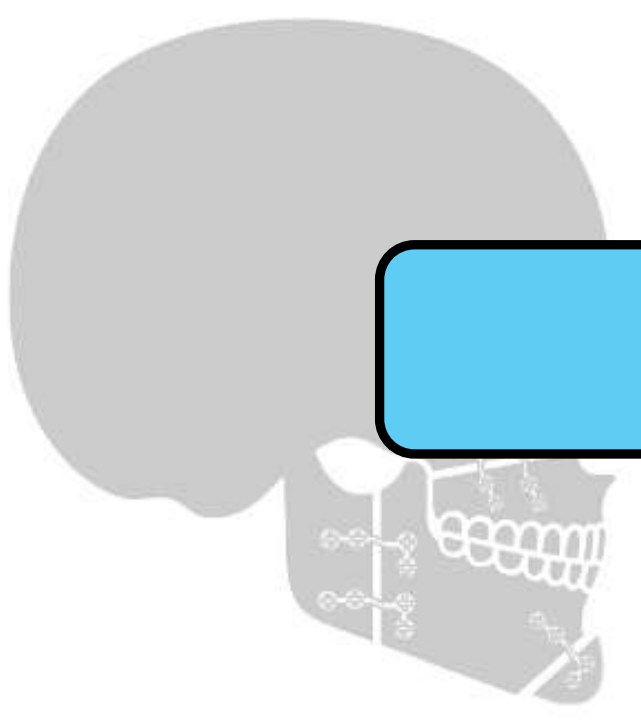




ÖZELLİKLER	ÖDEM	SELLÜLİT	APSE
Tanım	Enfeksiyon veya inflamasyona bağlı İnterstisyel sıvı birikimi	İnterstisyel sıvı birikimi ile bakterilerin dokuya yayılması	Likefaksiyon nekrozu ile yumuşak dokuda pürülan oluşumu
Süre	0-3 gün	1-5 gün	4-10 gün
Sınır	Orta-diffüz	Belirsiz Sınırlı	iyi sınırlı
Boyut	Küçük	Geniş	Küçük
Renk	Normal	Kırmızı	Parlak merkez
Palpasyon	Hamur kıvamında	Sert- Çok hassas	Fluktan
İlerleme (Progresyon)	Artan-devam eden	Artan- devam eden	Azalan ilerleme
Pürülans(Cerahat)	yok	Yok	Var
Doku sıvısı	Ödem	Seroanjyöz	Pürülan
Bakteri	Aerobik	Mix	Anaerobik
Ciddiyet	Düşük	Ciddi	Daha az ciddi bir durum



		Yetiřkin	Çocuk
Oral	Amoksisililin	2 g	50 mg/kg
Parenteral	Ampisilin	2 g IM/IV	50 mg/kg IM/IV
	Sefazolin/Seftriakson	1 g IM/IV	50 mg/kg IM/IV
Penisilin alerjisi (oral)	Sefaleksın	2 g	50 mg/kg IM/IV
	Doksisilin	100 mg	<45 kg, 2.2 mg/kg >45 kg, 100 mg
	Azitromisin/Klaritromisin	500 mg	15 mg/kg IM/IV
Penisilin alerjisi (Parenteral)	Sefazolin/Seftriakson	1 g IM/IV	50 mg/kg IM/IV



Kültür ve Antibiyotik Duyarlılık Testleri

Şiddetli fasiyal boşluk enfeksiyonları

Hızlı yayılan enfeksiyonlar

Tedaviye yanıt vermeyen yada az yanıt veren enfeksiyonlar

Rekürrent enfeksiyon

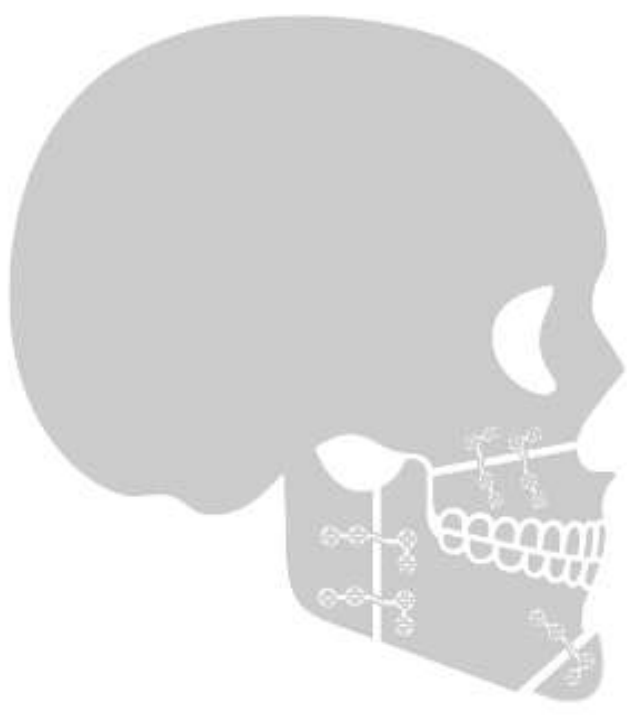
Osteomyelit

Maksiller sinüzit

Aktinomikozis şüphesi

İmmunkompresif hastadaki enfeksiyon

Cerrahi yara ve travma enfeksiyonu

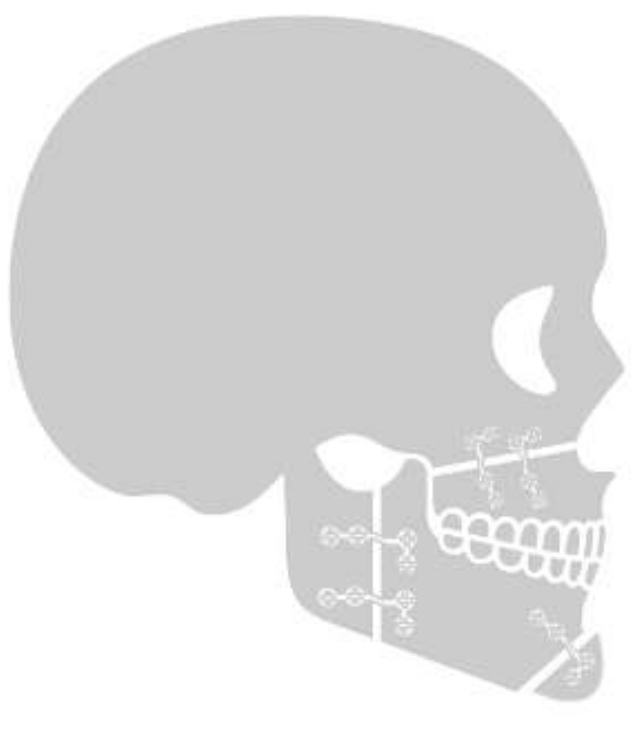


Gerek var

Alveolar prosese yayılan şişlik
Sellülit
Trismus
Lenfadenopati
Yüksek ateş
Şiddetli perikoronit
Osteomyelit
İmmunkompresif hasta

Gerek yok

Hasta isteği
Şiddetli ağrı
Diş ağrısı
Periapikal apse, periodontitis
Alveolar osteitis
Multiple diş çekimi
Orta- hafif perikoronit
Alveolar proseste drene edilen abse



Enfektif endokardit profilaksisi

Transkatater implante edilmiş ve homogreft içeren protetik kalp kapakları

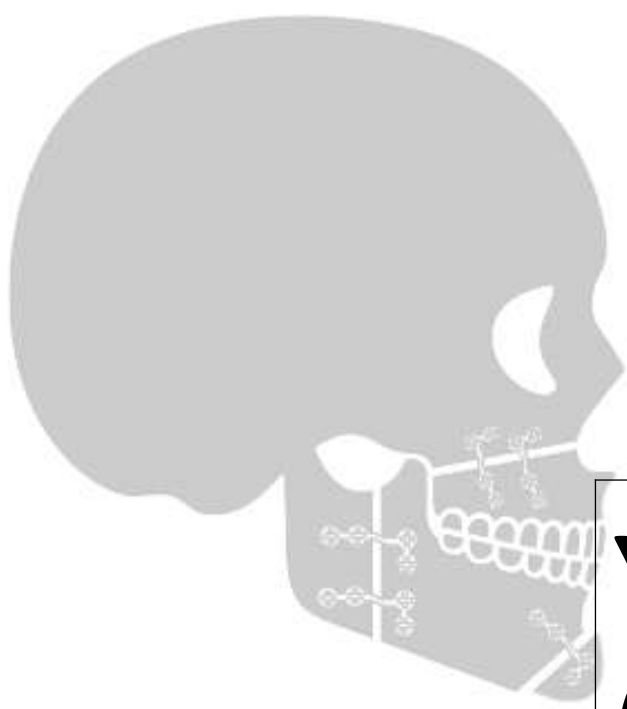
Anüloplasti halkaları ve kordonları gibi materyallerle onarılmış kalp kapakları

Önceden geçirilmiş enfektif endokardit

Onarılmamış siyanotik konjenital kalp hastalığı

Protezle onarılan bölgenin bitişiğinde rezidüel şant veya kapak yetersizliği olan siyanotik konjenital kalp hastalığı

Anormal kapak sebebiyle kalp nakli olan , kapak yetersizliği olan hasta

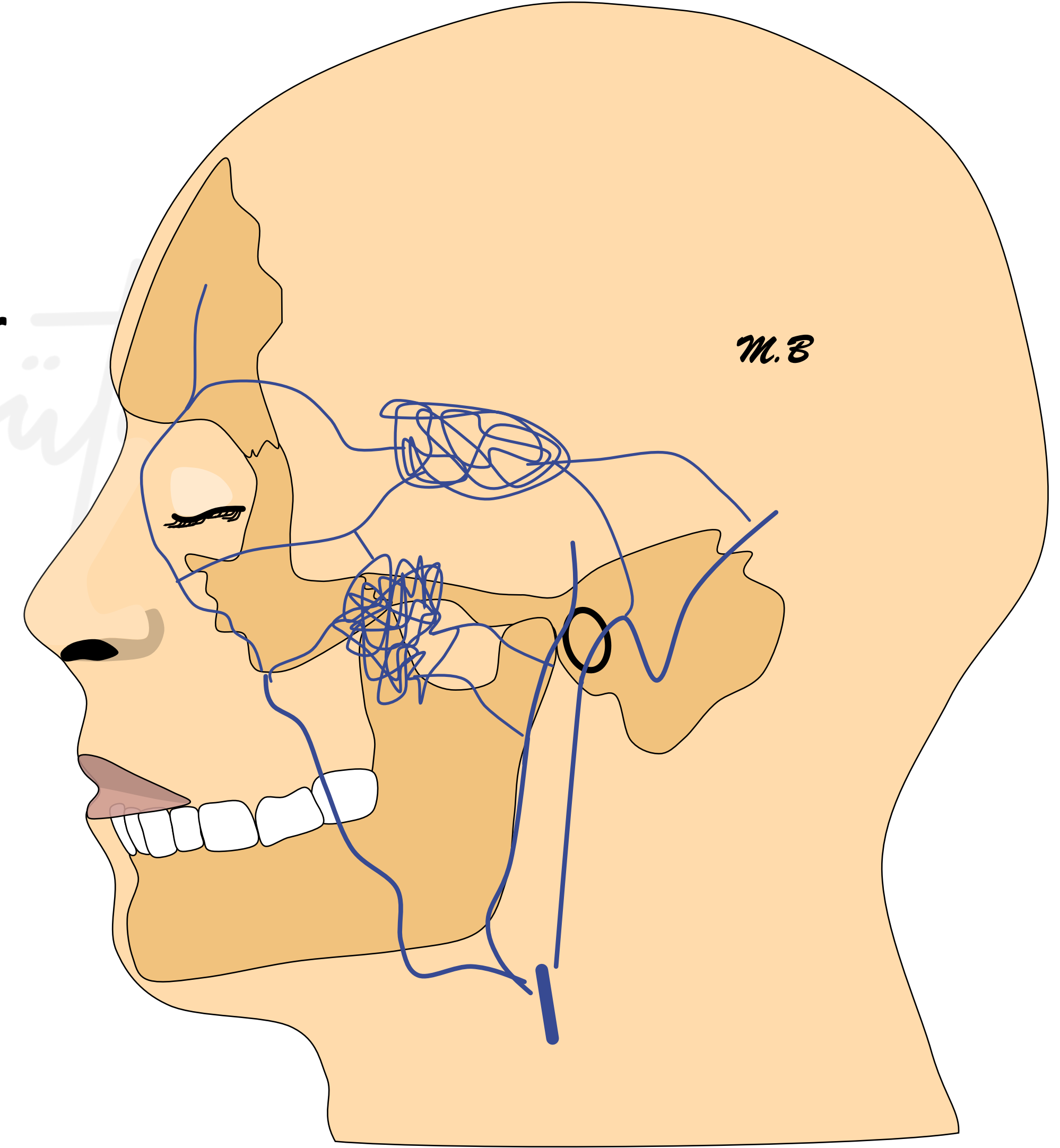


Yüksek Risk Grubu (Profilaksi önerilir)	Orta Risk Grubu (Duruma göre değerlendirilir)	İhmal Edilebilir Risk Grubu (Profilaksi önerilmez)
• Protez kalp kapakları	• Diğer konjenital kalp anomalilerinin çoğu	• İzole sekum dum ASD
• Geçirilmiş bakteriyel endokardit	• Edinilmiş kapak hastalıkları (ör. RHD)	• Cerrahiyle onarılmış ASD veya PDA
• Kompleks siyanojenik konjenital kalp hastalığı	• Hipertrofik kardiyomiyopati	• Önceden geçirilmiş koroner bypass ameliyatı
• Cerrahi olarak oluşturulmuş sistemik-pulmoner şantlar	• Mitral kapak prolapsusu	• Kapak yetersizliği olmayan mitral kapak prolapsusu
		• Fizyolojik/fonksiyonel/masum üfürümler
		• Geçirilmiş Kawasaki hastalığı
		• Geçirilmiş romatizmal ateş
		• Kalp pili ve implante defibrilatörler

