

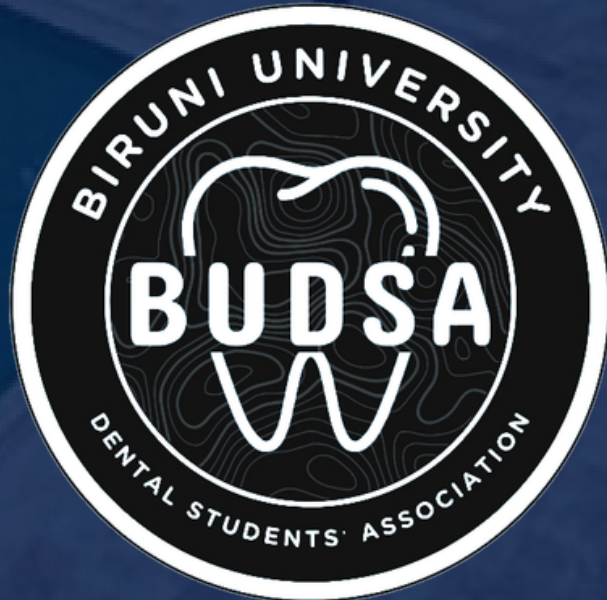


BİLDİRİ ÖZET KİTABI

2. ULUSAL DIŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİ
KONGRESİ

25-26 NİSAN 2026

whocaries.com



2. ULUSAL DIŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİ KONGRESİ
ABSTRACT BOOK / BİLDİRİ ÖZET KİTABI

TARİH: 25-26 NİSAN 2026

YER: BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL

DÜZENLEYEN: BUDSA
(BİRÜNİ ÜNİVERSİTY DENTAL STUDENTS ASSOCIATION)

EV SAHİBİ KURUM:
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

YAYIN TÜRÜ:
KONGRE BİLDİRİ ÖZET KİTABI

YAYIN TARİHİ:
NİSAN 2026

ÖN SÖZ

Değerli Katılımcılar,

Biruni Üniversitesi ev sahipliğinde, BUDSA tarafından düzenlenen 2. Ulusal Diş Hekimliği Öğrenci Kongresikapsamında sizleri ağırlamaktan büyük memnuniyet duymaktayız.

Bu kongre; diş hekimliği öğrencilerinin bilimsel üretim süreçlerine aktif katılımını teşvik etmek, akademik paylaşım kültürünü güçlendirmek ve güncel mesleki gelişmeleri geleceğin diş hekimleri ile buluşturmak amacıyla düzenlenmiştir.

Elinizde bulunan Bildiri Özet Kitabı, kongremiz kapsamında Bilim Kurulu değerlendirmesi sonucunda kabul edilen sözlü ve poster bildirilerin özetlerini içermektedir. Bu çalışmaların, öğrenciler arasında bilimsel düşünce kültürünün gelişmesine ve akademik üretimin desteklenmesine katkı sağlayacağına inanmaktayız.

Kongremize katkı sunan tüm konuşmacılarımıza, katılımcılarımıza, Bilim Kurulumuza ve organizasyon ekibimize teşekkür eder; verimli ve ilham verici bir kongre geçirmenizi dileriz.

Kongre Düzenleme Kurulu

KONGRE KURULLARI

Kongre Başkanı
Prof. Dr. İlknur Özcan

BUDSA Akademik Danışmanı
Prof. Dr. Burcu Karaduman

Öğrenci Kongre Başkanı

M.Enes İstanbul

Düzenleme Kurulu

- Ece Günay
- Furkan Sarp Tavukçuoğlu
- Orkun Subaşı
- Serkan Emre Usta

Bilim Kurulu

- Prof. Dr. İlknur Özcan
- Dr. Eser Rengin Nalbantoğlu
- Prof. Dr. Burcu Karaduman



