

PLAĐA BAĞLI OLMAYAN DİŞETİ HASTALIKLARI

Doç.Dr.Feyza Otan ÖZDEN

1. Bakteriyel kaynaklı dişeti hastalıkları

- Neisseria Gonorrhoea ile birlikteki lezyonlar
- Treponema Pallidum ile birlikteki lezyonlar
- Streptokoklar ile birlikteki lezyonlar

Treponema pallidum

- Enfektif stomatitler ve gingivitis hem immün yeterliliği olan hem de immün yetersizliği olan hastalarda nadir olarak görünen durumlardır.
- Lezyonlar plakla ilişkili olmayan patojenlerin konağın direncini zayıflatmasıyla ortaya çıkar.
- Gingival lezyonlar kırmızı, ağrılı, ödematöz ülserasyonlar şeklinde görülebilirler.
- Ağız lezyonlarına vücudun diğer bölgelerinde oluşacak lezyonlar eşlik edebilir de etmeyebilir de.

2. Viral kaynaklı dişeti hastalıkları

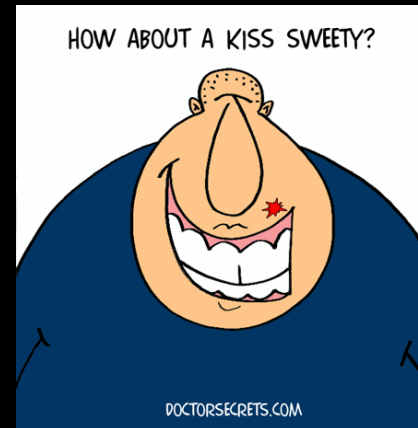
- Herpesvirüs infeksiyonları
- Primer herpetik gingivostomatitis
- Rekürrent oral herpes
- Varicella-zoster infeksiyonları

- Gingivitise neden olduğu bilinen birkaç viral enfeksiyon bulunmaktadır.
- Bunların en önemlileri herpes virüsleridir; Herpes simplex tip I,II ve varicella zoster virüsleridir.
- Bu virüsler vücuda çocukluk döneminde girer, oral mukozal hastalıkları oluşturmadan önce latent kalabilir veya semptomik reaksiyonlar oluşturabilirler.

Herpes simplex virüs tip I ve II

- Herpes simplex virüs I (**HSV-I**) genellikle oral lezyonlarla ortaya çıkarken herpes simplex virüs II (**HSV-II**) daha çok anogenital lezyonlarla ortaya çıkarken bazen oral lezyonlarla da görülür.
- Karakteristik bulguları; ülserasyonlar, ödem ve şiddetli derecede ağrılı gingivitis ve eşlik eden stomatit tablosudur.
- İlerisinde karakteristik olarak **vezikül** formasyonu, veziküllerin rüptüre olarak fibrin kaplı **ülser**le kaplanması olayları gerçekleşir.
- **Ateş ve lenfodonopati** de bu durumun ilerisinde gözlenen diğer karakteristik durumlardır.

- herpes simplex virüsü gingivada, akut nekrotizan gingivitis ve periodontitis de bulunmaktadır.
- İmmün cevap yetersizliği bulunan hastalar, enfeksiyona yakalanma bakımından riskli konumdadırlar.
- Primer enfeksiyonun ardından hastaların %20-40'ında, virüsün reaktivasyonunun ardından, **rekürrent enfeksiyonlar** görülmektedir.
- Latent virüsü reaktive eden faktörler; **travma, UV ışınları, ateş ve benzeridir.**



- Rekürrent intraoral herpes, primer herpes enfeksiyonuna göre daha az dramatiktir.
- Karakteristik bulgusu yapışık dişetindeki küçük ağrılı ülserasyonlardır.



•Tanı için hastanın hikayesinin çok iyi alınması gerekmekte ve klinik bulguların, HSV lezyonunun izole edilmesi ile desteklenmesi gerekmektedir.

kültür alınması, enzim bağlantılı immün absorpsiyon tetkiki ve polimeraz zincir reaksiyon (PCR) metotları kullanılır.

En güvenilir izolasyon, vezikül lezyonların erken döneminde yapılır.

Primer herpetik gingivostomatit

- Başlangıç herpetik gingivostomatiti, klasik HSV-1 enfeksiyonlarının görülmesiyle başlar.
- Bu durum genelde küçük çocuklarla sınırlı olmasına rağmen bazen gençlerde de görülebilir.



Varicella Zoster Virüsü

- Varicella Zoster virüsü birincil karakteristik enfeksiyon olarak varicella(**suçiçeği**)'ya neden olur.
- Esas olarak çocuklarda görülmesine rağmen erişkinlerde virüsün geç dönem reaksiyonları da görülmektedir.
- Tüm bulgular gingivayı ilgilendirmektedir.
- Suçiçeği, **ateş, malarya ve deri döküntüleriyle** ilişkilidir.

- Virüs reaktive olabileceği yerdeki dorsal sinir gangliyonlarına yerleşerek burada latent olarak kalır.
- Sonraki reaksiyonlar **herpes zoster** olarak ünilateral lezyonlar şeklinde enfekte sinir çevresinde ortaya çıkar.
- **Trigeminal sinir gangliyonundan** reaktive olan virüs, intraoral lezyonların oluşmasına yol açar.
- Ayırıcı semptomlar, lezyonlar oluşmadan ortaya çıkan **ağrı ve parastezidir**.
- Herpesle alakalı olan bu ağrılar çok şiddetlidir.
- İmmün cevabı baskılanmış hastalarda, HIV enfeksiyonlu bireylerde, enfeksiyon; şiddetli doku yıkımları, dişlerde mobilite, kayıplara ve alveol kemiğinde nekrozlara yol açar.
- Ayırıcı tam genelde, **tek taraflı oluşan lezyonlar ve şiddetli ağrı** şikayetleri ile yapılır.

