**YAKINDOĞU ÜNİVERSİTESİ**

 **DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

Prof.Dr.Atilla BERBEROĞLU

**AKUT PERİODONTAL HASTALIKLARIN TEDAVİSİ**

**ANUG**

ANUG tedavisinde öncelikle akut semptomların giderilmesi daha sonra mevcut kronik hastalığın tedavi edilmesi gerekir. Nekrotizan ülseratif gingivitis (NUG), potansiyel patojen mikrofloraya karşı konak yanıtında bir eksiklik sonucu ortaya çıkar bazen alttaki kronik hastalığın üzerinde gelişebilir. NUG tedavisinde genel hedefler;

1- Akut şikayetlerin giderilmesi, kronik dişeti hastalığının tedavisi

2- Ateş, halsizlik gibi sistemik şikayetlerin giderilmesi

3- Dişeti değişikliklerinin başlamasına ve ilerlemesine neden olan sistemik durumun düzeltilmesi.

**Tedavide izlenecek yol;**

**1. Seans.** Hastanın anamnezi alınıp; mevcut hastalıklar, stres, yaşam koşulları ile ilgili bilgiler edinilir. Genel görünüm, beslenme alışkanlıkları, vücut ısısı değerlendirilir. Akut hastalığın hikayesi, başlangıcı, süresi öğrenilir. Bir rekkürens mi söz konusudur? Daha önce aynı sorun nedeniyle bir tedavi görmüş müdür, zamanı ve süresi? Hastalığın menstrüasyon, mental stres, yorgunluk ve özel beslenme dönemleri ile ilgili olup olmadığı araştırılır. Hastanın genel görünümü nasıl, halitozis ve deri lezyonları var mı? Ateşi ölçülür lenf nodları palpe edilir ve ağız içi muayene yapılır. Ağız içi muayenede, ağız hijyeni, lokal irritanlar, periodontal cepler, perikoronal kapüşon problemleri değerlendirilir.

(1) Akut tablonun düzeltilebilmesi için mikrobiyal yükün azaltılması ve nekrotik dokuların temizlenmesi, (2) altta yatan kronik bir problem varsa tedavisi, (3) Ateş ve halsizlik gibi sistemik sorunlar varsa bunlara yönelik tedavi, (4) tabloyu etkileyip sorunu tetikleyen sistemik durumların düzeltilmesi gerekir.

İlk muayene sırasında hastanın şiddetli ağrısı vardır. Ilık su ile ağız çalkalatılır, %3 lük hidrojen peroksitli pamuk peletlerle dişetine atışman yapılır (Hidrojen peroksit emdirilmiş pamuk veya spanç ile dişetine hafifçe dokunmalar). Böylece pseudomembranlar ve yüzeyel eklentiler uzaklaştırılır. Bu sırada bakteri yayılımını önlemek için aynı pamuk veya spancın kullanılmaması, sürekli olarak yenileriyle değiştirilmesi gerekir. Hastanın izin verdiği ölçüde yüzeyel diştaşları alınır. Subgingival küretaj bu seansta kontrendikedir. Bu işlem enfeksiyonun derin dokulara yayılmasını sağlayabilir.

Lenfadenopatisi varsa uygun antibiyotik verilir (Birinci tercih aneorop mikroorganizmalara etkili olduğundan Metronidazol 500 mg 3X1). Sistemik sorunları olmayan hastaya antibiyotik önerilmez. Şiddetli ağrısı varsa ve ağrı kesiciler verilebilir. Tek başına kullanıldığında hiç bir ilaç tedaviyi tam olarak gerçekleştirmez lokal uygulamalar ve mekanik tedavi mutlaka gereklidir. Hastaya durumuna göre 1-3 gün sonra gelmesi söylenerek şu önerilerde bulunulur:

• Sigara, alkol, baharat kısıtlanır

• %3 lük hidrojen peroksit üç kat (1/3) sulandırılır ve bununla her 2 saatte bir ağzını çalkalaması önerilir.

• Normal aktivitelerini sürdürmesi, ancak tenis, yüzme gibi aşırı yorgunluğa neden olabilecek sporlardan ve güneş banyosundan kaçınması gerektiği belirtilir, istirahat tavsiye edilir.

• Dikkatlice ve sadece yüzeysel eklentilere yönelik olarak dişlerini fırçalamayı sürdürmesi ve fırçasını çok yumuşak bir fırça ile değiştirmesi söylenir.

• Analjezik olarak nonsteroidal antiinflamatuvarlar önerilebilir.

• Ateşi yüksekse veya lenfadaonopatisi varsa hastaya sistemik antibiyotik tedavisi verilebilir.

