

Çocukluk Çağı Kanser Hastalarının Dental Bakımında Ailelerin Yaklaşımı

Parental Attitudes of Dental Care in Childhood Cancer

Aysun Avşar¹, Ebru Hazar Bodrumlu²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Samsun

²Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Özet

Amaç: Çalışmamızda çocukluk çağı kanser tanısı alan çocuklarda dental tedavi yaklaşımlarında ailelerin bilgi ve tutumunun incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya yaş aralığı 3-14 olan, Çocuk Onkoloji Bölümü'nde görüşme sırasında yeni tanı alan 13 çocuk ve ailesi ile görüşme sırasında tedavi sürecinde olan 37 çocuk ve ailesi dahil edildi. Çalışmanın verileri görüşmeler sırasında yapılan açık ve kapalı uçlu sorular içeren anket kullanılarak elde edildi. Çocukların dental deneyimleri, oral hijyen bilgilendirmesinin ve dental tedavi öneminin aileler tarafından kabul edilirliliği ve çocuklarının dental sağlıkları konusunda tutumlarındaki ve uygulamalarındaki değişiklikler değerlendirildi. Sonuçlar istatistiksel olarak tanımlayıcı- deskriptif yöntem ile değerlendirildi

Bulgular: Çocukların teşhis ve tedavi öncesinde diş hekimine gitme oranları ve oral hijyen hakkında bilgilendirilmeleri, tedavi sürecine göre düşük bulundu. Ailelerin çocuklarının dental bakımına teşhis öncesinde çok önem vermedikleri, buna karşın özellikle antineoplastik tedavi süresince düzenli ve acil dental tedavi gereksinimi için bu konuda uzmanlaşmış bir diş hekimini tercih etmeleri ve kendi hekimlerinin bu konuda yetersiz olduklarını düşünmeleri nedeniyle dental tedavilerinin pediatrik diş hekimlerince sağlanmasını tercih ettikleri saptandı.

Sonuç: Çocukluk çağı kanserini takiben ortaya çıkan zor tedavi koşulları altında dental tedavinin sağlanabilmesi için pediatri departmanlarında pediatrik diş hekimlerinin de yer alması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı kanseri, dental bakım, ailesel tutum

Abstract

Objective This study aims to investigate parental knowledge and attitude towards dental treatment for children diagnosed with cancer.

Methods: At the time of the interview, recently diagnosed 13 and 37 children with ongoing cancer treatment at Pediatric Oncology Department and their parents were included in the study. The data were collected during interview by following a questionnaire that included open and close-ended questions. Dental experience of the children, acceptance of oral hygiene and importance of dental treatment by the parents, attitude in children towards dental health were evaluated.

Results: Frequency of dental visits by the children before diagnosis and prior to treatment was found to be lower than the frequency of the visits during the treatment.

Despite not paying attention to the dental care of their children previously, the parents preferred to have dental treatment for their children done by pediatric dentists specialized in this field when regular and urgent dental care is needed especially during the antineoplastic treatment because they thought their personal dentist did not have enough specific knowledge in this field.

Conclusion: It will be beneficial to have pediatric dentists in pediatric departments to provide dental care.

Keywords: Childhood cancer, dental care, parental attitude

GİRİŞ

Dünyada çocukluk çağı kanserleri 0-14 yaş grubunda milyonda 70-160 arasında görülmektedir. 0-5 yaş grubundaki çocukların kanser görülme sıklığının 6-15 yaş arası döneme göre yaklaşık iki kat fazla olduğu rapor edilmiştir.^{1,2} Bu hastaların büyük bir kısmının tanı aldıkları yaşa kadar diş hekimine gitmedikleri ve

herhangi bir diş hekimine tecrübesi yaşamadıkları bilinmektedir.³⁻⁵

Ailelerin pek çoğu, çocukları çocukluk çağı kanser tanısı ile karşılaştıkları anda dental tedaviyi öncelikli bir problem olarak görmedikleri için oral sağlık konusunu ihmal etmektedir.

