

Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda oral bulgular: 2 olgu sunumu*

Gözde Serindere

Mustafa Kemal Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Hatay

Öz

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) çeşitli nedenlere bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının tam olarak yerine getirilemediği bir hastalıktır. Günümüzde böbrek hastalıklarının sıklığı oldukça artmış olup, bu hastalar dişhekimleri açısından önemli bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Kullanılan ilaçlar, diyaliz tedavisi intraoral dokuları etkileyebilir. Bu olgu sunumunda amaç kronik böbrek yetmezliğinin intraoral dokular üzerindeki etkisini ve dişhekimleri açısından önemini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Oral bulgular, kronik böbrek yetmezliği, diyaliz

Abstract

Chronic renal failure is a disease characterized by renal dysfunction related to various reasons. Nowadays, the incidence of renal disease considerably increases and these patients constitutes the important patient group for dentists. The used drugs and dialysis may affect the intraoral tissues. The aim of this case report is to lay emphasis on intraoral effects of renal failure for dentists.

Key words: Oral findings, chronic renal failure, haemodialysis

Genel Tıp Derg 2018;28(1):37-40

Alınan: 16.05.2017 / 01.11.2017 / Yayınlanma: 06.04.2018

Yazışma adresi: Gözde Serindere, Mustafa Kemal Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Hatay

E-posta: gozdeserindere@mku.edu.tr

Giriş

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilen böbrek hastalıkları sonucunda çok sayıda nefronun fonksiyonunun ve glomerülerfiltrasyon hızının azalması ile karakterize bir bozukluktur. Durum geri dönüşümsüz olarak ilerler. Nefronların fonksiyonunun azalması sonucundaglomerülerfiltrasyon oranı azalır ve böylelikle serumda üre ve kreatininkonsantrasyonu artar. Kronik böbrek yetmezliği çoklu organ ya da sistem tutulumu olan bir hastalıktır (1).

Böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan oral bulgular ilk olarak 1851'de Frerichs tarafından tanımlanmıştır. Amonyak benzeri ağız kokusu, tat almada bozukluk, stomatit, gingivitis, tükürük akışında azalma veparotis iltihabı görülen belirtilerdir ve günümüzde hala böbrek yetmezliği için tanı koydurucubulgular olarak kabul edilirler (2).

Bu vaka sunumunun amacı, dişhekimlerinin hasta grubunun belli bir kısmını oluşturan kronik böbrek yetmezliğine sahip hastalarda ağız-diş sağlığının önemini vurgulamaktır. Bu bağlamda kronik böbrek yetmezliğinin etkilerinin, tedavi yöntemlerinin bilinmesi ve gerekli yönlendirmenin

yapılabilmesi, oral bulguların değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Olgu 1

41 yaşında erkek hasta, Şubat 2017'de dişlerde yaygın ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu.Öyküsünde 3 yıldır mevcut olan hipertansiyon ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Yaklaşık 2 yıl önce koroner anjiyografiyapılan hastanın anamnezinden 4 yıldır haftada 3 kez diyalize girdiği ve böbrek nakli açısından değerlendirildiği öğrenildi. Laboratuvar tetkikleri incelendiğinde parathormon değeri 1027 pg/mL olarak görüldü ve sekonderhiperparatiroidizm açısından çene kemikleri daha dikkatli incelendi. Kullanılan ilaçların antiagregan ve sinakalset olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan intraoral ve radyolojik muayenesinde oral hijyenin oldukça kötü olduğu görüldü. Yaygın diş çürükleri, kalmış kökler, diş eksiklikleri, periodontal kemik kaybı, dişlerde lamina dura kaybı izlendi.Hasta tedavilerinin yapılması için gerekli bölümlere yönlendirildi.

