

ACİL PERİODONTAL TEDAVİ

Periodontal acil tedavi gerektirecek durumlar

- Akut gingival hastalıklar:
 1. Nekrotizan ülseratif gingivitis
 2. Akut(primer) herpetik gingivostomatit
 3. Akut perikoronit
- Periodontal apseler
- Akut-kombine endodontik-periodontal problemler
- Mobilitesi şiddetli, hastanın fonksiyonlarını engelleyen, ümitsiz dişlerin çekimi
- Kaza sonrası periodontal travmanın splintlenerek kontrol altına alınması

NUG

- Hastalığın kronik formu yok
- Şiddeti sıklıkla zamanla azalan subakut fazları meydana gelir dolayısıyla hastada *remisyonlar ve yinelemeler* vardır
- Kemik yıkımı varlığında NUP meydana gelir
- Hızlı başlar, bir hastalık veya akut solunum yolu enfeksiyonu sonrası başlar
- Yaşam tarzında değişiklikler, yorucu iş temposu, yetersiz beslenme, tütün kullanımı, stres

Oral bulgular

- İnterdental papil tepesinde zımba deliği, krater benzeri çöküntüler
-
- Nadiren yapışık dişeti ve oral mukozayı geçer
 - Krater yüzeyi gri, psödomembranla kaplı
 - Psödomembran lineer eritemle kalan gingival mukozadan ayrılır
 - Spontan veya uyarılmış kanama
 - Kötü koku, tükütük artışı
 - Hastalıklı olmayan ağızlarda veya kronik gingivitis veya periodontal cep üzerine yerleşebilir
 - Dişsiz ağızlarda nadir görülür

*NUP veya NUG periodontal cep formasyonuna neden olmaz. Çünkü nekrotik değişiklikler bağlantı epitelinde yok.

Oral Semptomlar

- Dokunmaya hassasiyet
- Acı, sıcak gıdalar ve çiğneme sırasında yayılan, *yanmalı ağrı*
- Metalik tat

Ekstraoral ve sistemik belirti ve semptomlar

- Lokal LAP ve ısı artışı
- Şiddetli vakalarda yüksek ateş, lökositoz, iştaha azalma, genel halsizlik
- Özellikle çocuklarda sistemik reaksiyonlar
- Uykusuzluk, kabızlık, GI rahatsızlıklar, baş ağrısı, depresyon
- Nadir vakalarda şiddetli sekeller; noma, gangrenöz stomatit gibi

Histopatoloji ve Teşhis

Histopatoloji

- Nonspesifik
- Çok katlı yassı epitel ve altındaki bağ dokuyu içeren, gingival marjinin akut nekrotizan enflamasyonu
- Epitelde; fibrin, nekrotik epitelyal hücreler, PMN_s ve m.o. olusan yapı (psödomembran)
- Bağdokuda; hiperemi, tıkalı kapiller, PMN_s, yüzey epiteli altında gözlenen lineer eritem şeklinde enflame sınır

Teşhis

- Smear veya mikroskopi diagnostik değil
- Bakteriyel inceleme; ***NUG - difteri karşılaştırılması gibi***
- Teşhis; ağrı, ülserasyon ve kanama ile

Ayırıcı Teşhis

NUG

- Nekrozitan
- Ağız kokusu var
- Spiroketler etken

NUG

- Marjinal dişeti etkilenir

Streptokokal gingivostomatit

- Dişetin yaygın eritemi
- Ağız kokusu yok
- Str. viridans etken(β hemolitik streptokok)

Vincent Angina

- Boğaz ve orofarinksde fusospiroket enfeksiyonu
- Psödomembranla kaplı ülserler

Ayırıcı Teşhis

NUG

- Nekroz
- Şiddetli enflamatuar reaksiyon
- PMN_s

Agranulositoz

- Nekroz
- Şiddetli enflamatuar reaksiyon yok
- PMN_s de azalma
- Boğaz ve diğer mukoz membranlar da etkilenir
- Kanser hastalarında kemoterapi sonrası veya lösemili hastalarda