Ailelerin ve çocukların daha önceki hayatlarında oral sağlık hakkındaki bilgi ve tutum düzeyleri bu ihmalde önemli rol oynamaktadır.⁶⁻⁸ Günümüze değin sağlıklı çocukların ve bazı sistemik hastalıklı çocukların oral sağlığı ve ailelerinin bilgi ve tutum düzeyleri incelenmiş olmasına rağmen, çocukluk çağı kanser tedavisi gören çocuklar ve ailesini kapsayan çalışmalar çok azdır.⁹⁻¹²

Çocukların Sayısı (N=50)		
	Yeni Tanı Alan (N=13)	Tedavi Sürecinde Olan (N=37)
3-6 yaş	4 (%31)	9 (%24)
7-10 yaş	7 (%54)	17 (%46)
11-14 yaş	2 (%15)	11 (%30)

TABLO 1. Çalışmaya dâhil edilen çocukların yaş gruplarına göre dağılımları

Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı kanser tanısı alan çocukların ailelerin oral sağlık konusundaki bilgi ve tutumları incelemektir

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya yaş aralığı 3-14 olan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Bölümü'nde görüşme sırasında yeni tanı alan 13 çocuk ve ailesi ile görüşme sırasında tedavi sürecinde olan 37 çocuk ve ailesi dahil edilmiştir (Tablo 1). Ailelere bu çalışmanın amacı sözlü olarak açıklanmış ve araştırmacılar sorulan bütün soruları yanıtlamıştır. Çalışmada yer almaya istekli olan ailelere gösteren, gönüllü bilgilendirme ve onam formu doldurtulmuştur.

Verilerin toplanmasında açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan bir anket kullanılmıştır. Üç kısımdan oluşan anketin ilk iki bölümünde çocuğun tedavisinden önce ve tedavi sırasında dental deneyimleri, koruyucu uygulamaların ve dental tedavi öneminin aileler tarafından kabul edilirliliği değerlendirilmiştir. Üçüncü bölümde ise, ailelerin çocuklarının dental tedavileri konusundaki tercihleri ve çocuklarının oral sağlıkları konusunda tutumlarındaki ve uygulamalarındaki değişiklikler değerlendirilmiştir.

Dental İşlemler	Teşhis Öncesi (N=25)	Tedavi Öncesi (N=96)	Tedavi Süreci (N=319)
Restorasyon	8 (%32)	39 (% 40)	164 (%51.5)
Lokal Anestezi Altında Çekim	13 (%52)	35 (%37)	76 (%24)
Genel Anestezi Altında Çekim	0	0	8 (%2,5)
Fissür Örtücü	0	16 (%17)	49 (%15)
OHE Eğitimi	0	3 (%3)	11 (%3,5)
Kontrol	4 (%16)	3 (%3)	11 (%3,5)

TABLO 2: Teşhis öncesinde, tedavi öncesinde ve sürecinde yapılan dental işlemlerin dağılımı

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz için tanımlayıcı-deskriptif istatistik yöntemi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler yüzde (%) değerlerle ifade edilmiştir.

BULGULAR

Teşhisten önce 50 çocuğun sadece 4'ü (%8) diş hekimine muayene olmuştur ve tamamı ağız diş sağlığı merkezlerinde dental tedavilerini tamamlamıştır. Bu çocukların sadece 1 tanesi rutin kontrol için diş hekimine gitmiş, diğer çocuklara Tablo 2'de görülen dental tedaviler uygulanmıştır. Ailelerin hiçbiri oral hijyen konusunda tavsiyeler almadıklarını belirtmiştir. (Tablo 3). Çocukluk çağı kanser teşhisinden sonraki veriler değerlendirildiğinde, teşhisi takiben, 13 çocuktan 5'inin (%38) diş hekimine gittiği, ancak %2'sinin düzenli olarak diş kontrollerine devam ettiği belirlenmiştir. Tablo 2'de yapılan dental tedavilerin dağılımı görülmektedir.

Ailelerden sadece 9'unun oral hijyen hakkında bilgilendirildiği saptanmıştır.

Tedavi boyunca çalışmaya dahil olan 37 ailenin 4'ünün (%11) çocuklarını ağız-diş sağlığı merkezine götürdükleri, 11'nin (%30) Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bölümü tarafından Diş Hekimliği Fakültesi Pediyatrik Diş Hekimliği Bölümü'ne yönlendirildiği belirtilmiştir.

Düzenli ve acil dental tedavi gereksinimi için ailelerin tercihleri incelendiğinde, aileler ulaşım kolaylığı, çocuk onkolog-hematologlarına olan güven üniversite hastanesine yakın bir diş hekimliği fakültesinin yüksek standartları bu konuda uzmanlaşmış bir diş hekimini tercih etmeleri ve kendi hekimlerinin bu konuda yetersiz olduklarını düşünmeleri nedeniyle tedavilerinin diş hekimliği fakültesi çocuk bölümünde yapılması gerektiğini düşünmektedirler.

