

AKUT APİKAL APSELİ DİŞLERİN ACİL TEDAVİSİ: 3 VAKA RAPORU

EMERGENCY MANAGEMENT OF ACUTE APICAL ABSCESS TEETH: 3 CASE REPORTS

Safa Kurnaz¹, Volkan Dinç², Gülsen Kiraz³

¹ Dumlupınar Üniversitesi Diş Hekimliği
Fakültesi, Endodonti Ana Bilim Dalı, Kütahya
² Fethiye Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi,
Fethiye, Muğla
³ Süleyman Demirel Üniversitesi Diş
Hekimliği Fakültesi, Endodonti Ana Bilim
Dalı, Isparta

Yazışma Adresi:

Safa Kurnaz
Dumlupınar Üniversitesi Diş Hekimliği
Fakültesi Endodonti Ana Bilim Dalı Tavşanlı
Yolu 10. Km Kütahya – Türkiye

E posta: safakurnaz@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 11 Nisan 2017
Kabul Tarihi: 21 Mayıs 2018

doi: [10.5505/bsbd.2018.54265](https://doi.org/10.5505/bsbd.2018.54265)

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Akut apikal apse, diş kök kanalının enfeksiyonundan kaynaklanır ve dental apselerin en sık görülen şeklidir. Bu tip enfeksiyonlar genellikle başlangıçta dentoalveolar bölge ile ilgili iken, tedavinin geciktiği durumlarda diğer alanlara yayılabilir ve ciddi komplikasyonlara neden olabilirler. Klinik olarak akut apikal apseli hastada hafif veya şiddetli ağrı ve şişlik görülür. Ateş, lenfadenopati, halsizlik, baş ağrısı ve mide bulantısı gibi sistemik belirtiler de gelişebilir. Bu enfeksiyonlar diş hekimlerinin sıklıkla karşılaştığı ve acil olarak tedavi edilmesi gereken vakalardandır. Genellikle oral kavitedeki mikroorganizmalar neden olmaktadır. Tedavisinde hastanın klinik ve radyografik olarak detaylı değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu vakalarda endodontik tedavi, cerrahi tedavi ve antibiyotik tedavisi birlikte değerlendirilmelidir. Bu vaka serisinde üç ayrı bölgede gelişen diş kaynaklı akut apikal apseli dişlerin teşhisi ve tedavi yaklaşımları anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut apikal apse, fossa kanina absesi, kök kanal tedavisi, palatinal apse, submental apse, tekrarlayan kök kanal tedavisi

SUMMARY

Acute apical abscess is caused by infection of the root canal and is the most common form of dental abscess. These infections are usually associated with the dentoalveolar region at the beginning, and when treatment is delayed, apical abscess may spread and cause serious complications. Clinically, acute apical abscess is associated with mild or severe pain and swelling. Systemic findings may also develop, including fever, lymphadenopathy, malaise, headache, and nausea. These infections are frequently encountered by dentists and should be treated immediately. Infections are usually caused by microorganisms that live in the oral cavity. Clinical and radiographic evaluation of the patient is very important in the treatment of these infections. In these cases endodontic treatment, surgical treatment and antibiotic treatment should be considered together. This case series describes the diagnosis and treatment approaches of acute apical abscess in three different regions.

Keywords: Acute apical abscess, fossa canina abscess, palatinal abscess, retreatment, root canal treatment, submental abscess

GİRİŞ

Odontojenik enfeksiyonlar dünya genelinde sıkça karşılaşılan ortak bir sağlık problemidir. Oral florada 500'den fazla bakteri türünün yer aldığı bilinmektedir¹. Oral kavitedeki bakteriler dental çürük, pulpitis, apse, periodontal hastalık, halitozis, bakteriyel endokardit, aspirasyon pnömonisi, osteomyelit, koroner kalp hastalıkları ve serebral enfarktüs gibi hastalıklara neden olabilmektedirler². Orofasiyal enfeksiyonlar odontojenik kökenli veya non-odontojenik kökenli olabilirler. Ancak oluşan hastalıkların büyük bir çoğunluğu oral kavitedeki endojen mikroorganizmalar nedeniyle meydana gelmektedir. Non-odontojenik enfeksiyonların nedeni, enfeksiyonun yerine göre değişiklik gösterebilmektedir³. Orofasiyal enfeksiyonlar zamanında ve uygun şekilde tespit edilip tedavi edilmezlerse, önemli komplikasyonlara neden olabilirler. Enfeksiyonun yayıldığı alana ve yayılma derecesine göre ölüme kadar giden komplikasyonlar gelişebilir. Bu enfeksiyonların büyük çoğunluğu, en başlarda dentoalveolar bölge ve fasiyal dokular ile ilgili iken, tedavi gecikir ise diğer lokal ve rejyonal alanlara yayılabilirler⁴.