Olgu 2

40 yaşındaki kadın hasta Ocak 2017'de kliniğimize sol

alt posterior bölgede ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 12 yıldır mevcut olan hipertansiyon, diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği mevcuttu. Hastanın 2 yıl periton diyalizi, 2 yıl hemodiyaliz olmak üzere 4 yıldır haftada 3 defa diyalize girdiği öğrenildi. Nakil bekleyen hasta insülin ve antiagregan kullanmaktaydı. Hastanın klinik ve radyolojik muayenesinde diğer hastaya oranla dental problemlerin daha az olduğu görüldü. Alınan panoramik radyografide diş kayıpları, dişlerde lamina dura kaybı, diş çürükleri ve periodontal kemik kaybı izlendi. Bunun yanısıra çene kemiklerinde osteoporotik görünüm dikkati çekmiştir. Hasta geliş nedeni olan sol alt molar dişteki derin çürük ve periapikal lezyonun sonucu olarak pulpit tanısıyla endodonti bölümüne ve diğer tedavi gereksinimleri için de tedavi planlaması yapıp gerekli bölümlere yönlendirildi.

Tartışma

Kronik böbrek yetmezliği olan ve böbrek transplantasyonu yapılmış hastalar dikkatli bir dental muayene ve yönlendirmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Karşımıza çıkabilecek başlıca problemler: immunolojik baskı, anemi, hepatit virüsü taşıma riski, böbreklerden ilaç atılımının zayıflaması, hipertansiyon ve sekonder hiperparatiroidizmdir (3). Bu tip hastalarda mutlaka hastanın uzman doktorundan konsültasyon istenmesi gerektiği ve diyalize giren hastaların hepatit, HIV gibi enfeksiyon taşıyabileceği unutulmamalıdır (4).

Karşımıza en sık çıkabilecek intraoral problemler ise mine hipoplazisi, diş çürükleri, periodontal sağlık ve dişeti büyümesidir (5).

Mine Hipoplazisi

Mine hipoplazisi gelişmekte olan dişlerde kalıcı izlere neden olan şiddetli bir metabolik bozukluktur ve hastanın yaşamı boyunca dişinde görünen bir defekt olarak kalır. Defektin pozisyonu ve uzanımı zamanı, devamlılık süresi ve altta yatan metabolik bozukluğun şiddetine bağlıdır (6). Mine hipoplazisi renal hastalığı olan hastalarda sıklıkla görülen bir durumdur (6-12). Sorumlu faktörler hipokalsemi, 1,25 dihidroksikolekalsiferol'un serumda azalmış değerleri, inorganik fosfatın ve parathormon değerlerinin serumda yükselmesidir (6).

Bu bozukluklar kronik böbrek hastalığında mineral kemik

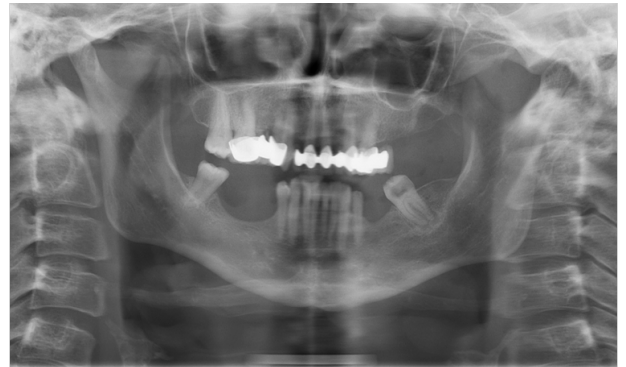
hastalıkları olarak sınıflandırılmaktadır. Normal mineral homeostazının bozulması sonucu: 1) Serum kalsiyum, fosfor, PTH ve D vitamini düzeylerinde değişiklikler, 2) Kemik kırığına yol açan kemik yeniden yapılanmasında bozukluklar, 3) Çocuklarda lineer büyüme bozuklukları, 4) Yumuşak doku ve arterlerde kalsifikasyonlar ile sonuçlanmaktadır (13).

Nunn ve arkadaşları (11), mine anomalilerinde yükselmiş bir prevalans bulmuş ve bunun hastalığın erken başlangıcıyla ilgili olabileceğini ve sebebinin de bozulmuş kalsiyum ve fosfat metabolizmasına bağlı olabileceğini rapor etmişlerdir. Bazı çalışmalarda klinik olarak mine hipoplazisi saptanan hastalarda %22 (11), %34 (14), %50 (8) ve %57 (12)'e kadar varan oranlar rapor edilmiştir.

Her iki olguda da mine hipoplazisine rastlanılmadı. Bu durum dental gelişim tamamlandıktan sonra KBY'nin ortaya çıkmasıyla gelişen kronik böbrek hastalığı mineral kemik bozukluklarıyla ilişkilendirildi.



