

PERİODONTAL HASTALIKLARIN

SINIFLAMASI

Ahmet EFEOĞLU

Periodontal dokuları ilgilendiren hastalık şu ana başlıklar altında toplanabilir:

1. Dişeti Hastalıkları
2. Kronik Peridontitis
3. Agresif Periodontitis
4. Sistemik Hastalıklarla Birlikteki Periodontitis
5. Nekrotizan Periodontal Hastalıklar
6. Apseler
7. Endodontik Lezyonlarla Birlikteki Periodontitis
8. Gelişimsel veya Kazanılmış Deformite ve Durumlar

1. DİŞETİ HASTALIKLARI

1.1. PLAĞA BAĞLI DİŞETİ HASTALIKLARI

1.1.1. Yalnızca plağa bağlı gingivitisler

- Dişeti kenarında plak vardır.
- Hastalık dişeti kenarından başlar.
- Dişeti renk ve şeklinde değişim vardır.
- DOS akışı artmıştır.
- Uyarı ile kanama vardır.
- *Ataşman ve kemik kaybı yoktur.

Bu gruptaki gingivitislerde mikrobiyal dental plağın yanısıra yerel hazırlayıcı etkenler de mevcut olabilir.

1.1.2. Sistemik faktörlerle modifiye edilen gingivitisler

Bu grupta mevcut gingivitisin sistemik faktörlerle modifiye edilmesi (şiddetinin arttırılması) söz konusudur.

Sistemik faktörlerin mikrobiyal dental plak olmadan gingivitis oluşturması söz konusu değildir.

Mikrobiyal dental plağın kontrol altına alınması iltihabın azalmasını sağlar.

Sistemik faktörlerin ortadan kalkması ile gingival durum eski haline döner.

1.1.2.1. Hormonal durumla ilgili olanlar

Bireyin hormonal seviyelerindeki fizyolojik veya patolojik değişiklikler dokunun mikrobiyal dental plağa yanıtını değiştirir.

1.1.2.1.1. Puberte Gingivitisi

- Dişeti kenarında plak vardır.
- Dişetinde belirgin iltihap vardır.
- DOS akışı artmıştır.
- Uyarı ile kanama vardır.
- Ataşman ve kemik kaybı yoktur.

1.1.2.1.2. Menstruasyon dönemi ile birlikteki Gingivitis

- Dişeti kenarında plak vardır.
- Ovulasyondan önce iltihap vardır.
- Luteinizing Hormon > 25 mIU/ml ve/veya estradiol hormon > 200 pg/ml seviyesindedir.
- Ovulasyon sırasında iltihaplı dişetinde DOS akışında en az %20 artış vardır.
- Ataşman ve kemik kaybı yoktur.

1.1.2.1.3. Gebelik

1.1.2.1.3.1. Gebelik ile birlikteki Gingivitis

- Dişeti kenarında plak vardır.
- Dişetinde belirgin iltihap vardır.
- Gebeliğin 2. veya 3. üç ayda daha sık görülür.
- Dişeti renk ve şeklinde değişim vardır.
- DOS akışı artmıştır.
- Uyarı ile kanama vardır.
- Ataşman ve kemik kaybı yoktur.

1.1.2.1.3.2. Gebelik ile birlikteki Piyojenik Granuloma

- Dişeti kenarında plak vardır.
- Dişetinde belirgin iltihap vardır.
- Hamileliğin herhangi bir döneminde görülebilir.

- Üst çenede daha sık görülür.
- İnterproksimal bölgelerde daha sık görülür.
- Saplı veya sapsız büyümelerdir.
- Bir neoplazma değildir.

1.1.2.1.4. Diabetes-mellitus ile birlikteki Gingivitis

- Dişeti kenarında plak vardır.
- Dişetinde belirgin iltihap vardır.
- Dişeti renk ve şeklinde değişim vardır.
- DOS akışı artmıştır.
- Uyarı ile kanama vardır.
- En sık kontrolsüz Tip I diabetes mellituslu çocuklarda görülür.
- Ataşman ve kemik kaybı yoktur.

1.1.2.2. Kan hastalıkları ile ilgili olanlar

1.1.2.2.1. Lösemi ile birlikteki gingivitis

- Oral lezyonların oluşumu için plak şart değildir.
- Dişeti lezyonları akut lösemilerde görülür.
- Dişeti renk ve şeklinde değişim vardır.
- Büyüme interdental papilde başlar.
- Uyarı ile kanama vardır.
- Ataşman ve kemik kaybı yoktur.

1.1.3. İlaçlarla modifiye edilen gingivitisler

1.1.3.1. İlaça bağlı dişeti hastalıkları

1.1.3.1.1. İlaça bağlı dişeti büyümeleri

Fenitoin, Siklosporin A ve Klasiyum kanal blokerleri dişetinde büyümeye neden olabilirler.

