



Gebelikte ağız ve diş sağlığı konusunda doğru ve yanlış bildiklerimiz: Anket çalışması

Didem Ekiz¹, Ali Ekiz², Burak Özköse³, Muzaffer Emir Dinçol¹, Rüstem Kemal Sübay¹, İbrahim Polat²

¹İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Çalışmanın amacı Türkiye'deki Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının gebelikte ağız hijyeni, diş tedavileri, periodontal hastalık ve perinatal etkileri üzerine görüşlerini değerlendirmektir.

Yöntem: Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları için hazırlanmış 20 kapalı uçlu sorudan oluşan bir anket çalışması düzenlendi ve Türkiye'deki çeşitli hastanelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 217 Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı ankete dahil edildi. Katılımcılara anket formu standart olarak uygulandı ve gönüllüler istemedikleri takdirde isim belirtmediler.

Bulgular: Çalışmadan elde edilen verilere göre katılımcıların %90.8'i gebeliğin gingival inflamasyonu arttırdığını düşünüyordu. Benzer olarak katılan hekimler büyük oranda (%79.3) ağız ve diş sağlığı ile prenatal sonuçlar arasında ilişki olduğunu bildirdiler. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu diş taşı temizliği, diş çekimi, dolgu ve tek diş radyografi (periapikal radyografi) uygulamalarıyla %86.6, %81.6, %82.6 ve 80.2 oranlarında güvenli olduğunu düşünürken, kanal tedavisine ve panoramik radyografi uygulamasına olan güven ise sırasıyla %64.5 ve %53.5 oranında kaldı. Katılımcıların %73.3'ü gebelik planlayan hastalarına gebelik öncesi diş hekimi muayenesi önerirken, gebe hastalarına ilk prenatal vizitte diş hekimi muayenesi öneren katılımcı oranı %36.1 olarak saptandı.

Sonuç: Diş hekimliğinde hem tanısal işlemlerin hem de tedavi girişimlerinin gebelikte güvenli olduğu konusunda Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları daha fazla güvene sahip olmalı ve takip ettikleri hastaları doğru bilgilendirmelidirler. İyi bir ağız sağlığının gebelikten önce sağlanmasının ve gebelikte sürdürülebilmesinin, gebelik sonuçlarına olumlu etki yapacağı akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, ağız hijyeni, periodontal hastalık, diş tedavisi, gebelik sonuçları.

Abstract: Questionnaire on mouth and dental health during pregnancy: myths and facts

Objective: The aim of the study is to assess the opinions of gynecologists and obstetricians in Turkey about oral hygiene, odontotherapy, periodontal diseases and their perinatal impacts during pregnancy.

Methods: A questionnaire consisting of 20 closed-ended questions was prepared for gynecologists and obstetricians, and 217 gynecologists and obstetricians from various hospitals in Turkey who accepted to participate in the questionnaire were included in the study. The questionnaire was applied in a standard way to the participants and the names of some participants were not revealed upon their requests.

Results: According to the data obtained from the study, 90.8% of the participants believed that the pregnancy increased gingival inflammation. Similarly, a large number of physicians (79.3%) stated that there was a relationship between prenatal outcomes and oral and dental health. Most of the participants believed that dental scaling (86.6%), dental extraction (81.6%), filling (82.6%) and periapical radiography (80.2%) practices are safe, and the rates of trust in root canal treatment and panoramic radiography were 64.5% and 53.5%, respectively. While 73.3% of the participants recommended dental check-up before pregnancy to their patients who were planning pregnancy, 36.1% of the participants recommended dental check-up to their pregnant patients in the first prenatal visit.

Conclusion: Gynecologists and obstetricians should have more confidence that both diagnostic and therapeutical procedures in the dentistry are safe during pregnancy, and should inform the patients they follow up properly. It should be kept in mind that having a good oral health before pregnancy and also to maintain it during the pregnancy will have a positive impact on gestational outcomes.

Keywords: Pregnancy, oral hygiene, periodontal disease, dental treatment, gestational outcomes.

Yazışma adresi: Dr. Ali Ekiz. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul. e-posta: draekiz@gmail.com

Geliş tarihi: Eylül 16, 2015; **Kabul tarihi:** Kasım 10, 2015

Bu yazının atfı künyesi: Ekiz D, Ekiz A, Özköse B, Dinçol ME, Sübay RK, Polat İ. Questionnaire on mouth and dental health during pregnancy: myths and facts. Perinatal Journal 2015;23(3):180–185.

