

# BÖLÜM 11

## TEMPOROMANDİBULAR EKLEM RAHATSIZLIKLARINDA KONSERVATİF TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Özlem GERGİNOK KAYA<sup>1</sup>  
Mehmet Emin TOPRAK<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Temporomandibular eklem (TME), dış kulak yolunun anteriorunda konumlanmış kompleks yapıda olan sinoviyal bir eklemdir ve mandibular fossa ile mandibula kondili arasında yer almaktadır (1). Temporomandibular bozukluklar, tarihte ilk kez 1930'lerde, otolaringolog Costen'in kulak ağrısı ile TME'yi ilişkilendirmesiyle popülerlik kazanmış ve daha detaylı araştırılmaya başlanmıştır (2). TME'yi ve eklem komşu yapıları içerisine alan klinik problemler, "temporomandibular bozukluklar" olarak değerlendirilmektedir (3).

Bu kompleks yapının tek bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Multifaktöriyel bir etyolojiye sahip olan TME rahatsızlıklarında amaç öncelikle etkeni belirlemek ve doğru bir teşhis ile uygun bir tedavi uygulamaktır. Tedavi planlamasını hastalığın aktivitesi, hastalığın evresi, eklem rahatsızlığının dejeneratif olup olmadığı birinci derecede etkilemektedir. Tedavi yöntemlerinden hangisi seçilirse seçilsin tedavi sonunda amaç; ağrı kontrolü, eklem fonksiyon kapasitesindeki artış ve eklem daha ileri yıkımlardan korunmasının sağlanmasıdır (4).

TME rahatsızlıkları, intraartiküler patolojik durumlardan kaynaklı olabileceği gibi, ekstraartiküler problemlerden de köken alabilmektedir. İntraartiküler kaynaklı patolojik durumlar çoğunlukla, konvansiyonel, non-invasiv veya yarı-invasiv yaklaşımlarla başarılı bir sonuca ulaşabilirken, ancak yetersiz kaldığı durumlarda cerrahi yöntemlere başvurulmaktadır(5).

Temporomandibular eklem bozukluklarının tedavisinde konservatif tedavi yaklaşımı olarak aşağıdaki yöntemler kombine edilerek kullanılmaktadır;

<sup>1</sup> Uzm. Dt., Özel Klinik, ozlemgerginok@gmail.com

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Gazi Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Ağız Dış ve Çene Cerrahisi AD., dt.mehmetemintoprak@gmail.com

- 1) Davranışsal Tedavi
- 2) Splint Tedavisi
- 3) Fizik Tedavi
  - Sıcak ve soğuk termal terapiler
  - Ultrason (US)
  - Biofeedback
  - Akupunktur
  - Düşük doz lazer tedavisi (LLLT)
  - Transkütanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS)
  - Yumuşak doku mobilizasyonu (masaj)
- 4) Farmakoterapi
- 5) İntraartiküler ve Ekstraartiküler Enjeksiyonlar
- 6) Botulinum Toksin Uygulamaları(3)

## **DAVRANIŞSAL TEDAVİ**

Temporomandibular bozuklukların tedavisinin en önemli kısmını hastaların bilgilendirilerek farkındalık kazanması oluşturur, çünkü tedavinin başarısı; hastaların motivasyonuna ve adaptasyonuna bağlıdır. Öncelikle mevcut rahatsızlıkla ilgili hasta, tıbbi ve anlaşılması zor kelimelerden uzak bir şekilde, detaylı olarak bilgilendirilmeli ve bir farkındalık oluşturulmalıdır. Hastaya parafonksiyonun, TME ve stigmatognatik sistem üzerine negatif etkileri anlaşılır bir dille anlatılmalıdır. Hasta eklem bölgesine gelecek kuvvetlerin azaltılması konusunda eğitilmeli ve hastaya tedavinin bir parçası olduğu bilinci aktarılmalıdır(6).

