

283911

8

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
MEZUNİYET SONRASI EĞİTİMİ FAKÜLTESİ

EPİLEPTİK GİNGİVAL HİPERPLAZİLERİN  
MODİFİYE EDİLMİŞ GİNGİVEKTOMİ  
METODU İLE TEDAVİLERİ

Doktora Tezi  
Diyadin Doç. Dr. Erdoğan Turgut  
1969

51



H.Ü.

MEZUNİYET SONRASI EĞİTİMİ FAKÜLTESİ  
ÇALIŞMALARINDAN

EPİLEPTİK GİNGİVAL HİPERPLAZİLERİN  
MODİFİYE EDİLMİŞ GİNGİVEKTOMİ  
METODU İLE TEDAVİLERİ

Dt. Erdoğan Turgut

1969

## İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sahife</u>
I- Giriş - - - - -	1-9
II- Problem - - - - -	9-12
III-Materyel ve Metot - - - - -	12-31
IV- Sonuçlar ve Vak'alar - - - - -	31-43
V - Tartışma - - - - -	43-47
VI- Özet - - - - -	47-48
VII-Kaynaklar - - - - -	49-51

## I. - G İ R İ Ő -

Bugün DiŐhekimliđi, tıbbın b3l3nmez bir parçası haline gelmiŐtir. Sistemik bazı hastalıklarda, fokal enfeksiyonların oynadığı 3nemli rol y3z3nden, fokal enfeksiyon kaynağı olabilecek dişlerin tesbiti ve ortadan kaldırılması cihetine gidilmektedir.

Çiğneme fonksiyonunu tam olarak yapacak dişlere sahip olmayan kimselerde, gastro-intestinal sistem hastalıklarının meydana gelmesi, tabii bir neticedir. Bu bakımdan, DiŐhekimliđi tıbbın diğer dalları ile sıkı bir iŐbirliđi ve temas halindedir. Bu arada bazı n3rolojik hastalıklarda, hastaya çene fonksiyonları y3n3nden tam bir fayda sağlanabilmesi için, n3rologlarla DiŐhekiminin koordine çalıŐması gerekmektedir. DiŐhekimliđi y3n3nden, bu hastalıkların başında Epilepsi gelmektedir. Bilindiği gibi, epileptik hastaların dilantinle tedavileri neticesi, ağız boŐluđunda, gingival hiperplazilere rastlanmakta ve çoğu zaman DiŐhekimlerince uygulanan konservatif-cerrahi

tedaviler, bir müddet ağızda fizyolojik ortamı sağlayabilmektedir.

Epilepsi (sar'a) şuursuzluk ve ihtilaç nöbetleri ile karakterize bir hastalıktır. Kalıtımla ilgili olabileceği gibi, sar'alı şahısta zekâ geriliği de olabilmektedir. Hastalık çok kere hiç bir sebebe bağlanamamaktadır.

Epilepsi Grand Mal ve Petit Mal olarak iki şekilde mütalâa edilmektedir. Grand Mal nöbetlerinden önce görme, koklama ve tat duyularında azalma, dalgınlık ve hallusinasyonlar olur. İhtilaçlar ani olarak başlar; yer, çevre ve zamana bağlı değildir. Umumiyetle nöbetin başında sar'a çığlıkları olur; tonik ve klonik ihtilaçlardan sonra vücutta bir kasılma görülür. Şahıs şuuruna sahip değildir; bu sebepten herhangi bir travmaya maruz kalabilmektedir. Bazan bu tip hastalarda dişlerin dislokasyona uğraması ve kırılması, dilin ısırılarak yaralanması görülebilir.

Sar'alılara müteharrik protezlerden ziyade, sabit protezler yapmak yerinde olur. Hastalar ekseriya geceleri uyurken dişlerini gıcırdatırlar. (Bruxism). İhtilaç esnasında hasta sfinkterlerinin kontrolünü kaybettiği için mision veya defecation yapabilir. Şah-

sı yorgun ve uykulu bırakarak nöbet aniden son bulur.

Hastalığın daha az rastlanan şekli Petit Mal'dir. 5-30 saniye süren bir anlık şoursuzluk veya elindeki işe devam edememe hali görülür. Hasta çok kere böyle zihni bir durgunluktan habersizdir. Minör motor hareketleri olabilir.

Teşhiste elektroensefalogram ile beyin dalgalarının tetkiki önemli rol oynar. Intra-cranial lezyonlardan menşeiini alan Epilepsi vak'alarında, lezyonun cerrahi olarak çıkarılmasından sonra, iyileşme görülebilmektedir.

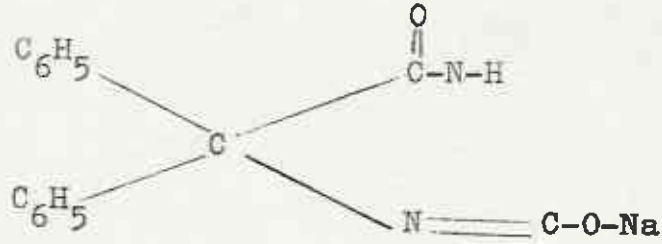
Petit Mal'in tedavisinde trimethadione (tri-dione) kullanılması tercih edilmektedir. Toksik reaksiyonlar, anemi, agranülositoz gibi yan tesirleri olabileceğinden daha az yan tesiri olan paradion'un tedavide kullanılması tavsiye edilmektedir.(1)

Grand Mal nöbetlerine müessir en iyi ilaç luminaldir. Uzun müddet luminal alınması neticesi luminalerezistan olan veya luminalin narkotik tesir yaparak, şahsin psişik durumunu bozduğu vak'alarda dilatin tedavisine geçilmektedir.

Dilatin (5-5 Diphenyl-hydantoinate de sodium) Phenytoine'in sodyum tuzudur. Beyaz, kokusuz, acı lezzet-

li ve alkolde eriyen bir tozdur. 1939 da M e r i t t ve P u t n a m tarafından keşfedilmiştir.(2)

Açık Formülü:



Dilantin, Epdantoin, Antisacer, Solantoin, Om-hydantoin gibi müstahsar isimleri altında piyasaya arz edilmiştir.

Bu kimyasal etken, kuvvetli antikonvulsan ve biraz da hipnotik tesiri dolayısı ile epilepsinin Grand Mal şeklinde genellikle kullanılmaktadır. Petit Mal'e tesiri yoktur. Ayrıca W a r t e n b e r g (1958) ve D o r s e y (1960) facial ve esansiyel (Atipik) trigeminus nevraljisinde kullanarak iyi sonuçlar aldıklarını neşretmişlerdir.(3) Diğer bir kullanma sahası da Sydenham koresidir.

Phenobarbutal (luminal) ve Bromürlere mukavemet eden epilepsi vak'alarında, dilatin tedavisine geçilmektedir. Ancak phenobarbutal bırakılıp, yalnız

hydantoinatlar kullanılmak isteniyorsa, birdenbire buna geçilmemesi gerekmektedir. Bir müddet kombine tedavi uygulamak yerinde olacaktır. Çünkü hydantoinatlar, barbitürüklerin aksine ancak vücutta bir müddet biriktikten sonra tesir etmeğe başlarlar. (4)

Dilantin aç karnına alındığında daha iyi tesir ederse de, mideyi irrite edeceği için tok karnına verilmesi tercih edilmelidir. Grand Mal'de önce her akşam 0,10 gr.lık kapsüllerden bir adet olmak üzere 3-7 gün müddetle verilir. Sonra her hafta doz 0,10 gr. artırılarak, 0,10 gr.lık kapsüllerden günde 2-3 adede, nevralgilerde 3-5 adede kadar çıkılır. Maksimal doz büyüklerde 0,60 gr., çocuklarda 0,05-0,20 gr.dır. (2)

F e t t e r m a n (1940) ve G i l m a n (1955) yaptıkları araştırmalarda dilantinin pek çok yan tesiri olabileceğini tesbit etmişlerdir. (4) % 15-20 vak'a-da ataxi (beden faaliyetlerinde intizamsızlık, vücut hareketlerinde karışıklık) sinirlilik, tremor, nistagmus, diplopi, pitoz, konuşma güçlükleri, apati, mental karışıklık, başağrısı,başdönmesi, nefes alma ve verme güçlüğü, mide ağrısı, bulantı, kusma, ateş, titreme, lökositoz, cilt tezahürleri, (kaşıntı, cilt kuruluğu) libidonun artması, toksik amblyopie (görme zaafiyeti) olabilmektedir. (2-4)



Dilantinin yan tesirlerinden gingivada husule gelen hiperplaziler ilk defa 1939 yılında O.P.