Yayılım 2 şekilde

Fasiyal ven → Sup. Oftalmik ven → Sup. Orbital fissür

Ptergoid ven pleksusu → inferior Orbital ven



Kavernöz Ven trombozu

Unilateral periorbital ödem

Görme kaybı

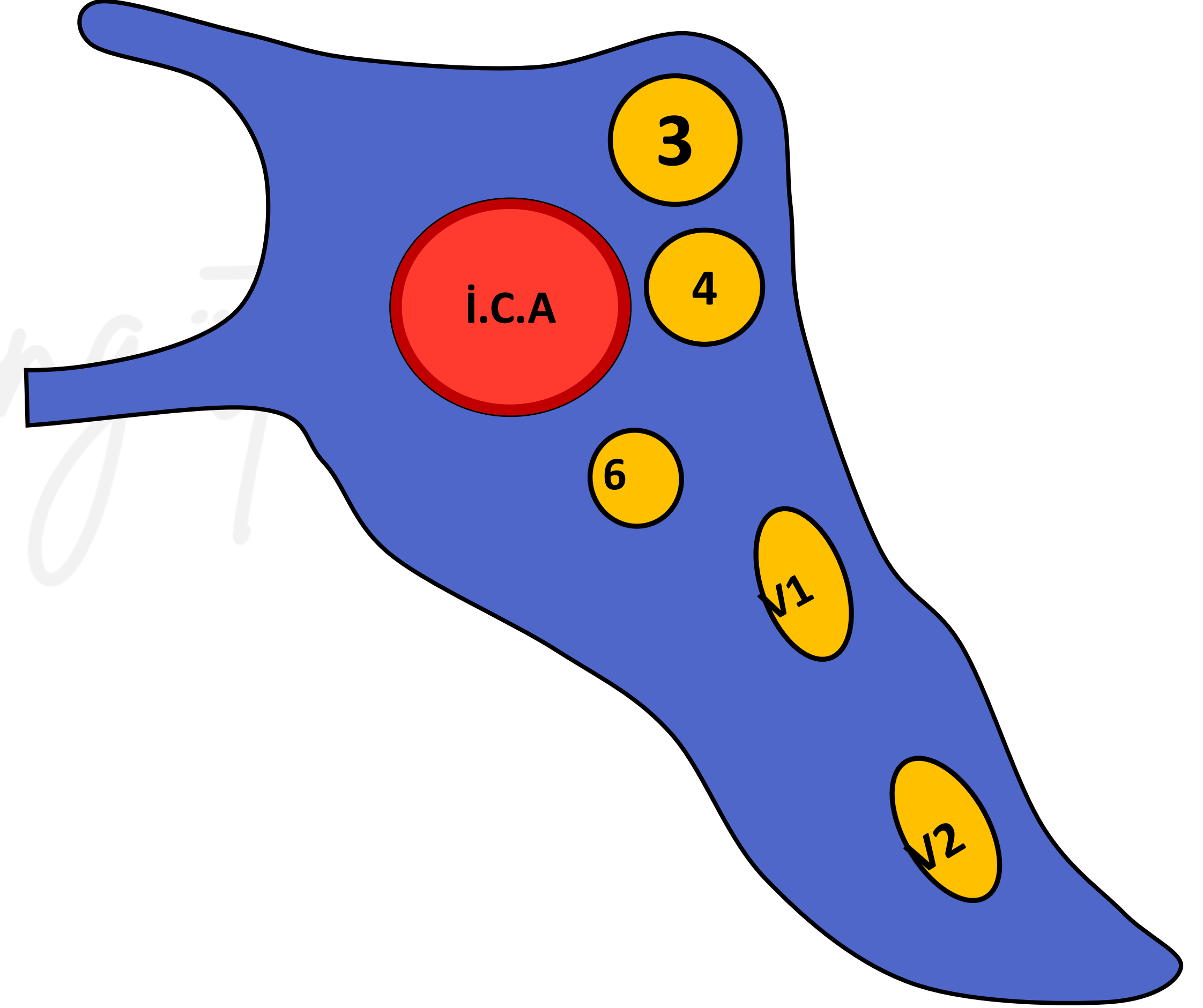
Pitozis

Baş ağrısı

III- IV-V-V1-V2-VI paraliz

Hayatı tehdit eder

Septik şok belirtileri



Ptergomandibular Loj Absesi

ETKEN

Mandibular 3. molar
Mandibula angulus kırıkları
Enfekte enjeksiyon iğnesi

Mandibular anestezi

İÇERİK

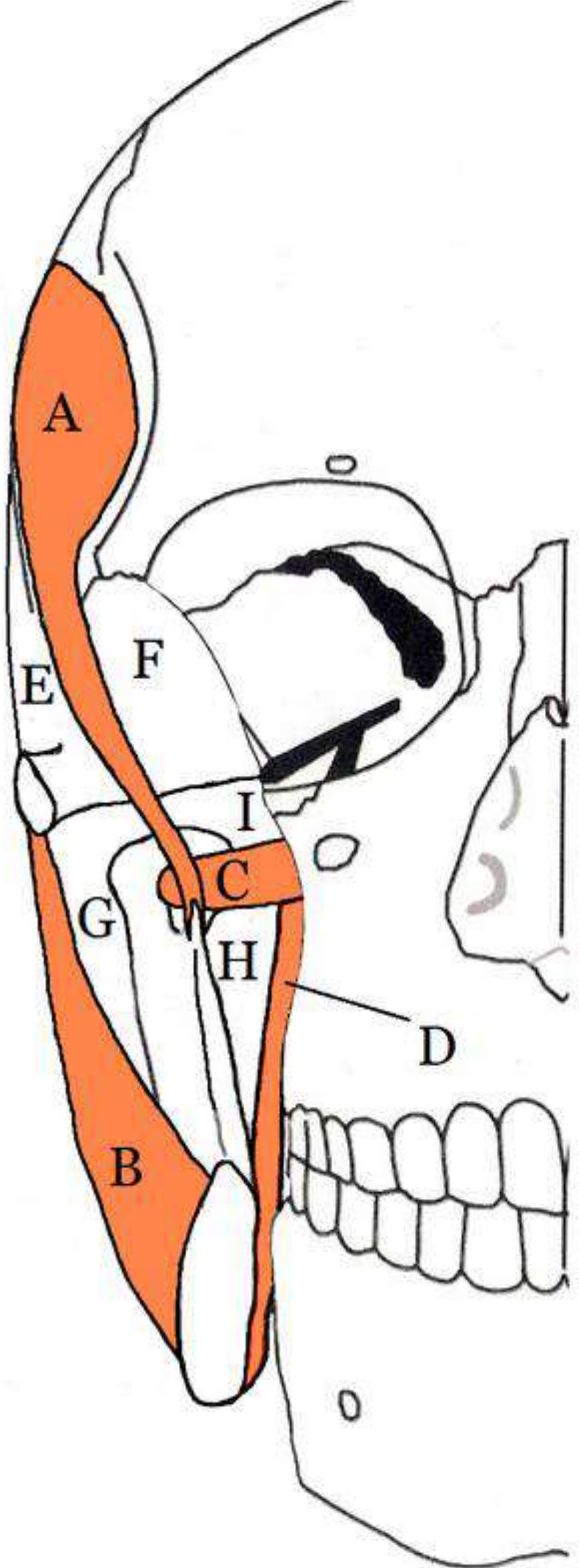
V3 (N.Mandibularis)
A. – V. Alveolaris inferior

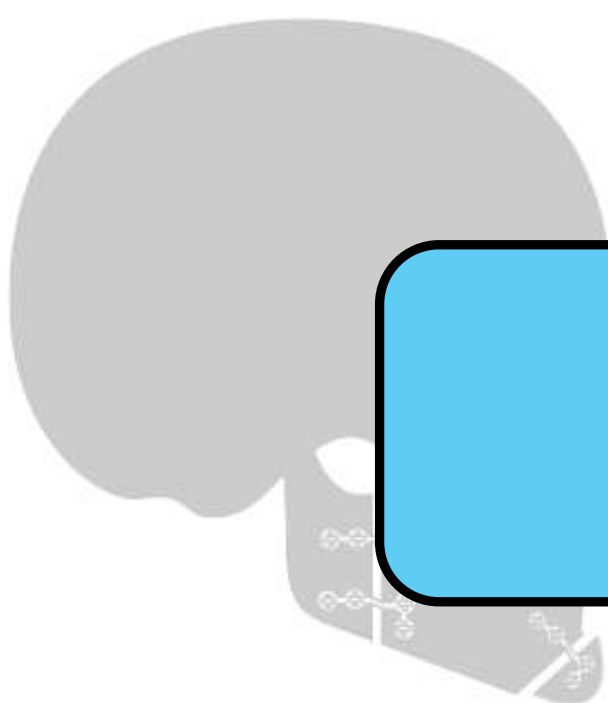
KOMŞU

Bukkal
Lateral farengeal
Submasseterik
Derin temporal
Parotis
Peritonsiller

CERRAHİ

İntraoral/ekstraoral





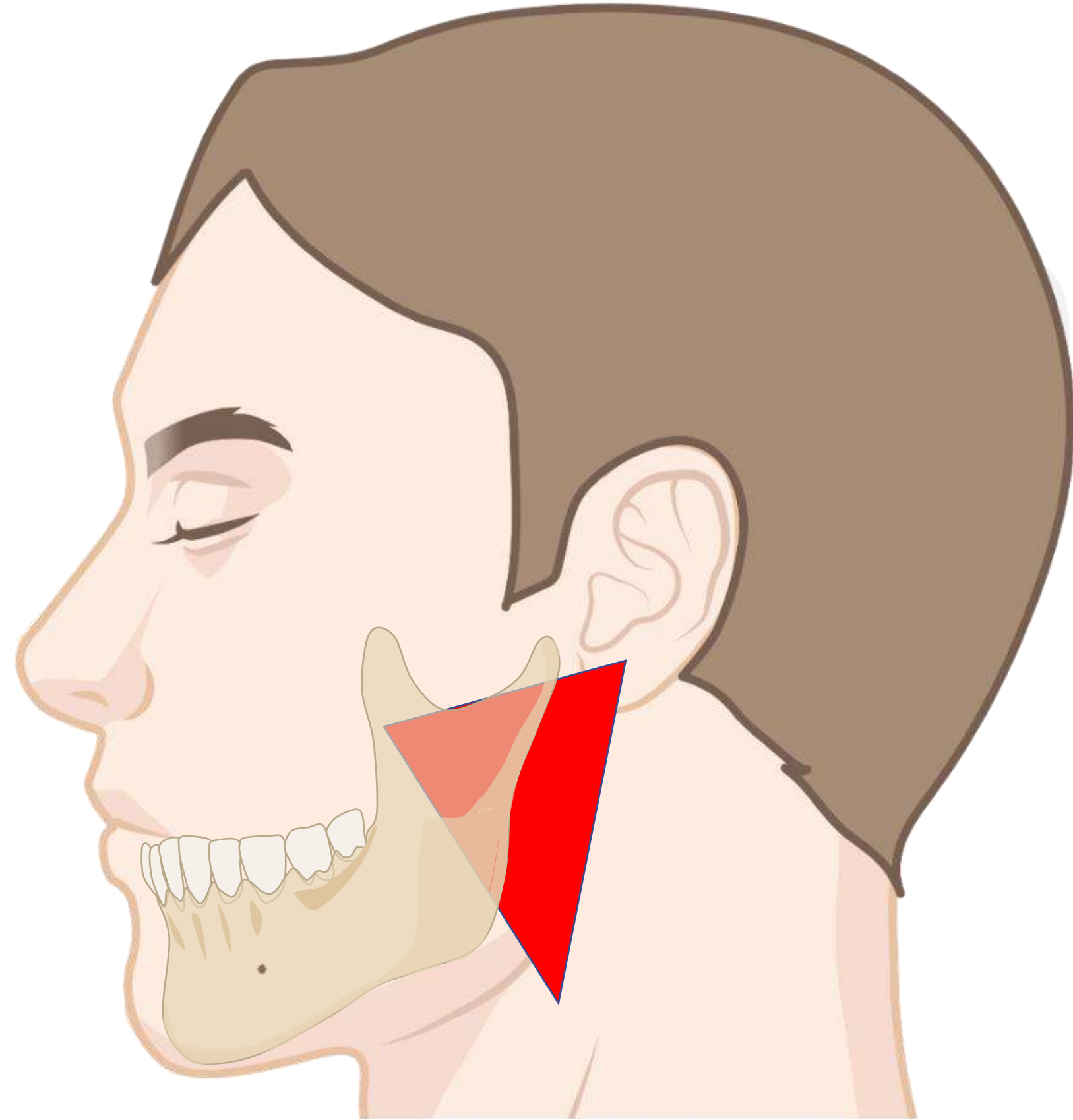
Ptergomandibular Loj Absesi

Minimal ekstraoral şişlik

M.Ptergoideus medialis → Trismus

IV kontratlı BT'de halka şeklinde genişleme

Lateralarengel Apse



Medial ptergoid kas – süperior konstriktör kas

Ters Üçgen

Anterior- Posterior kompartman

Styloid proses

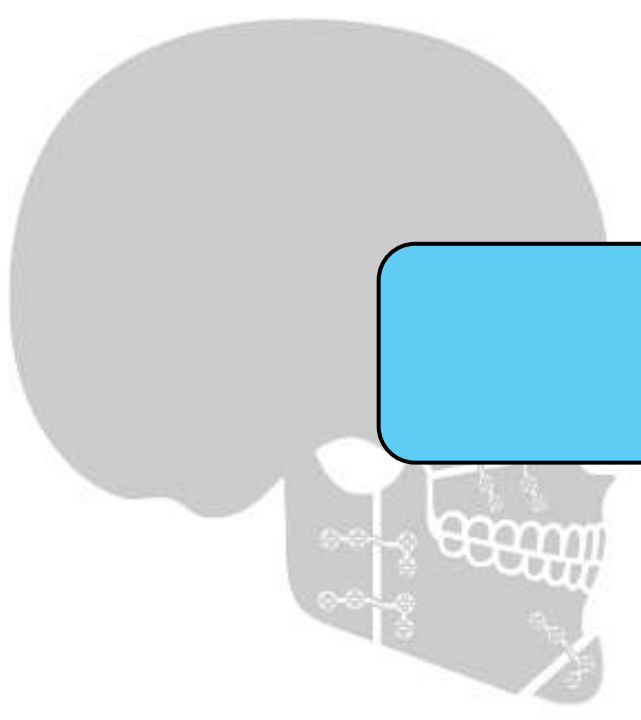
Ptergomandibular- Submandibular ve sublingual

Trismus → M.Pterygoideus medialis

Mandibula alt kenarı ve M.Scm arasında şişlik

Mandibula angulus palpe edilemez.

Sekresyon kontrolü X



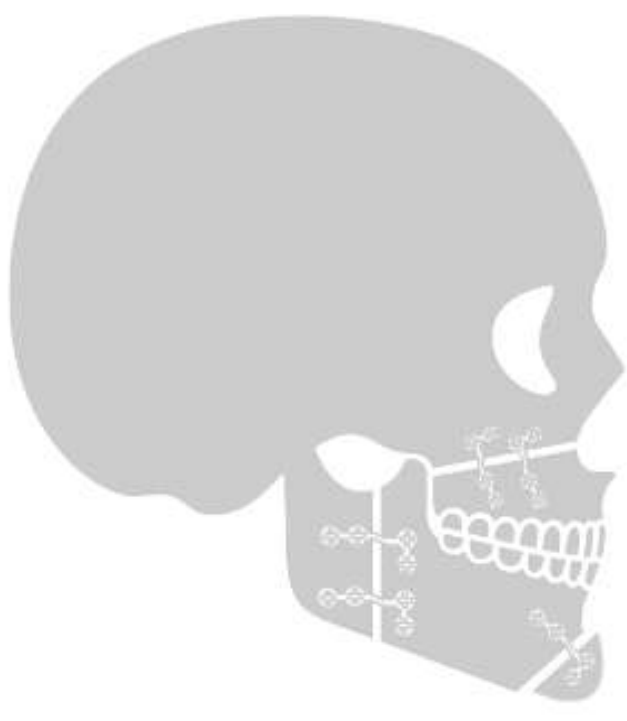
Lateral Farengeal Apse

Hava yolu tehditi **Sıcak patates sesi**

İnternal jugular ven trombozu

A.Karotis duvarında erozyon

9-10-12. Kraniyal sinirlerde hasara sebep olabilir.

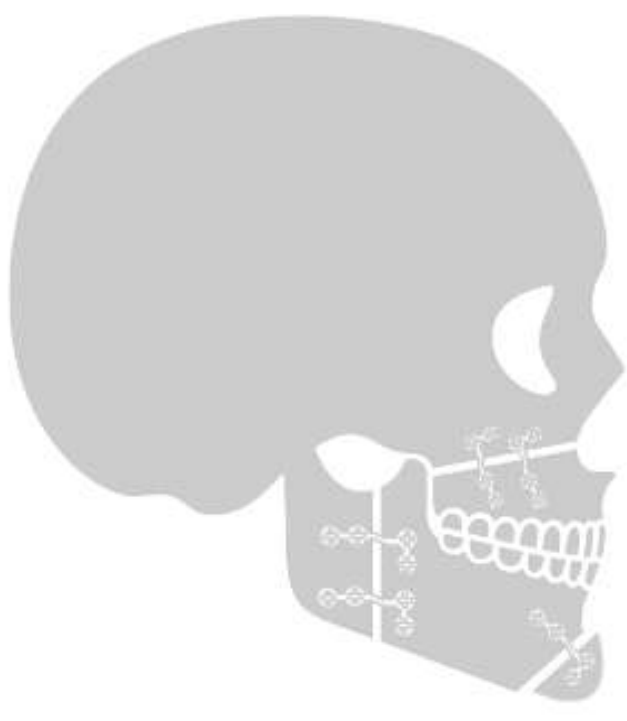


PALATAL LOJ APSESİ

Lateral kesiciler

Molar palatal kökler

Dr. Mengütaş



LOJ APSELERİNİN (ENFEKSİYONLARIN) ŞİDDET SKORLAMASI

Şiddet skoru 1:

Vital yapılar ve hava yolu için
düşük risk

Vestibüler
Subperiostal
Mandibular gövde
İnfraorbital
Bukkal loj apseleri

Şiddet skoru 2:

Vital yapılar ve hava yolu için
orta risk

Submandibular
Submental
Sublingual
Pterygomandibular
Submasseterik
Superficial temporal
Derin temporal/ infratemporal

Şiddet skoru 3:

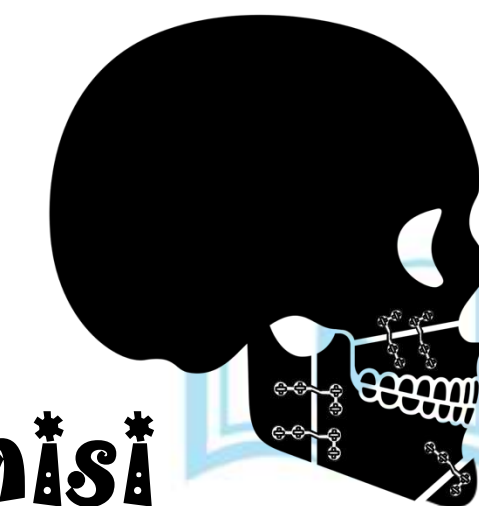
Vital yapılar ve hava yolu için
yüksek risk

Lateral farengeal
Retrofarengeal
Pretrakeal

Şiddet skoru 4:

Vital yapılar ve hava yolu için
aşırı derece riskli

Tehlikeli boşluk/danger space
Mediastinum
İntrakranial enfeksiyon





Tedavi seçenekleri:

Sekestrektomi: Enfekte ve avasküler kemiğin çıkarılması

Sokerizasyon: Komşu kortikal kemik ve enfekte kemik çıkarıldıktan sonra o bölgenin sekonder iyileşemeye bırakılması

Dekortikasyon: Dens, enfekte ve beslenmesi zayıf olan kortikal kemiğin alınması

Trepanasyon. Kemik korteksinde delik açılarak drenajın sağlanması

Rezeksiyon ve rekonstrüksiyon: Enfekte alanın tamamen çıkarılması

Osteomyelit eřitleri

Akut süpüratif

Medullar kemik enfeksiyonu Pürülan

Radyolojik bulgu X

Kronik süpüratif

Gve yenięi

Sekestr

İnvolutrum

Min. 6 hafta antibiyotik

Kronik Sklerozan

Fibrozis

Sklerozis

A

Yoęun ağrı

Kemik dansitesi ↑

Pürülan X

Garre

ocuk

Soęan kabuęu

Pürülan X

Drenaj X

Eritem X

Maksiller

İnfant

Prenatal travma

Kontamine meme

Maksiller sinüs enfeksiyonu

Cierny ve Vibhagool'in Osteomyelit Sınıflandırma ve Evreleme Sistemi

Evre I	Medüller OML: Kortikal tutulum olmadan medüller kemiği etkiler; genellikle hematojen yolla yayılır.
Evre II	Yüzeyel OML: 2 cm'den küçük kemik defekti vardır ve kansellöz kemiği içermez.
Evre III	Lokalize OML: Radyografide 2 cm'den küçük kemik defekti görülür, ancak defekt her iki korteksi de tutmamış gibi görünür.
Evre IV	Diffüz OML: 2 cm'den küçük defekt vardır, patolojik kırık, enfeksiyon ve kaynamama ile ilişkilidir.