Başlangıç tedavisi olarak kabul edilen davranışsal tedavi yönteminde, yumuşak diyetin önemi, sakız çiğnenmemesi gerektiği, ekleme ekstra yük verecek eylemlerden uzak durmaları gerekliliği anlatılmalıdır. Bu bilgilendirmeler tek bir sefer değil kontrol ve işlem seanslarında mutlaka tekrar edilmelidir. Aksi halde tedavi akışının konservatif tedaviden daha invaziv yöntemlere doğru yön alacağı ifade edilmelidir.

Temporomandibular bozuklukların birçok nedeni olsa da temel etyolojisinde, genellikle psikolojik etkenler olduğundan bu hasta grubuna yeterli zaman ayrılmalıdır. Hastanın şikayeti sabırla baştan sona dinlenilmeli ve anamnezine kendi ifadeleriyle yazılmalıdır. Bu seanslar ne kadar başarılı geçerse hastanın tedaviye vereceği yanıtta o derece olumlu olacaktır(7).

Temporomandibular eklem bozukluğu (TMB) olan her hastaya koruma programı bilgisi verilmelidir.

- Yumuşak diyetle beslenmek, sert yiyeceklerden uzak durulmalı,
- Ufak lokmalar halinde, olabildiğince çift taraflı çiğneme yapmak
- Parafonksiyonel davranışlardan (sakız çiğnemek, kalem ısırma, parmak emmek, bruksizm) uzak durmak
- Esnerken, gülerken mandibulayı desteklemek.
- Postür bozukluğuna dikkat etmek,

Bu basit fakat temel olan maddelere dikkat edildiği takdirde relapsların azalması beklenmektedir. Bu sebeple hastalar en basit ve masum tedavi yönteminin bu önerilerle başladığı hususunda bilgilendirilmelidir(8).

## **SPLİNT TEDAVİSİ**

Oklüzal splintler, sert ya da yumuşak akrilikten yapılan, tam oklüzal temas sağlayan, çıkarılabilir apareylerdir. Klinik uygulamalarda, stabilizasyon splinti (kas gevşetici), anterior repozisyon splinti, pivoting splint, yumuşak splint, anterior-posterior ısırma plağı gibi çeşitli splintler kullanılmaktadır (9). Tedaviyi etkileyen önemli etkenler ise hastaya uygun splint seçimi, uygulanması ve hastanın uyum sağlamasıdır (10). Uygulanan splintler periyodik olarak kontrol edilmeli ve gerektiğinde modifikasyonlar uygulanmalıdır (11).

### **Stabilizasyon Splinti**

Bu splintle sadece vertikal boyut arttırılmaktadır. Çoğunlukla hiperaktif kas problemi bulunan hastalarda başarı elde edilmektedir. Bruksizmi olan, lokal kas hassasiyeti ve kronik miyaljisi olan hastalarda endikedir. Artan eklem yükü ile birlikte sinoviyal membran sıkışır, sinoviyumun lubrikasyon özelliği azalarak enflamasyon, ağrı ve eklem hareketliğinde kısıtlılık oluşur. Stabilizasyon splintlerinin bunların önüne geçtiği yapılan çalışmalar ile ortaya çıkmıştır (12, 13). Splint varken hastanın konuşmasının engellenmemesi ve az görünür olması bu splint türünün önemli avantajlarından. Stabilizasyon splinti kullanımında, çoğunlukla 3 haftanın sonunda vakaların semptomlarının ortadan kalktığı gözlenmiştir (14).

### **Anterior Repozisyon Splinti**

Mandibulayı interkusal pozisyonundan daha anteriorda konumlandıran bir splint türüdür. Tedavide amaç mandibular pozisyonu kalıcı ve devamlı olarak değiştirmek olmamakla beraber mandibular fossada daha iyi bir kondil – disk ilişkisi kurmaktır. Doku adaptasyonu kazanıldıktan sonra splint kullanılmaz ve kondilin semptomsuz olarak kazandırılmış yeni oluşmuş fibrötik dokular üzerinde fonksiyon görmesi amaçlanır. Disk deplasmanları, diske bağlı bozukluklar, eklem sesleri, kronik kilitlemeler ve inflamatuvar bozukluklarda endikedir. Genellikle

6-12 hafta kadar kullanılması önerilmektedir. Uzun dönem kullanımı iyatrojenik, geri dönüşümsüz oklüzal patolojilere sebebiyet verebilmektedir (9).