Apsenin gelişimi doku likefaksiyonu ile oluşan pü oluşumunun kaviteye dolması ile başlar. Diş apsesi, dentoalveolar apse ve odontojenik apseler diş dokularında oluşan apseleri tanımlamak için kullanılan eş anlamlı kelimelerdir⁵. Klinik olarak akut apikal apseli hastada hafif veya şiddetli ağrı ve şişlik görülür. Trismus ortaya çıkabilir. Ateş, lenfadenopati, halsizlik, baş ağrısı ve mide bulantısı gibi sistemik bulgular da gelişebilir. Endodontik enfeksiyona karşı oluşan akut reaksiyon çok hızlı bir şekilde gelişebildiğinden, ilgili diş periradiküler kemik yıkımına ilişkin radyografik bulgu göstermeyebilir. Çoğu durumda diş, perküsyona son derece duyarlıdır. Kök kanal enfeksiyonuna yanıt olarak oluşan pürülan eksüda, medüller kemikten yayılıp, kortikal kemiği perforate ederek ve submukoz veya subkütan yumuşak doku içine boşalır. Birçok durumda şişlik yalnızca intraoral olarak gelişir⁶. Maksillada, akut apikal apseler ağız boşluğuna ve bazen maksiller sinüs veya burun boşluğuna bukkal ya da palatal kemik yoluyla drene olabilir. Mandibular diş apikal apseleri bukkal veya lingual kemik yoluyla ağız boşluğuna drene olabilir. Bununla birlikte, enfeksiyöz süreç aynı zamanda baş ve boyun fasiyal alanlarına da uzanarak selülit oluşturabilir⁵.

Bu vaka serisinde, palatinal apse, submental apse, fossa kanina apsesi olmak üzere üç farklı bölgede gelişen akut apikal apseli dişlerin tedavisi anlatılmaktadır.

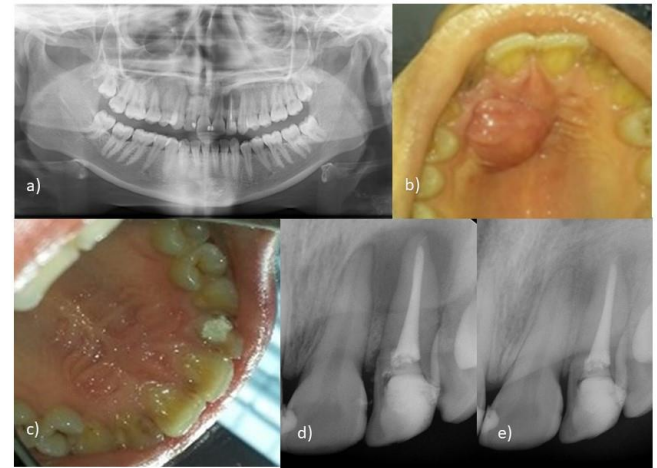
VAKA 1

Kliniğimize şişlik ve ağrı şikayetleriyle başvuran 24 yaşındaki kadın hastanın radyografik muayenesi

sonucunda, üst sol lateral dişinde kök kanal tedavisi ve geniş çaplı periapikal lezyon saptanmıştır (Şekil 1a). Klinik muayenesinde; ilgili dişte perküsyona duyarlılık ve palatinal bölgede geniş bir şişlik gözlenmiştir (Şekil 1b). Palatinal apsenin en fluktuan bölgesi saptanarak, vertikal insizyonla drenaj sağlanmıştır. Aynı seans retreatment tedavisine başlanarak; koronal restorasyon ve kök kanal dolgusu ve uzaklaştırılmıştır. Kök kanalları el eğesi (Dentsply Maillefer, Ballaigues, İsviçre) ve Protaper Universal nikel titanyum rotary eğeleri (Dentsply Maillefer, Ballaigues, İsviçre) ile genişletilmiştir. Kemo-mekanik preparasyon tamamlandıktan sonra diş, geçici dolgu (Cavit, Espe, Seefeld, Almanya) ile kapatılarak hasta iki gün sonra kontrole çağırılmıştır. Hastaya antibiyotik reçete edilmemiştir.