MRONJ

RANKL inhibitörleri

Antirezorptif

Osteoklastları inh.

Anjiogenez inh.

Bifosfanatlar

Antirezorptif

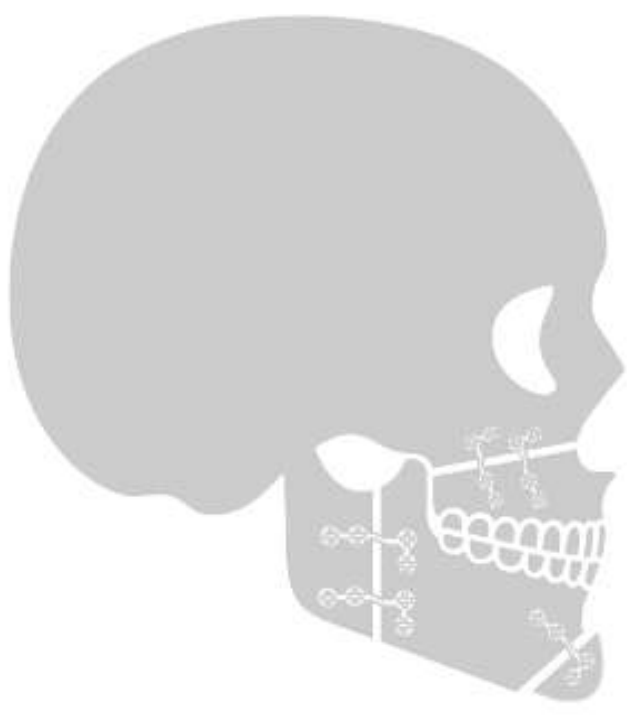
Antianjiojenik

Osteoklast inh.

Osteoporoz

Paget

Malign kemik metastazları



Yarılanma ömrü çok uzun

Riski arttıranlar

IV kullanım

Diabet

Steroid

Sigara

65 yaş <

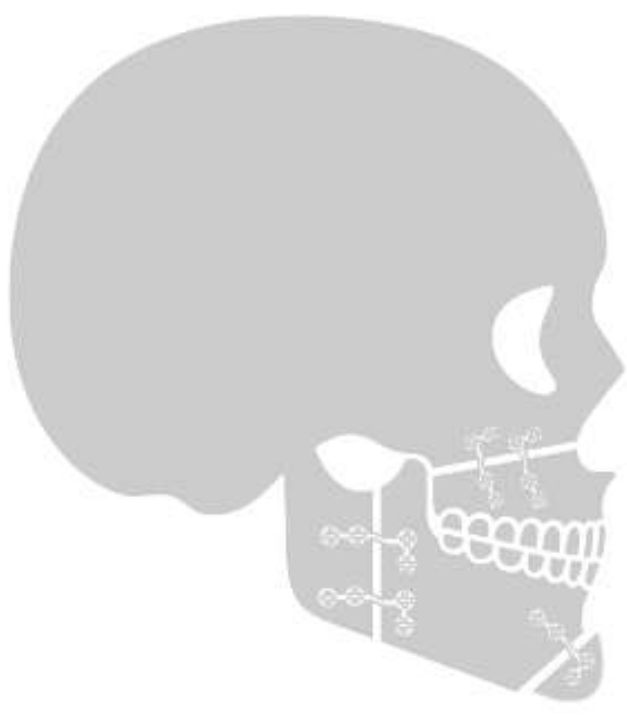
12 ay < kullanım

Klinik

Osteoradyonekrozla benzer

Radyasyon X

Tedavi genel olarak önleyici



Mronj Sınıflaması ve Tedavisi

Evre 0

Spesifik semptom **X**

Ekspose kemik **X**

Gözlem

Semptomatik tedavi

Çürük, periodontal tedaviler

Evre 1

Ekspose kemik ✓

Semptom **X**

Enfeksiyon + ağrı **X**

Gargara (klorheksidin)

Oral hijyen ✓

Cerrahi tavsiye edilmez

Keskin kemik kenarları alınabilir.

Evre 2

Ekspose kemik ✓

Semptom ✓

Enfeksiyon + ağrı ✓

Agresif tedavi

Gargara + antibiyoterapi

Kültür ve duyarlılık testi ✓ (antb.)

Dirençli vakalarda IV antibiyotik

Evre 3

Ekspose kemik ✓

Semptom ✓

Enfeksiyon + ağrı ✓

Patolojik fraktür

Extraoral fistül

Oro-antral- oronazal bağlantı

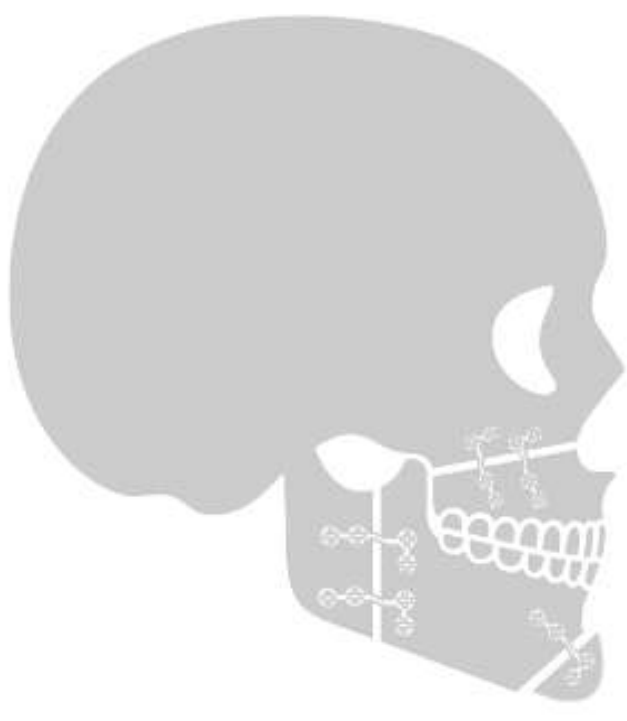
Mandibula alt kenarında lizis

maksiller sinüse yayılan lizis

Gargara

Antibiyoterapi

Cerrahi debridman

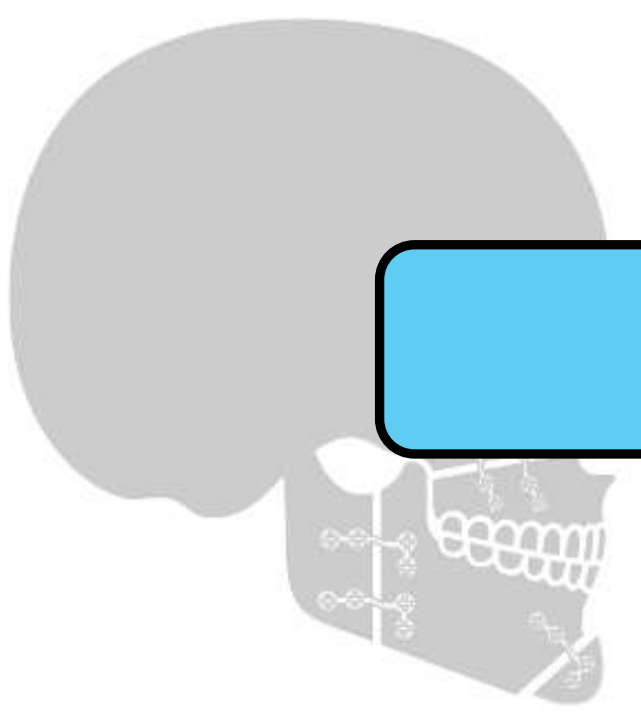


BİFOSFANATLAR

Etidronat (Didronel)
Tiludronat (Skelide)
Pamidronat (Aredia)
Zoledronat (Zometa, Reclast)
Alendronat (Fosamax)
Risedronat (Actonel)
Ibandronat (Boniva)

OSTEONEKROZLA İLİŞKİLİ İLAÇLAR VE ENDİKASYONLARI

Alendronat (Fosamax): Osteoporoz
Risedronat (Actonel): Osteoporoz
Ibandronat (Boniva): Osteoporoz
Zoledronat (Reclast): Osteoporoz
Pamidronat (Aredia): Kemik metastatik hastalığı
Zoledronat (Zometa): Kemik metastatik hastalığı
Denosumab (Xgeva): Kemik metastatik hastalığı
Denosumab (Prolia): Osteoporoz
Romosozumab (Evenity): Osteoporoz
Sunitinib (Sutent): Tirozin kinaz inhibitörü
Sorafenib (Nexavar): Tirozin kinaz inhibitörü
Bevacizumab (Avastin): İnsan monoklonal antikor
Sirolimus (Rapamune): Memelilerde rapamisin yolu hedefi



Profilaksi gerektiren durumlar

Diş çekimi

**Periodontal cerrahi
subgingival antibiyotik yerleştirme
scaling ve root planing , sondalama**

Avülse dişin replantasyonu

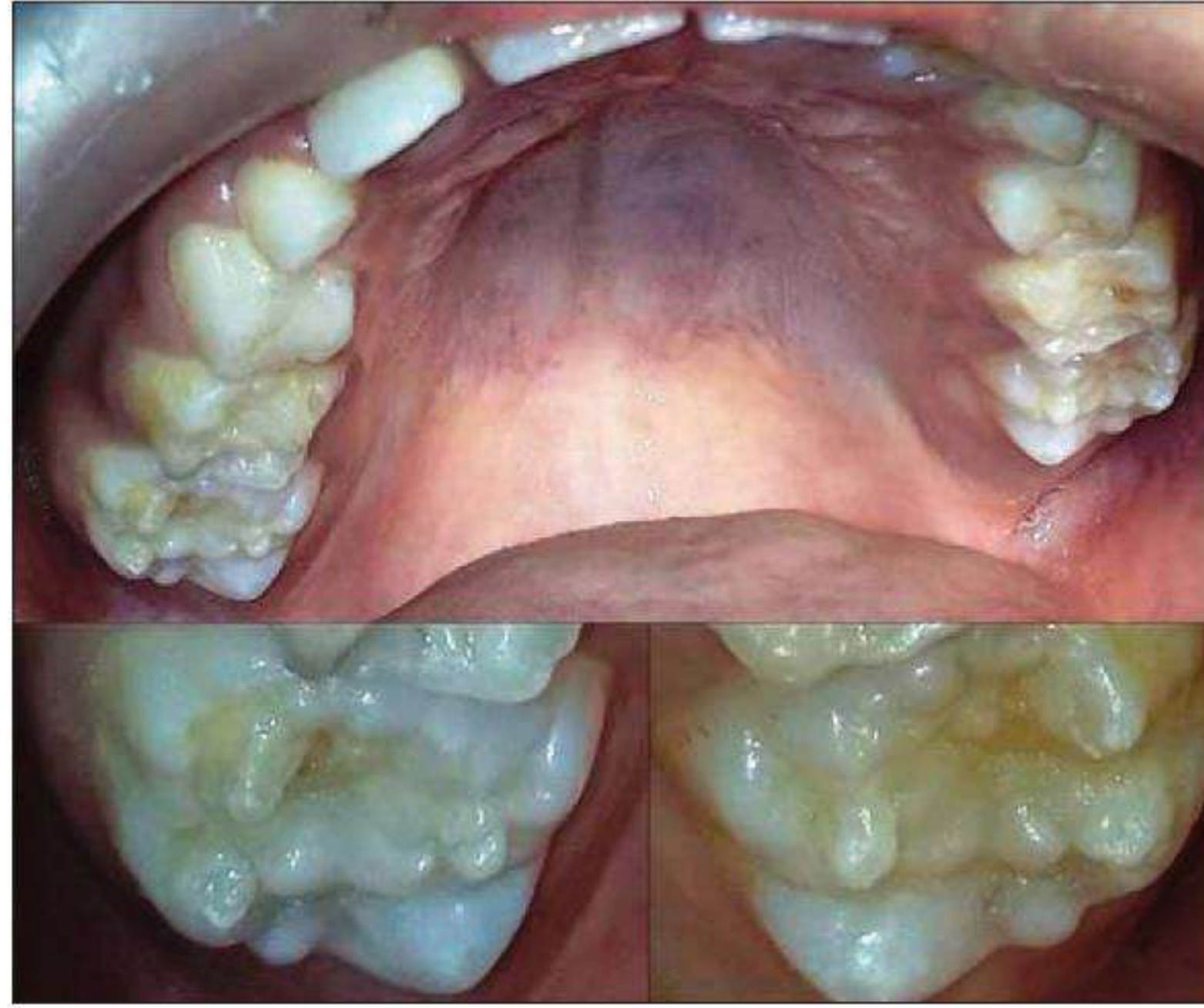
Apeks dışına taşan endodontik işlemler

Ortodontik bantların yerleştirildiği ilk seans

İntraligamenter/ intraosseoz anestezi

Kanama beklenen durumlar

SİFİLİZ



Treponema Pallidum

Primer → Şankr

Sekonder → Mukoz yamalar

Tersiyer → Gumma

Konjenital → Hutchinson triadı

Eyer burun



KANDİDİYAZİS



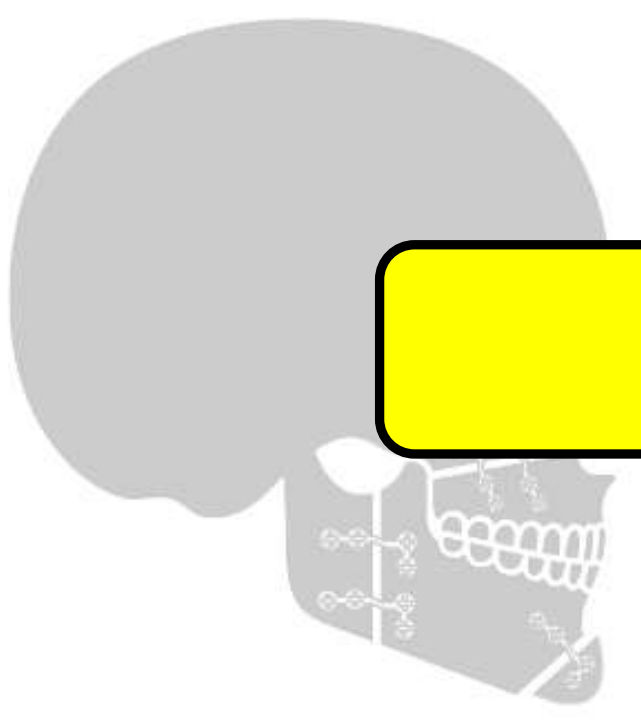
En sık görülen fungal enfeksiyon

Candida albicans → Endojen

Psödomembranöz

Eritematöz

Angular şellitis



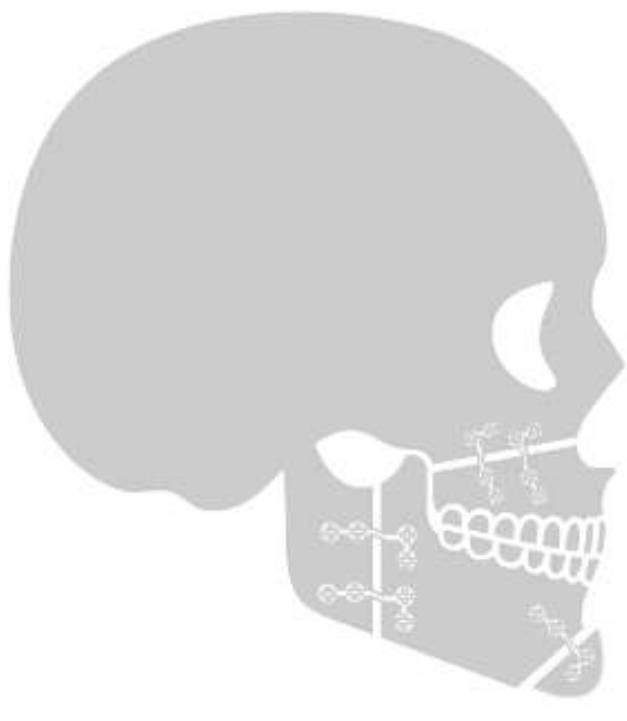
KANDİDİYAZİS

Lokal

Dudak yalama
Topikal antimikrobiyal
Azalmış dikey boyut
Kronik protez irritasyonu