Büyümenin miktarı bireyden bireye ve aynı bireyde bölgeden bölgeye değişiklik gösterir.

- Ön bölgede daha sık görülür.
- Çocuklarda daha sık görülür.
- Üç ay içinde başlar.
- Dişeti renk ve şeklinde değişiklik vardır.
- Büyüme interdental papilde başlar.
- DOS akışı artmıştır.

- Uyarı ile kanama vardır.

1.1.3.1.2. İlaça bağlı gingivitisler

1.1.3.1.2.1. Oral kontraseptiflerle birlikteki gingivitis

- Dişeti kenarında plak vardır.
- Dişetinde belirgin iltihap vardır.
- Dişeti renk ve şeklinde değişim vardır.
- DOS akışı artmıştır.
- Uyarı ile kanama vardır.

1.1.4. Yanlış beslenme ile modifiye edilen gingivitisler

1.1.4.1. Askorbik asit eksikliği

1.2. PLAĞA BAĞLI OLMAYAN DİŞETİ HASTALIKLARI

1.2.1. Bakteriyel kaynaklı dişeti Hastalıkları

1.2.1.1. Neisseria gonorrhoea ile birlikteki lezyonlar

1.2.1.2. Treponema pallidum ile birlikteki lezyonlar

1.2.1.3. Streptokoklar ile birlikteki lezyonlar

1.2.2. Viral kaynaklı dişeti Hastalıkları

1.2.2.1. Herpesvirus infeksiyonları

1.2.2.1.1. Primer herpetik gingivostomatitis

1.2.2.1.2. Rekürrent oral herpes

1.2.2.1.3. Varicella-zoster infeksiyonları

1.2.3. Fungal kaynaklı dişeti Hastalıkları

1.2.3.1. Candida infeksiyonları

1.2.3.1.1. Generalize gingival candidosis

1.2.3.2. Linear gingival eritem

1.2.3.3. Histoplasmosis

1.2.4. Genetik kökenli dişeti lezyonları

1.2.4.1. Herediter gingival fibromatosis

1.2.5. Sistemik hastalıkların dişeti yansması

1.2.6. Travmatik lezyonlar

1.2.7. Yabancı cisim reaksiyonları

2. KRONİK PERİODONTİTİS

Kronik periodontitis, dişin destek dokularında iltihaba, ilerleyen ataşman ve kemik kaybına neden olan infeksiyöz bir hastalıktır. Periodontal cep ve/veya dişeti çekilmeleriyle karakterizedir. En sık görülen periodontitis tipidir. Yaşla birlikte görülme sıklığı artar.

- En sık erişkinlerde görülür.
- Çocuk ve gençlerde de görülebilir.
- Doku yıkımı miktarı lokal etkenlerle orantılıdır.
- Subgingival diştaşı sıklıkla mevcuttur.
- İlerleme hızı yavaş veya orta düzeydedir.
- Hızlı ilerleme dönemleri de gösterebilir.
- Mikroflora değişkendir.
- Yaygınlık ve şiddet açısından ayrıca sınıflandırılabilir.
- Yerel hazırlayıcı faktörlerle birlikte olabilir.
- Sistemik hastalıklar tarafından modifiye edilebilir veya onlarla birlikte olabilir.
- Sigara ve emosyonel stres gibi sistemik hastalıklar dışındaki durumlar tarafından modifiye edilebilir.

Yaygınlık açısından lokalize ve generalize olarak ikiye ayrılır:

Lokalize Kronik Periodontitis: Mevcut bölgelerin %30 veya daha azı etkilenmiştir.

Generalize Kronik Periodontitis: Mevcut bölgelerin %30'dan fazlası etkilenmiştir.

Şiddet açısından ise üçe ayrılır:

Yüzeysel : Klinik ataşman kaybı 1- 2 mm' dir.

Orta : Klinik ataşman kaybı 3 - 4 mm' dir.

İleri : Klinik ataşman kaybı 4 mm' den fazladır.

3. AGRESİF PERİODONTİTİS

- Hasta periodontitis dışında klinik olarak sağlıklıdır.
- Ataşman kaybı ve kemik harabiyeti hızlıdır.
- Ailesel geçiş vardır.
- Mikrobiyal birikintilerin miktarı periodontal doku yıkımının şiddeti ile orantısızdır.

- Aa oranı artmıştır ve bazı gruplarda PG yükselmiş olabilir.
- Fagosit anomalileri olabilir.