	Teşhis Öncesi (N=0)	Tedavi Öncesi (N=9)	Tedavi Süreci (N=15)
Doktor	0	4 (%45)	3 (%20)
Diş Hekimi	0	5 (%55)	11 (%73)
Görsel Ve Yazılı Yayın	0	0	1 (%7)

TABLO 3: Teşhis öncesinde, tedavi öncesinde ve sürecinde ve oral hijyen önerileri

TARTIŞMA

Çocukluk çağı kanser tedavisinde uygulanan kemoterapik ajanlara ve radyoterapiye, hastalıktan kaynaklı komplikasyonlara ve uygulanan tedavinin bağışıklık sistemini baskılayıcı etkisi nedeniyle oral ve dental dokularda ciddi değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kemoterapi ve radyoterapi uygulaması süresince dental tedavilerin yapılması, hem dental komplikasyonların önlenmesi, hem de tedavi protokolünün aksamaması için oldukça önemlidir.¹³⁻¹⁷ Aynı şekilde ailelere dental gelişimin uzun dönemde de etkilenebileceği, ortodontik problemler ortaya çıkabileceği belirtilmelidir.¹⁸⁻²¹ Bu amaçla çocukluk çağı kanser teşhisi konulduğu andan itibaren çocukların diş hekimine düzenli kontrol için gitmeleri konusunda aileler teşvik edilmelidir.

Çalışmamızın sonucunda çocukluk çağı kanser tanısı aldıkları anda ailelerin çocuklarını diş hekimine götürme oranının çok düşük olduğu görülmüştür. Aileler buna sebep olarak, hastalığın ortaya çıkmasıyla ilgili yaşadıkları post-travmatik stresi, zamansızlığı, çocuklarının herhangi bir dental şikayeti olduğunu fark edemedikleri, kendi diş hekimlerine bu konuda tam güvenemediklerini neden olarak belirtmişlerdir. Ailelerin öncelikli olarak gittikleri randevularda, çocuğun yaşamsal tedavilerinin yanında dental tedavileri de kaçınılmaz olarak ihmal edilebilmektedir.^{11,12}

Çocukların tedavi için genel diş hekiminin tercih edildiği durumlarda çürük süt dişlerinin tedavi yerine çekiminin yüksek olmasının temel nedeninin ailelerin bir kısmının süt dişlerinin geçici olduğu düşüncesiyle süt diş tedavilerini önemsiz görmesi olduğunu düşünülmektedir. Ayrıca bazı diş hekimlerinin de kemoterapi ve radyoterapi konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıklarını belirterek çocuğun tedavisini üstlenmedikleri de belirtilmiştir.

Sağlıklı çocukların ailelerini kapsayan çalışmalarla karşılaştırıldığında, kanser tedavi sürecinde olan

çocukların ailelerinin dental sağlık konusunda tutumlarının daha iyi olmasının sebebi, çocuklarının hayati tehlikesi olduğunda genel sağlığı konusunda endişe duymaları olabilmektedir.^{7,8-10} Ancak bu sonuçların elde edilmesinde anketi yapan kişilerin diş hekimlerinin olması sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmelidir. Aileler çocuklarının dental sağlığını tanı ve tedavi sürecinde önemli bir yere koymuştur, bu durum ailelerin araştırmacının diş hekimisi olduğunu bilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Ailelerin büyük bir kısmı kemoterapi ve radyoterapi sürecinde acil ve dental tedavilerini Pediatrik Diş Hekimliği Bölümü'nde yaptırmak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu kararlarındaki en önemli faktörler, antineoplastik tedaviyi yürüten doktorları tarafından pediatrik diş hekimine yönlendirilmiş olmaları ve özellikle çocukları hospitalize edildikleri anlarda tedavi için başka bir zaman ve yer bulamamalarıdır.¹² Çocuklara üç farklı dönemde yapılan dental tedaviler incelendiğinde, çocukların pediatrik diş hekimine gönderildikleri tedavi sürecinde diş çekimi yerine restoratif işlemlerle tedavilerin tercih edilmesi, çalışmanın en önemli sonucu olarak görülmektedir.