VZV

- İnaoral bulgular, genellikle **damak, dil ve gingivadaki küçük ülserler**dir.
- Lezyonlar, çoğu zaman gingivayı ilgilendirmekte ve **veziküller** şeklinde görölmektedirler.
- Daha sonra bu veziküller rüptüre olarak, irregüler formda kaynaşan fibrin kaplı **ülserlere dönüşürler**.



3. Fungal dişeti hastalıkları

- Candida infeksiyonları
- Generalize gingival candidosis
- Linear gingival eritem
- Histoplazmosis

Akut

Candidiasis:(Moniliasis,Thrush)



- Akut candidiasis, oral mukozanın en sık görülen mikotik enfeksiyonudur.
- Bu durum bebeklerde, immün yetmezliği bulunan ve antibiyotik tedavisi altında olan bireylerde görülür.
- Akut candidiasisin etkeni **candida albican**stır.
- Normalde, bu fungus, ağız florasında bulunur ve patojenik değildir.
- Organizmanın direnci düştüğü zaman candida invaziv ve destrüktif etki gösterir,oral mukozaya penetre olur ve epitelin nekroz olmasına yol açar.
- bu lezyonlara kemoterapi veya radyoterapi alan kanser hastalarında rastlanabilmektedir.

- Aynı zamanda, akut candidiasis **AIDS**'in en erken ve en major belirtisidir.
- **Diabet, hipotiroidizm, adrenal kortikal yetmezlik, hamilelik, steroid tipi doğum kontrol ilaçlarının kullanılması** da candidiasis gelişimine yol açar.
- Candidiasis **bulaşıcı değildir**, çünkü candida normal florada bulunur, ancak, candidiasis gelişimi için **immün cevabın supresyonu veya doku direncinin düşmesi** gerekmektedir.

- Oral lezyonlar, mukozanın herhangi bir bölgesinde yama tarzında ortaya çıkar ve genellikle çok sayıdadır.
- Karakteristik lezyonlar beyazımsı-krem renğinde ve ekşimiş süt görünümündedir ve altındaki mukozaya yapışıktır, zorla kaldırıldığında kanar.
- Çocuklarda ve erişkinlerde dudak köşelerindeki çatlaklara candidiasis yerleşir.



Candidiasisin klinik olarak 4 tipi vardır;

- 1. Hiperplastik candidiasis
- 2. Pseudomembranöz candidiasis
- 3. Atrofik candidiasis
- 4. Angular cheilitis (epidermal-perioral tip)



Ayırıcı tanı;

Akut tip candidiasis,

- liken planus,
- leukoplakia,
- difteri ve
- bukkal mukozanın kronik irritasyonuna bağlı olarak gelişen beyaz lezyonlarla karışır.

Tedavi;

- Oral candidiasis'in tedavisi bir antimikotik ajan olan **clotrimazole pastiller** (Mycelex) ile yapılmaktadır.
- Bu pastiller 7-10 gün süreyle günde altı defa olacak şekilde kullanılır.
- İmmün yetmezliği olan kişilerde bu pastiller 14 gün süreyle kullanılır.
- Diğer bir antimikotik ajan olan **nystatin**'de (Mycostatin) tedavide kullanılır.

Kronik Candidiasis;

- C. albicans enfeksiyonunun nadir görülen bir tipidir, bebeklik veya erken çocukluk döneminde başlar, granülamatöz lezyonlara neden olur ve bu lezyonlar yıllarca sürebilir.
- Oral lezyonlar, tırnaklar ve deri lezyonları ile birlikte görülür.
- **Akut tipe kıyasla lezyonlar daha derindir.**
- Bu lezyonlar, şiddetli iltihabi reaksiyon sonucu oluşan granülasyon dokusu ile karakterizedir ve monilial granüloma adını da alırlar.
- Kronik candidiasis tanısı laboratuvar incelemeleri ile konulur.
- Tedavide **sistemik amphotericin B** kullanılır.



Histoplasmosis

- Histoplasmosis, başlıca kuş ve yarasa dışkısında bulunan toprak bir saprofit olarak bilinen **Histoplasma capsulatum** tarafından neden olunan granülamatöz bir hastalıktır.
- İnfeksiyon, kuzeydoğu, güneydoğu, orta-Atlantik , merkez ve güney Amerika, Hindistan, Doğu Asya ve Avustralya da bulunmuştur.
- Histoplasmosis, U.S. de en sık görülen sistemik mantar hastalığıdır, organizmanın miselyum biçiminde havada uçan sporlarla ilişkilendirilmiştir.
- Normal konakta, infeksiyonun gidişatı, subkliniktir.

- Klinik belirtileri, başlıca immün problemlili hastalarda oluşan, yaygın bir biçim ve akut ve kronik pulmoner histoplasmosis içerir.
- Oral lezyonlar, pulmoner histoplasmosisli hastaların %30'unda ve yaygın şekilli hastaların %66'sında görülmüştür.
- Oral lezyonlar, oral mukozanın herhangi bir alanını etkileyebilir.
- **nodüler veya papiller olarak başlar ve sonra ülseratif ve ağrılı** olur.
- bazen granülomatözdür ve klinik görünümü **malign bir tümöre benzeyebilir.**
- Teşhis, klinik görünüş ve histopatoloji ve/veya kültür üzerine temellendirilir.