©2015 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20150233010
doi:10.2399/prn.15.0233010
Karekod (Quick Response) Code:



Giriş

Kadın hayatında eşsiz öneme sahip bir dönem olan gebelikte, kompleks fizyolojik ve hormonal değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte artan östrojen ve progesteron hormonları gingival vaskülarizasyon artışına ve immün yanıtın baskılanmasına sebep olmaktadır. Gebeliğe vücudun adaptasyonunda birçok fizyolojik değişim meydana gelir. Ağız içindeki değişimler irdelendiğinde, tükürük üretimi ve pH'sinin gebelikte değişmediği görülmektedir.^[1] Ayrıca gebelikte ağız içindeki bazı mikroorganizma (Prevotella) türlerinin de arttığı gösterilmiştir.^[2] Artan bu mikroorganizmalar diş etinin kanamaya olan eğilimini artırır ve gingival inflamasyonun kötüleşmesine sebep olur, ancak gebeliğin diş çürümmesine sebep olduğu veya çürüğü hızlandırdığına dair kanıt yoktur.^[1,3]

Gebelikte ağız içinde çeşitli hastalıklar ve lezyonlar meydana gelebilir. Piyojenik granülom veya gebeliğin epulisi olarak da bilinen benign gingival lezyonlar yaklaşıklık gebeliklerin %5'inde görülür.^[4] Ptializm ise bulantı ve 1–2 litre/gün gibi önemli miktarda tükürük kaybıyla karakterize nadir bir komplikasyondur. Gebelik gingivitisinde, diş etleri hiperemiktir ve diş fırçalamayla bile kanama meydana gelebilecek hassas bir hal alır. Gebelik gingiviti tipik olarak postpartum dönemde düzelir.^[5] Gebelik gingiviti ve periodontitis gebelikte en sık karşılaşılan ağız hastalıklarıdır.^[6]

Maternal periodontitis varlığının preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı için risk faktörü olduğuna dair çalışmalar bildirilmiştir.^[7,8] Bu anlamda gebe bir kadının standart prenatal bakımı sırasında ağız hijyeni, ağız hastalıkları ve tedavileri hakkında hem diş hekimleri hem de kadın doğum uzmanlarının güncel bilgiye hakim olmaları ve azami özeni göstermeleri gerekmektedir.

Bu çalışmada, diş hekimliği günlük pratiğinde sıkça karşılaşılan durumlarda kadın doğum hekimlerinin ağız hijyeni, diş tedavileri ve perinatal etkilerine bakış açılarını bir anket çalışması ile değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu kesitsel anket araştırmasına, Türkiye'deki çeşitli hastanelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 217 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı dahil edildi. Katılımcılara kapalı uçlu 20 adet soruyu içeren anket formu

standart olarak uygulandı ve gönüllüler istemedikleri takdirde isim belirtmediler.

İlk bölümde hekimlerin isim (isteğe bağlı), yaş, cinsiyet, uzmanlık süresi, çalıştığı kurum ve uzmanlık alanını içeren demografik bilgilerinin değerlendirildiği sorular yer aldı. İkinci bölümde hekimlere; “*Gebeliğin gingival inflamasyon olasılığını arttırdığı düşünüyor musunuz?*”, “*Ağız ve diş sağlığı ile perinatal sonuçlar arasında bir ilişki olduğunu düşünüyor musunuz?*”, “*Periodontal hastalıkların preterm doğum ve/veya düşük doğum ağırlıklı doğuma sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?*” soruları yöneltildi.

Üçüncü bölümde hekimlere; “*Diş taşı temizliği, diş çekimi, dolgu, kanal tedavisi, tek diş radyografi ve panoramik radyografi işlemlerinden hangisi/hangilerinin gebelikte yapılmasının güvenli olduğunu düşünüyorsunuz?*” sorusu yöneltildi. Dördüncü ve son bölümde ise hekimlerin gebelikte diş tedavileri üzerine önerileri değerlendirilmek üzere;

- “*Gebelik planlayan hastalarımıza gebelik öncesi diş hekimini muayenesini önerir misiniz?*”
- “*Gebe hastalarımıza ilk prenatal vizitte diş hekimini muayenesini önerir misiniz?*”
- “*Gebe hastalarımıza diş hekimini muayenesini doğumdan sonraya ertelemelerini önerir misiniz?*”
- “*Vazokonstriktör içeren lokal anesteziklerin gebelikte kullanımının güvenli olduğunu düşünüyor musunuz?*”
- “*Diş tedavileri için gebelikte en güvenli dönemin hangi trimester olduğunu düşünüyorsunuz?*” soruları yöneltildi.