25-26 Nisan

Kongre Akışı

1. Gün

25 Nisan Cumartesi

SAAT	ODİTORYUM	UYGULAMA SALONU
09:30 10:00	Kayıt & Karşılama & Açılış Konuşması	
10:00 10:30	Tıp Hukuku Prof. Dr. Atilla Arıncı	
10:30-11:00	Kahve Molası	
11:00 12:00	Endodontik Tedavide Ağrının Farmakolojik Kontrolü Prof. Dr. Faruk Haznedaroğlu	Taramadan Üretime Dijital İş Akışı Doç. Dr. Almira Ada Diken Türksayar
12:00-13:00	Öğle Arası	
13:00-14:00	Peri-implantitis Yönetimi: Kanıt Dayalı Tedavi Protokolleri ve Klinik Karar Verme Doç. Dr. Ebru Özkan Karaca	
14:00-14:30	Kahve Molası	
14:30-15:30	Oklüzal Splintler Prof. Dr. Bilge Gökçen Röhlig	
15:30-15:45	Kahve Molası	
15:45-16:45	Fasiyal Feminizasyon ve Maskülen Yüz Cerrahisi Prof. Dr. Celal Çandırlı	Direkt Kompozit Uygulamalarında Ton Uyumunda Sadelik ve Başarı Dr. Dt. Onur Güneş

2. Gün

26 Nisan Pazar

SAAT	ODİTORYUM	UYGULAMA SALONU
09.30 10.30	Pediyatrik Hastalarda Davranış Yönetiminde Etkili Klinik İletişim Dr. Eser Rengin Nalbantoğlu	
10.30 11.00	Kahve Molası	
11.00 12.00	Anterior Kırık Vakalarında Polikromatik Yaklaşımlar Doğal Estetiğe Ulaşmanın Klinik İpuçları Prof. Dr. Uğur Erdemir	İnsizyon ve Sütür Teknikleri Prof. Dr. M. Cenk Durmuşlar
12.00 12.30	Kahve Molası	
12.30 13.30	Ortognatik Cerrahi: Estetikten Fonksiyona Hayat Değiştiren Yolculuk Prof. Dr. Firat Selvi	
13.30 14.30	Öğle Arası	
14.30 15.30	Dijital Diş Hekimliğine Nereden Başlayacağım? Dr. Dt. Uğur Ergin	Döner Eğe Sistemlerine Güncel Bakış Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Kutluhan Uçuk
15.30 16.00	Kahve Molası	
16.00 17.00	Temporomandibular Rahatsızlıklarda Protetik Tedavi Prof. Dr. Tonguç Sülün	
17.00 17.30	Öğrenci Bilimsel Bildiri Oturumu	
18:30	Kapanış Seremonisi Ödüller & Çekiliş	





Diş Pulpası Taşlarının İskemik Kalp Hastalığı ile İlişkisi

Sunuma Genel Bakış

Çoğu ülkede, kardiyovasküler sorunlar morbidite ve ölümlerin önde gelen nedenlerinden bazılarıdır. 2011 yılında Ezzoddini ve arkadaşları, koroner arter stenozu olan 61 hastanın panoramik diş röntgenlerini pulpa taşı varlığı açısından incelemiş ve bulguları, koroner arter stenozu ile pulpa taşı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Diş pulpası taşları, genellikle süt ve kalıcı dişlerde görülen, pulpa odasındaki ayrı kalsifikasyonlardır. 1 Radyografik incelemeye göre dişlerde pulpa taşlarının görülme sıklığı %20-25 civarında bildirilmektedir, histolojik incelemeler ise daha yüksek yüzdeler ortaya koymaktadır.