K i m b a l l tarafından neşredilmiştir. (5)

J a m e s R. B a b c o c k, New Castle State Hospital'de dilantin alan 369 hastanın % 36 sında gingival hiperplazi tesbit etmiştir. (5) P a n u s k a 546 hastanın % 32 sinde, K i m b a l l 114 hastanın % 57 sinde husule geldiğini bildirmişlerdir. M e r r i t t ve P u t n a m %3, G a r d n e r, G r o s s ve W y n n e % 78, G l i c k m a n ve L e w i t u s % 21 olarak zikretmektedirler. (5) Ortalama olarak dilantin alan hastaların hemen hemen yarısında bu hiperplazi görülmektedir. Bu araştırmalara göre 5-25 yaşlar arasında yani çocuklar ve gençlerde bu tip yan tesirler daha sık görülmektedir. Bu sıklık, 26 yaşına kadar olanlarda % 57, 26 yaşından büyüklerde % 21 dir. (5)

J a m e s R. B a b c o c k, 17 zenciden 6 sında gingival hiperplazi tesbit etmiştir. (%35) Bu oran kadınlarda % 24, erkeklerde % 26 dır. (5) Bu da gösteriyor ki gingival hiperplaziler, ırk ve cinsiyet arasında pek fark göstermemektedir.

Ayrıca bu hiperplazilerin irsiyetle ilgili

olmadığı, dozaj ve şahsın kilosunun da bunda rolü bulunmadığı açıklanmıştır. (6)

I s h i k w a ve G l i c k m a n dilantin vererek 16 kediden 8 inde deneysel olarak gingival hiperplazi husule getirmişler; dişlerin çekimini müteakip iyileştiğini görmüşlerdir. (1)

Dilantinin gingivada hiperplazi husule getirmesinin askorbik asit, metabolizması ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür. (7)

K i m b a l l ve P u t n a m bu hadiseyi ilacın kandaki askorbik asit seviyesini düşürmesine bağlarlar. (2) Burada normalde kanda 5 mgr.dan fazla olan askorbik asit seviyesi düşmüş, normalde idrarla ıtrah edilen 10 mg. dan fazla askorbik asit miktarı da azalmıştır. Fakat klinikte kanda askorbik asitin azalması anormal sayılmamaktadır. Nitekim bu hastalara C vitamini veya bu vitaminden zengin gıda vermekle bu hadise önlenememektedir. Mikroskopik tetkikte pato-histolojik olarak skorbütte görülene benzer bir değişiklik de tesbit edilememiştir.

B a b c o c k ve N e l s o n tükrüğün dilantin muhtevası ile bu ilacı alan hastalarda hiperplazi görülmesi arasında bir munasebet kurmuşlardır. Alt

anterior dişler bölgesindeki gingivadan başlaması, bu bölgedeki tükrüğün rolü olduğunu gösterir demekteler. (1) Ayrıca allerjik bir reaksiyon olarak niteliyenler de olmuştur. (3)

Bütün bu çalışmalara rağmen, gingival hiperplazilerin nedeni bugün için henüz aydınlatılamamıştır.

Hasta dilatin almağa başladıktan 2-3 ay sonra gingiva büyümeğe başlar. J u r g e n s tedaviden 2 hafta sonra başlayan gingival hiperplaziden bahsetmektedir. (8) Büyüme daha ziyade mandibular ve maxiller dişlerin labial yüzlerini örten gingivadanır İlk olarak interdental papillalar büyümeğe başlar; süreç ilerledikçe gingiva o derece genişler ki, frontal dişlerin kronlarını tamamen örtebilir. (9)

Bu büyüme, daha önce çekilmiş olan dişler hizasında görülmemektedir. Normal ve afete uğramış gingiva kısımları, kesin bir sınırla birbirinden ayrılmıştır. Gingiva soluk, açık pembe renkli, sert nodüller görünüşte olup, dut manzarasındadır. (9) Sekonder olarak enfeksiyon da eklenmişse ödemli, kırmızı ve kanamaya müsaittir. İlerlemiş vak'alarda interdental septumlarda rezorpsiyonlar olabilir. (11)

uygulanan modifiye edilmiş gingivektomi tekniği bu sürenin daha uzun zamana minhasır kalmasını temin edebileceği düşüncesini ortaya koymuştur.

Bu suretle kanaatimizce gingival dilantin hiperplazisi olan vak'alarda rezidiv süresinin uzamasını temin etmek gayesine uygun bir gingivektomi tekniğinin ortaya çıkmasına da zemin hazırlanabilir.

### III. - M A T E R Y E L V E M E T O T -

Araştırmalarımızı son 2 seneden bu yana Polikliniğimize müracaat eden 15 vak'a üzerinde yaptık.

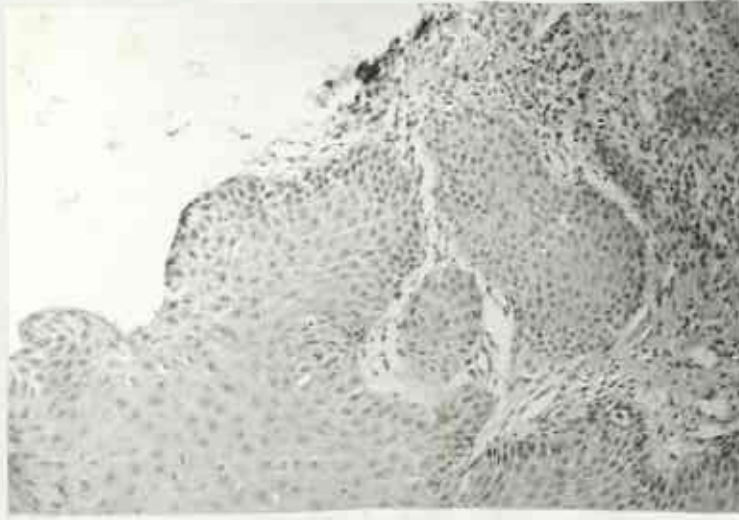
Çalışmalarımızı Laboratuvar ve klinik çalışmaları olarak 2 bölümde teksif ettik.

#### 1- Laboratuvar çalışmaları:

Gingival hiperplazideki histolojik farkları tesbit edebilmek amacı ile, sıhhatli gingivaya sahip 2 hastadan lokal anestezi altında almış olduğumuz gingival papillerden, histoloji departmanında preparat hazırlayarak hematoksilen-eozinle boyadık.(Şekil 1)

Burada en dışta çok katlı yassı epitel, onun altında laminapropriada konnektif bağ dokusu, fibroblast ve fibrositler, yer yer kan damarları lümenleri

görülmektedir.



(Şekil 1) Normal gingivanın histolojik görünüşü.

Daha sonra ameliyat ettiğimiz hastalardan ikisinden, ameliyat esnasında kürete ettiğimiz materyeli (Şekil 2) formol içinde muhafaza ederek yine histoloji laboratuvarında preparat hazırladık; hematoksi-len-eozinle boyadık. Burada histolojik bulgulara geçmeden önce organ ve dokulardaki büyümelere bir göz atmak yerinde olur.