İki gün sonraki randevuda apsenin anlamlı derecede küçüldüğü saptanmıştır. Kök kanalından pü drenajı gözlenmediği için; kalsiyum hidroksit kanal içi medikament olarak uygulanmış ve hasta üç hafta sonra randevuya çağırılmıştır (Şekil 1c).

Son seansta semptomların ortadan kaybolduğu gözlemlenirken sonra; kalsiyum hidroksit kök kanalından uzaklaştırılmış ve gütta perka (Dentsply Maillefer, İsviçre) ve AH Plus kök kanal patı (Dentsply, DeTrey, Konstanz, Almanya) ile kök kanalının daimi dolgusu ve kompozit rezin (G-aenial, GC Corporation, Tokyo, Japonya) ile koronal restorasyon tamamlanmıştır (Şekil 1d). Bir yıl sonraki klinik ve radyolojik muayene sonucunda ilgili dişin semptomsuz olarak fonksiyonda olduğu ve periapikal lezyonun iyileştiği gözlenmiştir (Şekil 1e).



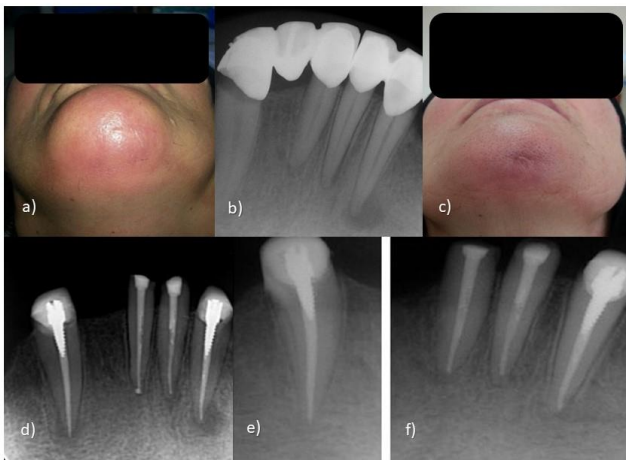
Şekil 1: Vaka 1

VAKA 2

Kliniğimize ağrı, halsizlik, şişlik ve ateş şikayetleri ile başvuran 59 yaşındaki kadın hastanın; klinik muayenesinde submental bölgede apse, kızarıklık ve lenfadenopati gözlenmiştir (Şekil 2a). Radyografik muayenesinde alt keser ve kanin dişlerinde çürük ve lezyonlar saptanmıştır (Şekil 2b).

Alt keser ve kanin dişlerine drenajı sağlamak için kök kanal tedavisi başlanmıştır. Kök kanalları el eğesi (Dentsply Maillefer, Ballaigues, İsviçre) ve Protaper Universal nikel titanyum rotary eğeleri (Dentsply Maillefer, Ballaigues, İsviçre) ile genişletilmiştir. Kök kanallarından drenaj sağlanamadığından ekstraoral olarak drenaj planlanmıştır. Alt çene kıvrımına paralel olarak çene ucundan hafif kavslü insizyon yapıp, dren yerleştirilmiştir (Şekil 2c). Hastaya sistemik tutulum belirtileri olduğu için antibiyotik (amoksisilin+klavulanik asit) ve analjezik (ibuprofen) reçete edilmiştir. Hasta iki gün sonra tekrar kontrole çağırılmıştır. İkinci seansta kök kanallarından pü akışı gözlenmediği için kalsiyum hidroksit uygulanmıştır ve hastaya üç hafta sonrasına tekrar randevu verilmiştir.

