

PERİODONTAL APSE

Ahmet EFEOĞLU

Apse genel anlamda doku içindeki irinli (lökositli) iltihap olarak tanımlanır. Periodontal apse ise periodontal dokularda lokalize irinli iltihaptır. Periodontal apse orta ve ileri düzeydeki periodonrtitisi bölgelerde meydana gelir. Periodontal apse “lateral” veya “parietal” apse olarak da adlandırılır.

Periodontal Apsenin Oluşum Yolları:

1. Derin Periodontal Ceplerin Tıkanması

Periodontal cebin ağız ortamına açılımı bir şekilde engellendiğinde, bölgede mikroorganizma ve hücre birikimi meydana gelir. Genel kanı, bu birikimin periodontal apseye neden olduğudur. Böyle bir durumda infeksiyon destek dokular içine yayılır. Apsel bölgesindeki doku hasarı, doku savunmasında rol alan nötrofillerden kaynaklanan lizozomal enzimler tarafından oluşturulur.

Periodontal cebin tıkanması, besinler veya yabancı bir cisim gibi lokal faktörler nedeniyle olur. Bu tıkanma, bölgedeki iltihabi reaksiyonlar sonucu oluşan eksudanın cep dışına, ağız ortamına akışını engeller.

2. Eksik Diştaşı Temizliği

Tedavi amacıyla yapılan diştaşı temizliği sırasında diştaşlarının tümüyle ortadan kaldırılamaması da periodontal apse oluşumuna neden olabilir. Böyle durumlarda, tedaviye bağlı olarak dişetin büzülerek kök yüzeyi ile sıkı bir temasa geçmesi, cebin tabanındaki diştaşı ve bakteriyel artıkların doku içinde hapsolmesine neden olur.

Periodontal tedavi sırasında periodontal apse oluşumunun bir başka nedeni de, tedavi sırasında el aletleri ile bakterilerin doku içine gömülmesidir.

3. Diabetes Mellitus

Diabetik bireylerdeki sistemik değişiklikler onlarda periodontal apse oluşumunu kolaylaştırır. Hücresel immünitinin bozulması, polimorfonükleer lökositlerin kemotaksis ve fagositoz fonksiyonları azalır.

Diğer dokularda olduğu gibi dişetinde de dejeneratif damarsal değişiklikler meydana gelir. Kapiller ve prekapiller damarların bazal membranı ve duvarları kalınlaşır, lümenleri daralır. Böylelikle dişetin beslenmesi, oksijen difüzyonu ve metabolik ürünlerin uzaklaştırılması azalır. Kollagen

metabolizması bozulur.

Dişeti oluğu sıvısında da glikoz seviyesi artar. Bu artış, farklı subgingival bakterilerin bölgede yoğunlaşmasına neden olur ve PMN fonksiyonlarını bozar.

Kollegenaz aktivitesinin uyarılması ile kollagen yıkımı artar ve kollagen metabolizması bozulur, kollagen sentezi azalır.

Tüm bu nedenlere bağlı olarak, kontrol altında olmayan diabetik periodontitisli bireylerde periodontal apse oluşumu daha sık meydana gelir.

4. Periodontal hastalığın olmadığı durumlarda:

4a. Akut oklüzal travma,

4b. Endodontik tedavi sırasında kökün perforasyonu ve

4c. Pulpadaki infeksiyonun lateral kanallar yoluyla periodontal ligamente ulaşması ile periodontal apse oluşabilir.

Klinik Özellikler:

Periodontal apseler akut veya kronik olabilir. Akut apse kısa sürelidir ve kronik şekle dönüşerek devam eder. Kronik apse de sıklıkla akut alevlenmeler gösterir.

Akut Periodontal Apse: Bölgede zonklama vardır, palpasyonda dişetinde şiddetli ağrı olur, diş perküsyona duyarlıdır, mobilitesi artmıştır. Lenfadenopati, yüksek ateş,

lökositöz ve halsizlik gibi sistemik belirtiler olabilir. İlgili bölgedeki dişetinde şiş vardır, dişeti düz ve parlak yüzeyle, ödematöz ve kırmızıdır.

Kronik Periodontal Apse: Genellikle bir fistül ile ağız ortamına açılırlar. Bu fistülden zaman zaman eksüstasyon meydana gelir. Fistül ağzı bazen zor farkedilebilir derecede küçüktür. Bazı durumlarda ise üzeri küçük, pembe bir granülasyon dokusu ile örtülüdür. Kronik periodontal apseler genellikle asemptomatiktir. Ancak, bazı hastalar künt bir ağrıdan ve ilgili dişte hafif bir yükselmeden şikayetçi olabilir. Kronik periodontal apse sıklıkla akut alevlenmeler gösterir ve bu devrelerde akut periodontal apsenin tüm belirtileri ortaya çıkar.