4. Genetik kökenli dişeti lezyonları

- Herediter Gingival Fibromatozis
- diğer

Hereditier Gingival Fibromatozis

- Hereditier
- İlk çocukluk döneminde görülür
- Palpasyonda genellikle sıkı
- Bazı bölgelerde enflamasyon ve ödem eritematöz, spongioz ve kolay kanamaya neden olur.



- Serbest ve yapışık dişetinde, generalize, düzensiz, fasiyal ve lingual bölgede büyümeler
- Yarım çenede veya tüm ağız etkiler
- Ağrısız, yavaş gelişen, oral hijyen eksikliği ile orantılı gelişen şişlik
- Dişi parsiyel veya tamamen kaplayabilir.

Histopatoloji;

- Yoğun veya az yoğun avasküler, orta şiddette, yüzey epiteli altında kronik enflamatuar hücreler ile kollajenik bağ dokusu
- Diş yüzeyine bakan cep epitelinde dejenerasyon, subepitelyal ödem ve gingivitis veya periodontitis varlığı nedeniyle enflamatuar hücre infiltrasyonu gösterir.

Tedavi;

- Oral hijyen düzeltilir
 - Gingivektomi

5-a) MUKOKUTANÖZ HASTALIKLAR

Birçok dermatolojik hastalıkta ağız mukozası ve diğer muköz membranlar etkilenir.

**desquamatif gingivitis*

Liken planus:(Lichen planus)

- Deri ve müköz membranların iltihabi bir hastalığı olup papüllerin oluşumu ile karakterizedir.
- 30-65 yaşları arasında ve her iki cinste de eşit oranda görülür.
- Ağız lezyonları genellikle kronik seyreder.
- Etyolojisinde psikosomatik faktörler(otoimmün,sigara,alkol) düşünülmektedir.

- Liken planus lezyonlarının bir kısmı sadece ağızda lokalize olur.
- Bu durumda tanı koymak zordur.
- Lezyonlar, genellikle dişlerin okluzal planı hizasında yanak mukozasında, dilin yan taraflarında, yapışık dişetinde (bukkal ve labial yüzeylerde), sert damakta ve alt dudakta görülür, genellikle simetrik olup dendritik veya papüler özellik gösterirler.
- Nikolsky (+)



- Eroziv ve ülseratif alanlar sıcak,asitli ve baharatlı yiyeceklere hassastır.
- Hastalık genellikle kronik veya subakut ekseserbasyonlarla seyreder.
- Subakut ataklar stres ile ilgilidir.

Dişeti lezyonları;

- 1) **Keratotik (plak) Lezyonlar:** Beyaz lezyonlar yüzeyden kabarıktır, tek tek papüllerin birleşmesiyle oluşur. Çizgisel tarzda veya plaklar şeklindedir.
- 2) **Retiküler lezyonlar:** Bu kırmızı alanlar keratotik lezyonlar arasında yer yer yama gibi küçük bölgeler ya da yaygın güneş alanlar şeklinde gözlenir. (**AĞSI-BEYAZ...Wickhams çizgileri**). Küçük bir travma ya da diş fırçalama ile kanar.
- 3) **Veziküler veya büllöz lezyonlar:** Yüzeyden kabarık sıvı dolu lezyonlar yerini ülserasyona bırakır.
- 4) **Eroziv veya ülseratif lezyonlar :** Bu tipte epitelin iyice incelmesiyle eroziv lezyonlar ortaya çıkar. Deskuamatif gingivitis tablosu vardır. Dikkatli bir muayene yapılırsa, dişetindeki lezyonların dışında da, oral mukozal lezyonlara rastlanır. Vakaların sadece %10'unda lezyonlar sadece dişetine lokalizedir.

Ayırıcı Tanı;

- 1) Leukoplakia
- 2) Beyaz süngerimsi nevus (white sponge nevus)
- 3) Kronik Diskoid Lupus Erythematosus
- 4) Pemfigus
- 5) Müköz membran pemfigoidi

Tedavi;

- Oral liken planusun tedavisinde ilk adım kesin tanının konulmasıdır. hasta bu olayın bulaşıcı olmadığı ve kanserle ilgisi bulunmadığı konusunda rahatlatılır.
- Keratotik tipte ağız lezyonları tedavi gerektirmez.
- Ancak eroziv, büllöz veya ülseratif tip lezyonlar ise tedavi gerektirir.
- Bu durumda a) **hidrojen peroksit gargaraları** (günde iki-üç kez) önerilir. b) **Topikal steroidler**
- C) Ağır vakalarda **sistemik steroidler**

- Ülsere alanlar sınırlı ise **topikal kortikosteroid** kullanılır, bazı vakalarda **intralezyonel kortikostreoid uygulanır.**
- Şikayetlerin şiddetli olduğu devrelerde **topikal anestezikler** kullanılır.
- Lezyonların diffüz ve şiddetli olduğu vakalarda **sistemik kortikosteroid tedavisi** uygulanır (ilk iki hafta gün aşırı 30-40mg. Prednison, daha sonra gün aşırı 10-20mg.)
- Bu arada maksimum ağız hijyeninin sağlanmasına çalışılır ve ayrıca lokal irritanlar kaldırılır.

Pemfigus

- Deri ve müköz membranları tutan kronik vezikülöbüllöz ve otoimmün bir hastalıktır.
- Ağız mukozası çeşitli derecelerde etkilenir ve bu lezyonlar genellikle yaygın deri lezyonlarından önce görülür.