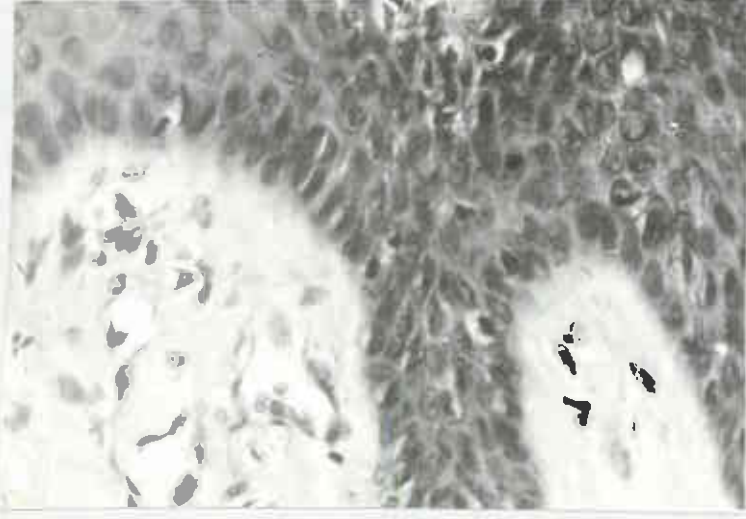
(Şekil 2) Hiperplazik gingival materyel.

Genel patalojiden bilindiği gibi, bir organın büyümesi, hücrelerinin veya stürüktürünün hacminin artması yahutta sayılarının çoğalması ile olur. Bilindiği gibi bir organ veya hücrenin hacminin büyümesine hipertrofi, hücre sayısının artması ile olan büyümeye hiperplazi adı verilir.

Dilantin tesiri ile gingivadaki büyümeler, hiperplazi mi, yoksa hipertrofi midir? Yapılan histolojik tetkikte bu büyümenin, submukozadaki bağ dokusu elemanları ve kollagen fibrillerin sayılarının artması suretiyle husule geldiği, hacimce bir büyümenin olmadığı görülmüş ve burada gingival bir hiperplazinin mevzubahis olduğu anlaşılmıştır.

Metaplazide bir hücre, diğer bir hücre tipine değişir. Vitamin A karansında, epitelin keratinize epitel tipine değişmesi bir metaplazidir. Dilantin alanların gingiva epitelinde de parakeratozis tesbit edilmiştir. Şu halde burada da aynı zamanda bir metaplaziden bahsedilebilir.

Hazırladığımız preparatın mikroskopik tetkikinde, en dıştaki çok katlı yassı epitelde bir kalınlaşma (acanthosis) ve yeryer parakerotik bölgeler tesbit ettik. (Şekil 3)



(Şekil 3) Çok katlı yassı epitel.

Epitel papilla tarzında ince ve sık tepecikler halinde stromaya doğru ilerlemiştir. (Şekil 4)

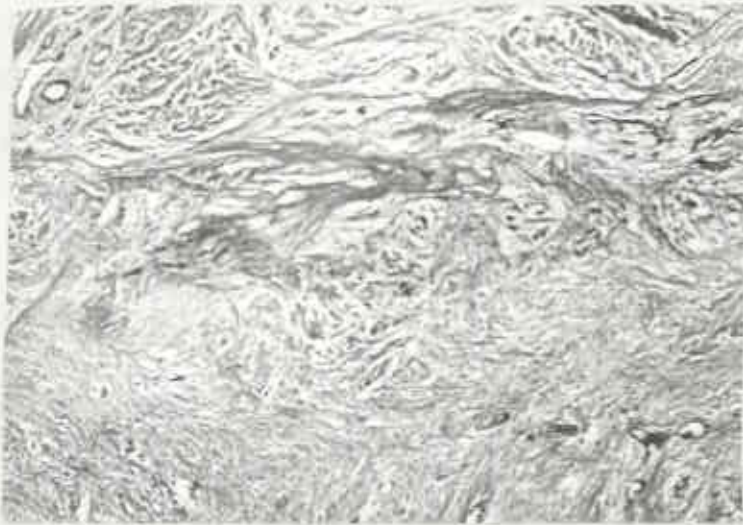


(Şekil 4) Çok katlı yassı epitel ve stroma.

Lamina propriadaki kollagen liflerde ileri derecede bir çoğalma, sayı artması vardır. Fibroblast ve fibrositler de fazlalaşmıştır. Proliferasyon bağ dokusunda olduğu gibi, konnektif doku stromasındaki kapillerlerde de mevcuttur. Kan damarları çoğalmış ve genişlemiş olup,irregülerdir. (Şekil 5-6)



(Şekil 5) Stroma:Kollagen lifler.



Şekil 6) Stroma: Fibroblast, fibrosit ve damarlar.



(Şekil 7) de çoğalan kollagen lifleri, fibroblast ve fibrositleri, büyük büyültme ile gayet net olarak görmek kabil olmaktadır.



(Şekil 7) Kollagen lifler, fibroblast ve fibrositler.

Gingival hiperplaziye sekonder olarak enfeksiyon da eklenmişse, perivasküler infiltrasyon da husule gelir. İleri derecede plazma hücreleri, lenfosit ve lökositler görülür. Bazı vak'alarda, kemik dokusunda ana hücre ve dokudan farklı yeni hücre ve dokuların meydana gelmesi de varittir ki buna heteroplazi adı verilir.

Şuhalde histolojik preparatlarda da görüldüğü gibi bu büyümeler gingivanın daha çok papiller bölgesinden başlayarak gelişmektedir. Bu durum uyguladığımız modifiye gingivektomi tekniği için çok önemli histo-

lojik bir bulgudur. Çünkü tekniğimizi bu bulguya göre geliştirmemiz icap etmektedir.

2- Klinik çalışmaları:

İlerlemiş gingival hiperplazi vak'alarında, modifiye ettiğimiz gingivektomi tekniğini uygulamaktayız. Gingivektomide ilk adım periyodontal ceplerin cerrahi müdahale ile tedavisini uygulayan R o b i e s e k o f V i e n n a (1862) ve R i g g s (1882) tarafından atılmıştır. Daha sonra P i c k e r i l l (1912), B l a c k (1915), N o d i n e (1921), N e u m a n n (1926), W o r d (1928), H i t z e l b e r g e r (1937) S c h e r e r (1939), K i r k l a n d (1932), W e b b (1935), O r b a n (1941), G o l d m a n (1953), G o l d m a n S c h l a g e r ve F o x (1956)'un çalışmalarıyla tekâmül etmiş ve bugünkü seviyesine ulaşmıştır. (16)

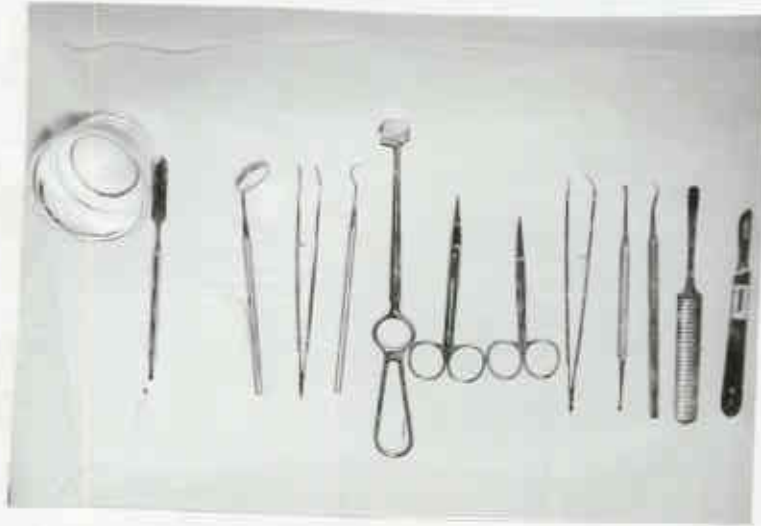
Gingivektomi 3 şekilde uygulanmaktadır:

- 1- Bisturi ile
- 2- Elektrosurgery metodu
- 3- Chemiocotery "

Modifiye ettiğimiz metotda, ilk iki şekli birleştirerek uygulamaktayız. Chemiocotery tekniği ise, triklorasetik asit % 50, fenol, kromik asit %10,

zenk klorid % 8 gibi solüsyonlarla, atuşmanlar yaparak, şimik yolla koterize etme esasına dayanır.(7)

Gingivektomide kullanılan materyel ve aletler ayna,presel, sond,cep derinliğini ölçme preseli (pocket marking forceps + Coane-Kaplan forceps), elektrocoter, küret, periost elevatörü, makas, enjektör,iğne, 12-15 numara bisturi (Bard-Parker bisturisi), kretuvar, aspiratör, zenk oksit-öjenol patı, serum fizyolojik, spanç, pomza, çeşitli temizlik fırçalarıdır, (Şekil 8)



(Şekil 8) Gingivektomide kullanılan aletler.