### **Anterior Isırma Plağı**

Maksillaya uygulanan, sadece mandibular keserlere temas halinde olan sert akrilikten yapılan bir splint türüdür. Posterior dişleri birbirine temas etmez, böylelikle oklüzal sebeplerden kaynaklanan miyospazmlar ortadan kaldırılmış olur. Ancak uzun dönem kullanımı anterior dişlerde açıklık meydana getirebileceği sebebiyle önerilmemektedir (9).

### **Posterior Isırma Plağı**

Mandibular dişler üzerine konumlandırılır. Vertikal boyutu değiştirerek mandibular repozisyonu sağlar. Vertikal boyutunda şiddetli kaybı olan ya da mandibulanın anterior konumlanmasında önemli değişiklikler yapılmasını gereken hastalarda endikedir (15).

### **Pivoting Splinti**

Pivoting splinti interartiküler basıncın azaltılması amacıyla ile kullanılmaktadır. Ağızın her bir bölgesinde tek diş kontağı hedeflenir. Bu kontakın mümkün derecede posteriorda olması önerilir. Osteoartrit tedavisinde kullanılabileceği ve bir haftadan daha uzun bir süre kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir (9).

### **Yumuşak Splint**

Çoğunlukla maksillaya uygulanan esnek bir materyalden üretilen bir splint türüdür (14). Yumuşak splint kullanan hastalarda, bu splintin brüksizm oranını artırmabileceği ve bu sebeple de semptomların akutlaşabileceği belirtilmiştir (16, 17). Bunun yanı sıra bir başka çalışmada ise yumuşak splint kullanımının 4 ay kullanımdan sonra semptomları önemli ölçüde azalttığını bildirmiştir (18). Bu konuda bir fikir birliği bulunmamaktadır.

## **FİZİK TEDAVİ**

TME hastalarına uygulanan fizik tedavideki temel hedef iskeletsel - kassal ağrıların azaltılması ile doku iyileşmesinin aktifleşerek mandibulanın normal fonksiyonunu ulaşmasıdır. Bu doğrultuda sıcak ve soğuk kompres içeren termal terapiler, akupunktur, düşük doz lazer tedavisi, transkütanöz elektriksel sinir uyarımı, ultrasound, gibi fizik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (19). Isı, lokal dolaşımı arttırması nedeniyle tıpta en sık başvurulan fizik tedavi aracıdır. Temel lokal etkiler olarak vazodilatasyon, metabolizma aktivitesi ve viskoelastisiteyi arttırarak kas spazmını ve ağrıyla azaltmasıdır. Sıcak kompres ile kas tonusu azaltılır ve ka-

sın gevşemesine olanak sağlanır. Soğuk kompres ise daha çok travma ve cerrahi işlemlerden sonra önerilen en önemli adımlardan biridir. Böylece inflamasyonu baskılanır ve analjezik etki sağlanır. Aynı zamanda kas spazmı ve ödemi azaltır (20).

## **ULTRASON**

Kas ve iskelet sistemi rahatsızlıklarında ağrının, şişlik ve hareket kısıtlılığının azalması ultrason kullanımı ile mümkündür. Ultrason sayesinde dokuda elde edilen ısı ile doku esnekliği arttırılarak analjezi amaçlanır (14).

## **BİOFEEEDBACK**

Bilinçli ya da bilinçsiz, vakaya ait olan normal veya anormal fizyolojik durumlarla ilgili çoğunlukla elektronik aparatlarla ve sıklıkla belirli bir şiddet oranında, işitsel ya da görsel sinyaller iletilerek bilgi veren, böylelikle vakanın fonksiyonlarının bilincinde olmasını ve bunları istemli olarak kontrol edip değiştirebilmesine olanak veren, bunu amaçlayan bir tedavi seçeneğidir (21).