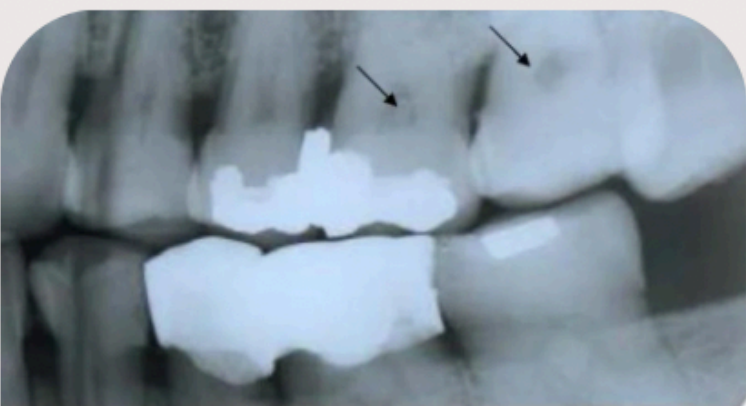
Pulpa taşları, dentin displazisi, dentinogenezis imperfekta, hiperkalsiyemi, gut ve böbrek taşı gibi sistemik veya genetik hastalığı olan hastalarda da görülmüştür.3,4 Edds ve ark., kardiyovasküler hastalığı olan hastaların %74'ünde saptanabilir pulpa taşı bulunduğunu, kardiyovasküler hastalık öyküsü olmayan hastaların ise sadece %39'unda pulpa taşı bulunduğunu öne sürmüştür.

Bu çalışmaya, iskemik kalp hastalığı olan toplam 30 hasta (20 erkek, 10 kadın) (İKH grubu) ve sistemik hastalığı olmayan 10 hasta (6 erkek, 4 kadın) (Kontrol grubu) katılmıştır. Her grubun hasta sayısı tabloda gösterilmiştir.

Hastalar	İHD Grubu	Kontrol grubu
Erkek	20	6
Dişi	10	4



Şekil 1. Pulpa taşı yerleştirilmiş üst birinci azı dişinin sırtma kanadı radyografisi (İHD Grubu).

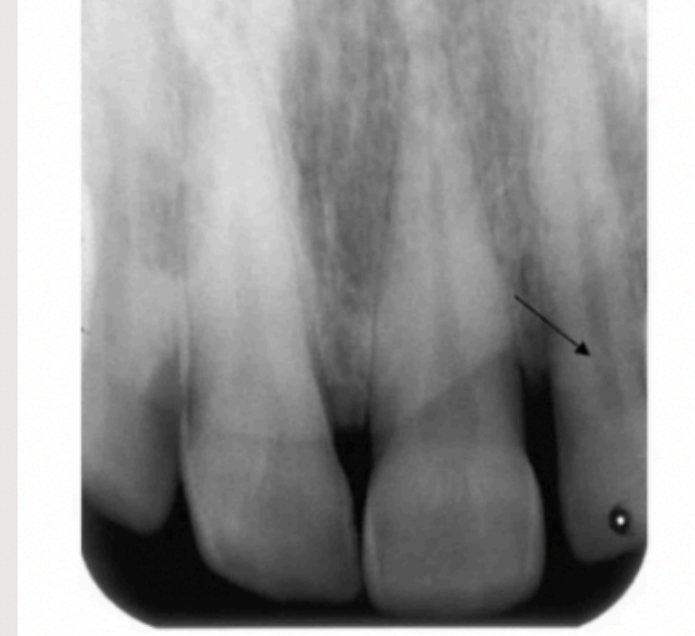


Şekil 2. Pulpa taşı ile birlikte üst birinci ve ikinci azı dişlerinin sırtma kanadı radyografisi (İHD Grubu).

Sonuç

- İHD grubunda toplam 14 hastada, kontrol grubunda ise 4 hastada pulpa taşı tespit edildi. İHD grubunda toplam 376 diş incelendi ve 44 dişte pulpa taşı bulundu; kontrol grubunda ise 126 diş incelendi ve 10 dişte pulpa taşı tespit edildi. Her iki gruptaki pulpa taşı bulunan diş sayısı tablo gösterilmiştir.

	+	-
İHD Grubu	14	16
Kontrol grubu	4	6



Şekil 3. Pulpa taşı bulunan üst lateral periapikal radyografi (Kontrol Grubu).