Radyografik Özellikler:

Periodontal apselerin tanısında yalnız başına radyografilere dayanılmaz. Radyografiler, periodontal apse tanısında yalnızca yardımcı bir araç olabilirler. Periodontal apse, kök yüzeyine komşu alveol kemiğinde belirgin bir radyolüseni görülür. Radyografik görünümü etkileyen birçok

faktör söz konusudur:

1. Lezyonun içinde bulunduğu devre: Akut periodontal apseler başlangıç devrelerinde çok ağrılı olmalarına rağmen radyografik belirti vermezler.

2. Kemik harabiyetinin genişliği ve bölgedeki kemiğin morfolojisi: Meydana gelen harabiyetin boyutları doğal olarak radyografik görünümü etkiler. Ayrıca, örneğin, alt ön dişler bölgesindeki bir periodontal apsenin alt arka dişler bölgesine oranla daha belirgin bir radyografik görüntü vermesi doğaldır.

3. Apsenin lokalizasyonu: Periodontal cebin yumuşak doku duvarı içindeki lezyonlar derin destek dokular içindeki lezyonlara oranla daha az radyografik belirti verirler. Ayrıca, vestibül ve lingual/palatinal bölgedeki lezyonlar köklerin radyoopasitesi tarafından örtülürler. İnterproksimal bölgelerdeki lezyonlar radyografilerde daha kolay saptanır.

Mikrobiyolojik Özellikler:

Periodontal apsenin mikrobiyal özelliklerini inceleyen çalışmalar, periodontal apse mikrobiyasının derin periodontal ceplerdekine benzen olduğunu göstermiştir.

Aerobik teknikler kullanıldığında periodontal apse eksudasında en çok izole edilen bakteri *Streptococcus Viridans* tır. Periodontal apsede kolonize olan mikroorganizmaların esas olarak Gram negatif anaerobik çomaklar olduğu bildirilmiştir.

Tüm vakalarda olmasa da, periodontal apsede yüksek sıklıkta bulunan bakteriler şunlardır: *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Campylobacter rectus*, *Capnocytophaga* spp.

Actinobacillus actinomycetemcomitans periodontal apse lezyonlarında genellikle bulunmamıştır. Pg in tedavi sonrasında apse bölgesinde bulunamaması, Pg ile periodontal apse oluşumu arasında yakın ilişki kurulmasına neden olmuştur.

Karanlık alan mikroskopisinde ise periodontal apse lezyonlarında spiroketlerin çoğunlukta olduğu (ort. %40.6) saptanmıştır.

TANI:

Periodontal apsenin tanısı klinik ve radyografik bulgular anamnezle birlikte değerlendirilerek yapılır. Tanıda, periapikal apse, dişeti apsesi ve periodontal kist gözönünde bulundurulmalıdır.

Periapikal apse:

Periapikal apse ile ayrımda lezyonun lokalizasyonu önemli bir yer tutar. Lezyonun dişeti kenarı ile ilişkili olması periodontal apsenin en önemli klinik belirtilerindendir. İlgili bölge dikkatli bir şekilde sondalanmalıdır. Zira, periodontal apseler kompleks ceplerde daha sık meydana gelir.

Ayırıcı tanıda canlılık testi de önemli bir yer tutar. Diş canlı değilse apse büyük olasılıkla periapikal apsedir. Şiddetli vakalarda periodontal apse apekse kadar uzanarak

pulpada hasara neden olabilir. Bu tür vakalar dışında periodontal apseler dişte canlılık kaybına neden olmazlar.

Bununla birlikte, apikal apseler kök yüzeyi boyunca kronale doğru ilerleyerek dişeti kenarına kadar uzanabilirler. Apeks ve kök yüzeyi tek bir lezyon tarafından kaplanmışsa ve lezyonun tabanına cep içinden sonda ile ulaşabiliyorsa apse, büyük olasılıkla periodontal kökenlidir. Dişte apikal apseye neden olabilecek bozuklukların olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Periodontal apseyi apikal apsedan ayırmada radyografik bulgular da önemlidir ancak diğer klinik bulgulara oranla sınırlı bir değer taşırlar. Her ikisi de başlangıçta herhangi bir radyografik belirti vermezler. Genel bir kural olarak, kök yüzeyine komşu radyolüsent alanlar periodontal apse, kökün apeksi çevresindeki radyolüsent alanlar ise periapikal apse olarak değerlendirilir.

Ayrıca, apsenin drene olduğu fistül ağzı periapikal apselerde periodontal apselere oranla genellikle daha apikal dedir. Ancak, yalnız başına bu bulgu ile kesin bir sonuca ulaşmak mümkün değildir. Birçok vakada özellikle çocuklarda periapikal lezyonlar apeksin daha kronalinden drene olurlar.

Dişeti Apsesi:

Dişeti kenarını veya interdental papili ilgilendiren, lokalize, ağrılı, hızlı gelişen bir lezyondur. Genellikle, daha önce sağlıklı olan bir bölgede yabancı bir cismin doku içine girmesi sonucu meydana gelen akut iltihabi bir reaksiyondur. İlgili bölgedeki dişetinde kırmızı, parlak, düz yüzeyli bir şişlik oluşturur.

Periodontal apseler ise periodonsiyumun daha derin dokularını ilgilendirirler ve genellikle iltihabi periodontal hastalığın seyri sırasında meydana gelirler.