Resim 1. İlk olgunun panoramik radyografisinde yaygın diş çürükleri, kalmış kökler, diş eksiklikleri, periodontal kemik kaybı, dişlerde lamina dura kaybı görülmektedir.



Resim 2. İkinci olgunun alınan panoramik radyografisinde diş kayıpları, dişlerde laminadura kaybı, diş çürükleri, periodontal kemik kaybı ve osteoporotik çene görünümleri izlenmektedir.

Diş Çürükleri

Yapılan araştırmalarda KBY hastalarının ağız bakımlarının kötü olmasına karşın diş çürüğü prevalansının düşük olduğunu rapor edilmiştir. (2,11,12,15-17). KBY'ne sahip hastalarda çürük prevalansının düşük olması, tükürükte üre artışı ile birlikte tükürük pH'sının artması ve oluşan alkali ortamın bakterilerin metabolik ürünlerini nötralize etmesi ile açıklanmıştır (11,18,19). Tükürükte yüksek üre değerleri dişleri demineralizasyona karşı korumakta fakat diğer yandan diyaliz hastalarında diştaşı oluşumunu arttırmaktadır (19).

Düşük çürük prevalanslarına karşın ilk olguda yaygın diş çürüklerine rastlanılırken ikinci olguda çürük olan diş sayısı daha azdı. Bu durum ilk olguda ağız bakımının oldukça ihmal edilmesine bağlandı.

Periodontal Sağlık ve Dişeti Büyümesi

Plak diş üzerinde mikrobiyal biofilm kompleksinin genel bir adıdır. Plak günlük olarak diş fırçalama ile uzaklaştırılmazsa gingivainflamasyonu meydana gelir (20). Üremisi olan ve hemodiyaliz tedavisi gören çocuklarda sağlıklı bireylere oranla bakteriyel dental plak varlığına azalmış gingivainflamatuvar yanıt olabilir (11).

Gingival büyüme prevalansının artması büyük ölçüde nifedipin ve siklosporin A kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (21). Yetişkin renaltransplant hastalarında rapor edilen dişeti büyümesi prevalansı %13 ile %85 arasında değişkenlik göstermektedir (22,23).

Al Nowaiser ve arkadaşları (12), dişeti büyümesinin KBY olan hastalarda, kontrol grubuna göre daha yüksek olarak rapor etmişlerdir. Çalışmalarında, KBY olan hastaların %11'inde dişeti büyümesi gözlemlenmiştir. Dişeti büyümesi tespit ettikleri bu hastalarda, ya klinik muayene sırasında nifedipine kullandıklarını ya da aralıklı olarak kullanmakta olduklarını bildirmişlerdir. Nunn ve arkadaşları (11), ise KBY'ne sahip hastalarında hafif dereceli dişeti büyümesi tespit etmişler, ancak bunun estetik olarak kabul edilebilir seviyede olduğunu bildirmişlerdir. Ancak yaptıkları çalışmada siklosporin veya nifedipine kullanımı ile dişeti büyümesi prevalansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Her iki olguda da klinik muayenede gingival büyümeye rastlanılmamıştır. Yavuz ve arkadaşları, yaptıkları çalış-

mada hastaların %75.5'inde periodontal tedavi ihtiyacı tespit etmişlerdir (24). Benzer olarak, oral hijyen eksikliği ve plak birikimine bağlı her iki olguda da gingivainflamasyon görülmüştür.

Sonuç olarak, primer hastalık nedeniyle ağız ve diş bakımını hastalar tarafından ihmal edilmektedir. Oysaki KBY hastalarında ağız bakımı oldukça önemlidir. İmmün yetmezliğe sahip olan diyaliz hastalarında fokal enfeksiyonların oluşması ve yayılımı daha hızlı olduğundan dental ve periodontal kaynaklı fokal enfeksiyon odaklarının önemi oldukça büyüktür. Bu yüzden KBY vakalarında intraoral muayene hastalığın medikal tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır.