Premedikasyon: Bu tip hastaların çok hassas ve labil olmaları sebebi ile, önce hastayı psişik olarak ameliyata hazırlamak ve ikna etmek gerekir. Hastanın yanında kesmek, bıçak, kan gibi korku yaratacak keli-

meleri kullanmaktan kaçınmalıdır. Genellikle hastalarımıza, operasyondan yarım saat önce barbituratlardan 100 mg. nembutal, sedatif narkotiklerden alphaprodine hidroklorid veya trankilizanlardan meprobamate verilerek bu etkenlerin sedatif tesirlerinden faydalanılmıştır. Bununla beraber scopolamine, meperidine, meperidine-antihistamine intravenöz veya intramuskuler olarak da kullanılabilir.(8)

Romatizmal kalp hastalığı, diyabeti olanlara ameliyattan önce antibiyotik tedavisine başlamak şarttır(8)

Bütün hastalarımızda hemoglobin, kanama müddeti ve pıhtılaşma zamanının da tetkiki yapılmıştır. Dişetlerinde inflamasyon da mevcutsa önce konservatif tedavi uygulamak ve birkaç seans detartaraj yapmak gerekir.

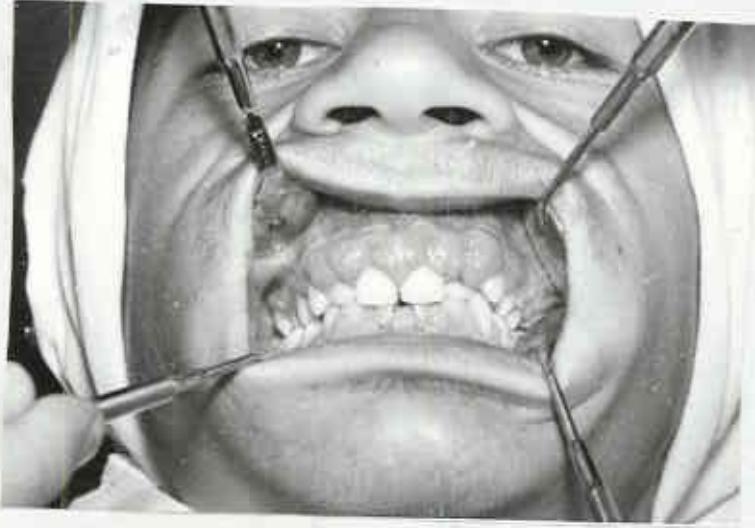
Operasyondan önce hastaların ağızı dikkatle yıkanmış ve operasyon bölgesi antiseptik bir solüsyonla silinmiştir.

Anestezi: Hastalarımıza genellikle lokal blok ve infiltrasyon anestezisi tatbik edilmiştir. Anestetik madde olarak % 2 lik novocaine veya xylocaine kullanılmıştır.

iyisi ıslatılmış ince uzun bir sargı bezi ile kapatılmıştır.

Ameliyat esnasında epilepsi nöbeti gelen hastalara 5-10 mg.intramuskuler paraldehit verilmiştir.

Modifiye gingivektomi tekniğimiz: Ameliyattan önce hastanın başı ve üstü steril örtülerle kapatılmıştır. (Şekil 9)



(Şekil 9) Ameliyattan önce.

Anestezi tatbikinden sonra, son dişten itibaren, öne doğru, önce vestibülden sonra lingual ve palatinalden bütün diş ceplerinin, cep derinliği ölçme preseli ile markajı yapılarak hiperplazik dokuların derinlikleri tesbit edilmiştir. (Şekil 10)



(Şekil 10) Poşların markajı.

Cep derinliği ölçme preseli, bir ucu 2 mm.kadar eğilmiş bir presele benzer. Sağ ve sol için olmak üzere iki tanedir.(Şekil 11)



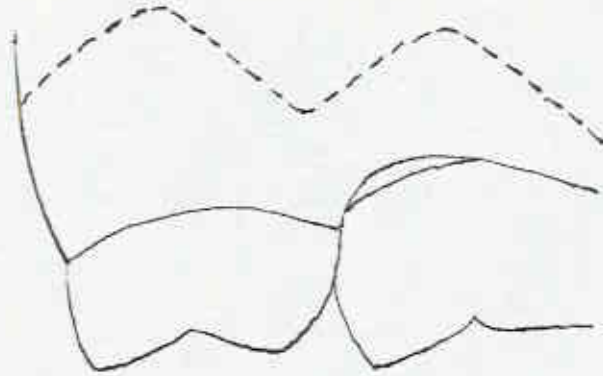
(Şekil 11) Cep derinliği ölçme preselleri.

**Gingivektomi safhaları:**

I- İlk ensizyon: İki şekilde uygulanabilmektedir:

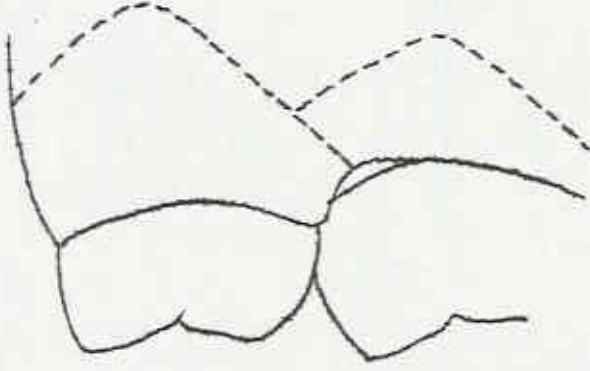
A- Devamlı olan ensizyon: Mukoza, son diştten başlamak üzere, markajı yapılan kısımların 2-3 mm. üzerinden geçmek üzere, öne doğru kesilmiştir. Bu ensizyonda 11-12 numara Bard-Parker bisturisi veya 15-16 numara bisturi kullanılması tercih edilmiştir.

Bisturi, dişlerin aksına  $45^{\circ}$  lik bir meyllle tutularak periosta kadar inmek suretiyle ensizyon yapılmıştır. (Şekil 12)



(Şekil 12) Devamlı olan ensizyon.

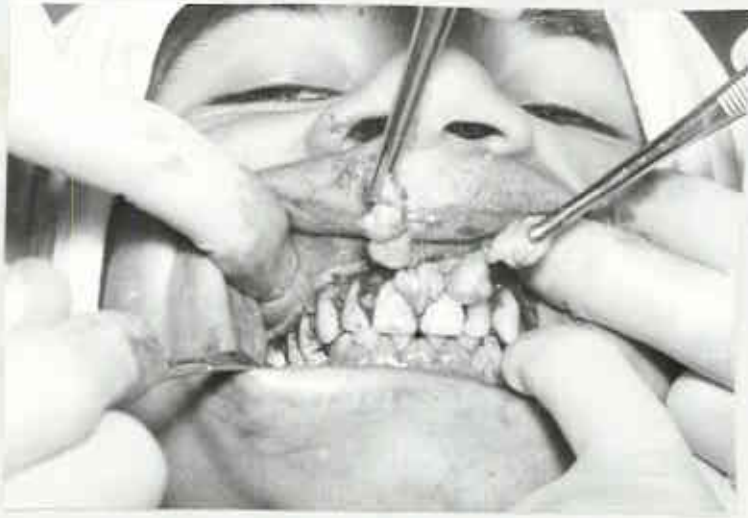
B- Devamlı olmayan ensizyon: Son diştten itibaren , bir dişin distofacial köşesinden, diğer dişin distofacial köşesine olmak üzere Şekil 13 de gösterilen bu ensizyon bazı vak'alarımıza uygulanmıştır.