Bu çalışmaya, iskemik kalp hastalığı olan toplam 30 hasta (20 erkek, 10 kadın) (İKH grubu) ve sistemik hastalığı olmayan 10 hasta (6 erkek, 4 kadın) (Kontrol grubu) katılmıştır. Her grubun hasta sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Diş grupları	İHD Grubu		Kontrol grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Üst Orta kesici diş	7	15,91	3	30
Üst Yan kesici diş	1	2,27	1	10
Üst Köpek	2	4,55	0	0
Üst Birinci küçük azı diş	3	6,82	0	0
Üst İkinci premolar	4	9,09	0	0
Üst Birinci azı diş	6	13,64	1	10
Üst İkinci azı diş	3	6,82	0	0
Üst Üçüncü azı diş	0	0	0	0
Alt Merkezi kesici diş	0	0	0	0
Alt Yan kesici diş	0	0	0	0
Alt Köpek Dişi	3	6,82	1	10
Alt Birinci küçük azı diş	2	4,55	0	0
Alt İkinci premolar	4	9,09	0	0
Alt Birinci azı diş	4	9,09	4	40
Alt İkinci azı diş	5	11,35	0	0
Alt Üçüncü azı diş	0	0	0	0
TOPLAM	44	100	10	100

İskemik kalp hastalığı olan hastalarda diş pulpası taşlarının yaygınlığı üzerine yapılan bu çalışma, iskemik kalp hastalığı ile diş pulpası taşları arasında çok yüksek derecede anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sistemik hastalıklar ve diş rahatsızlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için daha geniş bir popülasyonla daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.



Tükürük taşlarının tanı ve tedavisi

Genel Bilgiler

Tükürük taşları, tükürük bezlerinde şişlik ve zaman zaman ağrı ile seyreden ve genellikle yemek yeme esnasında hastanın şikayetinin arttığı olgulardır. Tükürük taşlarının tanısında taşın lokalizasyonuna bağlı olarak palpasyon, radyografik değerlendirmeler (panoramik radyografiler, oklüzal radyografiler, bilgisayarlı tomografiler), sialografi, gerekli görülürse ultrason ve sialoendoskopi uygulanabilir.

Tükürük taşları, tükürük bezi hastalıkları arasında en sık rastlanan olgular arasındadır. 1999 yılında İngiltere’de yapılan bir araştırmaya göre semptomatik tükürük taşlarının yıllık insidansı 5.9/100000’dir. Tükürük taşları genellikle tek taraflı olarak gözlenmektedir. Aşağıda iki farklı tükürük taşı hastasının klinik ve radyografik bulguları ile tedavi yaklaşımları bulunmaktadır.

Olgu Sunumu

İlk hastamız 68 yaşında bir kadındır. Kliniğe, diş çürükleri, diş eksikliği ve ağız kuruluğu şikayeti ile başvurmuştur. Sistemik olarak hipertansiyonu ve osteoporozu olduğunu belirtmiştir. Hastanın sol submandibuler bölgesi palpasyonla muayene edildiğinde, şişlik olduğu fark edilmiştir. Hastanın panoramik radyografisinin incelenmesi sonucu sol submandibuler bölgesinde tükürük taşı saptanmıştır. Ayrıca taşın lokalizasyonunun daha hassas şekilde belirlenmesi için bilgisayarlı tomografi çekilerek, hasta Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı Kliniği’ne yönlendirilmiştir. Burada yapılan muayenesi sonucu taşın cerrahi olarak çıkartılmasına karar verilmiştir.