**2. seans.** Genellikle artık akut şikayetler kalmaz, hasta rahatlamıştır. Gingival marjin hala hiperemik olabilir ancak pseudo membranlar kaybolmuştur. Mevcut diştaşlarının tamamı mümkünse nazikçe temizlenip detartraj işlemi bitirilir. Hastaya ilk seanstaki öneriler tekrarlanır. 1-2 gün sonrası için tekrar randevu verilir.

**3. seans.** Genellikle hastada semptom kalmamıştır. İlgili alan hala eritemli dişeti dokunmaya hassas olabilir. Daha derin diştaşı temizliği, kök düzeltmesi, polisaj yapılabilir. Taşkın doku vb. varsa düzeltilir. Ağız hijyeni önerileri tekrarlanır. Hastaya yumuşak yeni bir fırça önerilerek, eski fırçasını mikrop taşıyabileceği için atması önerilir. 2-3 hafta sonrası için tekrar randevu verilir.

Hasta tekrar geldiğinde ilgili bölge tekrar değerlendirilir, hastanın ağız hijyeni kontrol edilir. Hastalığın dişetinde oluşturduğu kontur bozukluğu gingivoplasti ile düzeltilir veya hastalığın oluşturduğu yıkım derecesine göre uygun periodontal cerrahi tedavi uygulanır.

Periodontal cerrahi veya diş çekimi gerekiyorsa NUG belirtilerinin geçmesinden itibaren 4 hafta sonraya ertelenmelidir. Akut semptomlar mevcutken acil cerrahi işlem gerekiyorsa sistemik antibiyotik profilaksisi eşliğinde işlem yapılmalıdır.

NUG tedavisinde destekleyici olarak hastaya sıvı alması ve mevcut ağrının giderilmesi için analjezik de önerilebilir. Analjezik seçiminde nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar tercih edilir. Yüksek ateş, halsizlik, iştahsızlık varsa yatak istirahatı gerekebilir. Tedaviyi desteklemek için B ve C vitamini içeren preparatlar verilebilir.

Şiddetli gingival nekroz görülen olgularda bile birkaç hafta veya ay sonrasında dişeti konturu kendiliğinden düzelebilmektedir. İnterdental alanda kemik kaybı oluşmuşsa veya hastalık sonucu papil tümüyle kaybedilmişse gingival marjin içbükey bir düzlük haline gelip plak birikimini kolaylaştırır. Bu durum gingivoplasti ve gerekli diğer estetik periodontal cerrahi işlemleri ile düzeltilmelidir.

**PERİKORONİTİS**

Perikoronitisin tedavisi iltihabın şiddetine, sistemik komplikasyonların varlığına ve ilgili dişin ağızda kalması gerekliliğine göre yapılır. Tüm perikoronal kapüşonlar dikkatle gözlenmelidir. Şikayeti olmayan hastalarda bile ileride akut tablo oluşturabileceği nedeni ile perikoronitis tedavi edilmelidir. Tedavi aşamaları.

1- Yiyecek birikintilerinin ve eksudanın temizlenebilmesi için bölgenin ılık su ile yıkanması,

2- Kapüşon dikkatlice kaldırılarak bölgenin antiseptikle temizlenmesi, alttaki eklentilerin de temizlenerek alanın ılık su ile yıkanması. Şiddetli vakalarda antibiyotik önerilebilir. Eğer kapüşonun boyutu artmışsa ve fluktan ise anterio-posterior insizyon ile drenaj sağlanabilir. Akut semptomlar elimine edildikten sonra dişin ağızda kalıp kalmaması konusunda karar verilir. Dişin ağızda kalması gerekiyorsa, perikoronal kapüşon cerrahi yoldan elimine edilir. Bu durumda hem distal hem de oklüzal yöndeki kapüşonun elimine edilmesine özen gösterilir. Sadece oklüzal kısımdaki bölümün eliminasyonu distalde derin bir cebin bırakılmasına ve akut perikoronal olayın tekrarına yol açar. Doku elimine edildikten sonra bölgeye periodontal pat uygulanabilir ve 1 hafta sonra alınır.

Kronik olarak iltihaplı perikoronitisler ANUG için muhtemel bölgeler oluşturabilirler. Tedavi ağzın diğer bölgelerindeki ANUG tedavisi ile aynıdır. Akut semptomlar geçtikten sonra kapüşon elimine edilir. Perikoronal kapüşonlar ANUG için “primer inkübasyon zonları” olarak bilinir ve bunların eliminasyonu hastalığın tekrar etmemesi için alınan önemli önlemlerden birisidir.