Sistemik

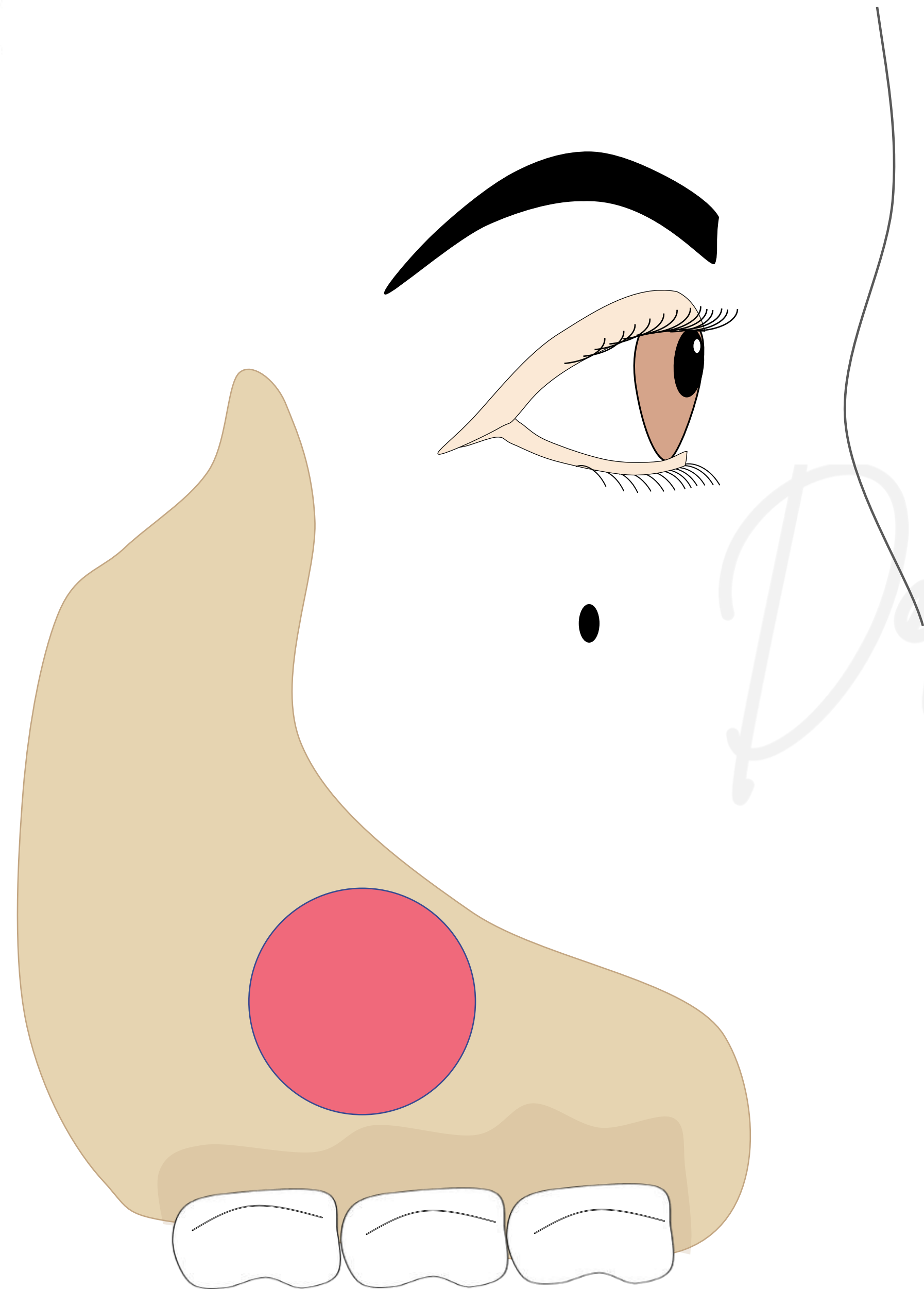
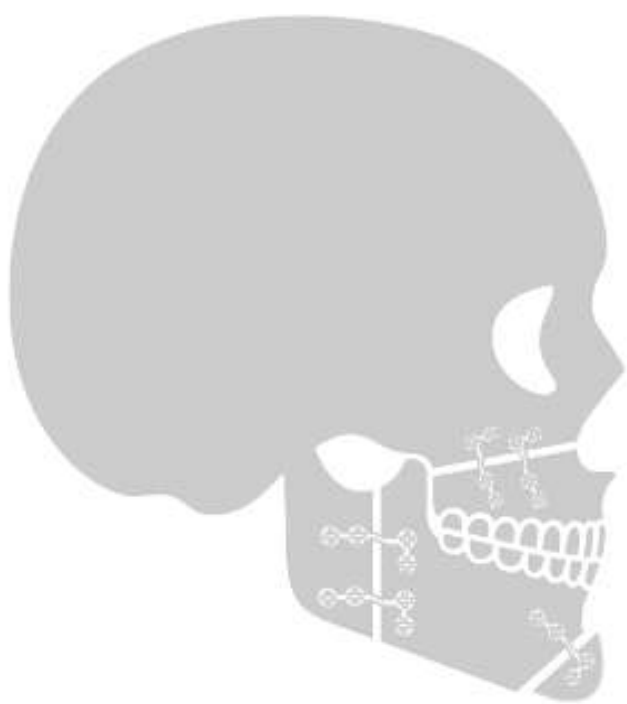
Endokrin (Diabet)
Yetersiz beslenme
HIV/AIDS
Bebeklik, yaşlılık
Sistemik antibiyotik
Kemoterapi
Radyasyon
Kserostomi



Maksiller sinüzitte sinüsün drenajının sağlanması için yol açılmasına ne denir?

- A) Caldwell-luc
- B) Sinüs lift
- C) Empiyem
- ☒ D) Antrostomi
- E) Miringotomi

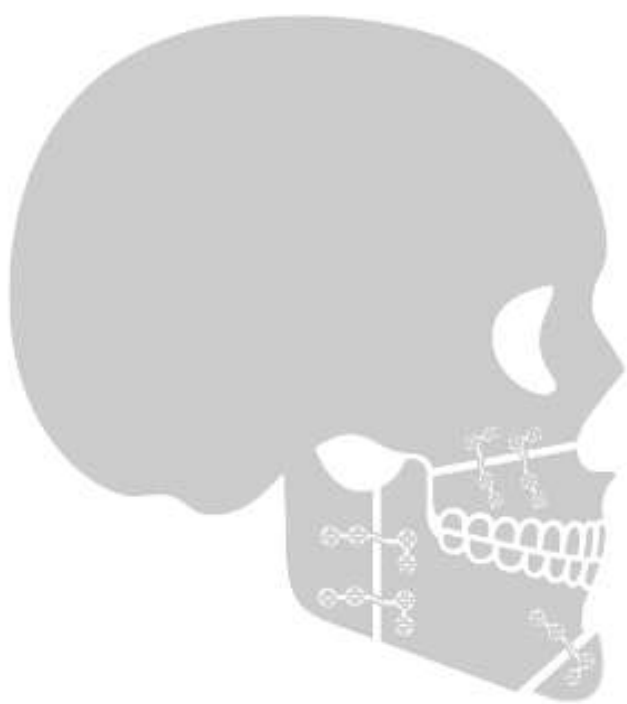
Dr. Mengütaş



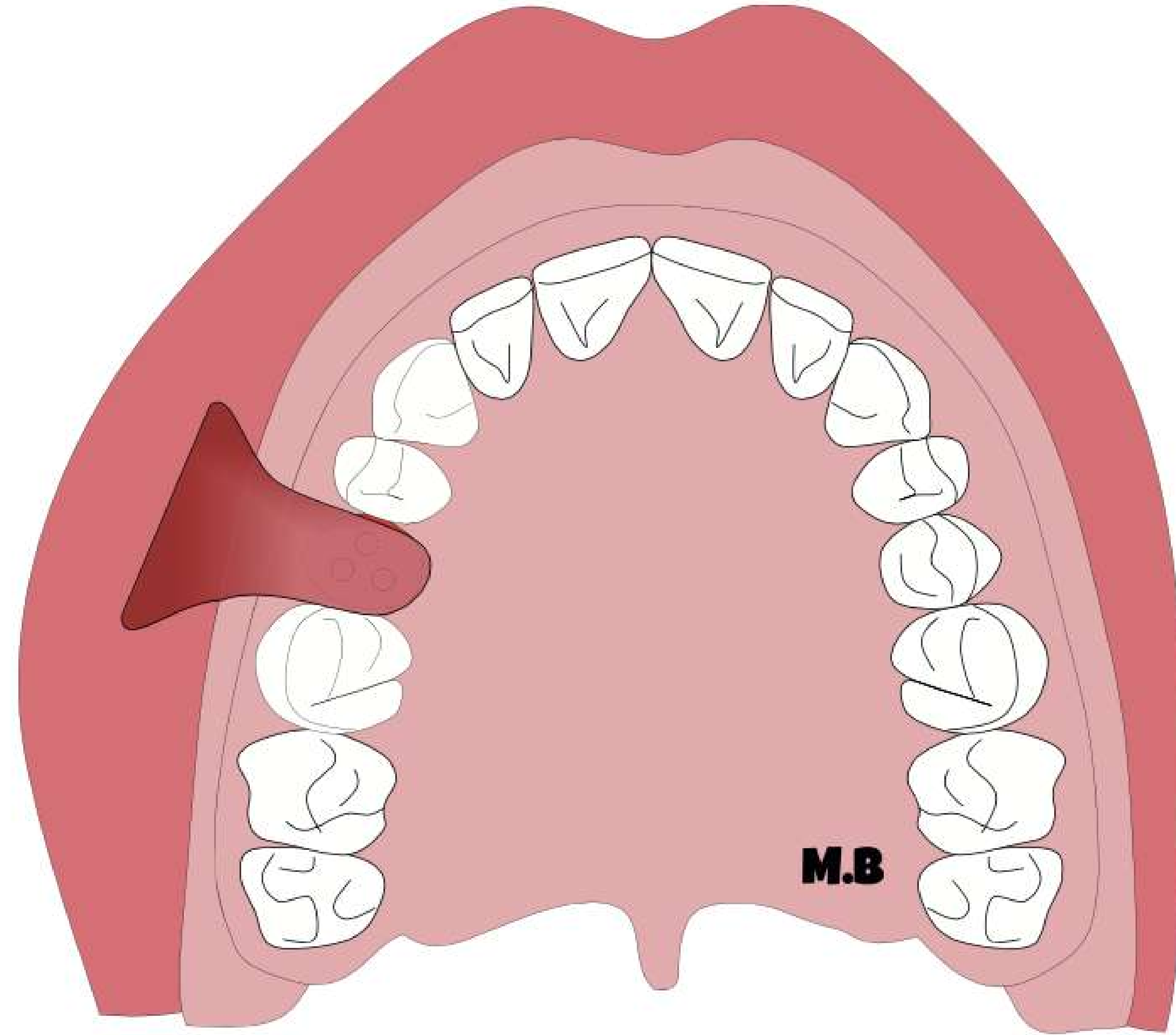
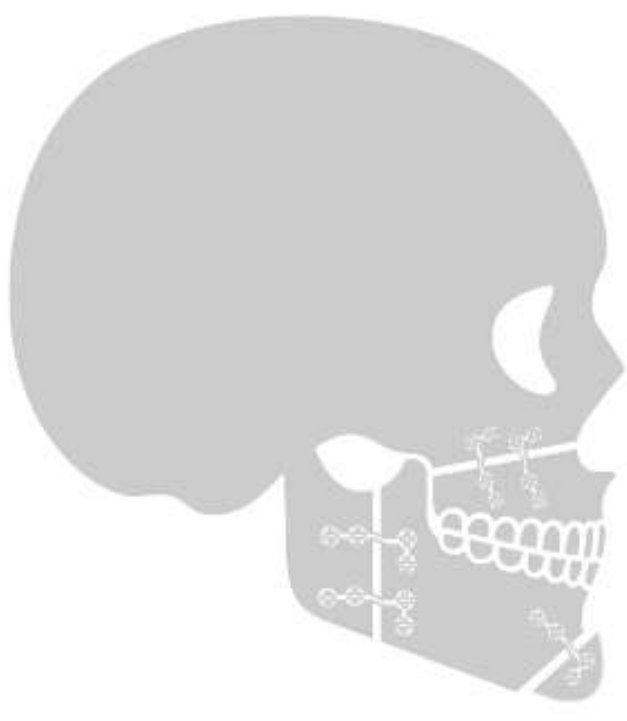
Caldwell-luc

Antrostomi

Dr. Mengütaş



Dr. Mengütaş



Berger flebi → Bukkal flep
Ashley's operayonu → palatal flep



**Antral
psödokist**

Mukosel

**Retansiyon
kisti**

**Maksiller
ampiyem**

Mukoza altında serum birikmesi

TEDAVİ GEREKTİRMEZ

Gerçek kist

En sık sebebi cerrahi

Agresif → Biyopsi ?

Kanalların tıkanması

Müsin epitelle çevirilip kiste dönüşebilir.

Küçük , radyografide görülmeyebilir.

Sinüsün pusla dolması

Lokal myalji

Myofasiyal Ağrı

Fibromyalji

Myospazm

Myozitis

**Dinlenmede
ağrı yok**

Yansıyan ağrı

**Ağrısız 11'den
Fazla nokta ağrılı**

Ani kasılma

**İnflamasyon
Belirtileri var**

**Çene manuel
açılabilir**

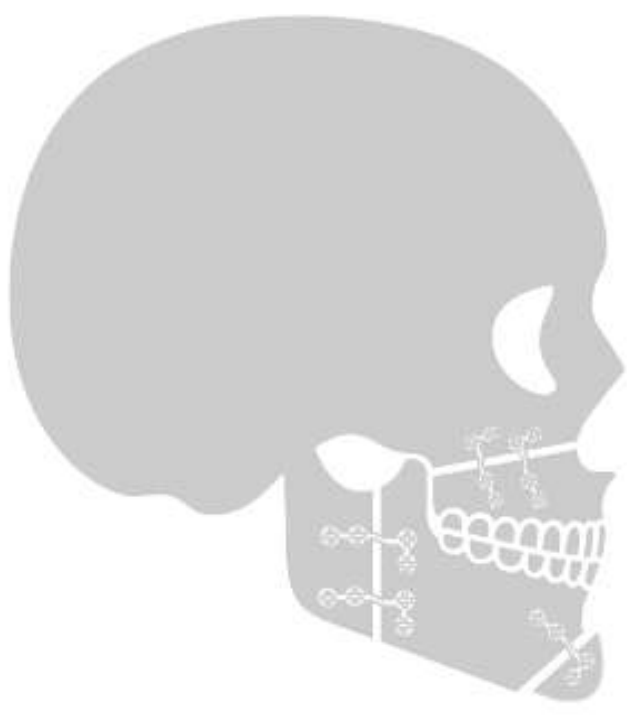
**Çene manuel
açılabilir**

**Çene manuel
AÇILAMAZ**

Kontraktür

**Fibrozis/skarla
Kasın boyu kısaldı**

Temporal Arteritis	Migren	Küme	Gerilim
Akut/Kronik	Akut	Akut	Kronik
Lokalize	unilateral	unilateral	Bilateral
X	Kadın	Erkek	Kadın
Kilo kaybı /Polimyalji Çene topallaması	Bulantı/kusma Fotofobi/fonofobi	Rinore İpsilateral lakrimasyon	Multisomatik sempt.
Uzun süreli	Uzun süreli	30 dk- 2 saat	Günler
Eritrosit sedimentasyon hızı	-	-	-