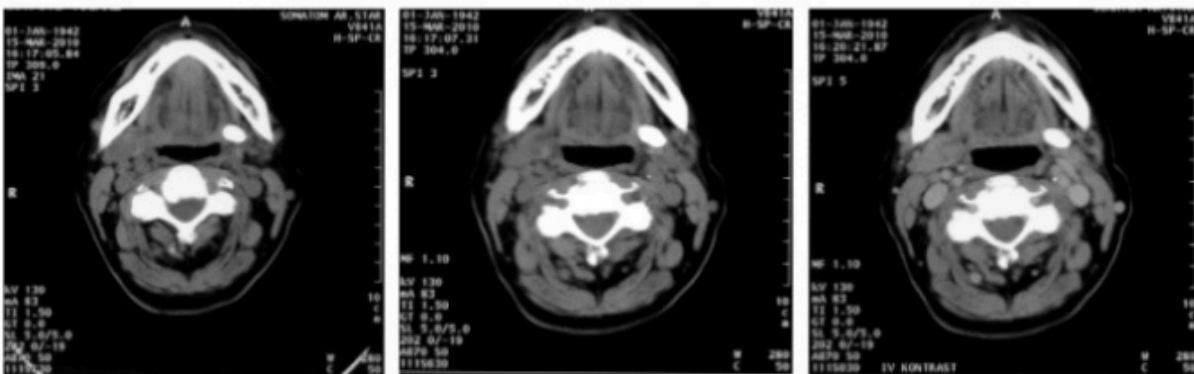
İkinci hastamız 83 yaşında bir erkek hastadır. Sistemik açıdan hipertansiyonu, iskemik kalp hastalığı ve diyabeti mevcuttur. Ayrıca koroner by-pass operasyonu geçirmiştir. Kliniğe diş eksikliği şikayeti ile başvurmuştur. Ekstraoral muayenesinde submandibuler bölgesinde bilateral şişlik olduğu görülerek bimanuel palpasyonla bu bölgelerde sertlik olduğu fark edilmiştir. Hastanın panoramik radyografisinin incelenmesi sonucu submandibuler bölgede bilateral tükürük taşı tespit edilmiştir. Hasta, yapılacak tedaviye karar verilebilmesi amacıyla Kulak-Burun-Boğaz Ana Bilim Dalı Kliniği’ne yönlendirilmiştir. Burada yapılan muayenesi sonucu hastanın yaşının ileri olması ve sistemik hastalıkları nedeni ile cerrahi bir işlem yapılmamasına karar verilmiştir.



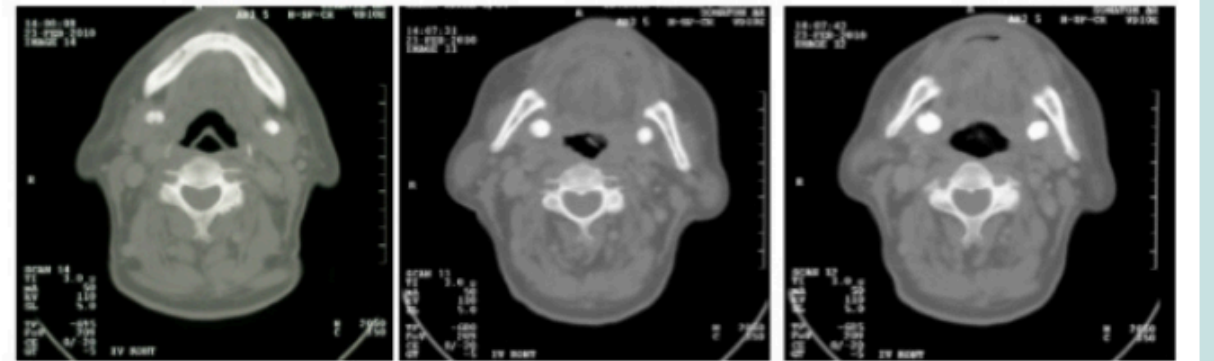
Resim 1. Sol submandibuler bölgede yer alan tükürük taşı.