Son seansta semptomların ortadan kaybolduğu gözlemlendikten sonra; kalsiyum hidroksit kök kanallarından uzaklaştırılmış, gütaperka (Dentsply Maillefer, İsviçre) ve AH Plus kök kanal patı (Dentsply, DeTrey, Konstanz, Almanya) ile kök kanalının daimi dolgusu yapılmıştır. Kompozit rezin (G-aenial, GC Corporation, Tokyo, Japan) ile koronal restorasyon tamamlanmıştır ve gerekli görülen dişlere prefabrik post uygulaması yapılmıştır (Şekil 2d). Bir yıl sonraki klinik ve radyolojik muayene sonucunda ilgili dişlerin semptomsuz olarak fonksiyonda olduğu ve periapikal lezyonların iyileştiği gözlenmiştir (Şekil 2e, 2f).

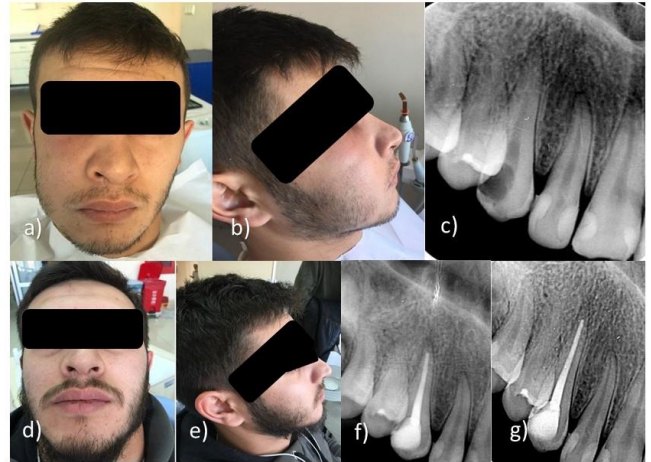


Şekil 2: Vaka 2

VAKA 3

Kliniğimize ağrı, halsizlik ve şişlik şikayetleri ile başvuran 22 yaşındaki erkek hastanın klinik ve radyografik muayenesinde; sağ üst kanin dışında çürük sebebiyle meydana gelen periradiküler lezyon ve bu lezyon sonucunda oluşan fossa kanina apsesi saptanmıştır (Şekil 3a, 3b, 3c). İlgili dişten drenajı sağlamak için kök kanal tedavisi başlanmıştır. Kök kanalları el eğesi (Dentsply Maillefer, Ballaigues, İsviçre) ve Protaper Universal nikel titanyum rotary eğeleri (Dentsply Maillefer, Ballaigues, İsviçre) ile genişletilmiştir. Kök kanalından kısmen drenaj sağlanmış ve sistemik tutulum belirtileri olduğu için hastaya antibiyotik (amoksisilin+klavulanik asit) ve analjezik (ibuprofen) reçete edilmiştir. İki gün sonraki seansta kök kanallarına kalsiyum hidroksit uygulanmış ve hasta üç hafta sonra tekrar kontrole çağırılmıştır.

Semptomların ortadan kaybolmasının ardından (3d, 3e), gütaperka (Dentsply Maillefer, İsviçre) ve AH Plus kök kanal patı (Dentsply, DeTrey, Konstanz, Almanya) ile kök kanalının daimi dolgusu yapılmıştır. Kompozit rezin (G-aenial, GC Corporation, Tokyo, Japan) ile koronal restorasyon tamamlanmıştır (Şekil 3f). Bir yıl sonraki klinik ve radyolojik muayene sonucunda ilgili dişin semptomsuz olarak fonksiyonda olduğu ve periapikal lezyonun iyileştiği gözlenmiştir (Şekil 3g).



Şekil 3: Vaka 3

TARTIŞMA

Akut apikal apse, diş apselerinin en sık görülen formudur ve dişin kök kanalının enfeksiyonundan kaynaklanır. Genellikle intraoral lokalize olur, ancak bazı durumlarda apikal apse yayılabilir. Apikal apselerde kültür ve ileri moleküler mikrobiyoloji yöntemlerini kullanan çalışmalar, anaerobik bakteriler tarafından domine edilmiş birçok tür topluluğunu göstermiştir. Bu enfeksiyonlarda yaygın

olarak *Fusobacterium*, *Parvimonas*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Dialister*, *Streptococcus* ve *Treponema* türleri bulunur. Türlerin zenginliği ve türler arasındaki etkileşimler patojeniteyi belirleyebilir ve akut enfeksiyonların gelişimine etki edebilir. Mikrobiyolojik faktörlerin yanı sıra konak ile ilgili faktörler de enfeksiyonun şiddetini değiştirebilir. Diyabet, herpes virüs enfeksiyonu, stres, kortikosteroid kullanımı, otoimmün ve bağışıklık sistemini zayıflatan hastalıklar enfeksiyonun ilerleyişini etkileyebilir⁵.