Ayırıcı Teşhis

Lösemide görülen NUG;

- Azalan konak savunmasına bağlı
- Gingival marjinde nekrotizan içerikle beraber generalize yaygın yapışık dişetinde renk değişikliği ve ödem de var

HIV de görülen NUG;

- NUP a dönüşür
- Kemik yıkımı ve sekest var

Ayırıcı Teşhis

NUG

- Fusospiroketler
- Nekrotizan
- Gingival marjinde zımba deliği; psödomembran dökülünce açık yaralar
- Serbest dişetinde
- Çocuklarda nadir
- Süresi belirsiz
- İmmünite gösterilmemiş
- Bulaşıcı değil

Primer Herpetik Gingivostomatit

- Viral etiyoloji
- Diffüz eritem ve veziküler erupsiyon
- Veziküller ruptüre olur ülsere dönüşür
- Diffüz içerik bukkal mukoza ve dudakta
- Sıklıkla çocuklarda
- 7-10 gün sürer
- İmmünite derecesine göre akut episod
- Bulaşıcı

Ayırıcı Teşhis

NUG

- Fusospiroketal
- Marjinal dişeti
- akut
- Ağrılı
- Psödomembran
- Papiller ve marjinal dişetinde nekroz
- Nadiren çocukta sıklıkla erişkinde
- Kötü ağız kokusu

Desquamatif gingivitis

- Birçok bakteri ve epitelyal hücreler
- Diffüz etkilenme
- Kronik
- Ağrı var veya yok
- Gingival epitelin yamalı desquamasyonu
- Papiller nekroz yok
- Yetişkin kadın
- Kötü ağız kokusu yok

Kronik destrüktif periodontal hastalık

- Bakteriyel değişkenlik
- Marjinal dişeti
- Kronik
- Komplikasyon yoksa ağrı yok
- Desquamasyon yok
- cepten pü
- Papiller nekroz yok
- Yetişkin, nadiren çocuk
- Kötü olmayan ağız kokusu

Ayırıcı Teşhis

NUG

- Fusospiroketal
- Marjinal dişeti
- Psödomembran uzaklaştırılır
- Ağrılı
- Marjinal dişetinde sadece
- Seroloji normal
- İmmünite görülmez
- Bulaşıcı değil
- Antibiyotik tedavisi semptomları azaltır

Difteri

- Corynebacterium diphtheriae
- Nadiren marjinal dişetinde
- Psödomembran zor uzaklaştırılır
- Daha az ağrı
- Boğaz ve tonsiller
- Seroloji normal
- İmmünite görülür
- Bulaşıcı
- Antibiyotik tedavisi minimum etki gösterir

Sifiliz'in ikinci fazı , (müköz patch)

- Treponema Pallidum
- Nadiren marjinal dişetinde
- Membran ayrılmaz
- Minimal ağrı
- Ağızda herhangi bir yerde
- Seroloji anormal
- İmmünite görülmez
- Direkt kontakla bulaşır
- Antibiyotik tedavisi başarılı

Etiyoloji

1. Bakteri

- Plauts (1894), Vincent(1896); fusiform bacillus ve spiroketal organizma
- Rosebury ve ark; fusospiroketal kompleks
- Loesche ve ark; sabit flora (P. intermedia, fusobakterium, treponoma türleri) ve değişken flora (çeşitli bakteri türleri)

*Metranidazol ile tedavi; Treponoma, P. İntermedia, Fusobakterium türlerinde azalma ve klinik semptomlarda azalma sağlar. Spiroketlere ve P. intermedia' ya karşı artmış IgG ve IgM titreleri gösterilmiştir