Resim 3. Submandibuler bölgede bilateral tükürük taşı



Resim 2. Hastanın tükürük taşının BT’de görünümü



Resim 4. Hastanın tükürük taşlarının BT’de görünümü

Tükürük taşlarının tedavisinde genellikle taşın cerrahi olarak çıkartılması yoluna başvurulmaktadır. Bazı vakalarda tükürük bezinin tamamen çıkartılması da söz konusu olabilmektedir.

Bilateral tükürük taşlarının görülme sıklığı oldukça nadirdir. 1913-1989 yıllarını kapsayan bir araştırmada bilateral tükürük taşlarının tüm tükürük taşı vakalarının %0,5-2,2’sini oluşturduğu bildirilmiştir.

Cherubism (Kerubizm) Etkisi



Araştırma Amacı ve Tanımı

Bu çalışmanın amacı, hastalığın nadir görülen bir durumu olarak hem üst çene hem de alt çenenin etkilendiği bir Cherubizm hastasını sunmaktır. Buna ek olarak, hastalığın klinik özellikleri ve estetik ve fonksiyonel rekonstrüksiyon planlaması, dental implant planlamasının zorlukları ve vakadaki bazı dental durumlar da sunulmuştur.

Kerubizm geçmişi olan 21 yaşında bir kadın hasta, dişleriyle ilgili estetik ve fonksiyonel endişeleri nedeniyle başvurdu. Hastanın fiziksel görünümüne bakıldığında, bilateral yanakların ağrısız ilerleyici şişmesi ve bilateral olarak şişmiş arka mandibula da dahil olmak üzere karakteristik kerubik özellikler gösterdi (Şekil 1).



Şekil 1: Hastanın yüz görünümü.

Konuşma bozukluğu vardı. Klinik inceleme, eksik dişler ve diş kemerlerinin uyumsuzluğu ile deforme olmuş alveolar kemik tepesini ortaya çıkardı. Hastanın panoramik radyografisi, hastanın hem mandibula hem de maksillasını içeren, değişken olarak bilateral, geniş, radyolüsent, litik lezyonları ortaya çıkardı (Şekil 2).

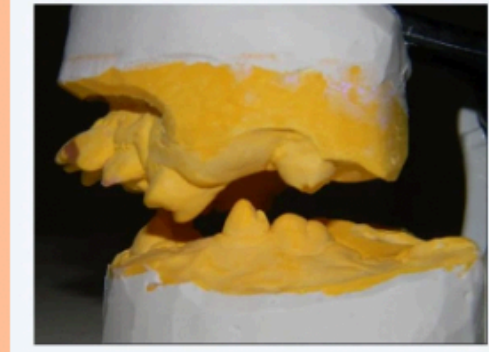


Şekil 2: Yaygın çok bölmeli radyolüsentlere sahip hastanın panoramik radyografisi.

Sonuç

Maksiller ve mandibular tam ark ölçüleri alındı. Tanısal alçı modeller elde edildi ve yüz yayı transferi ve santral ilişki kaydı kullanılarak yarı ayarlanabilir bir artikülatöre monte edildi. (Şekil 4).

Hastanın endişeleri ve beklentileri tedavi planının geliştirilmesinde dikkate alındı ve şekil bozukluğu olan dişlerin çekiminden sonra maksilla ve mandibuladaki muhtemel dişsiz alveoler boşlukların restorasyonu için implant yerleştirilmesi düşünüldü. Bununla birlikte, gözenekli kemiğe implant yerleştirilmesi osseointegrasyon eksikliğine ve komplikasyonlara yol açabilir. Sonuç olarak, implant yerleştirmenin maksilla veya mandibula için bir tedavi seçeneği olmadığı değerlendirildi. Hareketli kısmi protez ve üst protez en uygun tedavi seçenekleri olarak değerlendirildi. Lezyonların kalıntı sıklığının yüksek olması nedeniyle, hastanın radyolojik ve klinik takibi onaylandı.



Şekil 4: Hastanın diş kemerlerindeki uyumsuzluğu gösteren alçı modeli.