Endodontik enfeksiyon, kök kanallarında çürük veya travma nedeniyle nekroze olan pulpadan ya da kök kanal tedavili bir dişin tekrar enfekte olmasından kaynaklanabilir. Enfeksiyon öncelikle kök kanalına yerleşir ve daha sonra bakteriler apikal ve lateral foramenler veya kök perforasyonları yoluyla periradiküler dokulara temas edebilir. Sonuç olarak kronik veya akut bir inflamatuvar yanıtı indükleyebilir. Kronik yanıt genellikle asemptomatiktir ve genellikle kök apeksinin etrafında kemik rezorpsiyonuna yol açar. Akut enflamasyon ise genellikle ağrı ve şişlik gibi semptomlara yol açar⁷.

Orofasyal enfeksiyonların değerlendirilmesi ve tedavisinde, hastaların klinik ve radyografik olarak etkili bir şekilde muayene edilmesi gerekmektedir. Ayrıca apsenin gelişim ve yayılma alanları ile bu apseler ile ilişkili mikroorganizmaların da bilinmesi önemlidir. Endodontik kökenli enfeksiyonların baş ve boyun fasyal boşluklarına yayılımı, ilgili dişin kök ucunun lokalizasyonu ile üzerini örten bukkal veya lingual kortikal kemik tabakası arasındaki ilişkiye, kemik tabakasının kalınlığına ve kök apeksi ile kas bağlantısı arasındaki ilişkiye bağlıdır⁵. Klinik olarak, akut apikal apseleri olan hastalarda değişen şiddette ağrı ve şişlik görülür. Trismus oluşabilir. Ateş, lenfadenopati, halsizlik, baş ağrısı ve mide bulantısı gibi sistemik belirtiler de gelişebilir. Endodontik bir enfeksiyona, akut reaksiyon çok hızlı şekilde gelişebileceğinden ilgili dişte periradiküler alanda kemik yıkımı radyografik olarak izlenemeyebilir. Bu tip vakalarda periradiküler radyolusensi radyografik olarak gözlemlendiğinde, apse genellikle önceki kronik asemptomatik bir durumun alevlenmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Çoğu durumda, diş perküsyona aşırı hassastır⁵.

Akut apikal apsenin tedavisi, apsenin drenajı ve ilgili dişin kök kanal tedavisi veya çekimini içermektedir^(7, 8). Bazı vakalarda drenaj direkt olarak kök kanalı yoluyla sağlanabilir. Hastaya sistemik antibiyotik verilmesi apse lokalize ise ve drenaj sağlandıysa gerekmemektedir^{6, 9, 10}. Hastada akut apikal apse ile birlikte; ateş, halsizlik, lenfadenopati, selülit, ilerleyen diffüz şişlik, trismus gibi bulgular var ise antibiyotik verilmesi gerekebilir. Komplike vakalarda acil cerrahi drenaj ve antibiyotik tedavisi önerilmektedir^{11, 12}. Bu vaka serisinde ise iki

hastada (vaka 2 ve 3) sistemik tutulum belirtileri (ateş, lenfadenopati) görüldüğü için antibiyotik tedavisi uygulanmıştır, diğer vakada ise antibiyotik reçete edilmemiştir.

Apseler de dahil olmak üzere endodontik enfeksiyonlarla ilgili bakteri türlerinin çoğu penisilinlere duyarlıdır⁵. Bu durum, hastanın penisiline alerjisi olmadığında endodontik enfeksiyonların tedavisinde amoksisilini ilk tercih yapar. Yaşamı tehdit eden koşulları da içine alan ciddi enfeksiyon varlığında, penisiline dirençli türlerde optimal antimikrobiyal etkileri elde etmek için amoksisilinin, klavulanik asit veya metronidazol ile birleşmesi gerekebilir¹³.