(Şekil 13) Devamlı olmayan ensizyon.

Tabiatıyla ensizyon facial, lingual ve palatinal kısımlara sıra ile tatbik edilmiştir.

İlk ensizyondan sonra, periost elavatörü ile büyümüş diş eti kısımları, blok halinde ekarte edilmiştir.(Şekil 14)



(Şekil 14) Hiperplazik dokunun ekartesi.



2. İkinci ensizyon: İnteraproksimal kısımlar çeşitli büyüklükteki küretlerle dişten dişe alınmıştır. Bu arada spançlarla tampone edilerek, kanama kontrol altında tutulmuş, elektrokoterle kanayan damar uçları yakılmış veya interaproksimal kısımlar yine elektrokoterle elimine edilmiştir. Sahayı iyi görebilmek için, ara sıra sıcak serumla yıkamak icap edebilmektedir.

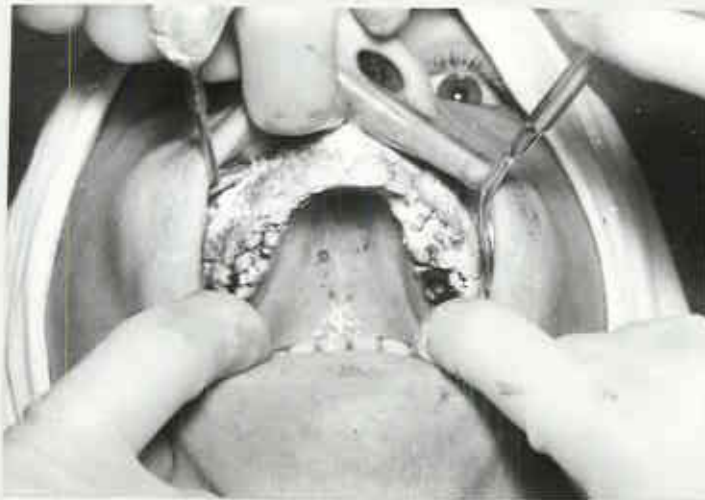
Kemikte heteroplazi olan vak'alarda, uygun boydaki rond frezlerle kemiğin düzleştirilmesi, heteroplazik kısımların alınması cihetine gidilmiştir.(Osteoplasti). İlk ensizyonun yapıldığı dişeti düz bir çizgi halinde olduğu için, eğri makasla, papillere uyan konturlar verilmiş ve iyileştikten sonra tabii formda bir dişetinin husule gelmesi sağlanmıştır. (Şekil 15)



(Şekil 15) İkinci ensizyondan sonra.

Ameliyat esnasında, açığa çıkan subgingival tartırlar kretuvarlarla temizlenmiştir. Pomza ve fırça ile dişlere polisaj yapılması daima öngörülmüştür. Zira o kısımda kalabilecek tartırlar, iyileşme esnasında granülasyon dokusunu irrite ederek, istenilenden fazla gelişmesine sebep olabilmektedir. Böyle bir durum husule gelmişse, fenol, silver nitrat veya % 30 triklorasetik asit solüsyonu ile tuşe edilmiş veya anestezi altında elektrokoterle yakılmıştır.

Operasyon sahası spançlarla iyice kurutulduktan sonra, doku dıştan zenk oksit öjenol patı ile kapatılmıştır. (Şekil 16)



(Şekil 16) Pat tatbiki.

Bazıları dişlerin interaproximal kısımlarına pamuk koyup, sonra pat tatbik edilmesini tavsiye ederler.(5) Fakat pat çıkartılırken travma ve kanama olabileceğinden bu metodu tercih etmemekteyiz.

Travmatik ülserasyona mani olmak için, patın vertibüle ve ağız tabanına fazla taşmamasına dikkat edilmiştir. Pat ensizyon çizgisini 2 mm. geçecek şekilde konulmuştur. Patın ele yapışmaması için el steril su veya vazelinle ıslatılmıştır. Pat doku dostu olduğu için, granulasyonu çabuklaştırdığı tesbit edilmiştir. İçerisine konan analjezik maddeler dolayısıyla, postoperatif ağrıyı azaltması, ameliyat sonrası enfeksiyon ve kanamayı önlemesi, ameliyat sahasını çiğneme esnasında, yiyeceklerin irritasyonundan ve bakterilerden koruması, eğer mevcutsa sallanan dişleri sabitleştirmesi tercih sebebidir. Öjenol dudakta ve dilde bir tesir yapmasın diye patın üzerine vazelin sürülmesi unutulmamalıdır. Buna rağmen bazı hastalarımızda öjenolün allerjik reaksiyonlar yaptığı görülmüştür. Dudakların şiştiği, mukozada ülserasyonların olduğu tesbit edilmiştir. O zaman öjenolsüz olan coe-pak, gingi-pak, peri-pak gibi hazır patlar kullanılması yönüne gidilmiştir.

Ameliyattan sonra hastaya pat donuncaya kadar



(Şekil 17) Normal gingiva. (Ameliyattan 3 hafta sonra)

T A B L O

-I-

No	Prot. No	Adı	Yaşı	Hiperplazi Derecesi	Ameliyat Tekniği	N E T İ C E
1	44	F.P.	27	Fazla	NormalGin.	7 ayda rezidiv
2	222	F.G.	16	Orta	" "	6 " "
3	344	M.E.	18	"	" "	5 " "
4	2523	İ.G.	24	Az	" "	6 " "
5	17823	M.K.	12	Fazla	Modifiye Gin.	16 " "
6	108	N.A.	21	Az	" "	21 " "
7	1455	M.Ö.	10	Orta	" "	16aydır rezidiv Y
8	1873	A.K.	15	Fazla	" "	10 ayda rezidiv
9	1906	M.T.	26	Orta	" "	18 " "
10	2434	Ü.Ü.	19	"	" "	19 " "
11	2522	Ü.Y.	31	Az	" "	17aydır rezidivY
12	2581	K.T.	10	Orta	" "	15 " " "
13	2613	H.Y.	14	Fazla	" "	14 " " "
14	2901	T.C.	19	Az	" "	11 " " "
15	3218	Y.A.	21	Fazla	" "	9 " " "

IV. - S O N U Ç L A R -

Yaptığımız araştırmanın sonuçlarını, laboratuvar ve klinik çalışmaları yönünden değerlendirmek yerinde olacaktır. Normal ve dilantine bağlı olarak büyümüş gingivalardan hazırladığımız preparatların, pato-histolojik mukayeseli tetkiklerinde, hiperplazik gingivanın subepitelial tabakasındaki kollagen liflerin, bağ dokusu elemanlarının ve kan damarlarının sayıca artmış olduğunu müşahade ettik. En dıştaki çok katlı yassı epitelde bir kalınlaşma (acanthosis) ve yer yer parakerotik bölgeler mevcuttu. Bu epitel tabakası ince ve sık papiller halinde stromanın derilerine doğru ilerlemiş bir durum arz ediyordu. Ayrıca bu dokuların hacimlerinde bir değişme olmadığını, büyümenin esasını, sayı artmasının teşkil ettiğini tesbit ettik. Böylece dilantine bağlı olarak husule gelen büyümenin bir hipertrofi değil, hiperplazi olduğu da teyit edilmiş olmaktadır.

Bu histolojik tetkikler, aynı zamanda hiperplazinin ne dereceye kadar yaygın olduğunu gösterdiği için, uygulayacağımız ameliyat tekniğine rehberlik etmiştir.