Özet olarak kerubizm, genellikle 12 ila 36 ay arasında ortaya çıkan ve erkeklerin kadınlardan daha sık etkilendiği bir çocukluk hastalığıdır. Erken çalışmalar, kerubizmin otozomal dominant kalıtım ve değişken derecede penetrans ile ailesel bir hastalık olduğunu bildirmiştir.

Osseointegrasyon eksikliği nedeniyle Cherubizm'li hastada diş implantları komplikasyonlara da neden olabilir. Bu nedenle fonksiyonel ve estetik rehabilitasyon invazif olmayan protez yaklaşımı ile yönetilebilir.



Odontojenik keratokist

Tanım

Odontojenik keratokist (OKK) terimi ilk olarak 1956 yılında Philipsen tarafından keratinize epitel ile karakterize ince duvarlı bir kisti tanımlamak için önerilmiştir. OKK, tüm çene kistlerinin yalnızca %3 ila %11'ini oluşturmasına rağmen, yüksek tekrarlama oranı, agresif davranışı ve bazen nevoid bazal hücreli karsinom sendromu ile ilişkisi nedeniyle klinisyenler için büyük bir endişe kaynağıdır. Nevoid bazal hücreli karsinom sendromu, çoklu bazal hücreli karsinomlar, çene kistleri, omurga ve kaburga anomalileri ve intrakraniyal kalsifikasyon ile karakterizedir.

Araştırmanın Amacı

Odontojenik keratokist (OKK), diş laminasından kaynaklanan, iltihapsiz bir odontojenik kisttir. Radyografik olarak, lezyon çoğunlukla tek veya çok odacıklı, düz veya girintili kenarlı, sklerotik ve keratinize sınırlara sahip radyolüsen bir yapıdır. OKK'nin en sık görüldüğü yer, mandibulanın arka gövdesi ve mandibula ramusudur.

Bu çalışmanın amacı, odontojenik keratokistli bir hastanın klinik ve radyolojik özelliklerini ve cerrahi yönetimini sunmaktır.

OKK'ler geniş bir yaş aralığında ortaya çıkar, ancak hafif bir erkek baskınlığı ile ikinci ve üçüncü on yıllarda gelişmelidir. Kistler bazen dişin etrafında oluşur ve sürmemiştir. OKK'ler, muhtemelen küçük uydu kistleri veya kistin cerrahi olarak çıkarılmasından sonra geride kalan epitel parçaları nedeniyle yüksek bir nüks eğilimine sahiptir.

Olgu Sunumu

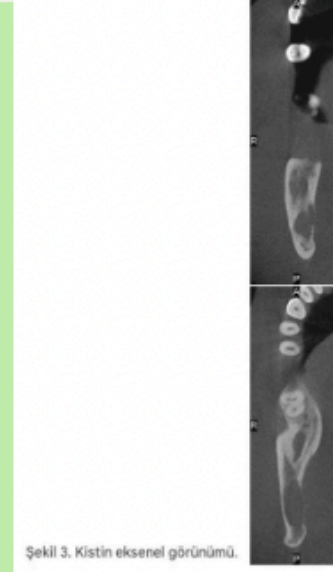
Hastamız, sistemik hastalığı olmayan 34 yaşında bir erkektir. Hasta, ağrı ve ağızını açmada zorluk şikayetiyle fakültemize başvurdu. Sağ kulak önü bölgesinde bir şişlik vardı. Ortopantomografide, sağ alt çenenin arka bölgesinde ve ramusunda, radyopak bir sınırla çevrili, büyük, çok bölmeli, radyolüsen lezyonlar görüldü.



Şekil 1. Hastanın panoramik radyografisi.



Şekil 2. Kistin kesit görünümü.