Klinik olarak 4 tipi vardır;

- 1) Pemfigus Vulgaris
- 2) Pemfigus Vegetans
- 3) Pemfigus Foliaceus
- 4) Pemfigus Erythematosus

- En sık pemfigus vulgaris görülür.
- Hastaların %50'sinde ilk önce ağız lezyonları ortaya çıkar.
- Sonuçta hastaların %90'da ağız lezyonları vardır.
- Bu lezyonlar içi sıvı dolu büller ile başlar sonra kısa sürede yırtılır ve yerini nekrotik artıkları içeren açık alanlara bırakır.
- Ağız içinde dişeti tutulumu çok sık görülmez ancak, olduğunda lezyonlarda deskuamasyon izlenir.
- Nikolsky belirtisi pozitiftir.
- Tanı alınan biyopsilerin histopatolojik ve immünohistolojik tetkiki ile konulur.

Ayırıcı Tanı;

- 1) Erythema Multiforme
- 2) Müköz Membran Pemfigoidi
- 3) Büllöz Pemfigoid
- 4) Liken Planus

*akantoliz (mezar taşı görüntüsü)

Tedavi;

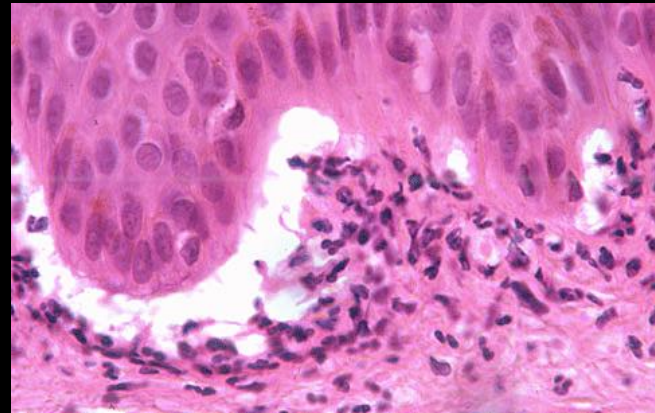
- Pemfigusun tedavisi **orta veya yüksek dozda sistemik kortikostreoidlerin** kullanımını gerektirir.
- Eğer, hasta tedaviye cevap verirse, ilacın dozu yavaş yavaş azaltılır.
- Ancak, lezyonların yeniden oluşumunu önlemek için kortikostreoidler düşük dozda kullanılarak tedaviye devam edilmelidir.
- Steroid tedavisine cevap vermeyen hastalarda **methotrexate veya azothioprine gibi antimetabolitler** kullanılır.
- Pemfigusda ağız lezyonları tedaviye deri lezyonlarından daha fazla dirençlidir.

- Pemfigusun genel tedavi planında, **periodontal tedavinin** yeri büyüktür.
- Oral pemfigusda ağız hijyeni maksimum seviyede tutulmalı ve lokal irritanlar kaldırılmalıdır.
- Hareketli protezler dokuyu hiç irrite etmemelidir.
- Çünkü, minimal irritasyonla bile dokuda vezikül ve ülserlerle birlikte seyreden şiddetli iltihap görülür.
- Bu yüzden **protez planlaması ve uyumu** önemlidir.
- Oral pemfigusda lokal semptomların giderilmesi için **topikal kortikosteroidler ve topikal anestezi** kullanılır.

Müköz Membran Pemhigoid: Benign mucous membrane pemphigoid, Cicatricial pemphigoid

- oral mukoza, konjunktiva nazal mukoza, vajinal mukoza, rektal mukoza ve üretra gibi müköz membranları tutan kronik büllöz bir hastalıktır.
- Göz lezyonları bazen çok şiddetli olabilir, oluşan skar dokusu sonucu körlük gelişir.
- Deri, nadiren hastalıktan etkilenir.
- Genellikle 40 yaş üzerinde kadınlarda görülür.
- Lezyonlar eritem, bül ve ülserlerle karakterizedir.
- Lezyon bölgeleri aylarca ve yıllarca açık kalabilir.

- Yara iyileşmesi skar ile olur.
- Ağız tutulumunun en tipik özelliği, eroziv ve deskuamatif gingivitistir.
- Epitel alttaki bağ dokusundan sıyrılarak ayrılır.
- **Nikolsky (+)**
- Tanı alınan biyopsilerin histopatolojik ve immünohistolojik incelenmesi ile konulur.



Tedavi;

- Hastalık şiddetli değilse ve semptomlar hafif ise, sistemik kortikosteroide gerek olmaz, **topikal kortikostreoid** uygulanması (günde 2-3 kez) yapılır.
- Semptomlar orta derecede veya şiddetli ise **sistemik kortikosteroid** kullanılır.
- Başlangıçta, hergün veya gūnaşırı **orta doz prednisone veya başka bir kortikosteroid** verilir, sonra günlük 5-10mg. idame dozu ile devam edilir.
- **Okside edici ajanlarla (hidrojen peroksit) gargaralar** tedavide yardımcıdır.
- **Ağız hijyeni** maksimum seviyede tutulmalıdır.
- Lokal irritanlar dişeti dokusunda aşırı iltihabi reaksiyona neden olurlar.
- Bu yüzden, hastaya **yumuşak diş fırçası** önerilir.