Kaynaklar

1. Lütüoğlu M, Sakallıoğlu EE, Özkaya O, Açıkgöz G. Kronik böbrek yetmezliği olan çocuklarda tükürük sıvı dinamiği ve ağız sağlığı profilinin değerlendirilmesi. GÜ Diş Hek Fak Derg 2008; 25: 13-8.
2. Lucas VS, Roberts GJ. Oro-dental health in children with chronic renal failure and after renal transplantation: a clinical review. Pediatr Nephrol 2005; 20: 1388-94.
3. Burden D, Mullally B, Sandler J. Orthodontic treatment of patients with medical disorders. Eur J Orthod 2001 Aug;23(4):363-72.
4. Akan S, Kocadereli İ. Sistemik hastalıkların ortodontik tedaviye etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008; 11(1): 66-74.
5. Barlak P, Koruyucu M, Bayram M, Tokgöz İ, Seymen F. Kronik böbrek yetmezliği olan olgularda ağız diş bulgularının incelenmesi. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2013; 21(3) : 342-9.
6. Woodhead JC, Nowak AJ, Crall JJ, Robillard JG. Dental abnormalities in children with chronic renal failure. Pediatr Dent 1982;4:281-5.
7. Oliver WJ, Owings CL, Brown WE, Shapiro BA. Hypoplasia of enamel associated with the nephrotic syndrome. Pediatrics 1963;32:399-406.
8. Bublitz A, Machat E, Scharer K, Komposch G, Mehls O. Changes in dental development in paediatric patients with chronic kidney disease. Proc Eur Dial Transplant Assoc 1981; 18: 517-23.
9. Wolff A, Sarnat H, Binderman I, Eisenstein B, Drukker A. The dental status of children with chronic renal failure. Internat J Pediatr Nephrol 1985;6:127-32.
10. Koch MJ, Buhner R, Pioch T, Scharer K. Enamel hypoplasia of primary teeth in chronic renal failure. Paediatr Nephrol 1999;13:68-72.
11. Nunn JH, Sharp J, Lambert HJ, Plant ND, Coulthard MG. Oral health in children with renal disease. Pediatr Nephrol 2000;14:997-1001.

12. Al Nowaiser A, Roberts GJ, Trompeter RS, Wilson M, Lucas VS. Oral health and oral streptococcal flora of children with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol* 2003;18:39-45.
13. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl* 2009; 113: 1-130.
14. Jaffe EC, Roberts GJ, Chantler C, Carter JE. Dental findings in chronic renal failure. *Br Dent J* 1986; 160:125-7.
15. Al Nowaiser A, Lucas VS, Wilson M, Roberts GJ, Trompeter RS. Oral health and caries related microflora in children during the first three months following renal transplantation. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14:118-26.
16. Ertuğrul F, Elbek-Çubukçu C, Sabah E, Mir S. The oral health status of children undergoing hemodialysis treatment. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2003; 45:1098-113.
17. Peterson S, Woodhead J, Crall J. Caries resistance in children with chronic renal failure. *Pediatr Des* 1985; 19:796-9.
18. Gavalda C, Bagan JV, Scully C, Silvestre FJ, Milian MA, Jimenez. Renal hemodialysis patients: Oral, salivary, dental and periodontal findings in 105 adult cases. *Oral Dis* 1999; 5: 299-302.
19. Obry F, Belcourt AB, Frank RM. Biochemical study of whole saliva from children with chronic renal failure. *ASDC J Dent Child* 1987; 54:429-32.
20. Marsh P, Martin M (1980) *Oral microbiology*. Chapman and Hall, London.
21. Seymour RA, Jacobs DJ. Calcium channel blockers and gingival overgrowth. *J Clin Periodontol* 1992;19:1-11.
22. Friskopp J, Klintmalm G. Gingival enlargement. A comparison between cyclosporine and azathioprine treated renal allograft recipients. *Swedish Dent J* 1986;10:85-92.
23. Phillips TM, Karmi SI, Frantz SC, Henriques HF. Absorption profiles of renal allograft recipients receiving oral dose of cyclosporine: a pharmacokinetic study. *Transplant Proc* 1988;20:457-61.
24. Yavuz İ, Yılmaz ME, Atakul F, Sarı Y, Çolak M, Kara İH, Kaya S. Kronik böbrek yetmezliği olan ve diyaliz ile tedavi gören hastaların oral dokularındaki bulguların incelenmesi. *D Ü Diş Hek Fak Derg* 2002; 8:162-72.