

AKUT NEKROTİZAN ÜLSERATİF GİNGİVİTİS (ANUG)

ACUTE NECROTISING ULSERATIVE GINGIVITIS

BİR OLGU BİLDİRİSİ

ÇİFCİBAŞI E.¹, GÜVENÇ D.², KARA G.², KURTULUŞ İ.³, ÇİNTAN S.⁴

ÖZET

ANUG plak bakterilerinin yol açtığı ve azalan konak direnciyle ilişkili bir periodontal hastalıktır. Bu gingivitis tipinde lezyonlar dişetiyle sınırlıdır, ataşman ve kemik kaybı yoktur. ANUG teşhisinde üç spesifik klinik belirti teşhis açısından önem taşımaktadır. Bunlar: ağrı, interdental papilde nekroz ve kanamadır. ANUG'un gelişimi bağışıklık sisteminin baskılanması, akut psikolojik stres, sigara, beslenme bozukluğu, varolan bir gingivitis ve doku travması gibi belirli hazırlayıcı faktörlerle yakından ilişkilidir. Ayrıca AIDS gibi immün sistemi zayıflatan sendromlar ve yetersiz beslenme, bu tür lezyonların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Akut dişeti şikayetleri nedeni ile İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı kliniğimize başvuran 39 yaşındaki kadın hasta, anamnezinde günde 2 paket sigara içmekte olduğunu bildirmiştir. İlk randevusunda hasta ayrıntılı şekilde dokümanite edilmiş ve kendisine ornidazol (s: 2*2), etodolak (2*1), B vitamini (2*1), %3'lük H₂O₂ (2*1)'den oluşan ilaç listesi reçete edilmiştir. İkinci ve üçüncü randevularda lokal anestezi altında supragingival diş yüzeyi temizliği yapılmıştır. Hastalığın gerileme hızındaki yavaşlık nedeniyle dördüncü randevuda daha geniş spektrumlu bir antibiyotik (amoksina+klavulanat potasyum) ve klorheksidin gargara (2*1)'dan oluşan ikinci bir reçete yazılmış ve hasta ileri tetkikler için biyokimya laboratuvarına sevk edilmiştir. Sonraki randevularda kısa süreli supra- ve subgingival diş yüzeyi temizliklerine devam edilmiştir. Hasta idame tedavisine alınmış olup, kontrollerde herhangi bir iltihapsal değişim gözlenmemiştir. Tedavi planlamasının en son aşamasında hastaya kontrol randevularına devam etmesi gerektiği belirtilmiştir. Hasta ağız hijyeni uygulamaları ve sigara kullanımının olumsuz etkileri konusunda ayrıntılı şekilde bilgilendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akut nekrotizan ülseratif gingivitis, nekrotizan ülseratif periodontitis, alveol kemiği yıkımı

ABSTRACT

ANUG is the severe inflammatory periodontal disorder caused by plaque bacteria associated with diminished systemic resistance. This type of gingivitis is limited to lesions involving gingival tissue with no loss of periodontal attachment and bone loss. Three specific clinical signs must be present to diagnose ANUG ; pain, necrosis of interdental papillae and bleeding. Development of ANUG is closely associated with specific predisposing factors ; immune suppression, acute

¹ Araş. Gör., İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji A.D., Çapa, İstanbul
² Dt., İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji A.D., Çapa, İstanbul
³ Dr., İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji A.D., Çapa, İstanbul
⁴ Prof. Dr., İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji A.D., Çapa, İstanbul

psychological stress, smoking, malnutrition, pre-existing gingivitis, tissue trauma and AIDS favors the occurrence of opportunistic infections. A 39 -year -old female patient with acute gingival lesions was referred to our clinics at the Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, University of Istanbul. The patient used to smoke two packs of cigarettes daily. In the first medical visit she was documented thoroughly and amidazole (s: 2*2), etodolac (2*1), vitamin B (2*1), 3% H₂O₂ (2*1), was prescribed to the patient. At the second and third visits supragingival scaling was performed under local anesthesia. Because of slow remission of the lesions another prescription was given including amoxicillin and clavulanate potassium (2*1), and chlorhexidine mouthrinse (2*1) at the fourth visit except of this the patient was referred to the biochemical laboratory for further analysis. At subsequent visits, with short periods, sub- and supragingival scaling was continued. The patient was taken to maintenance therapy and no other clinical signs of inflammation has been observed. At the final stage of treatment plan the patient was advised to continue her visits periodically. Special attention was given to inform the patient about oral hygiene procedures and adverse effects of smoking.