Katılımcılar, öncelikle kendilerine çalışmanın amacı ve içeriği anlatıldıktan sonra, gönüllük esasına dayalı olarak çalışmaya dahil edildiler. Çalışmaya ilgili hastane etik kurulunun 2015/2 tarih ve 9322 sayılı kararı ile başlandı.

Katılımcılardan elde edilen tüm anket formları kodlanarak elektronik ortamda analiz edildi. Alınan cevaplar tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama±standart sapma) ile değerlendirildi. Gruplar arasındaki fark ki-kare testi ile $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan 217 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanının çoğunluğunu 31–40 yaş grubu

(%56.3), sağlık bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan (%62.2) ve mesleki deneyimi 0–10 yıl arasında olan (%65) uzmanlar oluşturdu. Katılımcılarından 13'ü ayrıca Perinatoloji, 6'sı ayrıca Jinekolojik Onkoloji yan dal uzmanıydı. Katılımcıların büyük çoğunluğu, %56.3'ü, 31–40 yaş aralığındaki gruptaydı ve katılımcıların %50.7'si kadın uzmanlar oluşturdu. Çalışmaya katılan uzmanlar arasında erkek kadın oranı benzerdi. Çalışmaya katılmayı kabul edenler anketteki tüm sorulara cevap verdi. Katılımcıların demografik özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmektedir.

Anketin ikinci bölümünde katılımcılara ağız sağlığı ve hastalıkları ile perinatal sonuçlar arasındaki ilişkiyi değerlendiren sorular yöneltildi. Çalışmadan elde edilen verilere göre katılımcıların %90.8'i gebeliğin gingival inflamasyonu arttırdığını düşünüyordu. Benzer olarak katılan hekimler büyük oranda (%79.3) ağız ve diş sağlığı ile prenatal sonuçlar arasında ilişki olduğunu bildirdiler. Periodontal hastalıkların varlığının preterm doğum ve/veya düşük doğum ağırlıklı doğum için bir risk faktörü olup olamayacağı sorusuna ise katılımcıların %78.8'i olabileceği yönünde görüş bildirdi.

Yapılan anket çalışmasının üçüncü bölümünde diş hekimliği günlük pratiğinde sıkça kullanılan tanı ve tedavi yöntemlerinin gebelikteki güvenilirliği hakkındaki soruları içermektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu diş taşı temizliği, diş çekimi, dolgu ve tek diş radyografi (periapikal radyografi) uygulamalarının sırasıyla %86.6, %81.6, %82.6 ve %80.2 oranlarında güvenli olduğunu düşünürken kanal tedavisine ve panoramik radyografi uygulamasına olan güven ise sırasıyla %64.5 ve %53.5 oranında kaldı (**Şekil 1**). Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$, ki kare testi) saptandı.

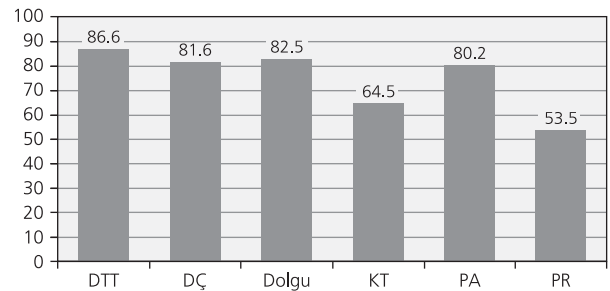
Anketin dördüncü ve son bölümünde katılımcılara gebelikte diş hekimi muayenelerine dair önerileri, lokal anesteziye üzerine görüşleri ve girişimler için gebelikteki güvenli dönemin sorgulandığı sorular yöneltildi. Katılımcıların %73.3'ü gebelik planlayan hastalarına gebelik öncesi diş hekimi muayenesi önerirken, gebe hastalarına ilk prenatal vizitte diş hekimi muayenesi öneren katılımcı oranı %36.1 olarak saptandı. Katılımcıların neredeyse tamamı (%90.3) gebelikte diş hekimi muayenesinin ertelenmemesi gerektiği konusunda hemfikir olduğu tespit edildi. Çalışma sonuçları katılımcıların gebelikte vazokonstriktör içeren lokal anesteziğin güvenliliği üzerine şüphelerinin olduğunu

Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri.