Diş hekimliği için en önemli problemlerin başında gelen odontojenik enfeksiyonlar yumuşak dokulara yayılıp fasyal alanları etkileyip, hayatı tehdit edecek durumlara kadar ilerleyebilirler. Fasyal alan enfeksiyonları genel prensip olarak medikal, cerrahi veya dental tedavi veya bunların kombinasyonu ile tedavi edilebilir. Tanı ve tedavideki yeniliklere rağmen, fasyal alan enfeksiyonlarının, değişkenlik göstermeleri ve ciddi komplikasyon oluşturma potansiyelleri vardır. Bu nedenle diş hekimleri bu tip vakalarda erken teşhis ve tedavi konusunda dikkatli davranmalıdırlar¹⁴.

Odontojenik enfeksiyonlu hastaların değerlendirilmesinde enfeksiyonun kaynağının belirlenmesi, anatomik durumlar, cerrahi müdahaleler, uygun antimikrobiyal tedavinin belirlenmesi son derece önemlidir¹⁵.

Sonuç olarak bu vaka serisinde, akut apikal apseleri hastalarda hızlı ve doğru müdahalenin önemine dikkat çekilmeye çalışılmıştır. Akut apikal apseleri hastaların tedavisinde hekimler; endodontik yaklaşımları, cerrahi yöntemleri ve antibiyotik tedavisini birlikte değerlendirmelidir. Enfeksiyonların erken teşhisi ve doğru tedavisi enfeksiyonun ilerlemesini, çevre dokulara yayılmasını, gelişebilecek olası komplikasyonları ve gereksiz antibiyotik kullanımını engellemede büyük öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Gendron R, Grenier D, Maheu-Robert LF. The oral cavity as a reservoir of bacterial pathogens for focal infections. *Microbes Infect.* 2000;2(8):897-906.
2. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev.* 2000;13(4):547-58.
3. Dahlen G. Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal-endodontic lesions. *Periodontol* 2000. 2002;28(1):206-39.
4. Akinbami BO, Akadiri O, Gbujie DC. Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(10):2472-7.
5. Siqueira JF, Rôças IN. Microbiology and treatment of acute apical abscesses. *Clin Microbiol Rev.* 2013;26(2):255-73.

6. Henry M, Reader A, Beck M. Effect of penicillin on postoperative endodontic pain and swelling in symptomatic necrotic teeth. *J Endod.* 2001;27(2):117-23.
7. Lewis M, Carmichael F, MacFarlane T, Milligan S. A randomised trial of co-amoxiclav (Augmentin) versus penicillin V in the treatment of acute dentoalveolar abscess. *Br Dent J.* 1993;175(5):169-74.
8. Kuriyama T, Absi EG, Williams DW, Lewis M. An outcome audit of the treatment of acute dentoalveolar infection: impact of penicillin resistance. *Br Dent J.* 2005;198(12):759-63
9. Nagle D, Reader A, Beck M, Weaver J. Effect of systemic penicillin on pain in untreated irreversible pulpitis. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, and Endod.* 2000;90(5):636-40.
10. Pickenpaugh L, Reader A, Beck M, Meyers WJ, Peterson LJ. Effect of prophylactic amoxicillin on endodontic flare-up in asymptomatic, necrotic teeth. *J Endod.* 2001;27(1):53-6.
11. Gill Y, Scully C. Orofacial odontogenic infections: review of microbiology and current treatment. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol.* 1990;70(2):155-8.
12. Daramola OO, Flanagan CE, Maisel RH, Odland RM. Diagnosis and treatment of deep neck space abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;141(1):123-30.
13. Kuriyama T, Williams DW, Yanagisawa M, Iwahara K, Shimizu C, Nakagawa K, et al. Antimicrobial susceptibility of 800 anaerobic isolates from patients with dentoalveolar infection to 13 oral antibiotics. *Oral Microbiology and Immunology.* 2007;22(4):285-8.
14. Peker E, Karaca İR. Odontojenik enfeksiyon kaynaklı fasyal alan apseleri. *Acta Odontologica Turcica.* 2012;29(2):129.
15. Holmes CJ, Pellecchia R. Antimicrobial Therapy in Management of Odontogenic Infections in General Dentistry. *Dent Clin North Am.* 2016;60(2):497-507.