Postherpetik Nevralji

Herpes Zoster

Suçiçeği → Torasik ganglion → Zona

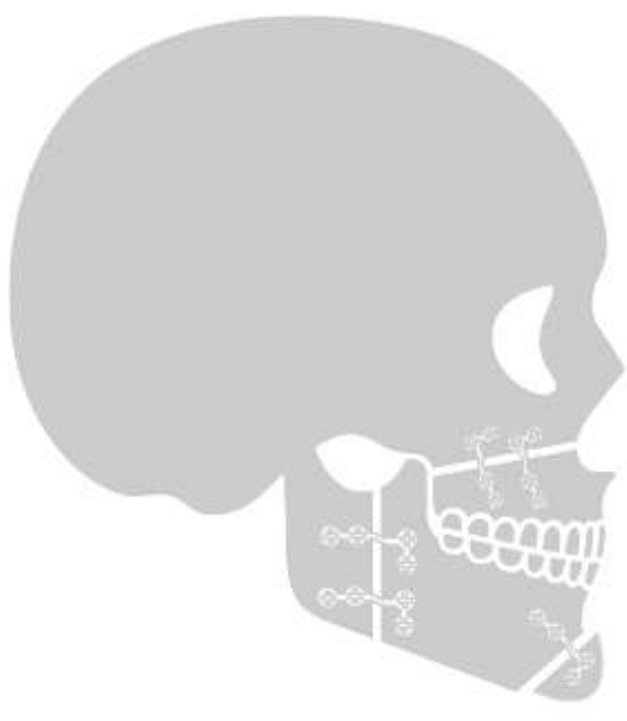
Döküntü/vezikül

V1 → oftalmik

Trigeminal Nevralji

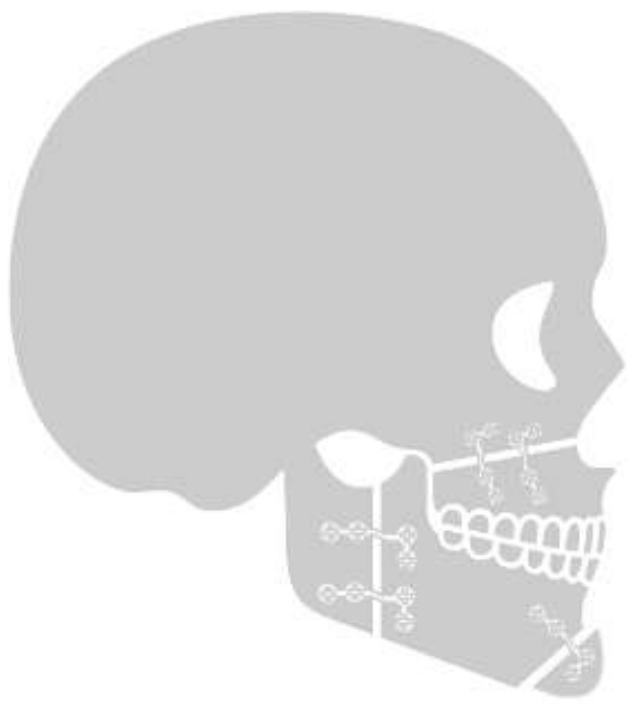
V2-V3 > V1





YANAN AĞIZ SENDROMU

- Tüm görünür mukozal hastalıklar
- Eritema migrans
- Kandidal enfeksiyon
- Demir eksikliği anemisi
- B12 vitamini ve folat eksikliği
- Ağız kuruluğu
- Menopoz semptomları
- Gastro-özofageal reflü
- Diyabetik nöropati
- Hipotiroidi
- Diş, diş macunu veya gıda tahriş edicileri
- Multipl skleroz
- İlaçlar
 - Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
 - Anjiyotensin reseptör blokerleri
 - Antiretroviraller neviraparin ve efavirenz
 - Antiepileptik topiramat



Başlık	Bölge / Yapı	Kaynak
Kanlanma (Arteriyel)	Lateral bölüm	Superficial temporal arter (eksternal karotid dalı)
	Derin ve posterior (retrodiskal kapsül)	Internal maksiller arter dalları: derin auriküler, posterior auriküler, masseterik
	Kondil başı	Lateral pterigoid kasın vasküler dalları)
Venöz drenaj	Eklem kapsülü çevresi	Yaygın ve zengin venöz pleksus
İnnervasyon (Genel)	Eklem	Mandibular sinir (V3)
İnnervasyon dalları	Posterior, medial ve lateral kapsül	Aurikulotemporal sinir (en büyük dal)
	Eklem kapsülü	Masseterik sinir
	Anterior kapsül	Posterior derin temporal sinir dalı

Farmakoterapi / İlaçlar

- **Aspirin:** 2 tablet, 0,3–0,6 g, 4 saatte bir
- **Piroksikam:** 10–20 mg, günde 3–4 kez
- **İbuprofen:** 200–600 mg, günde 3 kez
- **Pentazosin:** 50 mg, günde 2–3 kez
- **Valium / Librium (benzodiazepinler):** 5–10 mg, günde 2–3 kez
- **Metokarbamol:** 500 mg, günde 2–3 kez
- **Amitriptilin:** 10–25 mg, günde 3 kez veya yatmadan önce

- Ağrın var → Aspirin alıyorsun
- Yetmedi → Piroksikam
- Yetmedi → İbuprofen
- Çok arttı → Pentazosin
- Stres yaptın → Valium
- Kas tutuldu → Metokarbamol
- Kronik oldu → Gece Amitriptilin

Sınıf 1 Erken Redüksiyonlu	Ağrısız klik	Normal	Normal
Sınıf 2 Geç Redüksiyonlu	Ağrılı klik	Aralıklı kilitlenme	Disk deformitesi
Sınıf 3 Akut Redüksiyonsuz	Fonksiyonda ağrı	Kilitlenme + kısıtlılık	Disk deformitesi + Kemik değişiklikleri (-)
Sınıf 4 Kronik Redüksiyonsuz	Devamlı ağrı	Kilitlenme + kısıtlılık	Kemik değişiklikleri (+)
Sınıf 5 Kronik Redüksiyonsuz + Osteoartrit	Şiddetli ağrı +Krepitasyon	Kilitlenme + şiddetli kısıtlılık	Şiddetli Dejeneratif Kemik değişiklikleri)

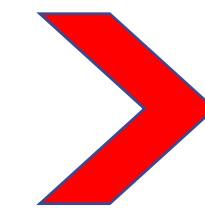
Mahan bulgusu



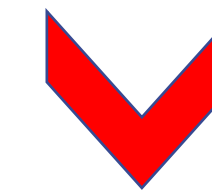
Kontralateral kanine ısırma yaptırılarak çalışan taraf kondiline yükleme yapılır .
Ağrı (+) ise → Mahan bulgusu (+)

Sınıf 2-3-4'te pozitif sonuç alınır

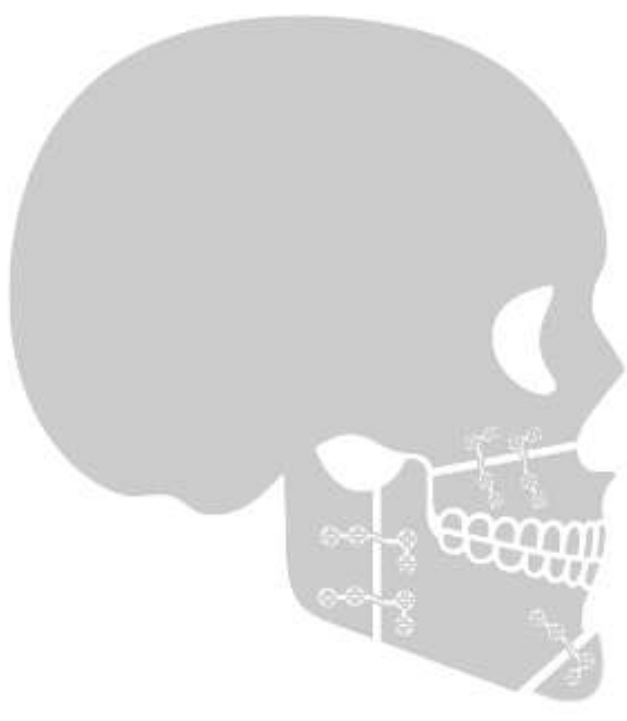
Sınıf 5 genelde negatif



Kemik değişiklikleri ve perforasyon



Retrodiskal dokular sıkışmaz



SAWHNEY TME ANKİLOZ SINIFLAMASI

TİP 1

Kondil başında çok fazla distorsiyon yok
Fibröz adezyonlar sebebiyle hareket imkansız

TİP 2

Baş ve eklem yüzeyinde şekilsiz kemik füzyonu
Sigmoid notch ve koronoid proses füzyona **dahil değil**

TİP 3

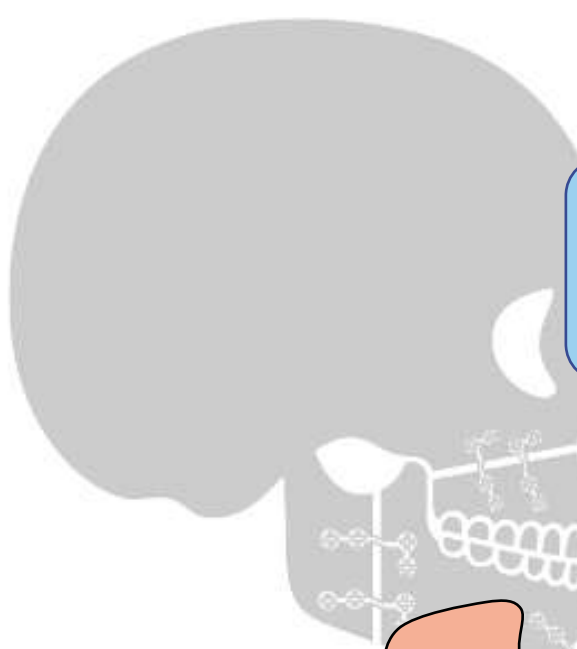
Ramus ve zigomatik ark arasında **kemik köprüleri**
Kondil başının medialinde atrofik fragman
Koronoid proses uzamış

TİP 4

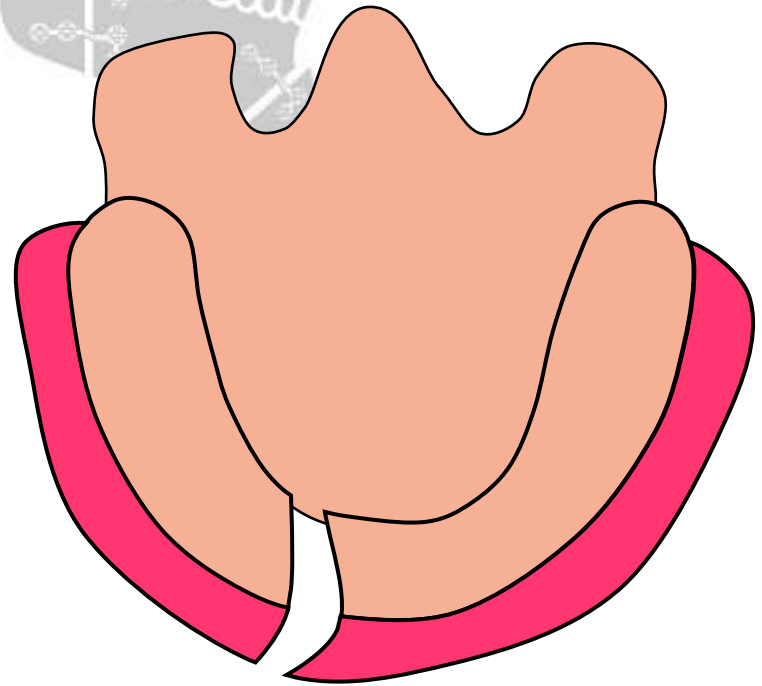
Normal **TME anatomisi tamamen yok** olmuştur.
Ramus ve kafa tabanı arasında tam kemik bloğu var.



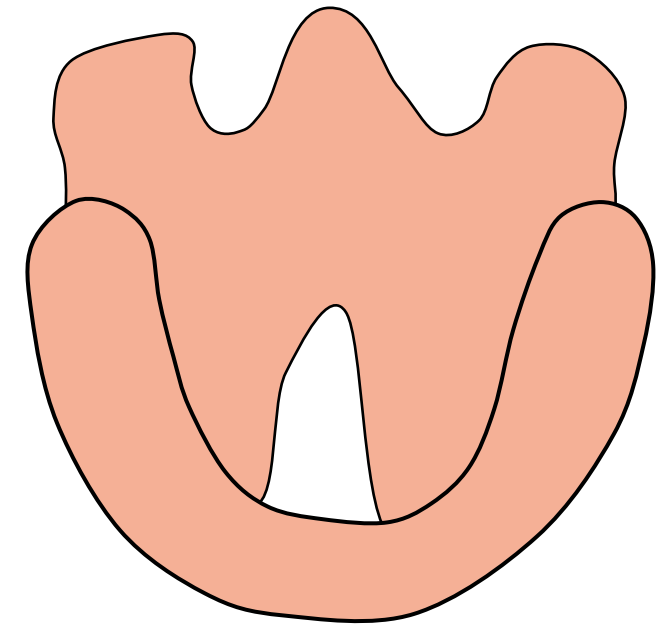
Crouzon	<i>Nadir</i>	<i>Otozomal dominant</i>
Apert	<i>Akne vulgaris Sindaktili</i>	<i>Otozomal dominant</i>
pfeifer	<i>Yonca yaprağı deformitesi Sindaktili</i>	<i>Otozomal dominant</i>
Saethre Chotzon	<i>Kısa boy Sindaktili</i>	<i>Otozomal dominant</i>
Carpenter	<i>Obesite Kalp defektleri Sindaktili</i>	<i>Otozomal resesif</i>