Periodontal Kist:

Seyrek görülen bir lezyondur, kök yüzeyine komşu alveol kemiğinde sınırlı bir harabiyet oluşturur. En çok alt kanin ve küçük azı bölgesinde görülür. Malesses epitel artıklarının

proliferasyonu sonucu oluşan odontojenik bir kisttir. Periodontal kist genellikle asemptomatiktir ve önemli klinik değişikliklere neden olmaz. Yalnızca ilgili bölgede küçük bir şişliğe neden olabilir. İnterproksimal bölgelerde lokalize olduğunda radyopak bir çizgiyle sınırlanmış radyolusent bir alan olarak görülür. Periodontal kistler periodontal apsedan, klinik belirtiler ve anamneze dayanılarak kolaylıkla ayrılabilir.

TEDAVİ:

Akut Periodontal Apsenin Tedavisi:

Bu aşamada, akut belirtilerin mümkün olduğunca hızlı ortadan kaldırılmasına çalışılır. Amaç, ağrıyı gidermek, enfeksiyonun yayılmasını engellemek ve drenajı sağlamaktır.

Tablo 12.1. Periapikal, periodontal ve dişeti apseleri ve periodontal kistlerin temel özellikleri.

Periapikal Apse	Periodontal Apse	Dişeti Apsesi	Periodontal Kist
Diş canlı değil	Diş canlı	Diş canlı	Diş canlı
Çürük var	Çürük yok	Çürük yok	Çürük yok
Cep yok	Cep var	Cep yok	Cep yok
Apikal radyolusensi	Lateral radyolusensi	Radyolusensi yok	Lateral radyolusensi
Minimal veya hiç mobilite	Belirgin mobilite	Minimal veya hiç mobilite	Minimal veya hiç mobilite

1. Gün: Tam keskinleştirildikten sonra ilgili bölge gaz tamponla izole edilip kurutulur, antiseptik bir solüsyonla yıkanır, topikal anestezi uygulanır. Öncelikle cep içinden drenaj sağlanmaya çalışılır. Periodontal sonda ile biraz güçlü bir şekilde cep içinden girilerek apse odağına ulaşıldığında eksüdasyonun dışarı akması sağlanabilir. Ayrıca yine periodontal sonda ile fluktuasyonun en fazla olduğu bölgeden apse odağına girerek de drenaj sağlanabilir. Bu uygulama, apse üzerindeki mukozanın çok ince olduğu durumlarda mümkündür.

Bu yöntemlerle drenajın mümkün olmadığı durumlarda ensizyonal drenaj yöntemi kullanılır. Bunun için öncelikle palpasyonla fluktuasyonun en fazla olduğu bölge saptanır. Daha sonra vestibülde mukogingival sınırdan, lingual/palatalde ise lezyonun apikal sınırından başlayan, fluktuasyonun en fazla olduğu bölgeden geçip serbest dişeti kenarına uzanan derin dikey bir ensizyon yapılır. Bu ensizyon, serbest dişeti kenarında, ilgili dişin köşe çizgisi hizasında sonlanır. Lezyonun

içindeki irin ve kan boşaldıktan sonra bölge ılık serum fizyolojik ile yıkanır. İlgili dişte uzama varsa aşındırma yapılarak karşıtı ile teması kaldırılır. Drenaj tamamlandıktan sonra bölge kurulanır, bir antiseptik solüsyonla yıkanır.

Sistemik bir komplikasyonu olmayan hastalara, bir bardak ılık suya bir kahve kaşığı tuz karıştırıp ağızlarını çalkalamaları önerilir. Bu çalkalama her saat başı yapılmalıdır. Sistemik komplikasyonu olan hastalara tuzlu suyun yanısıra penisilin veya başka bir antibiyotik önerilir. Ağrı kesici de verilir. Hasta ertesi gün tekrar çağrılır.

2. Gün: Şiş genellikle azalmıştır veya tümüyle kaybolmuştur. Eğer akut belirtiler devam ediyorsa aynı rejime devam edilerek ertesi gün tekrar gelmesi önerilir.

3. Gün: Semptomlar tümüyle kaybolmuştur. Akut periodontal apse, kronik periodontal apse tedavisi uygulanacak hale gelmiştir.

Kronik Periodontal Apsenin Tedavisi:

İltihabi periodontal hastalıkların tedavisiyle aynı şekildedir.

Kaynaklar:

1. American Academy of Periodontology. Parameter On Acute Periodontal Diseases. *J Periodontol* 2000; 71 (Suppl.): 863-866.
2. Carranza FA Jr. The Periodontal Pocket. In: Carranza FA Jr Newman MG. *Clinical Periodontology*. 8th edn. Philadelphia: WB Saunders Co., 1996: 281-297.
3. Carranza FA Jr. Treatment of the Periodontal Abscess. In: Carranza FA Jr Newman MG. *Clinical Periodontology*. 8th edn. Philadelphia: WB Saunders Co., 1996: 483-485.
4. Meng HX. Periodontal abscess. *Annals of Periodontology* 1999;4:79-82.