Diğer taraftan, büyüyen gingivanın yemek ar-

yine Tablo I de görüldüğü üzere, rezidiv süreleri, 10-21 ay arasında değişmektedir. Bu da gösteriyor ki, modifiye

teknikte rezidiv süreleri, normal gingivektomiye nazaran, en az misli uzamış olmaktadır.

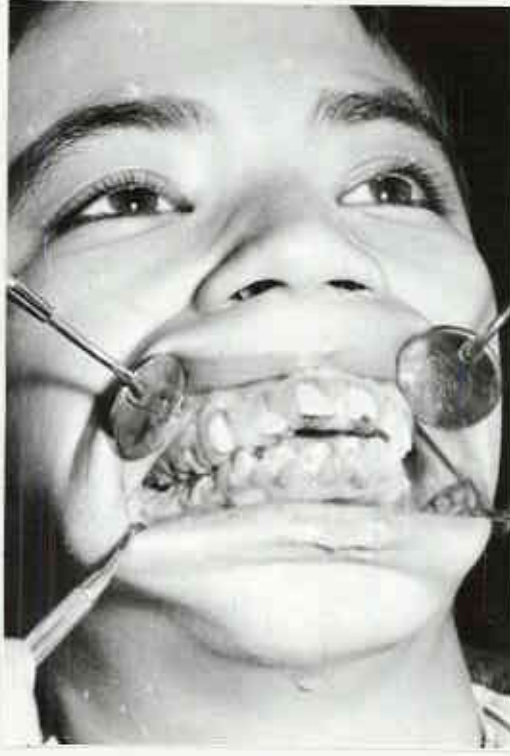
Diğer taraftan, hiperplazi derecesi az ve orta olanlarda, ameliyatı müteakip rezidiv daha uzun süreli olmaktadır. Bundan çıkan sonuca göre, hiperplazilerin aşırı dereceye ulaşmasını beklemeden ameliyat edilmele-  
rinde, rezidivlerin uzun süreli olması bakımından fayda vardır.

Uyguladığımız tekniği daha iyi değerlendirebilmek için, örnek olarak aşağıda gösterdiğimiz 3 klinik vak'a, deneysel bulduğumuz sonuçları desteklemiştir.

#### VAK'A:I

12 yaşındaki M.K. dişetlerindeki büyüme sebebiyle ailesi tarafından Polikliniğimize getirildi. Ailesinden alınan hikayeden, 6 yaşına kadar konuşmadığı, 8 yaşından sonra tek tük konuşmağa başladığı öğrenildi. 8 yaşında iken, epilepsi nöbetleri gelmeğe başlamış ve bu nöbetler aşağı yukarı ayda bir defa, birkaç gün fasılalarla geliyormuş. Çocukluk hastalıklarından kızamık çıkarmış. Sistemik bir hastalığı yok. Başka kardeşi mevcut değil. 1,5 seneden beri, günde 3 adet epdantoin alıyormuş. İlaça başladıktan 2-3 ay sonra dişetleri büyümeğe başlamış. Başka bir yerde gingivektomi yapılmış. İlaça

devam ettiği için 8 ay sonra rezidiv husule geldiğinden Polikliniğimize müracaat etmiş.(şekil 18)



(şekil 18) Ameliyattan önce.

Klinik muayenede gingivanın hiperplazik olduğu nu, bilhassa frontal dişler hizasında bu hiperplazinin daha fazla husule geldiğini tesbit ettik.

Hastamız aynı zamanda zekâ gerisi olduğu için, genel anestezi altında modifiye gingivektomi tekniği uygulayarak ameliyat ettik. (şekil 19, 20, 21, 22, 23, 24)

İlk ameliyatından aşağı yukarı bir misli uzun bir

süre olan 16 ay sonra rezidiv husule geldi. Bu sebepten tekrar ameliyatı gerekti. Halen kontrolümüz altında olup rezidiv olmamıştır.

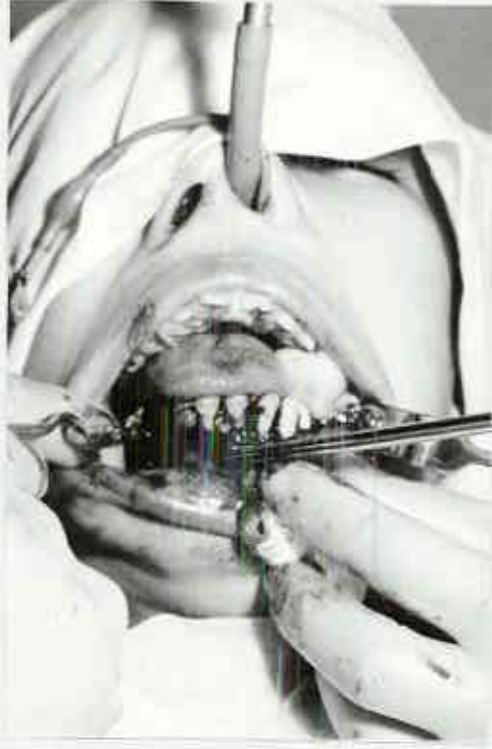


(Şekil 19) Alt çene (İlk ensizyondan sonra)

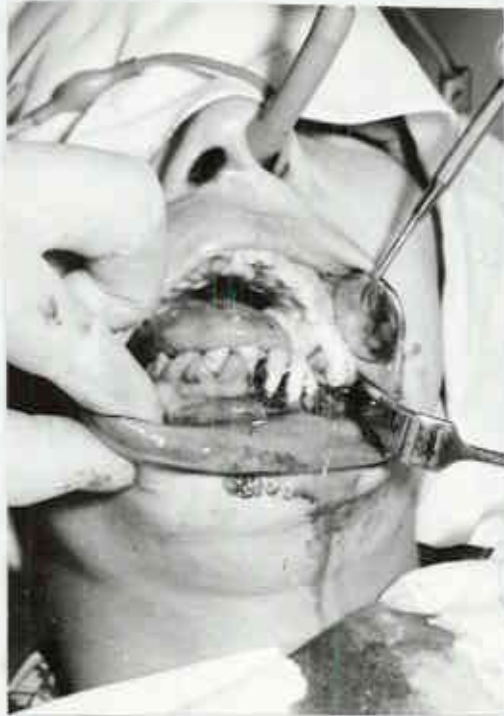


(Şekil 20) Alt ve üst çene (İlk ensizyondan sonra)





(Şekil 21) Sağ alt çene.(İlk insizyondan sonra)



(Şekil 22) Sol alt çene.(İlk insizyondan sonra)



(Şekil 23) Pat tatbiki.



(Şekil 24) Kürete edilen gingival materyel

VAK'A: II

16 yaşındaki F.G. gingivasındaki büyüme nedeni ile Polikliniğimize müracaat etti. Hikayesinden, 7 yaşı-

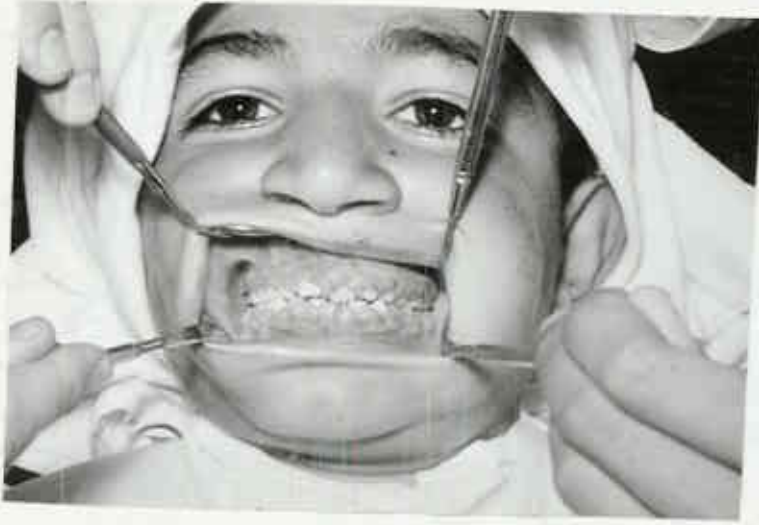
dan buyana Grand Mal nöbetlerinin geldiği, yorulduğunda, fazla hareket ettiğinde bu nöbetlerin artmakta olduğu öğrenildi. Geceleri 5-6 defa nöbet geldiği oluyor-muş. Diğer 3 kardeşi normalmiş. Çocukluk hastalıklarını hatırlamıyor. Doğumu normal olmuş. Önce luminal tedavisi uygulanmış, 9 ay önce dilantine geçilmiş; günde iki adet epdantoin alıyormuş. İlaça başladıktan 3 ay sonra dişetleri büyümeğe başlamış. Önceleri büyüme yavaşken, son zamanlarda fazlalaştığından Polikliniğimize müracaat etmiş. Klinik muayenede, dişetlerinin sert, nodüler, soluk pembe renkli ve diş kronlarının yarısını örtecek derecede gelişmiş olduğu görüldü.