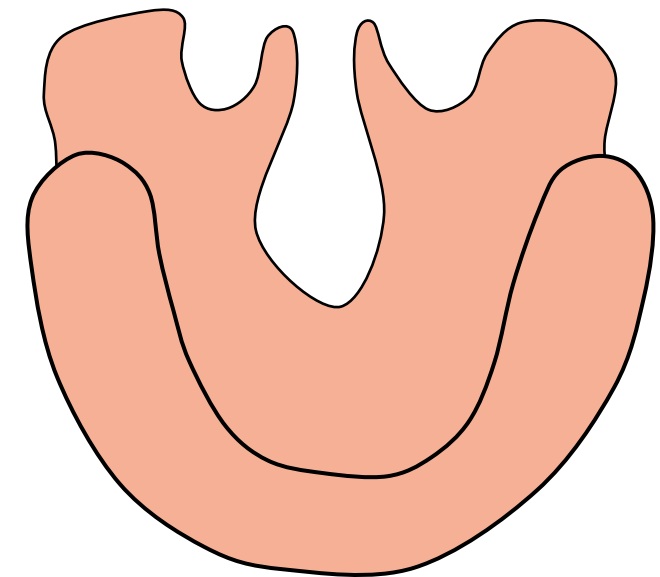
Berkowitz Sınıflaması



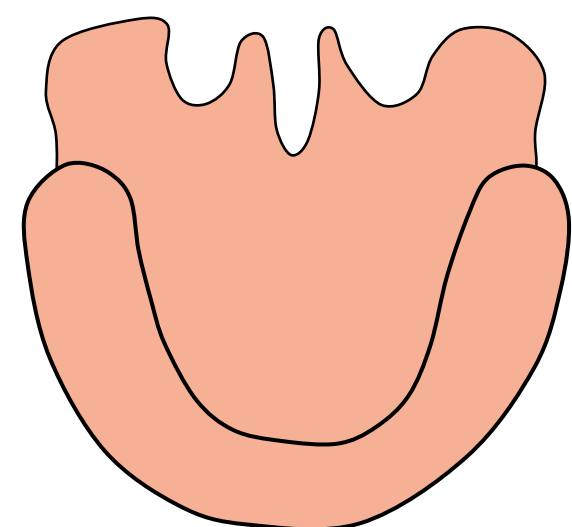
Dudak + Alveol



Primer Damak



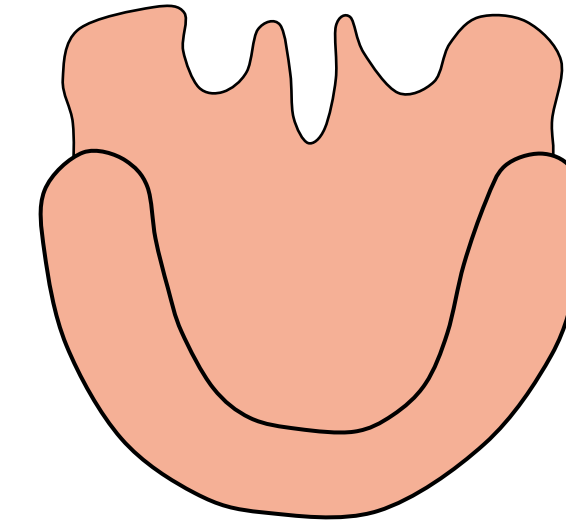
Sekonder damak



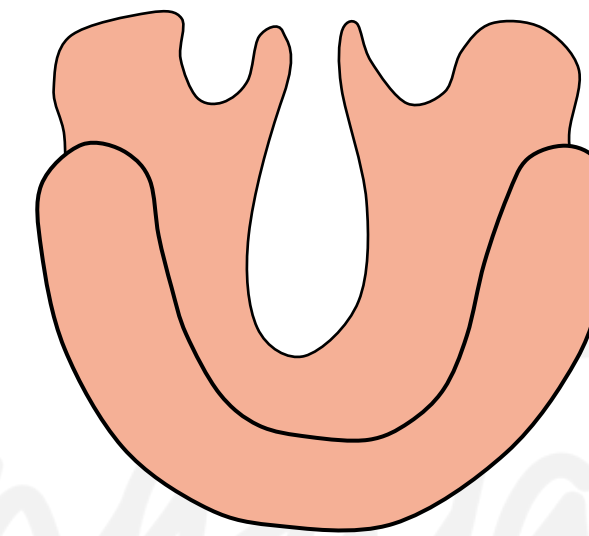
Submukozal yarık

Veau Sınıflaması

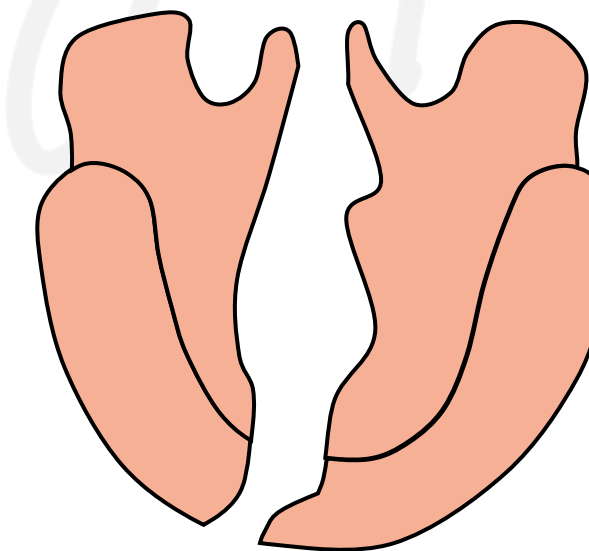
1. Yumuşak Damak



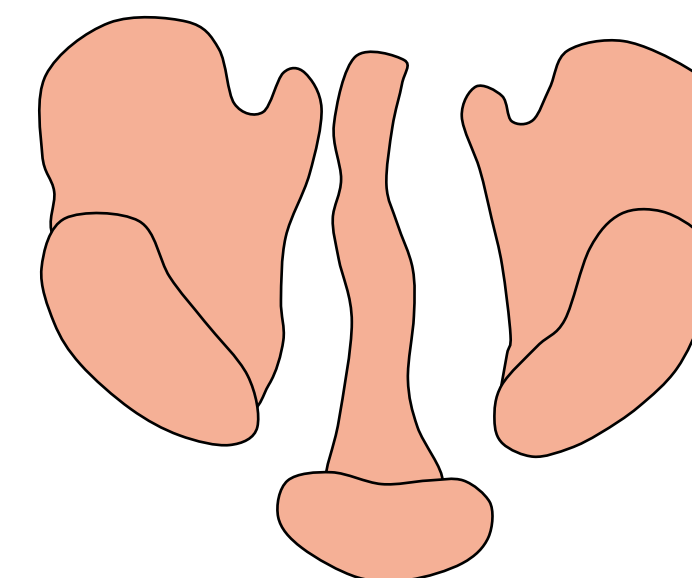
2.Yumuşak damak + Sert Damak



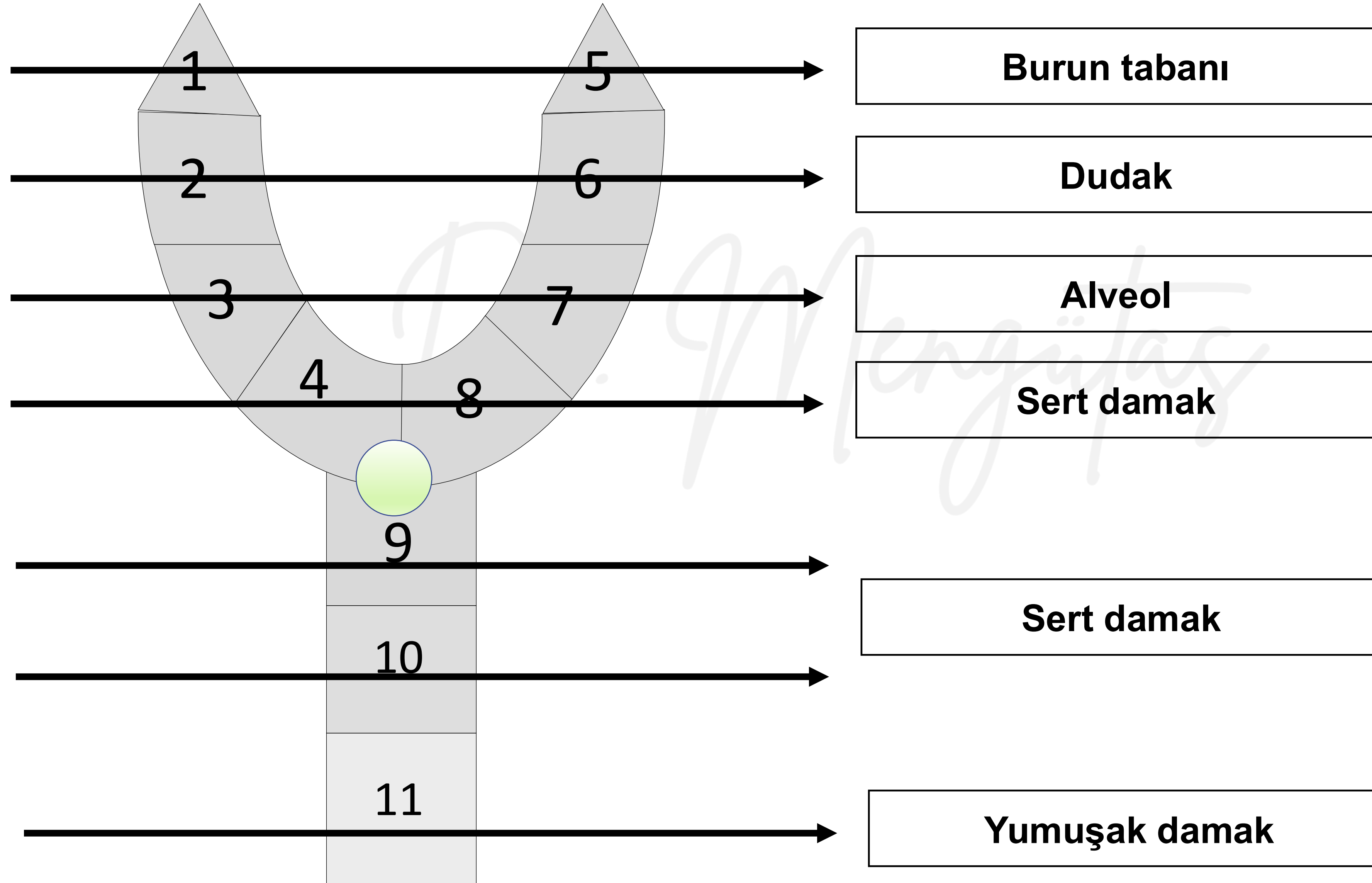
3.Unilateral DDY



4.Bilateral DDY



Kernahan Stark Sınıflaması → **Modifiye**



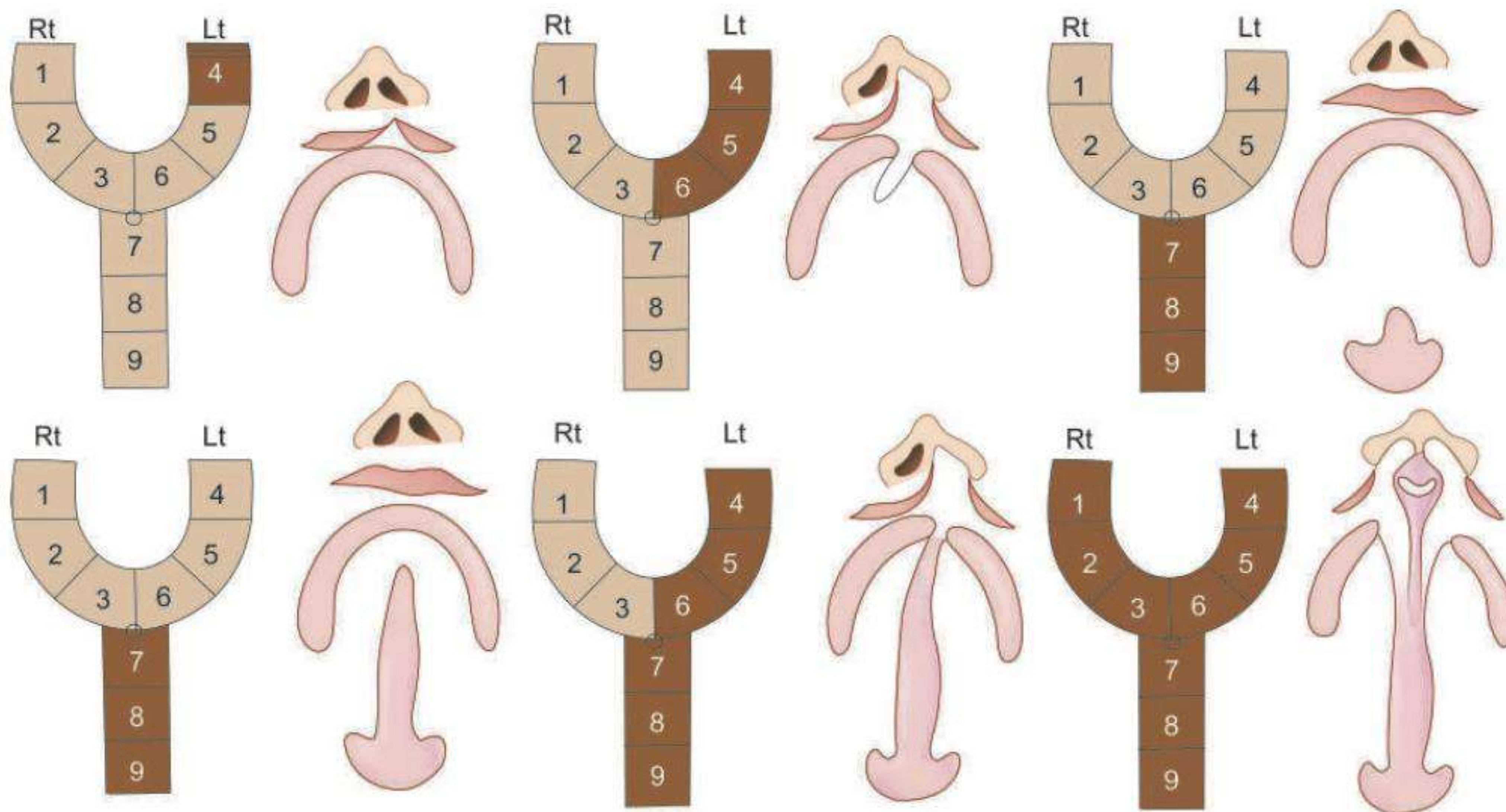
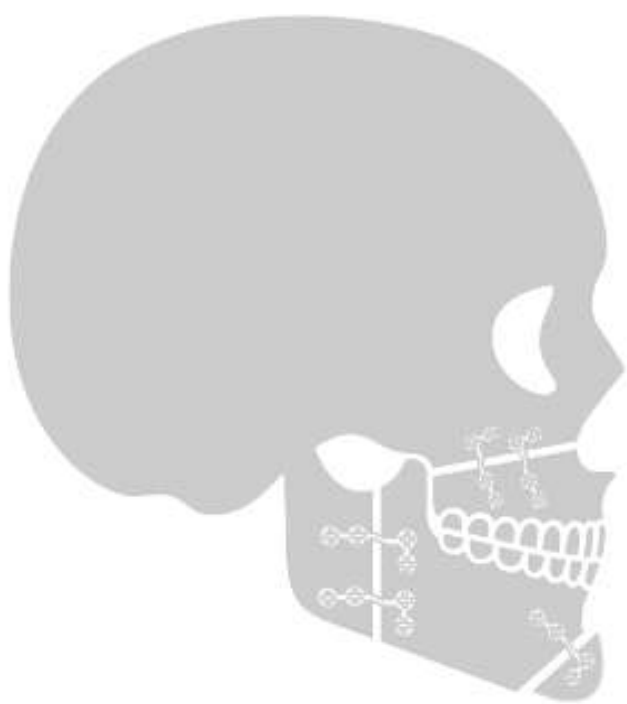
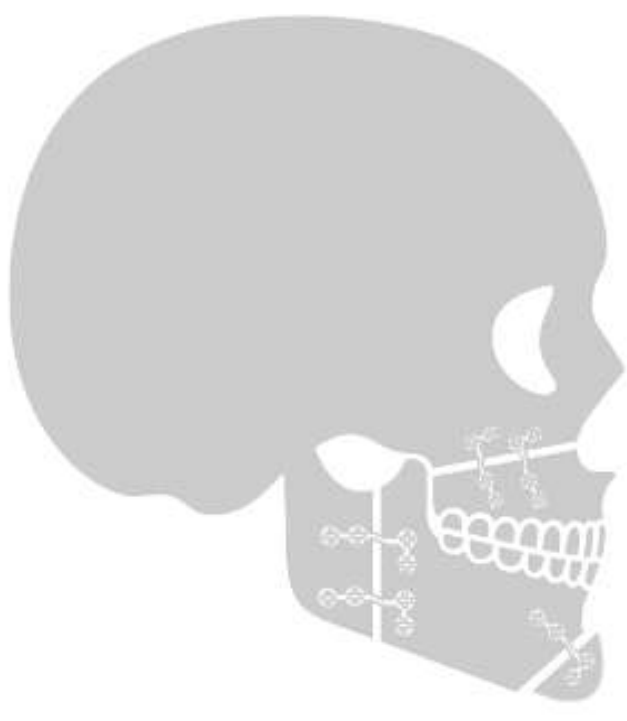


Fig. 40.15: Kernahan striped Y classification.



Maksiller gömme

Mandibular ilerletme

Maksiller ilerletme

Maksiller asimetri

Maksiller gömme + mandibular ilerletme

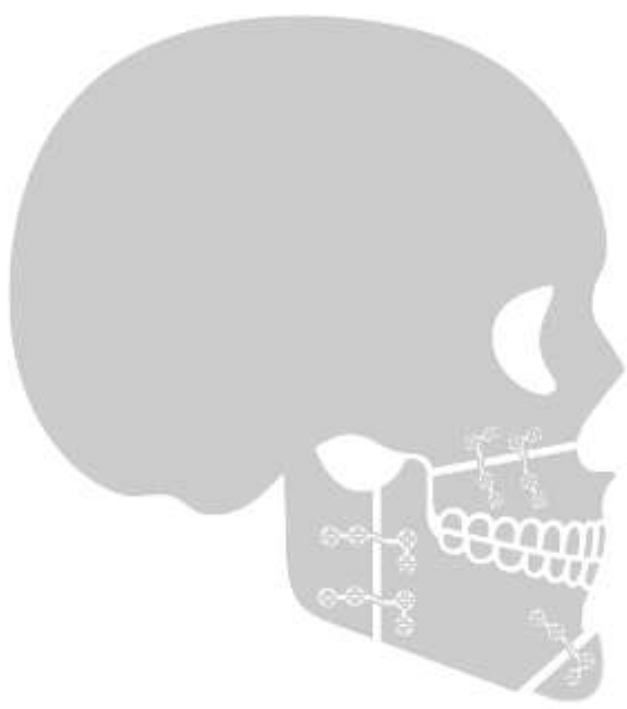
Maksiller ilerletme + mandibular geriletme