2. Konak cevabın rolü

- Enfeksiyona dirençte azalma ve stres NUG ile ilişkilendirilmiş
- NUG deneysel olarak meydana getirilememiş
- Ancak immünsupresyonla denendiğinde meydana getirilebilmiş
- NUG' lu hastaların konak savunma mekanizmalarında bozulma göstermiş

* NUG' lu bireylerde immün yetmezliğe neden olan faktörlerin saptanması önemli

Etiyoloji

3. Lokal predispozan faktörler

- Mevcut gingivitis veya periodontal cep
- Dişetinde hasar
- Sigara (Pingborg NUG lu hastaların %98'inin sigara içtiğini rapor etmiş)

4. Sistemik predispozan faktörler

- Yetersiz beslenme (vitamin C ve B₂)
- Kronik uyku yetmezliği ile güçten düşme
- alkol, ilaç kullanımı
- Sistemik hastalıklar

5. Psikosomatik faktörler

- Stres
- Fizyolojik etkiler(adrenokortikal salgı artışı)
- Kişisel özellikler

*İmmünosupresyon gösteren bireylerde fırsatçı bakteriler NUG için temel etiyolojik ajanlardır.
Stres, sigara, mevcut gingivitis ise predispozan faktörlerdir

NUG TEDAVİSİ

Amaç;

1. Mikrobiyal yükü azaltıp nekrotik dokuları uzaklaştırmak
2. Mevcut hastalığı tedavi etmek
3. Ateş ve kırgınlık gibi generalize semptomları azaltmak
4. Gingival değişikliğe neden olabilecek sistemik durumların (AİDS gibi) tedavisi

Tedavide İlk Seans

- Anamnez alınır
- Hasta muayenesi
- Oral muayene
- Mikrobiyal yükü azaltıp, nekrotik dokular uzaklaştırılır
 - Akut alanlar pamuk peletlerle izole edilip kurutulur
 - Topikal anestezi yapılır
 - Nemli pamuk peletlerle psödomembran ve artıklar uzaklaştırılır
 - Ilık su ile ağız yıkanır
 - Yüzeysel diştaşı temizliği yapılır
- Bu aşamada subgingival debridman, diş çekimi, cerrahi işlem yapılmaz.4 haftalık semptomsuz dönemden sonra yapılabilir
- Sistemik komplikasyon yoksa; antibiyotik tedavisi tavsiye edilmez
- Şiddetli LAP varlığında sistemik antibiyotik verilir
 - Amoksisilin (500 mg, 4x1, 10 gün)
 - Eritromisin (500 mg, 4x1, 10 gün)
 - Metronidazol (500 mg, 2x1, 7gün)

Tedavide İlk Seans

İlk seans sonrası hastaya verilecek tavsiyeler;

- Sigara, alkol kullanma
- %3'lük hidrojenperoksit ve ılık su ile 2 saatte bir gargara veya %0,12'lik klorheksidin ile gargara
- Yumuşak diş fırçası ve klorheksidin gargaralar
- NSAİİ(ibuprofen) ağrıyı azaltır
- Ateş, halsizlik, anoreksia, bitkinlik durumunda antibiyotik verilir
- Hastaya dinlenmesi, bol su içmesi, ağrı için analjezik kullanması tekrar hatırlatılır

* Tek başına antibiyotik verilmesi semptomların tekrar ortaya çıkmasına neden olur

NUG Tedavisi

2. SEANS

- İlk seanstan 1-2 gün sonra hasta tekrar çağırılır
- Scaling, kalkulus uzaklaştırılması işlemleri yapılır
- Tavsiyeler tekrarlanır
- İlk seansta gözlenen psödomembranlar ortadan kalkmıştır

3. SEANS

- Semptomlar ortadan kalkmış olur
- Hafif eritem devam edebilir
- Hidrojenperoksit gargara kesilir, klorheksidin gargaraya 2-3 hafta daha devam eder
- Gerekli ise SRP yapılır
- Sonraki randevular planlanır
- 1 ay sonra hasta tekrar değerlendirilir