Modifiye tekniğimizle mukayese bakımından, lokal anestezi altında, normal gingivektomi tekniği ile ameliyat edildi. 6 ay gibi kısa bir sonra rezidiv husule geldiğinden modifiye teknikle tekrar ameliyatı yapıldı. Hasta kontrolümüz altında olup, 11 aydan buyana rezidiv olmamıştır. Normal gingivektomi tekniği uygulandığında bu vak'aya ait şekiller konulmamıştır.

VAK'A:III

10 yaşındaki M.Ö. dişetlerindeki büyüme dolayısıyla ailesi ile birlikte Polikliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinden, 2 yıl önce menenjit geçirdiği, o ta-

rihten 6 ay sonra epilepsi nöbetleri gelmeğe başladığı öğrenildi. Hasta geceleri idrarını kaçırmış; günde 10-15 defa hafif nöbetlerin geldiği oluyormuş. 6 kardeşi sağ ve sıhhatte. Sistemik bir hastalığı yok. İlk 6 ay luminal verilmiş, sonra buna günde 2 adet epdantoin ilavesi ile kombine tedaviye geçilmiş. Dişetlerindeki büyüme 2-3 ay sonra başlamış ve gittikçe artmış. Klinik muayenede dişetlerinde oldukça ileri derecede hiperplazi tesbit edildi. (Şekil 25)



(Şekil 25) Ameliyattan önce.

Lokal anestezi altında, modifiye teknikle ameliyat edildi. (Şekil 26, 27, 28, 29, 30)

Ameliyattan sonra 16 ay geçmesine rağmen he-

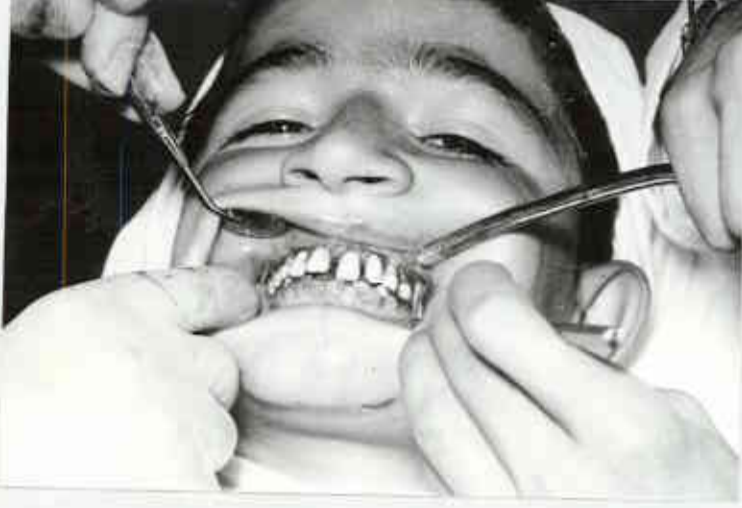
nüz bir rezidiv görölmedi.



(Şekil 26) Poşların markajı.

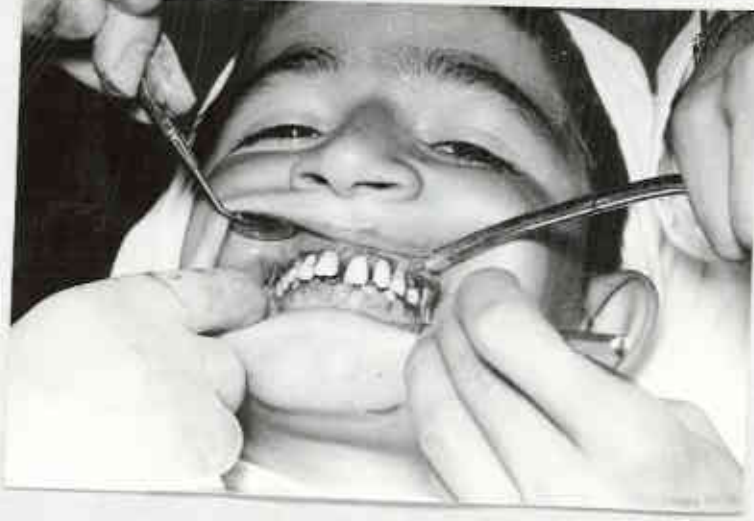


(Şekil 27) İlk ensizyon.



(Şekil 28) Üst çene.(İlk ensizyondan sonra)





(Şekil 28) Üst çene.(İlk ensizyondan sonra)



(Şekil 29) Alt çene.(İlk ensizyondan sonra)



(Şekil 30) Pat tatbiki.

#### V. - T A R T I Ş M A -

Bu araştırma, dilantinle tedavi edilen epileptik hastalarda husule gelen gingival büyümelere modifiye bir gingivektomi tekniği uygulayarak, rezidiv süresini uzatmak amacı ile yapılmıştır. Baş vurduğumuz kaynaklarda, bugüne kadar bu tip hastalara normal gingivektominin uygulandığını, bunun sonucu, kısa bir süre sonra rezidiv olduğunu tesbit ederek, hastalana yardımcı olmak bakımından, tarafımızdan geliştirilen modifiye bir teknik uygulamayı denedik. Bu gaye ile, Materyel ve Metotda izah ettiğimiz teknik ile. Tablo I de görüldüğü üze-



re, Polikliniğimize müracaat eden 15 gingival hiperplazi vak'asına gingivektomi ameliyatı tatbik ettik. Modifiye tekniğin faydalı olup olmadığını tesbit bakımında, bu hastalardan 4 tanesine normal gingivektomi ameliyatı yaptık. Sonuçlarda da belirttiğimiz üzere, bu hastalarda 5-7 ay gibi kısa bir süre sonra rezidiv husule geldiğini gördük. Diğer taraftan, modifiye teknikle ameliyat edilen 11 vak'ada rezidiv süresi 10-21 ay arasında değişmektedir. Bu sürelerin mukayeselerinden anlaşılacağı üzere, modifiye teknikte rezidiv süresi, normal gingivektomiye nazaran en az bir misli uzamış olmaktadır. Misal olarak verdiğimiz Vak'a I de görüldüğü üzere, hastada normal gingivektomiden 8 ay sonra rezidiv husule geldiği halde, modifiye teknikle ameliyat neticesi, rezidiv süresi 16 ay çıkmıştır.

Bu duruma göre, uygulanan bu tekniğin, rezidiv sürelerinin uzaması bakımından, yararlı olduğu ortaya çıkmaktadır.

Normal gingivektomide, poşların markajı yapıldıktan sonra bunun hemen üzerinden ilk ensizyon yapıldığı halde, biz ilk ensizyonu 2-3 mm. yukarıdan yapmaktayız. Bu teknik, purolifere olmuş bağ dokusunun olduğu gibi, geride artık bırakmaksızın kürete edilmesi esasına

dayanmaktadır. Gingival hiperplazinin sebebi madem ki bağ dokusunun çoğalmasıdır; o halde bu doku tamamen alındığı takdirde rezidivler o nisbette geğ husule gelmektedir.

