

Bölüm 13

GEBELERDE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER İLE İLİŞKİ ORAL BULGULAR VE TEDAVİLERİ

Katibe Tuğçe TEMUR¹
İsa TEMUR²

GİRİŞ

Gebelik yaşam sırasında benzersiz ve hassas bir dönemi temsil eder ve gebeliğin neden olduğu endokrin ve bağışıklık değişikliklerinin bazıları annenin ağız boşluğu da dahil olmak üzere çeşitli enfeksiyonlara duyarlılığını artırır (1-3).

Literatürde gebelik ile diş eti hastalıkları arasındaki ilişki üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur (4,5,6). Epidemiyolojik çalışmalar, gebelikte gingivitis prevalansının% 35 ila 100 arasında değiştiğini göstermiştir. Gebelik gingiviti, diş eti eritemi, hiperplazi ve kanama ile karakterizedir. Periodontal hastalık, genellikle dişeti iltihabından periodontitise kadar asemptomatiktir, ancak bu hastalık aynı zamanda kanama, dişte mobilite, diş kaybı, periodontal apse veya ağız kokusu gibi klinik belirti ve semptomlarla da karakterize edilir (7).

Özellikle gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde, biyofilm tarafından tetiklenen dişeti iltihabının sebebinin gebelik sırasında, östrojen ve progesteron gibi çok miktarda cinsel steroid hormonal değişiklikler olduğu ileri sürülür (8,9). Diğer yandan gebelik sırasında, progesteron ve östrojen seviyelerinin artması nedeniyle immüno-duyarlılık ve inflamatuvar cevap mediatörlerin değişimine ek olarak ağız hijyeni alışkanlığı ve yaşam tarzındaki değişiklikler, gebelerin periodontal hastalığa karşı duyarlılığının artmasına neden olabileceği bildirilir (9).

Gebelik sırasındaki periodontal hastalık sadece maternal ağız sağlığını değil aynı zamanda erken doğum veya düşük doğum ağırlığı riski ile birlikte fetal büyümeyi de etkilediği bildirilir. Mevcut çalışmalarda periodontal inflamasyonun gebelik sonuçlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (10).

¹ Dr Öğretim Üyesi, Sütçü İmam Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş. tugcetemur@ksu.edu.tr

² Uzman Doktor, Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kahramanmaraş. t.isate-mur@gmail.com

Hiperemesis gravidarumlu hastalarda mine erozyonu olabilir. Gebeye uygulanacak olan diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri, ayrıca antiemetikler, antasitler kullanımı oral aside maruz kalmayı azaltmayı amaçlar. Kusmayı takiben bir bardak su içinde bir çay kaşığı kabartma tozu ile ağızın çalkalanması asidi etkisiz hale getirebilir (31). Ayrıca gebelere, kustuktan hemen sonra dişlerini fırçalamaktan kaçınmaları ve mine hasarı riskini azaltmak için fırça yaptıklarında yumuşak kıllı bir diş fırçası kullanmaları önerilmelidir. Florürlü gargara, aşınmış veya hassas dişleri koruyabilir (39).

Diş hekimlerinin yapılan dental tedavilerin fetüs için zararlı olacağı gibi doğru olmayan varsayımları vardır (40). Bilinmelidir ki, gebelerin sağlıklı olması kaydıyla, bir diş hekiminin rutin diş hekimliği tedavilerini gerçekleştirmek için normalde kadın doğum uzmanının rızasına ihtiyacı yoktur. Bununla birlikte, bir nedenden dolayı diş hekimi diş tedavisinin ertelenmesi gerektiğini düşünüyorsa veya hastanın diş tedavisini etkileyebilecek ilaçlar (örn., Hipertansiyon, diyabet, heparin alımı) aldığı herhangi bir ek hastalığı varsa, kadın hastalıkları ve doğum uzmanına danışılmalıdır (36).

KAYNAKÇA

1. Nicolau B, Thomson W, Steele J, et al. Life-course epidemiology: concepts and theoretical models and its relevance to chronic oral conditions. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35:241-9.
2. Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology* 2000. 2013;61:160-76.
3. Barak S, Oettinger-Barak O, Oettinger M, et al. Common oral manifestations during pregnancy: a review. *Obstetrical & gynecological survey*. 2003;58:624-8.
4. Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle JR, et al. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J Periodontol*. 1999;70:779-85
5. Tilakaratne A, Soory M, Ranasinghe AW, et al. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum, in a rural population of Sri-Lankan women. *J Clin Periodontol*. 2000;27:787-92.
6. Xie Y, Xiong X, Elkind-Hirsch KE, et al. Change of periodontal disease status during and after pregnancy. *J Periodontol*. 2013;84:725-31.
7. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet*. 2005;366:1809-20.
8. Lindhe J, Lang N, Karring T (2010) *Periodontia Clínica e Implantologia*, 5ª Edição. Gen-Guanabara Koogan,.
9. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2002;60:257-64.
10. Chambrone L, Guglielmetti MR, Pannuti CM, et al. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. *J Clin Periodontol*. 2011;38:795-808.
11. Martínez-Pabón MC, Martínez Delgado CM, López-Palacio AM, et al. Características físico-químicas y microbiológicas de la saliva durante y después del embarazo. *Revista de Salud Pública*. 2014;16:115-25.
12. Giglio JA, Lanni SN, Laskin DM, et al. Oral Health Care for the Pregnant Patient. *JCDA*. 2009;75;1: 43-48.