	Sıklık	Yüzde (%)
Yaş (yıl)		
≤30	30	13.8
31–40	122	56.3
41–50	42	19.3
≥51	23	10.6
Cinsiyet		
Erkek	107	49.3
Kadın	110	50.7
Kurumu		
Özel Hastane	15	6.9
Devlet Hastanesi	46	21.2
Üniversite Hastanesi	21	9.7
Eğitim Araştırma Hastanesi	135	62.2
Uzmanlık süresi (yıl)		
0–10	141	65.0
10–20	38	17.5
20–30	33	15.2
>30	5	2.3

ortaya çıkardı. Katılımcıların sadece %65'i bunların güvenli olduğu cevabını verdi. Son olarak katılımcılar gebelikte yapılacak diş tedavilerinin %68.7 ikinci trimesterde, %23 üçüncü trimesterde daha güvenli olduğu cevabını verdi. Anketin dördüncü bölümünde yer alan sorular ve katılımcıların verdikleri cevapların analizleri **Tablo 2**'de gösterilmektedir.

Ankete katılan hekimler cinsiyetlerine göre (erkek; 105, kadın;109) gruplandırılarak verilen cevaplar tekrar analiz edildi. Diş hekimi muayenesinin doğumdan sonraya ertelenmesi sorusuna erkek hekimlerin %87.6'sı (92/105) hayır cevabını verirken, kadın hekimlerin



Şekil 1. Katılımcıların diş hekimliği günlük pratiğinde sık kullanılan uygulamaların güvenliliğine dair görüşleri (DÇ: Diş çekimi, DTT: Diş taşı temizliği, KT: Kanal tedavisi, PA: Periapikal radyografi, PR: Panoramik radyografi).

%95.4'ü (104/109) hayır cevabını verdi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer sorulara verilen cevaplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma

Gebelikte artan steroid hormonların etkisi ile ağız içinde bazı mikroorganizmaların sayısının arttığı gösterilmiştir.^[2,7] Artan bu mikroorganizmaların etkisi ile diş etinin kanamaya eğilimi artmakta ve düşük plak seviyelerinde bile ciddi inflamasyona sebep olabilmektedir. Katılımcıların verdiği cevaplara bakıldığında neredeyse tamamı (%90.8) gebelikte gingival inflamasyonun arttığı cevabını vermiştir. Bu alanda yapılan çalışmalarda maternal periodontitis varlığının preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı için potansiyel bir risk faktörü olduğunu ve bu sayede perinatal sonuçları kötüleştirebileceğini bildirmiştir.^[8,9] Preterm doğum ve preterm doğuma bağlı ikincil gelişen komplikasyonlar yeni doğan morbidite ve mortalitesinden sorumlu faktörlerin arasında en başta gelmesi sebebiyle bu konu büyük önem arz etmektedir. Ayrıca gebe kadınların yaklaşık %40'ında çeşitli formlarda periodontal hastalık saptanmıştır.^[10] Bunların aksine periodontal hastalık varlığı ile kötü perinatal sonuçların arttığını desteklemeyen yayınlar da mevcuttur.^[11,12] Agueda ve ark. yaptığı çalışmada periodontal hastalık ile perinatal sonuçlar arasındaki ilişkinin tartışmalı olduğunu bildirmişlerdir.^[13]

Shah ve ark. yayınladıkları literatür değerlendirmesinde ise gebelikte periodontal hastalık tedavisinin preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı doğum açısından perinatal sonuçları iyileştirdiği sonucuna varmışlardır.^[14] Bunun aksine Michalowicz ve ark. ise periodontal tedavi ile preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve gelişme geriliği oranlarının değişmediğini bildirmişlerdir.^[15] Güncel literatürde bu konu hala netliğe kavuşmamış olmakla birlikte periodontal hastalık varlığının preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı için bir risk faktörü olarak görülmekte ancak gebelikte yapılan tedavinin sonuçları anlamlı olarak etkilemediği düşünülmektedir. Bu konudaki anket sorularımızdan yapılan analize göre katılımcıların %79.3 ağız ve diş sağlığı ile perinatal sonuçlar arasında ilişki olduğunu düşünmekte iken neredeyse aynı oranda hekim (%78.8) preterm doğum ve/veya düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olabileceğini düşünmektedir. Her ne kadar periodontal hastalık ile perinatal sonuçlar arasındaki ilişki tartışmalı da olsa düzenli ağız bakımı ve diş muayenesi tüm gebelere ve gebelik planlayan hastalara önerilmelidir.