Ayrıca bisturi ve elektrosurgery tekniğini aynı zamanda tatbik etmekteyiz. Elektrokoterle koterize edildiği için, iyileşme sonucu sert nedbe dokusu husule gelmektedir. Kanaatimizce bu dokunun dilantin tesiri ile büyümesi daha geğ olmaktadır.

Kemikte heteroplazi mevcutsa, aynı zamanda bir osteotomi yapmak cihetine de gitmekteyiz.

Hastalardaki hiperplazi derecesini ölçmek için, histolojik tetkiklerde bulunduk. Bu suretle, hiperplazinin derecesine göre operasyonu uygulamak mümkün olabildiği gibi, yine histolojik tetkiklerde tesbit edilen sekonder enfeksiyonların, operasyondan önce lokal ve konservatif tedavilerle giderilmesi sonucu, postoperatif komplikasyonların önlenmesi mümkün olabilmektedir.

Diğer taraftan, konservatif yoldan hiperplazilerin gelişmesini önleyebilmek için, epileptik hastaları tedavi eden nörologla sıkı işbirliği kurulması gerekmektedir. Luminale rezistan vak'alarda, dilantine geçmeden önce gingival hiperplazi yapmayan mesantoin

(methoin), hibicon 1-4 gr., gemonil 0,1-0,08 gr., primidon (mysoline), 0,4-2 gr., diamox 1-3gr., peganon 2-3 gr., bromürler 3-6 gr. denenmesi yerinde olur.(14-17) Vak'alarımızdan 3 tanesinde, luminalden hemen sonra veya lumnalle birlikte dilantine (epdantoin) geçildiğini tesbit ettik. Ameliyatı müteakip, rezidiv olmaması için, müdavi hekimi ile görüşerek, dilantin yerine mysoline verilmesini temin ettik. Bu hastalarımızda epilepsi mysoline ile kontrol altında tutulabildiği gibi,mysoliningingivada hiperplazi husule getirmesi gibi bir yan tesiri olmadığından , halen bu hastalarımızda rezidiv olmamıştır. Bu şekilde, hastalarda ikinci bir ameliyat zorunluluğu olmamaktadır.

Kanaatimizce ağız içinde mevcut olabilecek irritasyonlar, gingival hiperplazinin başlamasına amil olmakta ve ilerlemesini hızlandırmaktadır. Nitekim total protez kullanan ve dilantin tedavisi uygulanan epileptik bir hastada, gingival hiperplazinin husule gelmesinde, total protezin irritasyonunun sebep teşkil etmesi akla yakın gelmektedir. Bu bakımdan, ameliyatı müteakip, gingiva iyileştikten sonra, oral fizyoterapi tatbik edilmesi, hastanın en az günde 3-4 defa periyodik olarak dişlerini fırçalaması ve dişetlerine parmakla masaj yapması

şarttır. Bilhassa elektrikli otomatik diş fırçaları tavsiyeye şayandır.

İrritasyon yapabilecek kalkulusların eliminasyonu ve daima iyi bir oral hijyen sağlanması gerekmektedir.

Bunu temin için hasta ve ailesi ile sıkı bir iş birliği kurmak yine Dişhekimine düşen bir görev olmaktadır.

#### VI. - Ö Z E T -

Bu araştırma, dilantin alan epileptik hastalarda husule gelen gingival hiperplazilerin modifiye bir teknik uygulanarak rezidiv sürelerinin uzamasını temin gayesi ile yapılmıştır.

Deneyler laboratuvar ve klinik olarak iki bölümde toplanmıştır. Laboratuvar deneylerinde hiperplazik gingivanın histo-patolojik durumu incelenmiş, çok katlı yassı epitelle kalınlaşma ve parakeratozis, subepitelial tabakadaki kollagen lifler, bağ dokusu elemanları ve damarlarda sayıca çoğalma, sekonder enfeksiyonun da bulunduğu vak'alarda perivasküler infiltrasyon, plazma hücreleri ve lökositler tesbit edilmiş olup, bu bulgular ile klinik deneyleri desteklenmiştir.

Bu duruma göre lamine mukavemet eden epilepsi vak'alarında, aynı gaye için kullanılan diğer ilaçlar denenmeden dilantin tedavisine geçilmemesi kanısına varılmıştır.

Dilantine bağlı gingival hiperplazilerde, tarafımızdan modifiye edilen gingivektomi tekniği ile proliferen olan bağ dokusunun tamamen kürete edilmesi ve elektrokoter kullanılarak, skar dokusunun husule gelmesinin temini, hastalarda yapılan uygulamalarda müsbet neticeler vermiştir.

Ayrıca ameliyat sonrası, hasta ile işbirliği yapılarak, oral hijyene riayetinin sağlanması ve hastanın daima kontrol altında bulundurulması gerektiği de ortaya çıkmıştır.

VIII - K A Y N A K L A R -

- 1- Burket, L.W.: The Nerves, the Nervous System and the Muscles. Oral Medicine. J.B. Lippincott Company. Philadelphia and Toronto. U.S.A. 28:376,1965.
- 2- Kantemir, İ : Antiepileptik ilaçlar. Tedavinin esası farmakoloji. A.Ü.Tıp Fak. Yayınlarından.Ankara. 2:80,1957.
- 3- Thoma K.H. : Neurologic diases.Oral surg..The C. V.Mosby Company.Saint Louis.U.S.A. 6:831,1963
- 4-Grollman,A. : Hydantoin derivatives.Farmacology and therapeutics.Lea and Febiger. Philadelphia.U.S.A.7:215,1965
- 5- Babcock,J.R.: Incidence of gingival hyperplasia associated with Dilantin therapy in a hospital population. The journal of the American dental association. 1447, 1965
- 6- Manson,J.D. : Periodontal disease associated with systamicconditions.Periodontics for the dental practitioner.Henry Kimpton,

- London. 16:70,191,1966
- 7- Wade, A.B. : Pathology.Basic Periodontology.John  
Wright.Sons Ltd.Bristol-England.  
4:95,111,232,1965
- 8- Glicman, I. : Gingival enlargement.Clinical Perio-  
dontology.W.B.Saunders Company.  
Philadelphia and London 8:81,555,  
665,1965.
- 9-Bhaskar, S.N. : Periodontal diseases.Synopsis of  
oral pathology.The C.V.Mosby Com-  
pany.Saint Louis.U.S.A.9:162,1965.
- 10-Mc Donald.R.E: Gingivitis and periodontal disturban-  
ces in children.Pedodontics.The C.V.  
Mosby Company,Saint Louis.U.S.A  
8:284,1963
- 11-Archer, W.H. : Surgical treatment of oral nonmalignant  
tumors.Oral Surg..W.B.Saunders  
Company.Philadelphia and London.  
12:567,569,570,571,1966.
- 12-Goldman, H.M., : Schluger, S., Fox, L., Cohen, D.V.: Physical  
health status affecting periodontal  
therapy, Periodontal therapy.The C.V.  
Mosby Company. Saint Louis.U.S.A.  
28:409,833,1964

- 13-Pauline, F.S. : Peridontics. Dimensions of dental hygiene.9:383,1966.
- 14-Grant, D., Stern, I.B., Everitt, F.G. : Hyperplastic periodontal conditions.Orban's periodontics.The C.V.Mosby Company.Saint Louis.U.S.A.4:220,337,1963.
- 15-Shafer, W.G., Hine, M.K., Levy, B.M. : Physical and chemical injuries of the oral cavity.A. textbook of Oral Pathology.W.B. Saunders Company. Philadelphia and London. 10:470,667,1966.
- 16- Goldman, H.M., Schuger, S., Cohen, D.W., Shaikin, B.S., Fox, L. :Therapy of the marginal lesion. An introduction to Periodontia.The C.V. Mosby Company.Saint Louis.U.S.A. 13:209,1966.
- 17- Farmer, E.O. : Stomatitis and allied diseases.Stones' Oral and dental diseases.E.S.Livings-tone Ltd. Edinburgh and London. 28:661,1966.