Komplikasyonlar: Perikoronitisde olay perikoronal apse olarak lokalize olabilir. Etkilenim orofaringeal bölge veya dil tabanına doğru yayılarak hastanın yutkunmasını zorlaştırabilir. Enfeksiyonun yayılımına ve şiddetine göre submaksillar, posterior servikal, retrofaringeal lenf nodları da etkilenebilir. Peritonsiller apse, Ludwig anjini gibi nadir komplikasyonlar da olabilir.

**AKUT HERPETİK GİNGİVOSTOMATİT**

Primer herpetik gingivostomatit çoğunlukla çocuklarda görülür. Genellikle 7-10 günlük bir sürede skar bırakmadan iyileşir. Tedavi, lezyonlar geçinceye kadar hastayı rahatlatıcı ve bu süreyi sorunsuz geçirmesi yönünde olmalıdır. Plak, yiyecek artıkları ve yüzeyel diştaşları temizlenerek akut herpetik gingivostomatit üzerine komplike gingival inflamasyonların ortaya çıkması engellenmeye çalışılır. Daha kapsamlı periodontal tedavi akut belirtiler geçinceye kadar ertelenmelidir. Dişhekiminin parmağında oluşan herpetik lezyon “herpetic whitlow” (herpetik dolama) adını alır. Hekimde yapılacak serolojik incelemelerin negatif çıkması enfeksiyonu hastadan kaptığını gösterir.

Primer herpetik gingivostomatit ortaya çıkmasından itibaren üç gün içerisinde tanısı konulmuşsa 15 mg/kg 5X1 yedi gün boyunca asiklovir (acyclovir) tedavisi yararlı olabilir. Üç günü geçen olgularda bir faydası olmaz. Palyatif tedavi uygulanabilir. Ağrının şiddeti hastanın rahat yiyip içmesini engelliyorsa topikal anestetik içeren ağız gargaraları (lidokain hidrokloridin vizköz solusyonu) yardımcı olabilir. Her yemek öncesi hasta ağzına bu solüsyondan bir yemek kaşığı alıp, tükürmelidir. Tedavide destekleyici olarak bol sıvı alımı ve sistemik antibiyotik önerilebilir. Ağrının azaltılması için sistemik olarak ağrı kesici de verilebilir.

Akut şikayetle gelen hastalarda ağrı önemli bir semptomdur. Bu yüzden derhal tedavi edilmeleri gerekir. Nekrotizan gingivitis kök düzeltmesi, oral hijyen eğitimi, ve oral antimikrobiyal gargaralarla tedavi edilebilir. Sistemik antibiyotik yalnız lenfadenopati veya dişetini aşan bir yayılım varsa ya da HIV pozitif gibi bağışıklık sistemini etkileyen bir hastalık tanısı almış kişilerde önerilir.

Doğru olarak herpetik gingivostomatit  tanısı konmuş hastalara antibiyotik gerekmez. Asiklovir gibi antiviral ajanlar topikal olarak veya şiddetli olgularda sistemik olarak kullanılmalıdır. Bulaşma açısından bu tür lezyonları olan hastaların diğer insanlarla yakın teması engellenmelidir.

İki hafta içinde tedaviye yanıt vermeyen akut gingival lezyonlarda tanıyı doğrulamak için sağlamak için biyopsi alınmalıdır.

*Bağışıklık.* Pek çok birey çocuklukta çoğunlukla subklinik olarak geçirdiği HSV enfeksiyonuna karşı bağışıklık geliştirir. Bu nedenle akut herpetik gingivostomatit genellikle bebek ve çocuklarda görülür. Rekürrent herpetik gingivostomatit rapor edilmiş olmasına rağmen bu durum genellikle immüniteyi etkileyen sistemik hastalıklarla birlikte ortaya çıkar. Deride görülen herpetik lezyonlar ise, örneğin; herpes labialis tekrarlar.

**AKUT STREPTOKOKAL GİNGİVİTİS**

Akut streptokokal gingivitis tedavisi semptomatiktir. Ağız hijyeninin düzeltilmesi gerekir. Gargaralar önerilebilir. Ateş ve nabız artışı varsa sistemik antibiyotik verilir. Hastalığın akut safhası geçtikten sonra varsa diştaşı ve bakteriyel plak eliminasyonu yapılır.

**PERİODONTAL APSE**

Akut periodontal apsenin tedavisinde amaç; ağrıyı azaltmak, enfeksiyonun yayılımını önlemek ve drenajı sağlamaktır. Sebep anlaşıldıktan sonra hastanın sistemik durumu değerlendirilir. Drenaj cep yolu ile veya eksternal insizyon ile sağlanabilir. Genellikle cep içerisinden drenaj tercih edilir.