Tablo 2. Anketin dördüncü bölümünde katılımcılara yöneltilen sorular ve alınan cevapların analizi.

Sorular ve cevapları	Sayı	Oran (%)
<i>Gebelik planlayan hastalarınıza gebelik öncesi diş hekimi muayenesini önerir misiniz?</i>		
Evet	159	73.3
Hayır	58	26.7
Boş	0	0
<i>Gebe hastalarınıza ilk prenatal ziyarette diş hekimi muayenesini önerir misiniz?</i>		
Evet	79	36.4
Hayır	137	63.1
Boş	1	0.5
<i>Gebe hastalarınıza diş hekimi muayenesini doğumdan sonraya ertelemelerini önerir misiniz?</i>		
Evet	18	8.3
Hayır	196	90.3
Boş	3	1.4
<i>Vazokonstriktör içeren lokal anestetiklerin gebelikte kullanımının güvenli olduğunu düşünüyor musunuz?</i>		
Evet	141	65.0
Hayır	73	33.6
Boş	3	1.4
<i>Diş tedavileri için gebelikte en güvenli dönemin hangi veya hangileri olduğunu düşünüyorsunuz?</i>		
1. trimester	7	3.2
2. trimester	149	68.7
3. trimester	50	23.0
2 ve 3. trimester	9	4.1
1, 2 ve 3. trimester	2	0.9

Yapılan çalışmanın üçüncü bölümünde katılımcıların diş hekimliği günlük pratiğinde sıkça başvurdukları tanı ve tedavi yöntemlerin güvenilirliğine dair soruları cevaplamaları istendi. Elde edilen sonuçların analizi neticesinde hekimlerin büyük çoğunluğunun da hemfikir olduğu gibi gerekli durumlarda diş taşı temizliği, diş çekimi ve dolgu işlemleri gebelikte güvenle uygulanabilir.^[3] Ancak hekimlerin kanal tedavisinin güvenliğine olan endişeleri anket sonuçlarına anlamlı olarak yansdı. Katılımcıların neredeyse üçte biri (%35.5) gebelikte kanal tedavisinin güvenli olmadığını bildirdiler. Bu sonuçlar temelinde kadın doğum hekimlerinin kanal tedavisi üzerine bilgilerinin güncellemeleri gerektiği sonucuna ulaşıldı.

Benzer olarak hekimlerin panoramik radyografilere olan çekincesi de anket sonuçlarından elde edildi. Gebelikte radyasyon maruziyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda, toplam 5–10 cGy (1 Gy = 100 cGy) dozundan daha az X ışını radyasyonuna maruz kalan gebelerde konjenital

anomalilerde artış olmadığı gösterilmiştir.^[16,17] Tüm ağız içeren dental radyografik çalışma 0.0008 cGy radyasyon maruziyeti ile sonuçlanmaktadır.^[16] Tek diş (periapikal) radyografi ve panoramik radyografilerde radyasyon maruziyeti ise tüm ağız radyografilerinin üçte biri kadar olmaktadır.^[18] Tanısal radyografiler diş problemlerin tanısı ve tedavisinde önemli tetkiklerdir ve gebelikte güvenli olarak değerlendirilirler.^[4,19-22]

Diş hekimliğinde kullanılan radyografiler için gereken radyasyon dozu potansiyel zararlı etkileri olacak dozdan son derece azdır. FDA gebelik nedeniyle radyografi kullanımında bir değişikliğe gidilmesini önermemektedir.^[22,23] Günlük standart pratikte gebenin karnı ve boynu korumaya alınarak kullanılabilir. Amerikan Kadın Doğum Birliği (AKDB) ağız ve diş patolojileri için uygulanan radyografiler ve (epinefrinli veya epinefrinsiz) lokal anesteziyi de içeren tanı ve tedavi işlemlerinin gebelikte güvenli olarak uygulanabileceğini bildirmektedir.^[4] Anket sonuçları tekrar irdelendiğinde neredeyse katılımcıların yarısı (%46.5) panoramik radyografiye ve %19.8'i ise periapikal radyografiye yanlış olarak güvenmemektedir. Hekimlerin bu konuda bilgilerinin artırılması ile günlük pratikte hastaların kaygıları azaltılarak işlemler daha rahatlıkla yapılabilir hale gelecektir.