## **Akupunktur**

Geleneksel Çin tedavi yöntemlerinden biri olan akupunktur vücut enerjisinin toplandığına inanılan noktalara ince iğnelerin yerleştirilmesiyle endorfin salınımı oluşturulmasına dayanan bir tedavi seçeneğidir. Bu lokal tedavi yönteminin kas iskelet orijinli ağrıların tedavisindeki etkinliği hakkında sınırlı çalışma vardır (21).

## **DÜŞÜK DOZ LAZER TEDAVİSİ (LLLT)**

Non-invaziv tedavi yöntemlerinden biri olan düşük enerjili lazer terapisi kronik veya akut kas iskelet sisteminden köken alan ağrıların tedavisinde uygulanan güncel bir tedavi seçeneğidir (22). Hem dokuların çalışmasını uyararak biyostimülatör hem analjezik ve anti-enflamatuar etki göstermektedir (23).

## **TRANSKÜTANÖZ ELEKTRİKSEL SİNİR UYARIMI (TENS)**

Temporomandibular düzensizliklerin lokal tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem de transkütanöz elektriksel stimülyasyondur. Konvansiyonel (geleneksel) yöntem, akupunktur uygulamasına benzeyen TENS, kısa-yoğun TENS, patlayıcı (burst) TENS ve modüle edilmiş TENS yöntemi olmak üzere beş farklı metodu vardır. Genellikle 100hz'in altındaki elektrik dalgaları tedavi için kullanılır ve ağrısız bir şekilde parestezi etkisi oluşturularak tedavi sağlanır. TENS'in başarı ora-

nı uygun elektrot kullanımıyla ve yerleşimiyle ilişkilidir. Kalp pili olan vakalarda elektriksel uyarılar kardiyak pacemaker'ın mekanizmasını bozabileceği sebebiyle kontrendikedir (24).

## **YUMUŞAK DOKU MOBİLİZASYONU (MASAJ TEDAVİSİ)**

Hasta veya fizyoterapist tarafından ağırlı kasa uygulanan bir tedavi yöntemidir. Kas masajı ile miyofasiyal ağrı azalır ve kas mobilitesi artar. Yapılan ya da verilen egzersiz programlarının çoğu, kas koordinasyonunu geliştirmek, kasları gevşetmek, mandibulanın hareket miktarını arttırmak ve kasları kuvvetlendirmeyi amaçlar. Her hastaya özel planlanan egzersiz programları; gevşeme, germe, rotasyon gibi uygulamaları barındırır. Redüksiyonsuz disk deplasmanı bulunan hastalarda germe egzersizleri posterior ligamanlarda perforasyon oluşturabilir, bu yüzden bu hasta grubunda germe egzersizlerinden uzak durmak gerekir (24).

## **Farmakoterapi**

Temporomandibular bozukluklarda, farmakoterapinin temel amacı vakaların semptomlarının ortadan kaldırılmasını sağlamak ve altta yatan hastalığı iyileştirmektir. TME hastalıklarında ağrının ortadan kaldırılması ve mevcutsa inflamasyonun geçmesi amacıyla analjezikler (non-steroid antiinflamatuvarlar ve narkotikler), kortikosteroidler, antidepresanlar ve kas gevşeticiler önerilmektedir. Bu ilaçlar bazı durumlarda tek başına etkili iken, bazı vakalarda diğer tedavi yöntemleriyle kombine uygulanmaktadır (3). Antidepresan ilaçlar yoğun ağrısı olan hastalarda her ne kadar işe yarasa da selektif serotonin geri-alım inhibitörleri (SSRI) reçete edilirken dikkatli olunmalıdır. Bu grupta nadirde olsa SSRI kullanımı ile tetiklenen bruksizm vakalar bulunmaktadır (25).

## **İntraartiküler ve Ekstraartiküler Enjeksiyonlar**

TME rahatsızlıklarında eklem içine ya da çiğneme kaslarına lokal enjeksiyonlar uygulanabilmektedir. Ağrılı kaslara, tetik noktalara ya da intraartiküler yapılan anesteziğin enjeksiyonu tanıda yardımcı olduğu gibi tedavide de yardımcı olmaktadır. Tetik nokta enjeksiyonunda kasta ağrının en belirgin ve en yoğun olduğu bölge tespit edilerek bu noktaya yelpaze formunda enjeksiyon uygulanır (Resim 1).