Mandibular asimetri

Mandibular geriletme

Maksiller aşağı alma

Maksiller genişletme



Hava yolu kollapsi

Dil, damak ve faringeal kasların azalmış tonusu

10 sn < nefes alıp vermenin durması

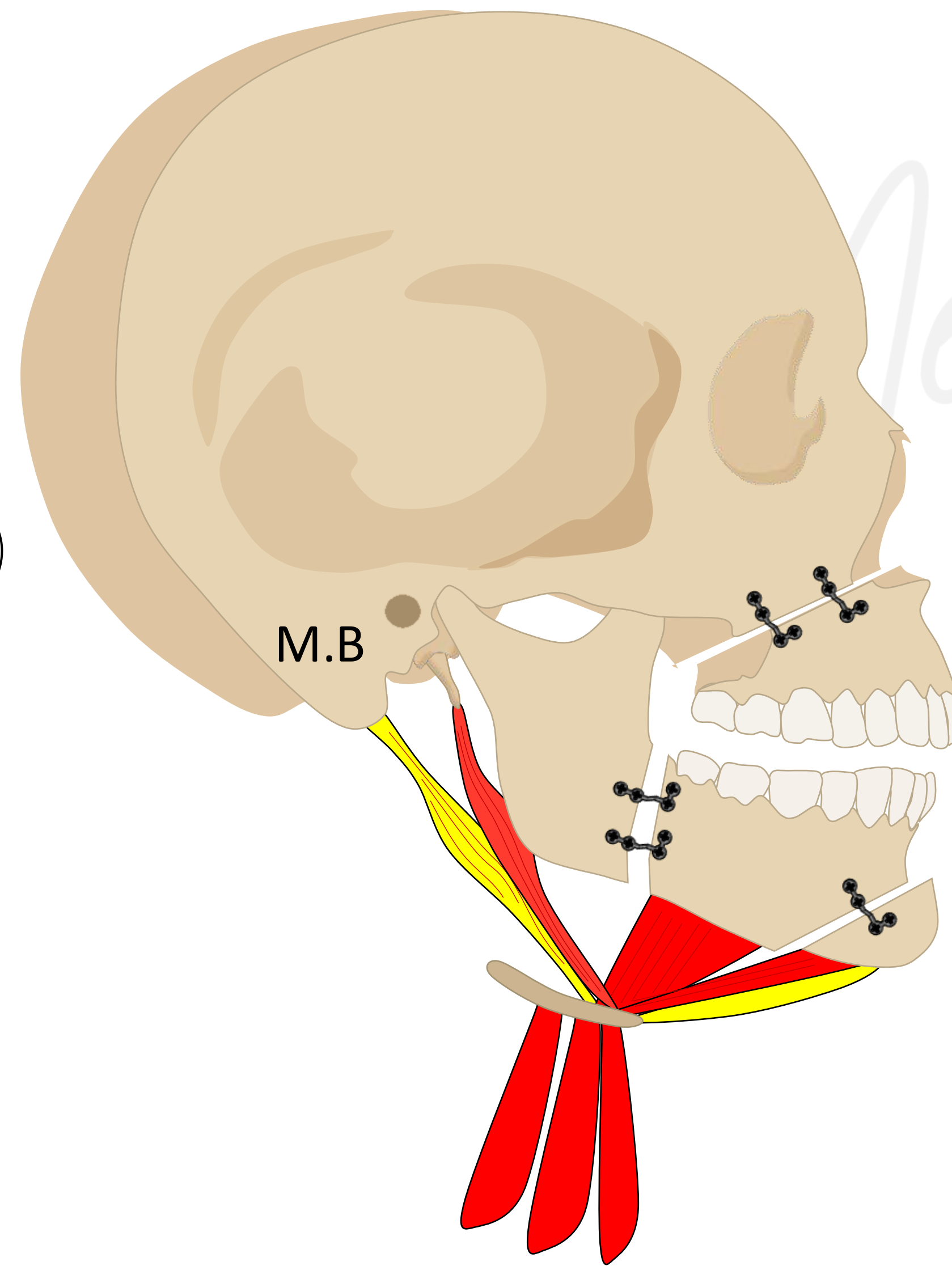
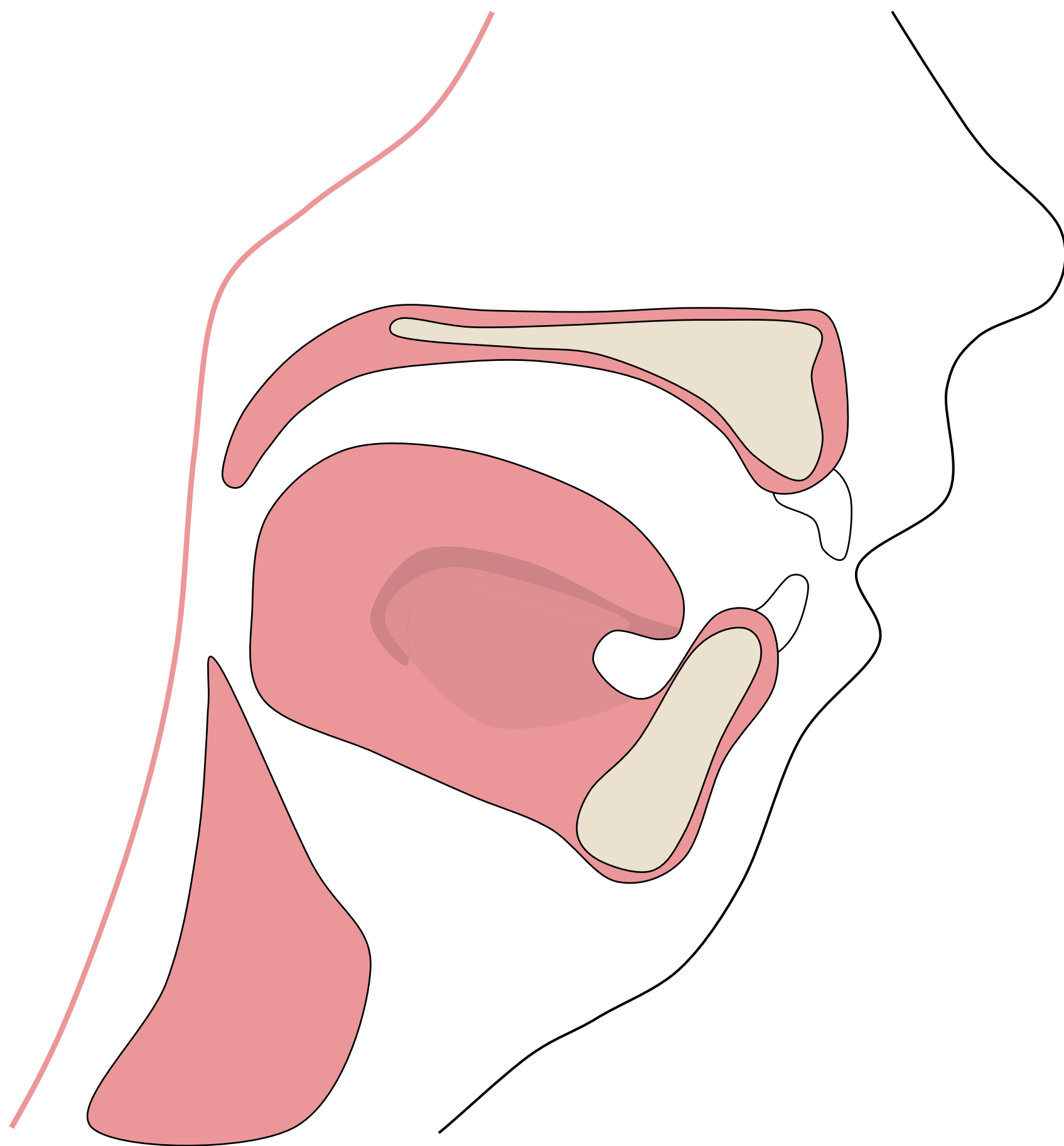
Mandibular ilerletme

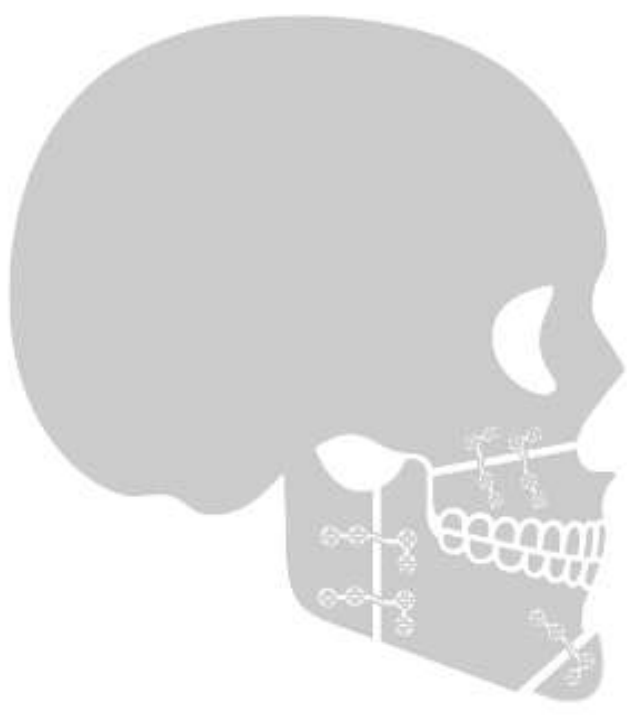
Genial ilerletme

Genial ilerletme , hyoid miyotomisi

Maksillomandibular iletletme

**Kilo verme
Oral apareyler
Trakeostomi
Nasal cerrahi
Uvulopalatoplasti
Uvulofaringopalatoplasti**





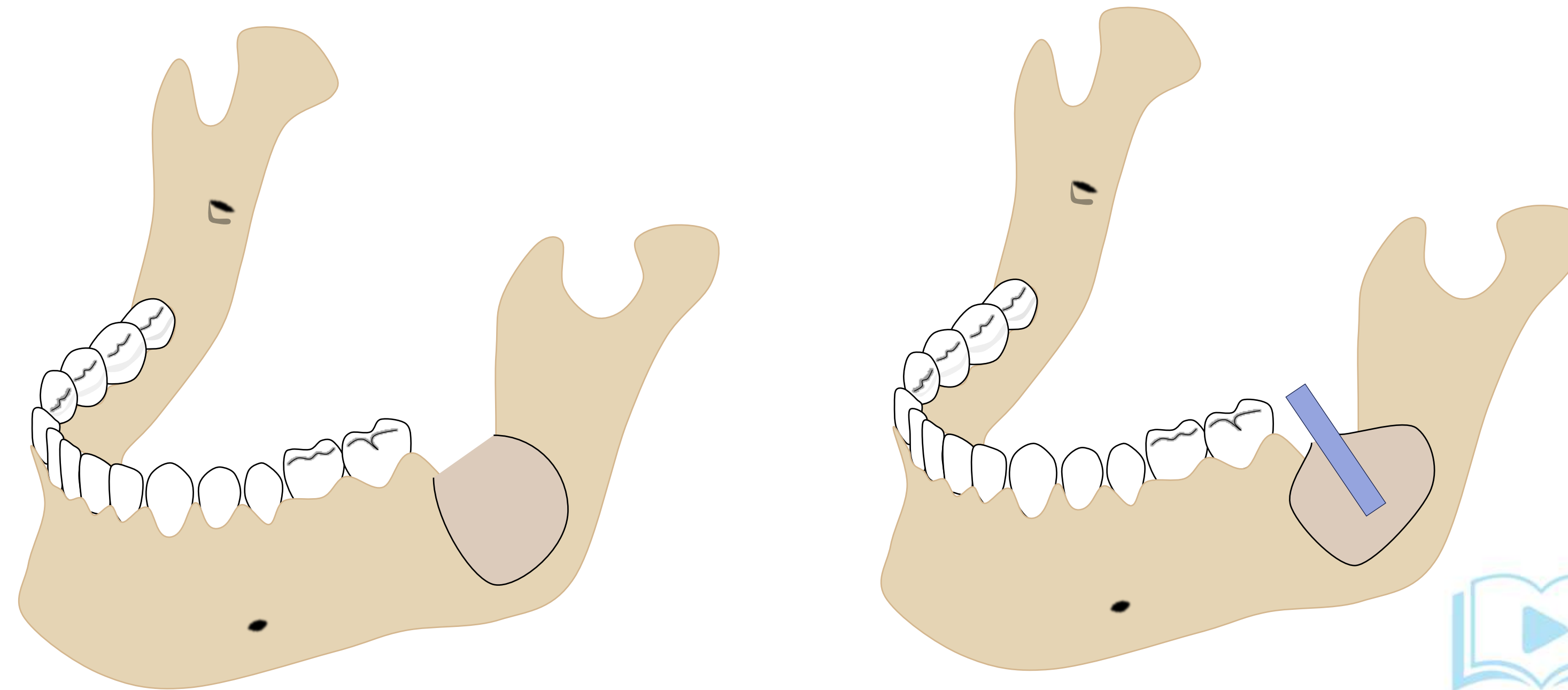
Dekompresyon → Dren

Partsch 1 → Marsupiyalizasyon

Partsch 2 → Marsupiyalizasyon + Enükleasyon
Waldron prosedürü

Enükelasyon

Küretaj → Granülom





Tedavi

Dekompresyon → Dren yerleştirilerek boyutu küçültülür. Bunu takiben enükleasyon veya enükleasyon+ küretaj yapılabilir.

Marsupyalizasyon/ partsch 1 → ağza bir pencere açılarak boyutunun küçültülmesi.

Sonrasında enükleasyon veya enükleasyon+ küretaj

Marsupiyalizasyon + Enükleasyon/ Waldron's metodu / partsch 2 → marsp. kist küçültülüp enükleasyonla tamamının alınması

Enükleasyon → kistin epiteliyle beraber tamamen alınması

Sadece enükleasyonda partsch 2 olarak adlandırılır.

Enükleasyon + primer kapatma + rekonstrüksiyon/kemik grefti

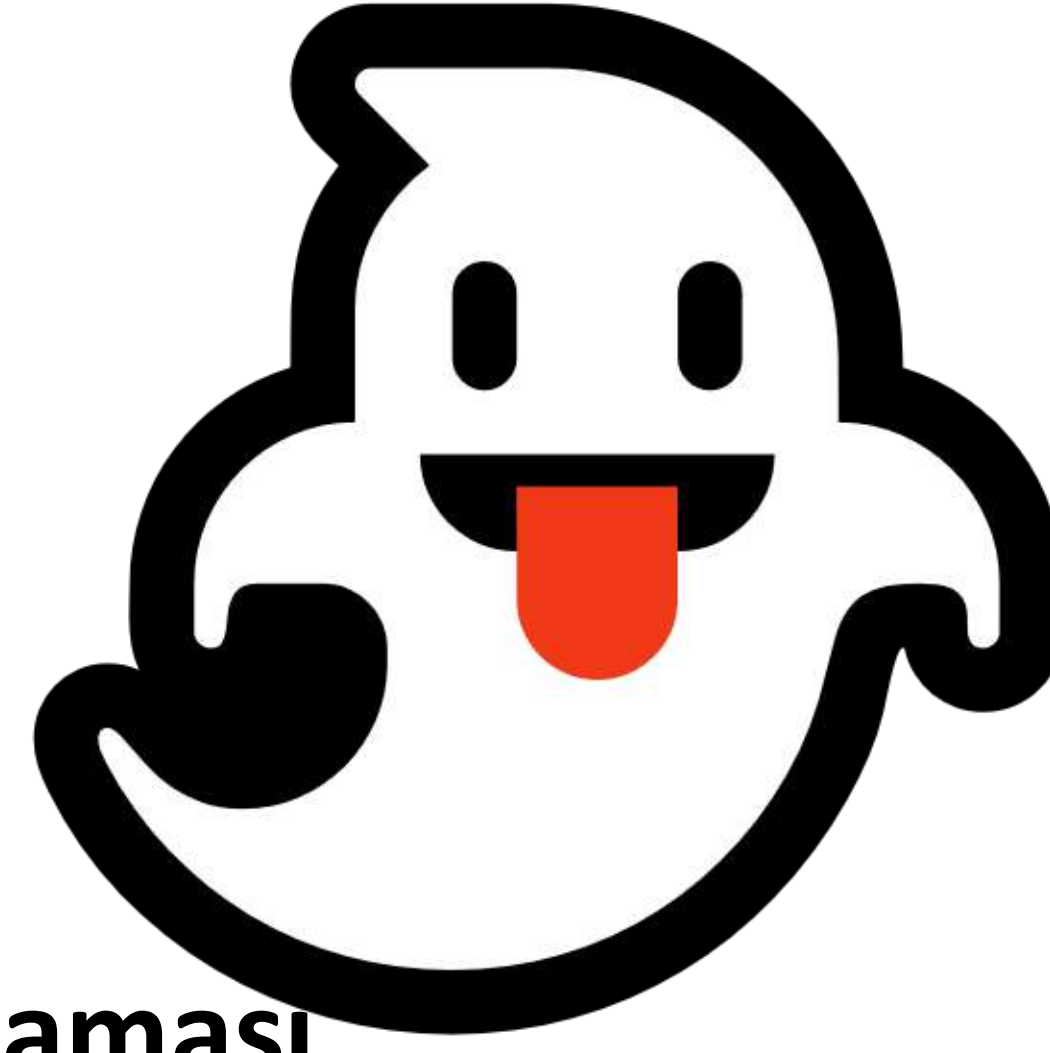
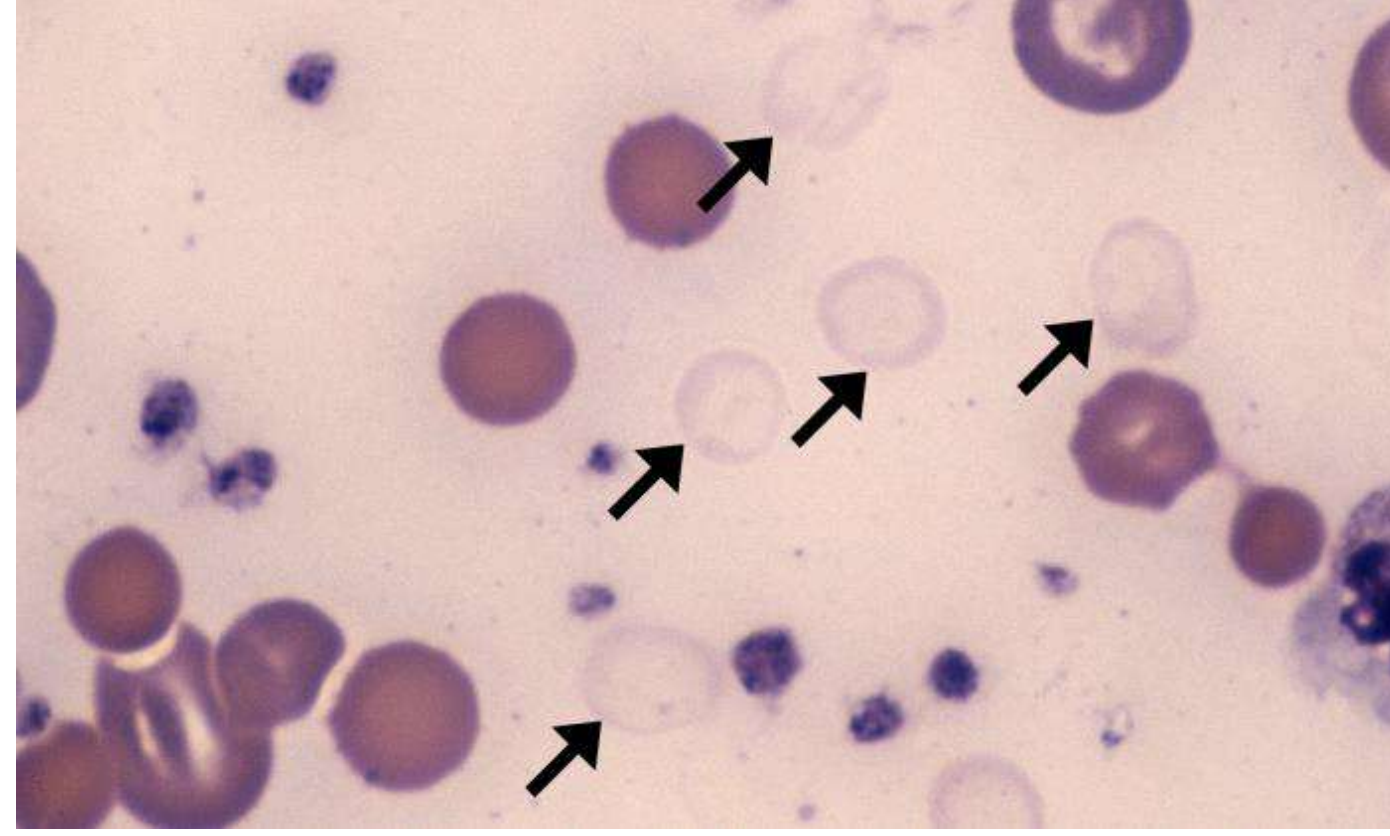
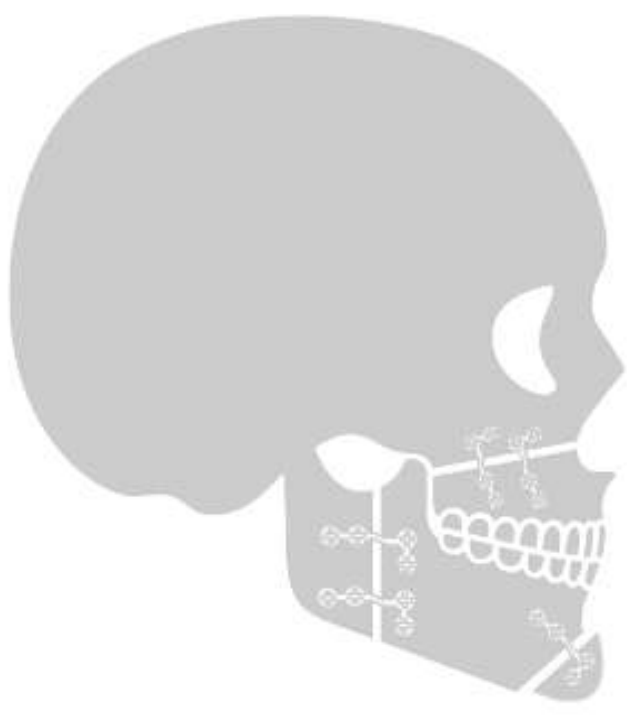
Enükleasyon + destek tedaviler → küretaj,elektrokoterizasyon , kimyasal koterizasyon(carnoy solüsyonu veya karbolik asit