Anket verilerimizin analizinde katılımcıların %73.3'ü hastalarına gebe kalmadan önce diş hekimi muayenesini önerirken sadece %36.1'i gebelikteki ilk prenatal vizitte diş hekimi muayenesini önerdiğini bildirmiştir. İlk prenatal vizitte bu kadar düşük oranda hastaların diş hekimine yönlendirilmesinin sebepleri arasında; hekimin konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, yoğunluktan fırsat bulamaması veya kendince önemli görmemesi sayılabilir. AKDB komitesinin 2013 bildiriminde;^[4] düzenli diş bakımını iyi ağız sağlığı ve iyi genel sağlığın anahtar noktası olduğunu bildirmiştir. Kadın doğum uzmanlarının genel sağlık profesyonelleri içerisinde en sık başvurulanlar olması sebebiyle, kadın hayatı boyunca iyi ağız hijyeni ve diş bakımının önemi için eşsiz bir fırsat oluşturduğunun altı çizilmektedir. AKDB tarafından ilk prenatal vizitte ve düzenli olarak diş hekimi muayenesi önerilmektedir.^[4]

Lokal anesteziye karşı hekimler arasındaki çekince ise çalışmanın bir diğer önemli noktasını oluşturmaktadır. Ankete katılan hekimlerin %45'i gebelikte lokal anestezi kullanımına karşıdır. Bilimsel gerçeklerle uyuşmayan bu oran dikkat çekicidir. Lokal anestezi uygun teknik ve miktarda kullanımları gebelikte

güvenlidir.^[4,21] Diş hekimlerinin günlük pratiklerinde sıkça kullandıkları lokal anesteziğin (lidokain %2, prilokain) FDA (*Food and Drug Administration*) gebelik kategorileri B'dir. Mepivakain %3, bupivakain ve artikainin ise gebelik kategorisi C'dir.^[24] Bu lokal anesteziğin vazokonstriktör ajanlarla kombine edilebilirler. Vazokonstriktör olarak kullanılan epinefrinin gebelik kategorisi ise B'dir. Lokal anesteziye epinefrin eklenmesinin, intravasküler enjeksiyon durumunda teorik olarak uteroplasental kan akımını azaltma ihtimali vardır.^[21] Bununla birlikte diş hekimliğinde kullanılan 1/100.000 konsantrasyonda epinefrin, uygun teknik ve etkin olan en az dozda güvenlidir.^[21,25]

Geleneksel olarak ilk trimesterde diş tedavilerinden kaçınılır ancak bununla ilgili yeterli kanıt yoktur.^[26] Unutulmamalıdır ki acil nitelikte olan herhangi bir diş tedavisi gebeliğin hangi döneminde olursa olsun uygulanabilir.^[27] Wasytko ve ark. tarafından diş tedavileri için en ideal dönem ikinci trimester başı (14-20 hafta) olduğu bildirilmiştir.^[28] Çalışmamızın sonuçlarına göre de, literatürle uyumlu bir şekilde, katılımcıların çoğunluğu (%68.7) ertelenemeyecek tedaviler için en uygun dönemin ikinci trimester olduğunu bildirmişlerdir. Bu veriler temelinde, gebelikte yapılması düşünülen tüm elektif tedaviler gebelik sonrasına ertelenmelidir.^[21]

Sonuç

Ağız sağlığı genel sağlığın önemli bir parçasıdır ve gebelikte önemi daha da artmaktadır. Ağız sağlığı için rutin kontrollerin gebelik öncesinde olduğu gibi gebelikte de devam edilmesi gerekir. Kontrolleri yapılmayan veya düzensiz olan hastalara ilk prenatal muayenede diş hekimine yönlendirmek gerekir. Elektif diş tedavilerinin gebelik sonuna ertelenmesi prensibi ile gebelikte gereken acil diş tedavileri güvenle yapılabilir. Geniş örneklem sayısına ulaşmamakla birlikte yapmış olduğumuz anket sonuçları ülkemizdeki kadın doğum hekimlerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgilerini güncelleyerek artırmaları gerektiğini düşündürmektedir. Hem tanısal işlemlerin hem de tedavi girişimlerinin gebelikte güvenli olduğu konusunda hastalar bilgilendirilmeli, diş hekimi ve kadın doğum uzmanı bu konuda uyumlu çalışmalıdır. İyi bir ağız sağlığının genel sağlığı iyileştirebileceği gibi gebelik sonuçlarına da olumlu etkisinin olabileceği akılda tutulmalıdır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