NUG veya NUP'un Tekrarlama Nedenleri

1. NUG a benzer başka hastalıkların varlığı
2. İmmüsupresyona neden olan sistemik hastalıklar
3. Yetersiz tedavi
4. Zayıf plak kontrolü
5. Sigara, stres, malnutrisyon

Primer Herpetik Gingivostomatit

- Etken HSV-1
- 0-6 yaş arasında, ayrıca adölozan ve erişkinlerde de görülebilir
- Çoğu bireyde primer enfeksiyon asemptomatiktir
- Latent enfeksiyon yapar
- Güneş ışığı, travma, stres, ateşle gibi etkenlerle sekonder görünümler

Klinik Görünüm

- Diffüz, eritematoz, parlak, ödemli, kanamalı dişeti
- Başlangıç fazında; birbirinden ayrı, yuvarlak, gri veziküller
 - Dişeti, bukkal mukoza, yumuşak damak, farinks, dil, sublingual mukoza etkilenir
- 24 saat sonra; veziküller rüptüre olur, ülserler meydana gelir
 - Ülserler, kırmızı kenarlı, sarı veya grimsi-beyaz merkezlidir
 - Tek tek kalır veya birleşirler
 - 7-10 gün sonra skar bırakmadan iyileşir
- Ödem ve eritem ülserler iyileştikten sonra birkaç gün daha kalabilir

Oral semptom; ağrı

Primer Herpetik Gingivostomatit

Ekstraoral, sistemik bulgular;

- LAP, ateş, halsizlik
- Primer herpetik gingivostomatit; HSV ile akut enfeksiyonun sonucudur

Histopatoloji ve Teşhis

Histopatolojisi;

- Tzanck hücreleri vardır
- Enfekte hücreler birleşerek multinükleer dev hücreleri meydana getirir
- İnterselüler ödem; intraepitelyal veziküller meydana gelmesine neden olur
- Veziküllerin rüptüre olmasıyla meydana gelen ülserasyonların; merkezinde akut enflamasyon alanı vardır. Tıkalı kan damarları ile çevrili pürülan eksuda gözlenir

Teşhis;

- Kültür, immünolojik testler,
- Antiviral tedavi hemen başlanmalı

Ayırıcı Teşhis ve Bulaşıcılık

- Rekürrent aftöz stomatit; diffüz eritem yok, sistemik semptom yok, ağrılı mukozal ülserasyon hikayesi her ikisinde de var
- Eritema multiforme, bülloz liken planus, desquamatif gingivitis

Bulaşıcılık;

- Bulaşıcı bir hastalık
- Akut herpetik gingivostomatit; infant ve çocuklarda sık
- Yetişkinler HSV'ye karşı bağışıklık kazanırlar

Primer Herpetik Gingivostomatit Tedavisi

- 3 gün içinde *asiklovir* (15 mg/kg, 5X1, 7 gün) başlanırsa etkili
- 3 günden sonra teşhis edilen primer herpetik gingivostomatitte palyatif tedavi uygulanır
 - NSAİD(ibuprofen), plak temizliği, besin desteği, topikal analjezikler
- Periodontal tedavi semptomlar geçene kadar ertelenir
- 2 hafta içinde durum düzelmezse konsültasyon istenmeli
- İmmünsupresif bireylerde; fırsatçı enfeksiyonları önlemek için antibiyotik verilebilir
- Veziküllerin olduğu fazda bulaşıcıdır

Apse

Periodontal apse;

- Orta, derin cep varlığında; sıklıkla mevcut cebin akut alevlenmesi ile meydana gelir

Nedenleri;

- Yetersiz diştaşı temizliği(cep ağzının tıkanması)
- Periodontal cerrahi sonrası
- Sistemik antibiyotik kullanımını sonrası
- Tekrarlayan hastalık sonucu
- Diş perforasyonu veya kırık sonrası
- Zayıf kontrollü diabet(predispozan faktör)