Enükleasyon + kriyoterapi → likit nitrojenle birlikte uygulanır.

Enükleasyon+ stoelinga prensipi → kist çatısını oluşturan alveolar mukozada alınıyor. (özellikle keratokistte)

Epitel adaları ve kardeş kistler alınarak nüks ihtimali düşürülüyor.

Rezeksiyon



Hayal hücre sınıflaması

Grup 1 → Basit kistler → **kalsifiye epitelyal odontojenik kist**

Grup 2 → Odontojenik hamartomlar veya benign neoplazmlarla ilişkili kist

Grup 3 → KEOT ile benzer morfolojiye sahip benign neoplazm + **dentinoid** formasyon

Grup 4 → **Dentinojenik hayal hücreli tümör**, hayal hücreli odontojenik karsinoma benzer malign neoplazm

ODONTOJENİK KERATOKİST

Uni- multioküler olabilir.

Gömülü dişle ilişki → %7-47

Yüksek proliferatif potansiyel

Yüksek rekürrens

Bazal hücreli karsinom sendromuyla ilişkili

Parakeratinize

ORTOKERATİNİZE ODONTOJENİK KERATOKİST

Unioküler

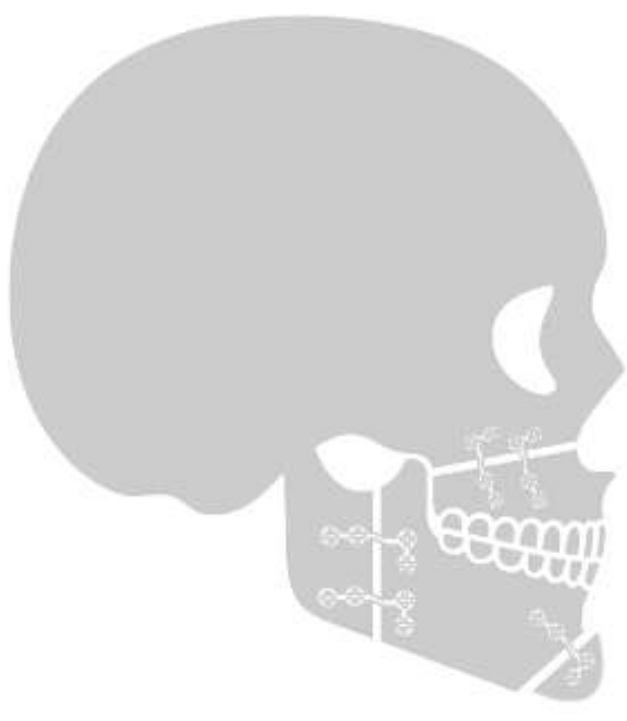
Gömülü dişle ilişki → %50-61

Düşük proliferatif potansiyel

Düşük rekürrens

Bazal hücreli karsinomla ilişki yok

Ortokeratinize



Küretaj + kriyoterapi

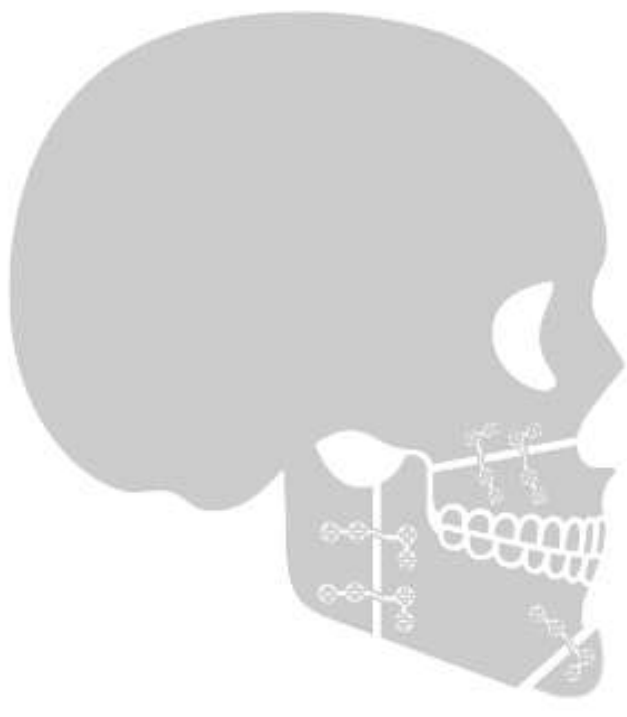
İntralezyonel kalsitonin + metilprednizolon enjeksiyonu

Metilprednizolon → fibroblastik ve osteoklastik inhibitör

Kalsitonin → tabeküler kemik stimülasyonu

İntralezyonel fibrözleştirici ajan enjeksiyonu → ethicon

Arteriyal embolizasyon ve ardından en blok rezeksiyon



EPİTELYAL

Ameloblastom

- Unikistik
- Esktraosseoz/periferal
- Metastaz yapan ameloblastoma

Squamos odontojenik tümör

Kalsifiye epitelyal odontojenik tümör(pindborg)

Adenomatoid odontojenik tümör

MİX

Ameloblastik fibroma

Primordial odontojenik tümör

Odontoma

kompleks

kompound

Dentinojenik hayalet hücreli tümör

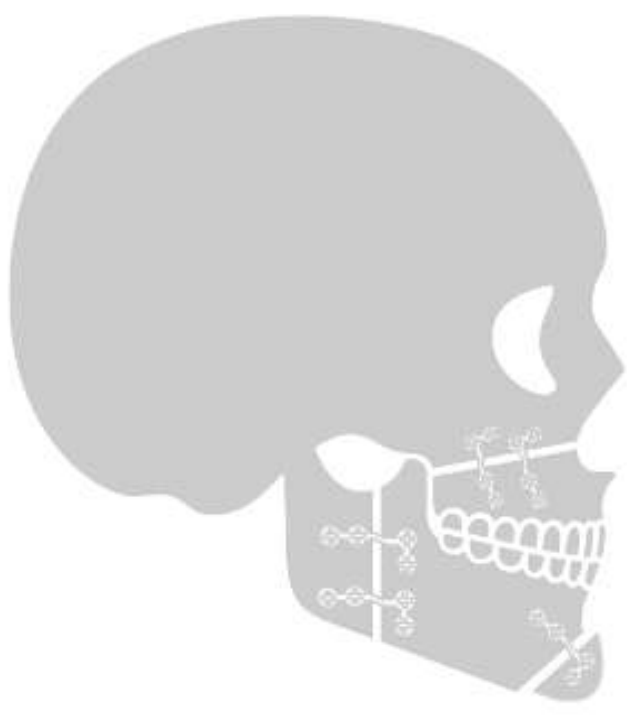
MEZENŞİMAL

Odontojenik fibroma

Odontojenik miksoma

Sementoblastoma

Semento- ossfiye fibrom



Sınıf 1

Hafif, bilateral, simetrik, posterior mandibulada ekspansiyon →
tombul yüz

Sınıf 2

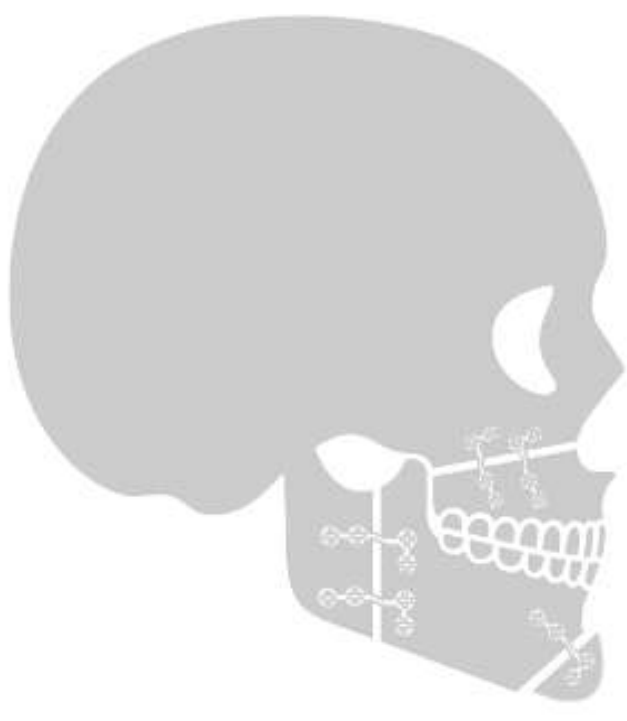
Mandibular tutulum + maksiller
tüber

Sınıf 3

Posterior /anterior/maksilla /mandibula → geniş maksiller tutulum → cennete bakan
gözler

Sınıf 4

Koronoid + kondiller proses → bilateral → simetrik çene
ekspansiyonu



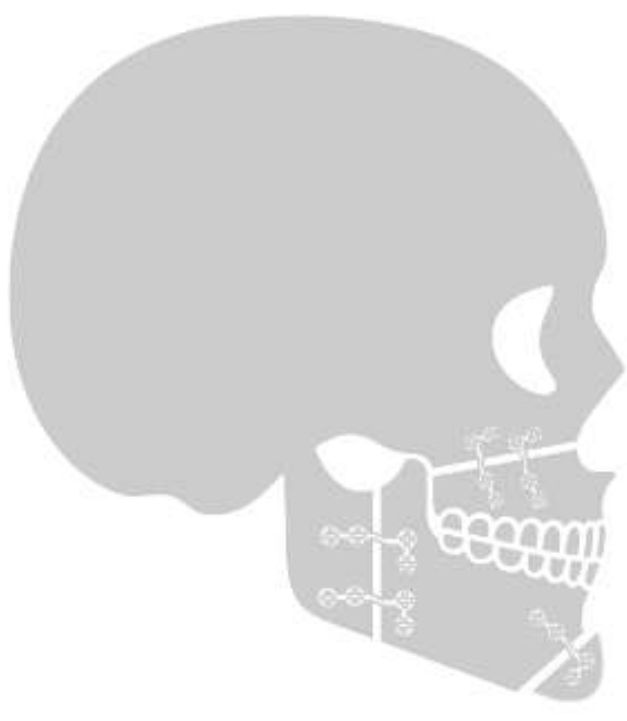
MAKROGLOSSİ

Doğuştan veya kalıtsal

Vasküler malformasyonlar
Lenfanjiyom
Hemanjiyom
Hemihiperplazi
Kretenizm
Beckwith-Wiedemann sendromu
Down sendromu
Duchenne kas distrofisi
Mukopolisakkaridozlar
Nörofibromatoz tip I
Multipl endokrin neoplazi, tip 2B

Kazanılmış

Dişsiz hastalar
Amiloidoz
Miksödem
Akromegali
Anjiyoödem
Miyastenia gravis
Amiyotrofik lateral skleroz
Karsinom ve diğer tümörler



Çil → güneşle artar
melanin artar , melanosit **X**

Melanotik makül → intraoral çil
melanin sentezi artar, melanosit **X**
Melanoma?
Tedavi → estetik

Lentigo → basit/ solar
basit → güneş **X**
solar → ety. Güneş/ seboreik keratoz

Melanoakantoma → melanosit atar

Melanositik nevüs → en sık damak/ ben, leke

MELANOMA



Lentigo Malign Melanoma

Maküler - kahverengi lezyon

Düzensiz sınırlar

Sivilcemsî koyu alanlar

Sıklıkla yaşlı hasta

Yüzde → güneş maruziyeti

15 yıl kadar radyal büyüyebilir



Yüzeyel/süperficial melanoma

En yaygın form

Güneşe maruz kalmayan bölgelerde

Erkeklerde-sırt kadında-bacak

Nodül -ülserasyon-maküler lezyonlar

Genelde radyal büyüme

Vertikal büyümeye daha hızlı geçer

Prognozu daha kötü



Nodüler melanoma

Vertikal büyüme belirgin

Güneş maruziyetiyle ilişkisi yok

Hızlı büyür → ülserasyon

Koyu pigmentasyon

Derin dokulara invazyon → metastaz

LÖKOPLAKİ



Homojenöz Lökoplaki

Mukoza esnekliği kaybetmiştir
Dil dorsumunda papillalar
silinmiştir.
Kazınamaz



Verrüköz Lökoplaki

Tütünle ilişkili
Parmak benzeri
çıkıntılar
Kazınamaz



Nodüler/Benekli Lökoplaki

Tütünle ilişkili
Kırmızı-beyaz lezyonlar
Multipl keratotik bölgeler →
beyaz
üstündeki atrofik alanlar →
kırmızı
Kazınamaz
Yüksek malignite potansiyeli



Proliferatif Verrüköz Lökoplaki

Yüksek riskli lökoplaki
Yüksek malign transformasyon riski
nodüler ve verrüköz beyaz
plaklar
Hızlı yayılır
Kadınlarda daha sık
Tütünle ilişkisi zayıf
HPV ve kandida ile güçlü ilişki

REKÜRRENT AFTÖZ STOMATİTİS

Behçet sendromu

Beslenme bozuklukları

Folat ,demir,çinko, VitB eks.

IgA yetersizliği

Siklik nötropeni

AIDS

İnflamatuvar barsak hastalıkları

Çölyak hastalığı

MAGİC(ağız ve genital ülser + kartilaj inf.)

PFAPA sendromu

Periodik ateş

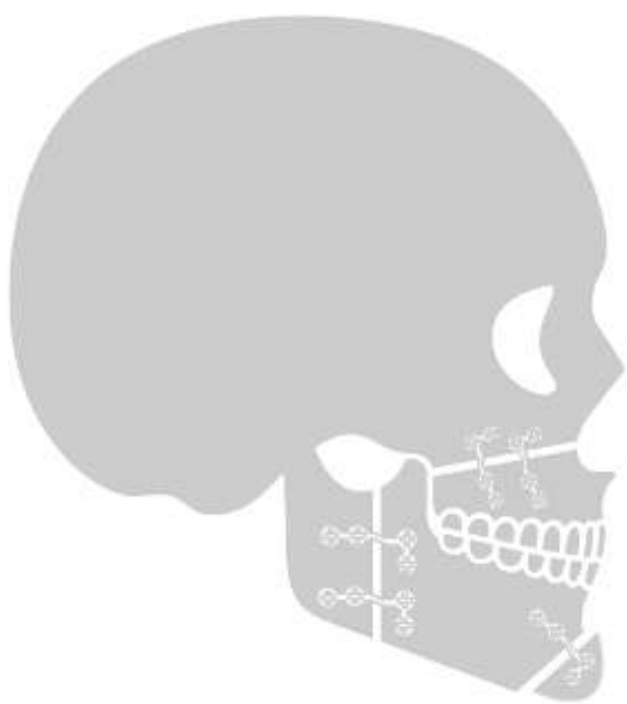
Aftöz stomatit

Faranjit

Adenit

Reiter sendromu

Sweet sendromu



Dr. Mengütaş