Sonuç olarak, çocukluk çağı kanser alan vakalarda ilk tanı konduğu andan itibaren tedaviyi yürüten doktorlar tarafından oral sağlığın korunmasıyla ilgili koruyucu önlemler hakkında ailelere temel önerilerde bulunulması ve çocuğun gerekli dental tedaviler için genel diş hekimleri yerine pediatrik diş hekimine gönderilmesi ile kemoterapi ve radyoterapiye bağlı ortaya çıkan dental komplikasyonlar önemli oranda azaltılmış olacaktır. Bu amaçla pediatri departmanlarında pediatrik diş hekimlerinin de yer almasıyla hospitalize edilen çocukların oral hijyenlerinin ve dental tedavilerinin etkin biçimde sağlanması açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gatta GCR, Coleman MP, Ries LA, Berrino F. Childhood cancer survival in Europe and the United States. *Cancer* 2002; 95: 1767-72.
2. Agarwal V, Joyce M. Microbiologically Documented Fungal Infections in Pediatric Patients With Acute Myeloid Leukemia: 12.5-Year Experience at a Single Institution. *J Pediatr Hematol Oncol* 2014; 36: e528-e532.
3. Proc P, Szczepanska J, Skiba A, Zubowska M, Fendler W, Młynarski W. Dental Anomalies as Late Adverse Effect among Young Children

- Treated For Cancer *Cancer Res Treat.* 2015. Available at: <http://e-crt.org/journal/view.php?doi=10.4143/crt.2015.193>. Accessed Jan 20 2016
4. Bagattoni S, D'Alessandro G, Prete A, Piana G, Pession A. Oral health and dental late adverse effects in children in remission from malignant disease. A pilot case-control study in Italian children. *Eur J Paediatr Dent* 2014; 15: 45-50.
 5. Joshi S, Hegde AM, Rai K, Shetty S. Evaluation of salivary sialic acid levels in acute lymphoblastic leukemic children and its correlation with dental caries experience. *J Clin Pediatr Dent* 2013; (37): 309-313.
 6. Naidu RS, Davis L. Parents' views on factors influencing the dental health of Trinidadian pre-school children. *Community Dent Health* 2008; 25: 44-9.
 7. Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J* 2001; 51: 435-438.
 8. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9: 79-83.
 9. Saied-Moallemi Z, Murtomaa H, Tehranchi A, Virtanen JI. Oral health behaviour of Iranian mothers and their 9-year-old children. *Oral Health Prev Dent* 2007; 5(4): 263-269.
 10. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent* 2002 12(2): 101-108.
 11. Collard MM, Hunter ML. Oral and dental care in acute lymphoblastic leukaemia: a survey of united kingdom children's cancer study group centres. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11: 347-351.
 12. Collard MM, Hunter ML. Dental care in acute lymphoblastic leukaemia: experiences of children and attitudes of parents. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11: 274-80.
 13. Flores AP, Monti CF, Brunotto M. Dental and chronological age in children under oncological treatment. *J Forensic Sci* 2015; 60: 453-456.
 14. Khojastepour L, Zareifar S, Ebrahimi M. Dental anomalies and dental age assessment in treated children with acute lymphoblastic leukemia. *Iran J Ped Hematol Oncol* 2014; 4: 172-177.
 15. Lauritano D, Petrucci M. Decayed, missing and filled teeth index and dental anomalies in long-term survivors leukaemic children: A prospective controlled study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 1: e977-80.
 16. Carrillo CM, Corrêa FN, Lopes NN, Fava M, Odone Filho V. Dental anomalies in children submitted to antineoplastic therapy. *Clinics* 2014; 69: 433-437.
 17. Effinger KE, Migliorati CA, Hudson MM, et al. Oral and dental late effects in survivors of childhood cancer: a Children's Oncology Group report. *Support Care Cancer.* 2014; 22: 2009-19.
 18. Vasconcelos NP, Caran EM, Lee ML, Lopes NN, Weiler RM. Dental maturity assessment in children with acute lymphoblastic leukemia after cancer therapy. *Forensic Sci Int* 2009; 30: 10-4.
 19. Pajari U, Lahtela P, Lanning M, Larmas M, Effect of anti-neoplastic therapy on dental maturity and tooth development. *J Pedodont* 1988; 12: 266-274.
 20. Dahloff G, Nasman M, Borgstrom A, et al. Effect of Chemotherapy on dental maturity in children with hematological malignancies. *Pediatric Dent* 1989; 11: 303-308.
 21. Jaffe N, Toth BB, Hoar RE et al. Dental and maxillofacial abnormalities in long term survivors of childhood cancer: effects of treatment with chemotherapy and radiation to the head and neck. *Pediatrics* 1984; 73: 816-826.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Aysun AVŞAR
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Pedodonti AD Bornova İzmir
E-posta : aysun.avsar@hotmail.com