Gingival apse;

- Plak enfeksiyonu, travma, yabancı cisim batması ile

Perikoronar apse;

Kısmen gömülü diş üzerindeki kapşonun enflamasyonu

Akut periodontal apse

- Hafif- şiddetli rahatsızlık(ağrı)
- Lokalize, kırmızı oval şişlik
- Periodontal cep
- Mobilite
- Sokette dişin yükselmesi
- Perküsyona hassasiyet
- Eksudasyon
- Ateş
- LAP

Kronik periodontal apse

- Ağrı yok veya az ağrı
- Lokalize enflamatuvar lezyon
- Derin ceple ilişkili fistül ağzı
- Hafif dişin yükselmesi
- Aralıklı olarak eksudasyon
- Sistemik etkilenme yok

Periodontal apse tedavi seçenekleri

1. Cep girişinden veya insizyonla drenaj
2. SRP
3. Periodontal cerrahi
4. Sistemik antibiyotik kullanımı
5. Diş çekimi

Akut Apse Tedavisi

- Akut apse küçükse cep ağzından drenaj
- Akut apse çok büyükse; SRP ve cerrahi işlemler majör klinik semptomlar geçene kadar ertelenir
- Kısa dönem yüksek doz antibiyotik tedavisi(amoksisilin 500mg 3X1)
- Takibinde drenaj ve subgingival debridman yapılır
- Drenaj ya cep ağzından yapılır ya da eksternal drenaj
- Kanama ve süpürasyon bittikten sonra post-tedavi önerileri verilir

Akut Apse Tedavisi

- Akut apse genişse, ateş, LAP gibi sistemik semptomlar varsa kullanılacak antibiyotikler;

- Amoksisilin; 500 mg
 - 1 gr yükleme dozu, ardından 3 gün 500 mg 3X1
- Klindamisin; 300 mg
 - 600 mg yükleme dozu, ardından 3 gün 300 mg 4X1
- Azitromisin; 500 mg
 - 1 gr yükleme dozu, ardından 3 gün 500 mg 4x1

Akut apse için antibiyotik endikasyonları

- Selülit varlığı
- Derin ulaşılamayan cep
- Ateş
- LAP
- İmmünsupresif bireyler

Kronik Apse Tedavisi

- SRP veya cerrahi tedavi
- Ulaşılamayan derin cep varlığında antibiyotik tedavisi gerekli olabilir

Gingival Apse Tedavisi

- SRP
- Akut durumda fluktan alan insize edilebilir
- Yabancı cisim varsa çıkarılır
- Alan ılık su ile yıkanır, gazlı bez ile basınç uygulanır
- Kanama duruncaya kadar basınç devam edilir

Perikoronar Apse

- Akut, subakut veya kronik formda olabilir
- Kron ve üzerindeki gingival flep (operkulum) arası boşluğun gıda artığı veya bakteri nedeniyle büyümesiyle meydana gelir
- Akut enflamatuar içerik; travma, flep altına gıda sıkışması gibi nedenlerle ilişkili alevlenebilir
- Kırmızı, şiş, süpürasyonlu lezyondur
- Kulak, boğaz, ağız tabanına yayılan ağrı
- Pas tadı
- Çeneleri kapamada zorluk
- Yanakta şişlik
- Trismus
- Ateş, lökositöz, halsizlik

Komplikasyonları

- ıĖnemedede gclk
- LAP
- Peritonsiller apse formasyonu
- Sellit
- Ludwin's angina

Perikoronar apse tedavisi

- Kapşon periodontal kürele kürete edilir
- Debrisler uzaklaştırılır
- Steril salin ile irrigasyon
- Şişlik, ateş, LAP varsa sistemik antibiyotik tedavisi
- Hastaya öneri olarak; 2 saatte bir ılık tuzlu su ile gargara
- Akut durum geçtikten sonra; operkulektomi veya çekim

TEŞEKKÜRLER.....