- Gordon MC. Maternal physiology. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al., editors. In: *Obstetrics. Normal and problem pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012. p. 42–65.
- Alchalabi HA, Al Habashneh R, Jabali OA, Khader YS. Association between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes in a cohort of pregnant women in Jordan. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2013;40:399–402.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2014. p. 184.
- ACOG Women's Health Care Physicians, Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 569: Oral health care during pregnancy and through the lifespan. *Obstet Gynecol* 2013;122:417–22.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2014. p. 66.
- Gajendra S, Kumar JV. Oral health and pregnancy: a review. *N Y State Dent J* 2004;70:40–4.
- Baskaradoss JK, Geevarghese A, Al Dosari AA. Causes of adverse pregnancy outcomes and the role of maternal periodontal status – a review of the literature. *Open Dent J* 2012; 6:79–84.
- Han YW. Oral health and adverse pregnancy outcomes – what's next? *J Dent Res* 2011;90:289–93.
- Saddki N, Bachok N, Hussain NH, Zainudin SL, Sosroseno W. The association between maternal periodontitis and low birth weight infants among Malay women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36:296–304.
- Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, et al. The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. *J Periodontol* 2004;75:116–26.
- Srinivas SK, Sammel MD, Stamilio DM, Clothier B, Jeffcoat MK, Parry S, et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: is there an association? *Am J Obstet Gyn* 2009; 200:497.e491–8.
- Santa Cruz I, Herrera D, Martin C, Herrero A, Sanz M. Association between periodontal status and pre-term and/or low-birth weight in Spain: clinical and microbiological parameters. *J Periodontal Res* 2013;48:443–51.
- Agueda A, Echeverria A, Manau C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13: E609–15.
- Shah M, Muley A, Muley P. Effect of nonsurgical periodontal therapy during gestation period on adverse pregnancy outcome: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;26:1691–5.
- Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, et al.; OPT Study. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med* 2006; 355:1885–94.
- National Council on Radiation Protection and Measurements (NCRP). Recommendations on limits for exposure to ionizing radiation. NCRP report no. 91. Bethesda, MD: NCRP; 1987.
- Katz VL. Prenatal care. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, editors. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003. p. 1–20.
- Freeman JP, Brand JW. Radiation doses of commonly used dental radiographic surveys. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;77:285–89.
- Matteson SR, Joseph LP, Bottomley W, Finger HW, Frommer HH, Koch RW, et al. The report of the panel to develop radiographic selection criteria for dental patients. *Gen Dent* 1991;39:264–70.
- Toppenberg KS, Hill DA, Miller DP. Safety of radiographic imaging during pregnancy. *Am Fam Physician* 1999;59: 1813–8.
- Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc* 2009;75: 43–8.
- American Dental Association Council on Scientific Affairs. The use of dental radiographs: Update and recommendations. *JADA* 2006;137:1304–12.
- Gregory KD, Niebyl JR, Johnson TRB. Preconception and prenatal care: part of the continuum. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al., editors. *Obstetrics. Normal and problem pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012. p. 101–24.
- Amini H, Casimassimo PS. Prenatal dental care: a review. *Gen Dent* 2010;58:176–80.
- Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Dental management of the medically compromised patient*. 7th ed. St. Louis, MO: CV Mosby; 2008. p. 268–78, 456.
- Achtari MD, Georgakopoulou EA, Afentoulide N. Dental care throughout pregnancy: what a dentist must know. *Oral Health Dent Manag* 2012;11:169–76.
- Cunningham FG, Gilstrap LC, Gant NF, Hauth JC, Leveno KJ, Wenstrom KD, et al. *Williams obstetrics*. New York, NY: McGraw-Hill; 2001. p. 107–29.
- Wasylyk L, Matsui D, Dykxhoorn SM, Rieder MJ, Weinberg S. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. *J Can Dent Assoc* 1998;64:434–9.