Lokal anestezi ya da serum fizyolojik gibi maddelerin dışında herhangi bir madde vermeksizin sadece enjektör ile tetik noktaların giderilmesi, yani kuru enjeksiyon tekniğinden de faydalanılabilmektedir (26). İntraartiküler enjeksiyonda kullanılan maddeler, endikasyona bağlı olarak serum fizyolojik, hyaluronik asit, steroid, ve anestezi madde olarak uygulanabilmektedir. Steroid enjeksiyonu ol-

dukça dikkatli yapılmalı ve sadece diğer tedavilere yanıt alınamayan durumlarda uygulanmalıdır. TME' deki deformasyona bağlı oluşan ağrının önlenmesi için hyaluronik asit enjeksiyonu da uygulanabilmektedir (27).



**Resim 1.** Tetik noktaların palpasyon yöntemiyle tespit edilmesi

### **Botulinum Toksin Uygulamaları**

Botulinium toksini (BTX) kas tonusunun patolojik olarak arttığı durumlarda kullanılmaktadır. Asetilkolin salınımını engelleyerek kas kontraksiyonlarının önüne geçmektedir. Bruksizm, miyofasiyal ağrı, oromandibuler distoniler, hipermobilitte, trismus, masseter ve temporalis hipertrofisi, migren tedavisi ve baş ağrılarında rahatlıkla uygulanabilmektedir. Toksinin difüzyonu her enjeksiyon alanında yaklaşık 1 cm kadardır böylece birçok alana yapılan düşük konsantrasyonlu enjeksiyonların kullanılmasıyla geniş enjeksiyon hacimlerine ulaşılması sağlanmaktadır (Resim 2)(27). Uygulama sonrası ilk etkiler 2-5 günde ortaya çıkmakta ve ortalama 3-6 aylık gibi bir süre içerisinde kaslarda hiperaktivasyonun inhibisyonu ve analjezi sağlamaktadır (28).



**Resim 2.** Masseter enjeksiyonunda botulinum toksin uygulanacak alanların belirlenmesi

## SONUÇ

Temporomandibuler eklem rahatsızlığı olan hastalarda etiyojinin tespiti, tedavi protokolünün belirlenmesinde oldukça önem arz etmektedir. Cerrahi tedavi seçenekleri için net bir tanı ve endikasyon yok ise öncelik non-invaziv tedavi seçeneklerinden başlamaktır. Konservatif tedavi yöntemleri de kendi içlerinde kombin edilerek uygulanabilmektedir. TME hastalıklarının tedavisinde başarı oranını etkileyen bir diğer faktör ise hastanın adaptasyonudur. Bu anlamda da hasta ile tedavinin her aşamasında iş birliği içerisinde olmak gerekmektedir. Tedavi yöntemleri ne olursa olsun öncelik her zaman hastanın yaşam kalitesini arttırmak ve hastalığı tedavi etmektir.