3.1. LOKALİZE AGRESİF PERİODONTİTİS

- Puberte dönemi çevresinde başlar.
- İnfeksiyon ajanına karşı güçlü serum antikor yanıtı söz konusudur.
- I.büyük azı (BA) ve kesicilerde lokalizedir. Biri I.BA olmak üzere en az iki sürekli dişte interproksimal ataşman kaybı olmalıdır. I.BA ve kesiciler dışında en çok iki diş etkilenmiş olmalıdır.

3.2. GENERALİZE AGRESİF PERİODONTİTİS

- Genellikle 30 yaşın altındaki bireyleri etkiler. Ancak, hasta daha yaşlı olabilir.
- İnfeksiyon ajanına zayıf antikor yanıtı söz konusudur.
- Ataşman ve alveol kemiği harabiyeti belirgin episodik yapıdadır.
- Birinci büyük azı ve kesicilerden başka en az üç dişi etkileyen interproksimal ataşman kaybı vardır.

4. SİSTEMİK HASTALIKLARLA BİRLİKTEKİ PERİODONTİTİSLER

4.1. KAN HASTALIKLARIYLA BİRLİKTEKİ PERİODONTİTİSLER

4.1.1. Kazanılmış nütropeniler

4.1.2. Lösemiler

4.2. GENETİK BOZUKLUKLARLA BİRLİKTEKİ PERİODONTİTİSLER

4.2.1. Ailevi ve siklik nütropeniler

4.2.2. Down sendromu

4.2.3. Lökosit adezyon eksikliği

4.2.4. Papillon-Lefevre sendromu

4.2.5. Chediak-Higashi sendromu

4.2.6. Histiositozis sendromları

4.2.7. Glikojen depo hastalığı

4.2.8. İnfantil genetik agranülositozis

4.2.9. Cohen sendromu

4.2.10. Ehlers-Danlos sendromu

4.2.11. Hipofosfatazi

5. NEKROTİZAN PERİODONTAL HASTALIKLAR

5.1. NEKROTİZAN ÜLSERATİF GİNGİVİTİS

Nekrotizan ülseratif gingivitis papil kaybı, dişeti kanaması ve ağrıyla ortaya çıkan dişeti nekrozu ile karakterize bir enfeksiyondur. Kötü koku ve pseudomembran oluşumu tanıda ikincil önem taşır.

Dişeti lezyonlarında fusiform bakteriler, prevotella intermedia ve spiroketler bulunur.

Emosyonel stres, Beslenme bozukluğu, Sigara ve HIV enfeksiyonu hazırlayıcı etken olarak kabul edilir.

5.2. NEKROTİZAN ÜLSERATİF PERİODONTİTİS

Dişeti, periodontal ligament ve alveol kemiği nekrozu ile karakterize bir enfeksiyondur.

HIV enfeksiyonu, Ciddi beslenme bozukluğu ve İmmunosupresyona sahip bireylerde sıklıkla görülür.

6. APSELER

6.1. DİŞETİ APSESİ

6.2. PERİODONTAL APSE

6.3. PERİKORONAL APSE

7. ENDODONTİK LEZYONLARLA BİRLİKTEKİ PERİODONTİTİSLER

7.1. KOMBİNE PERİODONTAL – ENDODONTİK LEZYONLAR

8. GELİŞİMSEL VEYA KAZANILMIŞ DEFORMİTE VE DURUMLAR

8.1. GİNGİVAL VEYA PERİODONTAL HASTALIĞA KARŞI MODİFİYE VEYA PREDİSPOZE EDEN LOKALİZE DİŞSEL FAKTÖRLER

8.1.1. Dişlerdeki anatomik faktörler

8.1.2. Dental uygulamalar

8.1.3. Kök kırıkları

8.1.4. Servikal kök rezorpsiyonları ve sement yırtılmaları

8.2. DİŞLER ÇEVRESİNDEKİ MUKOGİNGİVAL DEFORMİTE VE DURUMLAR

8.2.1. Dişeti çekilmeleri

8.2.2. Keratinize dişeti eksikliği

8.2.3. Vestibül derinliğinde azalma

8.2.4. Yüksek frenum/kas tutunması

8.2.5. Dişeti fazlalığı

8.2.6. Anormal renk

8.3. DİŐSİZ BÖLGELERDEKİ MUKOGİNGİVAL DEFORMİTE VE DURUMLAR

8.3.1. Vertikal ve/veya horizontal kret eksikliği

8.3.2. Keratinize dişeti eksikliği

8.3.3. Dişeti büyümesi

8.3.4. Yüksek frenum/kas tutunması

8.3.5. Vestiböl derinliğinde azalma

8.3.6. Anormal renk

8.4. OKLUZAL TRAVMA

8.4.1. Primer okluzal travma

8.4.2. Sekonder okluzal travma

Kaynak:

1. American Academy of Periodontology. 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Annals of Periodontology, 1999.