Bullöz Pemfigoid:

- Genellikle deri lezyonları ile başlar.
- Hastaların %10'unda oral lezyonlar görülür.
- Vezikülobüllöz bir hastalıktır.
- Deri lezyonları pemfigusa benzemesine rağmen, epitel bazal tabaka boyunca altındaki bağ dokusundan ayrılır.
- Otoimmün bir hastalıktır.
- Eroziv veya deskuamatif gingivitis vardır.
- Nadiren veziküler veya büllöz lezyonlar görülür.

Ayırıcı Tanı;

- Müköz membran pemfigoidi
- Pemfigus

Tedavi;

- Orta dozda **sistemik kortikosteroidler** kullanılır.

Psoriazis:

- Papüller veya püstüllerle karakterize olan bir deri hastalığıdır.
- Oral lezyonlar seyrekdir ancak dişeti, alt dudak, dil ve bukkal mukozada lezyonlar görülebilir.
- Gingival lezyonlar deskuamatif tarzdadır.

Tedavi;

- Müköz membran pemfigoidin de olduğu gibidir.

Eritema multiforme:

- Eritema multiforme, deri ve ağız boşluğunu tutan, akut iltihabi ve vezikülobüllöz bir hastalıktır.
- Deri lezyonu olan hastaların %80'inde oral lezyonlar da bulunur.
- Çok nadir olarak hastalık sadece ağız tutar.
- Etiyolojisinde emosyonel stres, ilaçlar ve sistemik hastalıklar rol oynar.
- Tekrarlayan bir hastalıktır.
- Genellikle 20-40 yaşları arasında görülmesine karşın çocuk ve adolesanlarda da gösterilmiştir.
- Klinik görünüm çok çeşitli olabilir.
- EM'de lezyonlar enfeksiyöz bir ajan veya ilaç kullanımını ile tekrar ortaya çıkabilir.
- EM vakalarının %65'inde geçirilmiş herpes simpleks vardır.

Klinik olarak 2 tipi vardır;

1) EM Minör

2) EM Major: (Stevens-Johnson Sendromu)

EM Minör;

- **Tekrarlayan herpes enfeksiyonlarından** 10 gün sonra ortaya çıkar.
- EM majör'e kıyasla daha hafif seyreder ve genel olarak dört haftadan az sürer.
- Morumsu kırmızı makül veya papüller, büller üzerinde görülür.
- Dilde bazen ciddi tutulum görülür.
- Lezyonlar çok ağrılı olduğu için yutma ve konuşma güçlüğü vardır.
- Dudaklar değişik derecelerde etkilenir.
- Çok şiddetli büllöz ve ülseratif lezyonlar mevcuttur.



EM Major: (Stevens-Johnson Sendromu)

- **Mycoplasma pneumonia enfeksiyonlarından sonra** EM major görülür.
- Sülfanomid kullanımı da bu tip EM etyolojisi ile ilgilidir.
- EM major şiddetli seyreder ve bir aydan uzun sürer.
- Oral lezyonlar mor kırmızı makül veya papül tarzındadır.
- **Veziküller ve büller** de görülür.
- **Dil ve dudaklar** hastalıktan çok etkilenir, eritematöz, kanamalı ve büllöz lezyonlar izlenir.
- **Dişetinde süpürasyonlu derin erozyonlar** bulunur.

Tanı;

- Tanı, hikaye, klinik görünüm ve histopatolojik inceleme ile konulur.
- Pemfigus, pemfigoid, dermatitis herpetiformis ayırıcı tanıda önemlidir.
- Biyopsi bu hastalıkları elimine eder.

Tedavi;

- Tedavi destekleyici olmalı, ağrı ve enfeksiyonu kaldırıcı tarzda olmalıdır.
- EM major tedavisi hasta yatırılarak hastane şartlarında yapılır. ciddi sistemik komplikasyonlar ortaya çıkabilir.
- **Steroid tedavisi** kullanılır.
- Post herpetik EM'de **profilaktik acyclovir (Zovirax)** kullanılmaktadır.

Lupus Eritematozus:

- **Otoimmün** bir bağ dokusu hastalığıdır.
- Lupus eritematozusun iki tipi vardır:
 - 1) **Sistemik lupus eritematozus (akut tip)**
 - 2) **Discoïd LE (kronik tip)**
- LE'de ağız tutulumu hastalığın seyrine bağlıdır.
- Kronik tipte %10 kadar tutulum varken, akut tipte %75 oranında ağız tutulumu görülür.
- **Yüzde kelebek tarzında lezyonların** görünümü lupus için tanı koydurucu bir işarettir.
- LE'de deri lezyonlarının yokluğunda ağız lezyonlarına nadiren rastlanır.

Sistemik Lupus Eritematosus;

- Sistemik LE'de oral lezyonlar akut olarak başlar ve daha fazla destrüksiyon görülür.
- Lezyonlar genellikle yumuşak, düzensiz, yüzeysel veya derin erozyonlarla karakterizedir.
- Bu lezyonların üzerini nekrotik gri bir pseudomembran kaplar.

Ayırıcı Tanı;

- Diaqnoz deri lezyonlarının tanımlanmasına yönelik yapılır.
- Akut sistemik lezyonlar, eritema multiforme ve pemfigus ile benzerlik gösterir.
- Biyopsi, diğer eroziv lezyonların eliminasyonunda önemli rol oynar.
- *likefaksiyon nekrozu

Tedavi;

- **Nonspesifik** tir.
- Sistemik tipte tedavi etkilenen organa göre değişmekle birlikte genellikle **sistemik steroidler** kullanılır.
- SLE hastalarının %50'sinde kalp kapağı tutulumu vardır.
- Bu yüzden endokardit hastaları gibi antibiyotik profilaksisi gerekir.