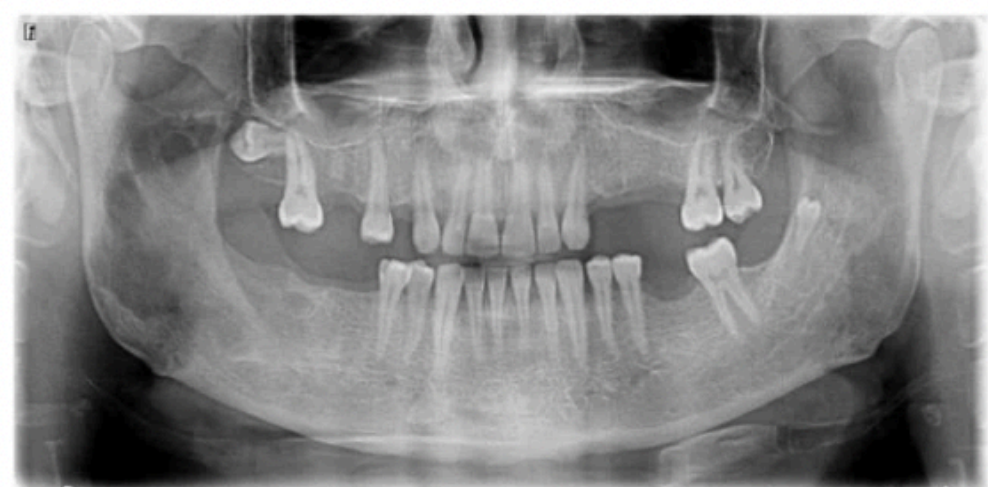
Şekil 3. Kistin aksel görünümü.

Ardında histopatolojik inceleme için bazı biyopsi materyali elde edildi ve OKK bildirildi. Cerrahi yaklaşım tercih edildi ve lezyonun toplam küretajı uygulandı. Ameliyattan sonra hasta periyodik olarak takip edildi. Alt dudağın sağ tarafında altı ayda iyileşen bir parestezi vardı.



Şekil 4. Ameliyat sırasında ağız içi görünüm.

OKK'nın cerrahi tedavisi değişkenlik gösterebilir ve cerrahi eksizyondan önce büyük kistlerin boyutunu küçültmek için rezeksiyon, küretaj veya marsupializasyon içerebilir. OKK, yeterince çıkarılmadığı takdirde tekrarlama eğilimindedir. Çok sayıda yayınlanmış raporda, tekrarlama oranlarının %3 ila %60 arasında değiştiği gösterilmiştir. Dahil etme için katı kriterler kullanılarak, tekrarlamaları tedavi yöntemiyle ilişkilendiren 14 çalışmanın incelenmesi, rezeksiyonun en düşük tekrarlama oranına (%0) ancak en yüksek morbiditeye sahip olduğunu bildirmiştir. Basit enükleasyonun tekrarlama oranları %17-56 arasında değişirken, basit enükleasyonun Carnoy solüsyonu uygulaması veya enükleasyondan önce dekompresyon ile birlikte uygulanmasının tekrarlama oranlarının %1-8,7 arasında olduğu bildirilmiştir. Hastamız için total küretaj uygulamasını tercih ettik. Tekrarlamayı teşhis etmek için, hastamızın ameliyatından sonra periyodik kontrol radyografileri çekildi ve sonuç olarak ameliyattan sonraki 6 ay içinde tekrarlamaya dair hiçbir kanıt bulunmadı.



Şekil 5. Hastanın ameliyattan 6 ay sonraki panoramik radyografisi.

TEŞEKKÜR

2. Ulusal Diş Hekimliği Öğrenci Kongresi'nin gerçekleştirilmesine katkı sunan tüm konuşmacılarımıza, katılımcılarımıza, bilim kurumumuza, sponsorlarımıza ve organizasyon ekibimize teşekkür ederiz.

Bilimsel paylaşımın, mesleki gelişimin ve öğrenci akademik üretiminin desteklendiği bu değerli organizasyonda bizlerle birlikte olduğunuz için memnuniyet duymaktayız.

Daha fazla bilgi için:
whocaries.com

BUDSA
Kongre Düzenleme Kurulu