13. Akıcı A, Tamirci M, Gören MZ. Gebelikte Yaşanan Fizyolojik Değişikliklerin Farmakokinetik Mekanizmalar Üzerine Etkileri. *Clinical and Experimental Health Sciences*.2017;7:71-7.
14. Lopez NJ, Gomez RA. (2010) Dental and Medical Comanagement of Pregnancy. In: Genco RJ, Williams RC (Ed). *Periodontal Disease and Overall Health: A Clinician's Guide*. (250-69). Pennsylvania: Prof Audience Communications, Inc.
15. Lindhe J. (1997) *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, 3rd ed. Copenhagen: Blackell Munksgard.
16. Silva de Araujo Figueiredo C, Gonçalves Carvalho Rosalem C, Costa Cantanhede AL, Abreu Fonseca Thomaz EB, Fontoura Nogueira da Cruz MC. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43:16-22.
17. Zachariassen R. Ovarian hormones and oral health: Pregnancy gingivitis. *Compend Cont Educ Dent*. 1989;10:508-512.
18. Kornman KS, Loesche WJ. The subgingival microbial flora during pregnancy. *J Periodontal Res*. 1980;15:111-122.
19. Thada SR, Pai KM, Agarwal P. A huge oral pyogenic granuloma with extensive alveolar bone loss and sun-ray appearance mimicking a malignant tumour. *BMJCase Rep*. 2014;2013202367.
20. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 2002;52:195-215.
21. Arunmozhi U, Priya RS, Kadhiresan R et al. A large pregnancy tumor of tongue – a case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*.2016;10:10-12.
22. Durairaj J, Balasubramanian K, Rani PR, et al. Giant lingual granuloma gravidarum. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2011;31:769-770.
23. Kidd EAM. (2005) *Essentials of dental caries*. Oxford, New York: Oxford University Press.
24. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, et al. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 2008;77:1139-44.
25. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, et al. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc* 2009;75:43-8.
26. Gajendra S, Kumar JV. Oral health and pregnancy: a review. *NY State Dent J*. 2004;70:40-4.
27. Zafar MS, Ahmed N. Therapeutic roles of fluoride released from restorative dental materials. *Fluoride* 2015;48:184-94.
28. Hunter L, Hunter B. (1997) Oral and dental problems associated with pregnancy. In: *Oral Healthcare in Pregnancy and Infancy*. (27-34) London: Macmillan Press Ltd.
29. Pirie M, Cooke I, Linden G, et al. Dental manifestations of pregnancy. *Obstet Gynaecol* 2007;9:21-6.
30. Schroeder PL, Filler SJ, Ramirez B, et al. Dental erosion and acid reflux disease. *Ann Intern Med* 1995;122:809-15.
31. Kumar J, Samelson R. (2006) Oral health care during pregnancy and early childhood: practice guidelines. New York, NY: New York StateDepartmentofHealth.
32. Bajaj N, Tandon S. The effect of Triphala and Chlorhexidine mouthwash on dental plaque, gingival inflammation, and microbial growth. *Int J Ayurveda Res* 2011;2:29-36.
33. Jacob PS, Nath S. Periodontitis among poor rural Indian mothers increases the risk of low birth weight babies: A hospital-based case control study. *J Periodontal Implant Sci* 2014;44:85-93.
34. Teratology Society Public Affairs Committee. FDA classification of drugs for teratogenic risk. *Teratology*. 1994;49:446-7.
35. Gonzalez-Jaranay M, Tellez L, Roa-Lopez A, et al. Periodontal status during pregnancy and postpartum. 2017;12:0178234.
36. American Dental Association Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations. Women's oral health issues. American Dental Association, 2006. (Accessed August 1, 2007. http://www.ada.org/prof/resources/topics/healthcare_womens.pdf)
37. Bajaj N, Tandon S. The effect of Triphala and Chlorhexidine mouthwash on dental plaque, gingival inflammation, and microbial growth. *Int J Ayurveda Res* 2011;2:29-36.

38. Task Force on Periodontal Treatment of Pregnant Women, American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient. J Periodontol. 2004;75:495.
39. Lewis CW, Milgrom P. Fluoride [published correction appears in Pediatr Rev. 2003;24:327-336.
40. Amini H, Casimassimo PS. Prenatal dental care: a review. General Dentistry. 2010; 58: 176-180.