Discoid LE;

- DLE **deri ve oral müköz membranları** tutar.
- Deri lezyonlarının sınırları belirgin ve eritematöz tipte lezyonlardır.
- Genellikle yüzde, ensede, kollarda ve başta görülür.
- Deri tutulumu olan hastaların %20'sinde oral lezyonlar görülür.
- Bu lezyonlar en çok bukkal mukozada görülür.
- Erken oral lezyonlar eritemle karakterizedir.
- İyi gelişmiş oral lezyonlarda merkezde eritem üzerinde beyaz noktalar ve çevrede, liken planusa benzer şekilde ışınsal tarzda strialar bulunur.

Skleroderma:

- Etyolojisi belli olmayan deride ve diğer organlarda bağ dokusunda anormal kollajen ve diğer bağ dokusu komponentlerinin depolanması ile karakterize bir hastalıktır.
- Damar ve otonom sinir sisteminde önemli değişiklikler vardır.
- İmmünolojik anormallikler olaya eşlik ettiği için hastalığın otoimmün bir temeli olduğu düşünülür.
- 40-50 yaşlarında kadınlarda erkeklere göre 2-4 kat fazla görülür.
- Hastalık basit deri tutulumundan birçok organın tutulduğu fatal faza kadar geniş bir spektrum gösterebilir.

3 tipi vardır;

1) Diffüz skleroderma (diffuse scleroderma)

2) Akrosklerozi (acrosclerosis)

3) Morphea (circumscribed scleroderma)

İlerlemesinde patolojik olarak 3 faz mevcuttur;

- 1) **Bağ dokusu değişiklikleri**, fibroblast proliferasyonu, fibrozis, artmış ana madde
- 2) Hastalığın erken safhasında **mononükleer hücre infiltrasyonu**, bilhassa lenfositlerle karakterize inflamasyon
- 3) **Vasküler hastalık**: İntimal proliferasyon, kollajen ve müsinöz materyal birikimi, damar lümeninde daralma ve trombozis

- Skleroderma deride başlangıçta bir endürasyon ve ödem lokalize veya diffüz alanlar şeklinde başlar, sonra atrofi ve pigmentasyon görülür.
- Atrofi devamlı şekil bozukluğuna yol açar.

Oral Lezyonlar;

- Sklerodermada **bütün mukozal membranlar** etkilenebilir.
- Oral mukozada ve dudaklarda **telenjektaziye** sık rastlanır.
- Diffüz skleroderma genellikle ağızda tutar.
- **Dil** en fazla tutulan bölgedir.
- Daha az sıklıkla bukkal mukoza ve dişeti tutulumu gözlenir.
- Dil ve dişetinde endurasyon nedeniyle **ağrı** vardır.
- Dilin hareketliliği kısıtlandığı için **konuşma bozukluğu** görülür.

- Sklerodermanın oral mukozada ilerlemesi kronik bir olaydır.
- Fakat, bu ilerleme deriye kıyasla daha hızlıdır.
- Dudaklar ince ve serttir.
- Bu yüzden ağzın açılması oldukça zordur. Bu da çiğneme ve konuşma gücünü yaratır.
- Akrosklerozis ve diffüzklerodermada periodontal ligament aralığında genişleme görülür.
- Bu durum bütün dişleri etkileyebilir.
- Posterior dişler anterior dişlere göre daha fazla etkilenir.
- Periodontal aralık kökün her tarafında eşit bir genişlik gösterir.
- Dişler mobil değildir.
- Lamina dura oblitere olmuştur.

Tedavi;

- Etkili bir tedavisi yoktur.
- **İmmünosupresif ilaçlar** denenebilir.
- Mikrostomia dental işlemlerin yapılmasını zorlaştırır.
- O yüzden ağız hijyeni motivasyonu çok önemlidir.
- Çiğneme ve konuşma çok etkilendiğinde veya protezlerin ağıza sokulması mümkün olmadığı durumda bilateral komisuratomi düşünülebilir.

İlaç Erüpsiyonları

- İlacı karşı aşırı duyarlılık reaksiyonları sonucu deride ve ağız mukozasında erüpsiyonlar görülür.
- Ağız yoluyla veya parental alınan ilaçlara karşı oluşan erüpsiyonlara **stomatitis medicamentosa** adı verilir.
- Lokal olarak kullanılan ilaçlara bağlı gelişen lezyonlara (aspirin yanığı v.b.) ise **stomatitis venenata ve kontakt stomatitis** denir.
- İlaç erüpsiyonları, genellikle, **sülfonamidler, salisilatlar, barbitüratlar kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötik ajanlar ve çeşitli antibiyotiklerin** kullanımını ile ortaya çıkar.

- İlaçlara karşı gelişen allerjik reaksiyonlar sonucu, ağız mukozasında **veziküler, büllöz, pigmente veya pigmente olmayan maküler tarzda lezyonlar** görülür.
- Ayrıca, erozyon ve ülserasyonlara da rastlanır.
- Ağızda görülen bu lezyonlar sıklıkla dişetini de tutar.

5-b)Allerjik Reaksiyonlar

- Oral mukozada allerjinin belirtileri, yaygın değildir ve nispeten az sayıda değerlendirmeler yapılmıştır.
- Oral mukozal reaksiyonlar, IgE'yle ilişkili **Tip 1 (immediate tip)** veya daha sıklıkla T-hücreleriyle ilişkili **Tip 4 (gecikmiş tip)** dir.
- Mevcut bilgi, **dental restoratif materyaller, diş macunları, ağız gargaraları ve yiyeceklere karşı allerjileri** içermektedir.