## KAYNAKLAR

1. Odabaş B, Arslan SG. Temporomandibular eklem anatomisi ve rahatsızlıkları. Dicle Tıp Dergisi. 2008;35(1):77-85.
2. Costen JB. I. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. 1934;43(1):1-15.
3. De Rossi SS, Greenberg MS, Liu F, Steinkeler A. Temporomandibular disorders: evaluation and management. Medical Clinics. 2014;98(6):1353-84.
4. Greene CS. Managing the care of patients with temporomandibular disorders. The Journal of the American Dental Association. 2010;141(9):1086-8.
5. Dimitroulis G. Temporomandibular joint surgery: what does it mean to the dental practitioner? Australian dental journal. 2011;56(3):257-64.
6. Surgeons ASoTJ. Guidelines for diagnosis and management of disorders involving the temporomandibular joint and related musculoskeletal structures. Cranio. 2003;21:68-76.
7. Özden M, Savaş S. Çocuk ve Genç Yetişkinlerde Temporomandibular Bozuklukların Klinik Bulguları ve Tedavi Yaklaşımları: Literatür Derlemesi. Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi.37(2):66-74.
8. Dym H, Israel H. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Dental Clinics. 2012;56(1):149-61.
9. Oğuz O, Aydın M, Ramoğlu S. Temporomandibuler Eklem Bozukluklarında Konservatif Tedavi Yaklaşımları: Okluzal Splintler. ADO Klinik Bilimler Dergisi. 2010;5(3):913-23.
10. Tekel Dn, Sevil Kahraman D. Temporomandibular Eklem Bozukluklarının Tedavisinde Okluzal Splintlerin Kullanımı. Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi.2006(Supplement 1).
11. Sancaktar Ö, Yanıkoğlu N. Temporomandibular Eklem Hastalıklarında Okluzal Splint Çeşitlerinin Kullanımı: Derleme. Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2020;30(4):681-8.
12. Yengin E. Temporomandibular rahatsızlıklarda teşhis ve tedavi. İstanbul: Dilek Matbaacılık. 2000:14-22.
13. Duran Jdfau, Yılmaz A. Stabilization splint therapy in temporomandibular joint anterior disc displacement with reduction: A retrospective analysis. Atatürk Üniv Dış Hek Fak Derg. 2012;22(3):251-7.
14. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion-E-book: Elsevier Health Sciences; 2019.
15. Tekel N, Kahraman S. Temporomandibular eklem bozukluklarının tedavisinde okluzal splintlerin kullanımı. Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2006:61-9.



16. Tversky J, Reade PC, Gerschman JA, Holwill BJ, Wright J. Role of depressive illness in the outcome of treatment of temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*. 1991;71(6):696-9.
17. Aksüzek Ö, Mumcu E, Ceylan G, Aktas B, Ünalın F. Temporomandibular Rahatsızlıkların Tedavisinde Kullanılan Oklüzal Splintler. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*. 2009;43(1-2):53-7.
18. Seifeldin SA, Elhayes KA. Soft versus hard occlusal splint therapy in the management of temporomandibular disorders (TMDs). *The Saudi dental journal*. 2015;27(4):208-14.
19. Hou C-R, Tsai L-C, Cheng K-F, Chung K-C, Hong C-Z. Immediate effects of various physical therapeutic modalities on cervical myofascial pain and trigger-point sensitivity. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2002;83(10):1406-14.
20. Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal of nursing scholarship*. 2006;38(3):269-77.
21. Jedel E, Carlsson J. Biofeedback, acupuncture and transcutaneous electric nerve stimulation in the management of temporomandibular disorders: A systematic review. *Physical therapy reviews*. 2003;8(4):217-23.
22. Ahmad SA, Hasan S, Saeed S, Khan A, Khan M. Low-level laser therapy in temporomandibular joint disorders: a systematic review. *Journal of Medicine and Life*. 2021;14(2):148.
23. Baş B, Duran H. Temporomandibular eklem bozukluklarının tedavisinde düşük doz lazer uygulamasının yeri. *Ondokuz Mayıs Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2012;13(1):48-54.
24. Yıldız Nt. Temporomandibular Eklem Rahatsızlığında Farklı Tedavi Yöntemlerinin Çiğneme Kas Aktivitesi, Ağrı, Postür, Psikolojik Durum Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması Dr. Fzt. 2021.
25. Gerber PE, Lynd LD. Selective serotonin-reuptake inhibitor-induced movement disorders. *Annals of Pharmacotherapy*. 1998;32(6):692-8.
26. Tüzün F. Lokal enjeksiyonlar. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 2000;1:738-47.
27. Dıraçoğlu D. Temporomandibular Eklem Bölgesinde Enjeksiyon Tedavileri. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2010;56.
28. Erdil D, Farsiani H, Bağış N. Dental Botoks Uygulamaları. *Dental And Medical Journal-Review*. 2019;1(3):89-102.