***Cep yolu ile drenaj***. Lokal anestezi sonrası sond ile cep içerisine girilerek alete cep duvarını dişten uzaklaştıracak yönde hareket verilir. Küçük bir küret ile dikkatlice doku penetrasyonu sağlanır ve drenaj gerçekleştirilir. Bu yolla drenaj kolayca sağlanamıyorsa veya apse dişeti yüzeyinden sivrilmişse eksternal insizyon endikedir.

***Eksternal insizyon ile drenaj****.* Apse spançlarla izole edilerek antiseptik solüsyonlar ile temizlenir ve lokal anestezi uygulanır. Anestezi sonrası 2-3 dakika beklenir, palpasyon ile apsenin en fluktan bölgesi saptanır. Bu bölgede 12 numaralı bisturi ile gingival marjinin apikalinden mukogingival birleşime doğru vertikal insizyon yapılır. Eğer lezyon lingualde ise insizyon lezyonun hemen apikalinden başlar ve gingival marjine uzanır. Bisturinin fibröz dokuyu penentre ederek apse boşluğuna ulaştığından emin olunmalıdır. İltihabi sıvı ve kan akımının sağlanmasından sonra bölge ılık su ile irrige edilir ve drenajı kolaylaştırmak için insizyon dikkatlice genişletilir.

Eğer diş uzamışsa antagonist diş ile kontağı önlemek için aşındırma yapılır. Rahatsız edici teması önlemek için karşıt dişten aşındırma da tercih edilebilir. Drenaj sona erdikten sonra bölge kurutulur ve antiseptik ile temizlenir. Sistemik komplikasyon yoksa ılık tuzlu su ile ağzını çalkalaması ve ertesi gün gelmesi önerilir. Hastanın ateşi varsa gargaraya ek olarak sistemik antibiyotik de önerilir. Ayrıca fazla yorulmaması ve sıvı diyet de uygun olabilir. Ağrı için analjezik verilir.

Ertesi gün apse kitlesi genellikle azalmış veya kaybolmuştur. Semptomlar ise hafiflemiştir. Semptomlar devam ediyorsa aynı önerilere devam etmesi söylenir ve tamamen geçtiğinde kronik periodontal apse tedavisi uygulanır.

**Periodontal-Periapikal Apse.** Periodontal ve periapikal apsenin ayırıcı tanısına yardımcı olabilecek ölçütler şunlardır:

\*Diş devital ise lezyon muhtemelen periapikaldir. Bununla birlikte, daha önce devital hale gelmiş bir dişte sonradan derin periodontal cep eşliğinde periodontal apse gelişebilir. Derin periodontal cep apikal yönde ilerleyebilir ve pulpayı etkileyerek nekroza neden olabilir.

\* Lezyona gingival marjinden sontlama ile ulaşılabiliyorsa ve apeks ile kökün yan yüzeyi tek bir lezyondan etkilenmişse lezyonun periodontal apseden kaynaklandığı düşünülür. Buna karşılık, apikal apse kökün yan yüzeyi boyunca gingival marjin yönünde ilerleyebilir.

\*Periodontal ve periapikal apsenin ayırıcı tanısında radyografik bulgular bazen yardımcı olabilir. Her iki apsede de erken dönemde radyografik değişiklik yoktur. Eğer radyolusent alan kökün yan yüzeyinde ise periodontal apse, apikalde ise periapikal apse düşünülmelidir. Bununla birlikte, erken dönemde ve radyografik bulgu vermeyen periodontal apse semptomları daha önceden radyografik olarak periapikal lezyonu olan dişlerde de ortaya çıkabilir. Bu durumda doğru tanı için ilgili dişte çürük mevcudiyeti, cep oluşumu, dişin devital olması ve gingival marjin-apse alanının bağlantısı gibi klinik bulgular radyografik bulgulardan daha güvenilirdir.

\*Kökün yan yüzeyindeki bir sinüs açılımı periodontal apse tanısını akla getirir. Apikal lezyonda apse açılımı daha apikalde lokalize olur. Bununla birlikte özellikle çocuklarda periapikal lezyon fistül açılımı apeks alanında değil, kök yan yüzeyine doğru olabilir.

**GİNGİVAL APSE**

Destek periodontal dokuları ilgilendiren periodontal apsenin aksine gingival apse marjinal veya interdental dişetini ilgilendiren bir lezyondur ve genellikle yabancı cisim invazyonu sonucunda oluşur. Tedavisinde; lokal anestezi uygulandıktan sonra bisturi ile insizyon yapılır ve drenajın sağlanması için insizyon dikkatlice genişletilir. Bölge ılık su ile temizlenir, spanç ile kapatılır, kanama durduktan sonra her iki saatte ılık su gargarası yapması önerilerek ertesi gün tekrar gelmesi söylenir. Ertesi gün semptomlar azalmıştır, lokal anestezi eşliğinde alan temizlenir.