Dental restoratif materyaller;

- **Tip 4 allerji**, (kontak alerji) alerjenle temastan 12-48 saatlik bir perioddan sonra klinik belirtileriyle karakterizedir.
- Oral mukozal etkileri, temas lezyonlarını işaret etmektedir ve sensitizasyondan sonuçlanan alerjenle önceki temas, oluşan bu reaksiyonlar için önkoşuldur.
- Restoratif materyallere rapor edilen oral mukozal reaksiyonlar, **civa,nikel,altın,çinko,krom,paladyum ve akriliğe** karşı reaksiyonları içerir.
- Dişetini de etkileyebilen mukozal temas lezyonlar, oral liken planus etkileri veya oral lökoplakiye benzer.
- önemli teşhis gözlemlerinden biri lezyonların zarar verici materyalin kaldırılmasından sonra iyileşmesidir.

Diş macunları ve ağız gargaraları;

- Nadir olmasına rağmen, temas hipersensitivitenin, diş macunları ve ağız gargaraları kullanımından sonra oluştuğu rapor edilmiştir.
- Alerjik reaksiyonların sorumlu bileşenleri, **karvon ve tarçın veya koruyucu maddeler gibi tat katkı maddeleri** olabilir.
- Yukarıda bahsedilen tatlandırıcı bileşenleri, sakızda kullanılmış olabilir ve gingivostomatitisin benzer formlarına neden olur.
- Alerjinin klinik belirtileri, **bazen ülserasyon veya beyazımsı parlak kırmızı ödemli gingivitis** içerir.
- Benzer etkileri, labial, bukkal ve dil mukozasını da kapsar ve ilavesinde **cheilitisde görülebilir**.
- Klinik belirtileri, karakteristiktir ve teşhis alerjen içeren ajanın kullanımının kesilmesinden sonra lezyonların iyileşmesi üzerine temellendirilir.

**ALLERGIC
TO STUPID PEOPLE.**

cncel.com



Yiyecekler;

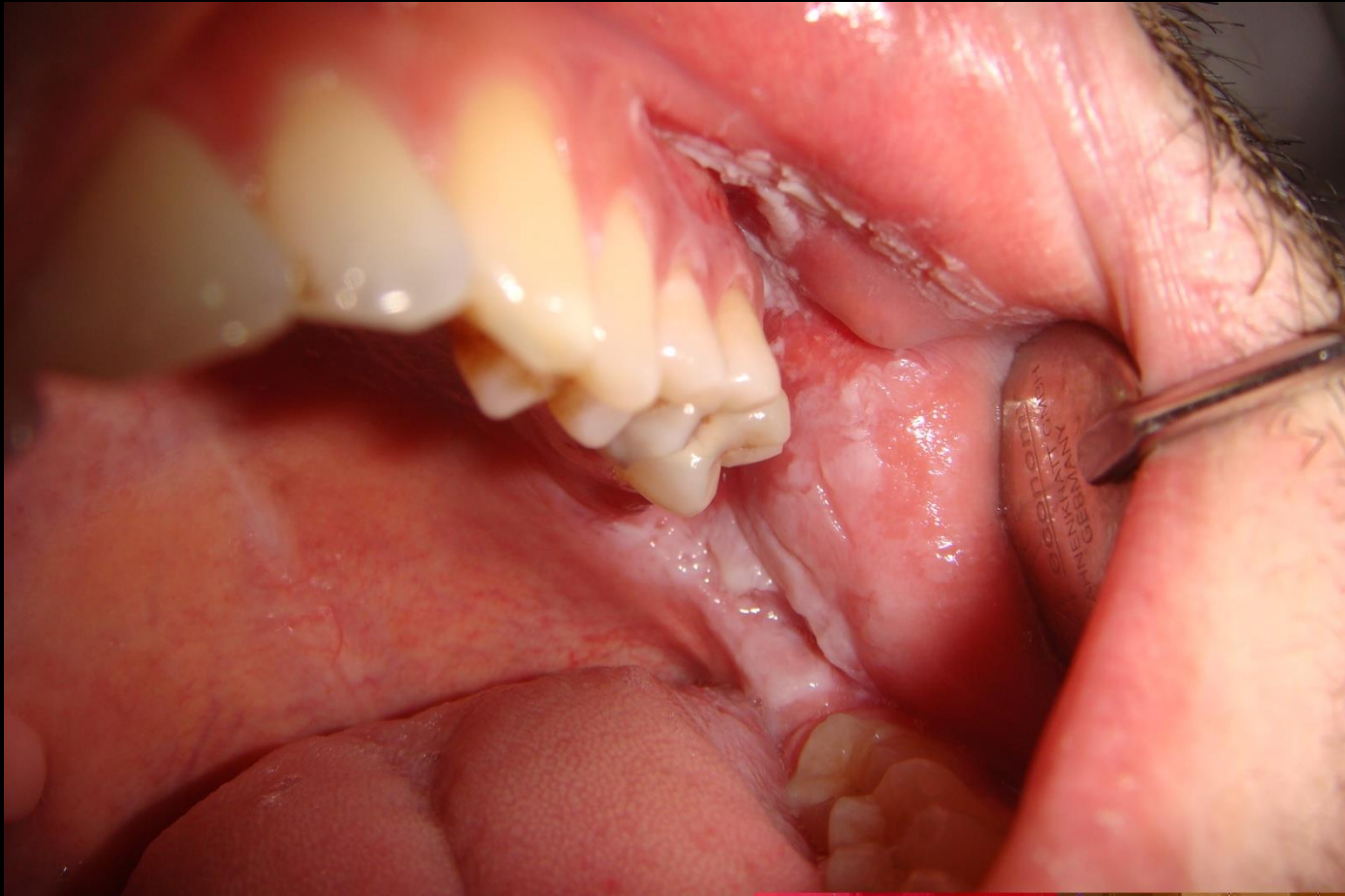
- Yiyeceğe alerji, **tip 1 ve tip 4 reaksiyonlar**da ortaya çıkabilir.
- Ciddi şişmeyle tip 1 reaksiyonlar, **fıstık ve bal kabağı çekirdeği** gibi yiyecek bileşenlerinin alınımından sonra tanımlanmıştır.
- **Huş ağacı polen alerjisi**, oral mukoza alerjisinin bazı tipleriyle ilişkilendirilmiştir ve oral alerjili hastaların %20'sinden fazlasında, **kivi, şeftali, kestane ve salama** karşı hipersensitivite olabilir.
- Gingivitis, gingivostomatitis veya plazma hücre gingivitisinde sonuçlanan diğer yiyecek alerjisi, **kırmızı biber**dir.
- Teşhis, lezyonlar alerjenin kaldırılmasından sonra iyileştiği gösterilmedikçe belirlenmesi zordur.

6- Travmatik lezyonlar

- Kimyasal
- Fiziksel
- Termal

Kimyasal Lezyonlar

- Toksik gingival reaksiyonlar, toksik ürünlerin yüzeyleri aşındırmasıyla görülen dokulardaki **eksternal toksik yaralanmalar sonucu** oluşur.
- Böyle reaksiyonların örnekleri, **klorheksidin**in neden olduğu mukozal deskuamasyon, **asetilsalisilik asit** yanığı, **kokain** yanığı ve **diş macunu** yüzünden pul pul dökülmesidir.
- Gingival dokuda diğer kimyasal yaralanma diş hekimleri tarafından **kostik ajan**ın düzgün kullanılmamasına bağlı oluşabilir.
- Pulpa mumyalama için kullanılan **paraformaldehit**, kavite kapanması yetersizse inflamasyona ve gingival dokuların nekrozuna neden olabilir.
- Genellikle, teşhis klinik bulgular ve hasta hikayesinde barizdir.





Mekanik Travma

- Gingival dokularda fiziksel yaralanmalar, **kazayla, iatrojenik ve yapay olaylar sonucunda** gerçekleşmektedir.
- Bunların dışında, **oral hijyen ajanları ve prosedürleri** de gingival doku yaralanmalarına neden olabilir.
- Yaralanmalar, yüseyel gingival laserasyondan dişeti çekilmesiyle sonuçlanan major doku kayıplarına kadar değişkenlik gösterebilir.
- **Diş macununun abrazyonu, sert fırçalama kuvveti ve horizontal diş fırçalama** genç bireylerde bile gingival yaralanmalara neden olabilir.

- karakteristik bulgular genelde; **iyi oral hijyen, servikal kök abrazyonu ve yaralanmanın bulunduğu taraftaki interdental papillerin uçlarında** bu etkilerin görülmesidir.
- Bu hastalık, travmatik ülseratif gingival lezyonlar olarak tanımlanmaktadır.
- Gingival ülserasyonların ve enflamasyonunun interdental papil tepesini etkilediği durumlar genellikle **diş ipi yaralanmalarında** gözükmemektedir.
- En önemli ayırıcı tanı nekrotizan gingivitis ile yapılmalıdır.

Termal Travma



- görülme sıklığı oldukça düşük olmasına rağmen, sıcak içeceklere bağlı gelişen minör yanıklarla daha sık karşılaşılmaktadır.
- Bu yanıklar daha çok palatal ve labial mukozada gözükmese de, ağız içerisinde dişetini ilgilendiren herhangi bir yerde de olabilir.
- Bu alan **kızarmıştır, ağrılıdır ve soyulan deri koagüledir.**
- Veziküller oluşmaktadır ve bazen lezyonda peteşiler ve erozyonlar gözükabilir.
- Doğru teşhisin koyulabilmesi için vakanın hikayesinin doğru olarak alınması son derece önemlidir.
- Bu travmaların en yaygın nedenleri, **sıcak kahve, pizza ve erimiş peynir olduğu gibi sıcak dental enstrümanlar, sıcak hidrokoloidal ölçü maddeleri, mum ve ker gibi materyaller** de bu tür yaralanmalara yol açar.

7- Yabancı cisim reaksiyonları

- Doku reaksiyonunun bir diğer tipi, yabancı maddelerin gingival bağ dokusuna girişine izin veren epitelyal ülserasyonlardır.
- Bu, abrazyon veya kesilmesiyle meydana gelebilir, bu tür doku yaralanmasına verilebilecek en iyi örnek **amalgam tatuajı**dır.

- Yabancı maddelerle ilişkili gingival enflamasyon yabancı cisim gingivitis olarak adlandırılır. Bu durum klinik olarak sıklıkla liken planusla karışabilen kırmızı veya kırmızı/beyaz ağrılı kronik lezyonlar olarak görünür.
- Yabancı cisim gingivitisine neden olan yabancı maddelerin çoğu **dental materyal orjinlidir ve genellikle de bunlar abrazivlerdir.**
- Böyle vakalarda inflamatuvar reaksiyonun alerjik reaksiyonla mı toksik nedenlemi olup olmadığı belirsizdir.

8- Tanımlanmamış