Key words: Acute necrotizing ulcerative gingivitis, necrotizing ulcerative periodontitis, alveolar bone loss

GİRİŞ

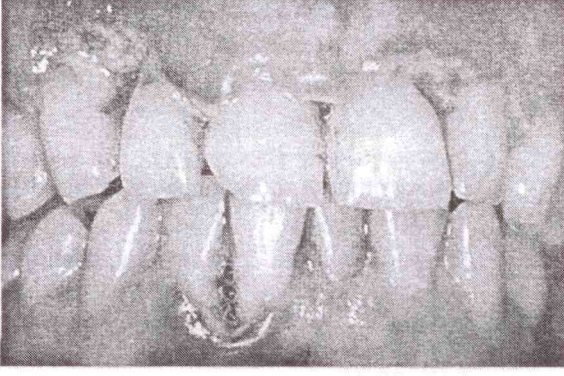
Amerikan Periodontoloji Derneği'nin (AAP) 1999 yılında getirdiği sınıflamadan itibaren nekrotizan periodontal hastalık olarak adlandırılan ANUG (1, 2); her iki cinste de eşit oranlarda görülen ve genellikle 18-26 yaşlar arasındaki bireylerde ortaya çıkan bir dişeti hastalığıdır. Nadir olarak daha ileri yaşlardaki kişilerde kronik gingivitis veya kronik periodontitis üzerine yerleşmiş olarak akut bir şekilde görülebilmektedir. En çok ilkbahar ve sonbahar aylarında rastlanmakta olan bu hastalığın başlıca klinik belirtileri şu şekilde sayılabilmektedir: en karakteristik bulgu marjinal dişetindeki nekrotik lezyonlardır. Nekrotik bölgeleri örten yumuşak, sarımsı-beyaz materyal pseudomembran olarak adlandırılmaktadır. Marjinal nekroz bölgesi ile, etkilenmemiş dişeti arasında çok iyi belirlenmiş dar bir eritematöz alan mevcuttur. Akut iltihap ve nekroz ile birlikte bağ dokusunun açığa çıkması nedeni ile kanama eğilimi artmıştır. Başlangıç dönemlerinde nekrotik lezyonlar az ve küçük olduğundan ağrı fazla değildir. İlerlemiş vakalarda ağrı oldukça belirgindir ve tükürük miktarı artmıştır. Hasta oral hijyen uygulamalarını yapmadığı için yoğun plak birikimi görülmektedir. ANUG'da belirgin bir ağız kokusu mevcuttur. Genellikle ANUG'un ilerlemiş dönemlerinde bölgesel lenf bezlerinde şişlik ve hafif ateş yükselmesi olabilmektedir (3).

Listgarten, elektron mikroskobu ile yapmış olduğu incelemenin sonucunda ANUG'daki nekrotik lezyonları histopatolojik olarak yüzeyden başlayarak dört bölge şeklinde sınıflandırmıştır: 1-bakteri bölgesi, 2-nötrofillerden zengin bölge, 3-nekrotik alan ve 4- spiroket infiltrasyon bölgesi (4). Ancak histopatolojisi patognomonik özellik

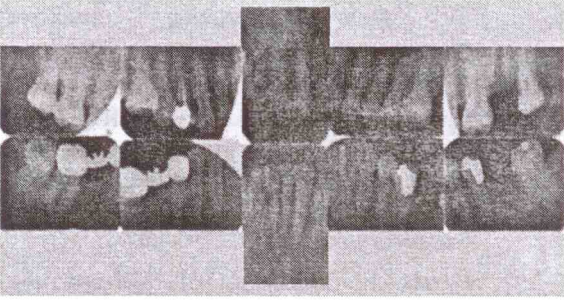
taşımadığı için hastalardan biyopsi almaya gerek yoktur. ANUG'da karakteristik olarak fusobakteriler ve spiroketler çoğunluktadır. Hastalığın teşhisi genellikle klinik belirti ve semptomlara göre yapılmaktadır. Klinik olarak sıklıkla şiddetli ağrı ve dişetinde kanama mevcuttur. Etyolojisinde genellikle sigara, emosyonel veya fiziksel stres hikayesi rol oynamaktadır (5, 6).

OLGU

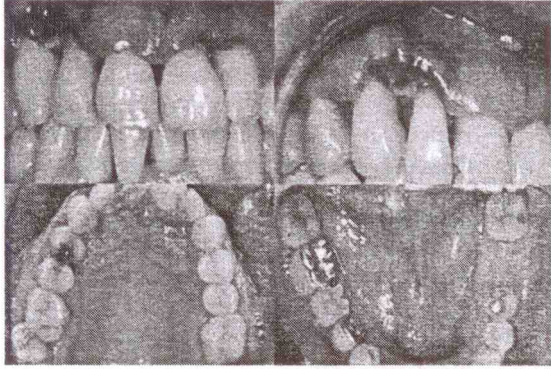
Akut dişeti şikayetleri nedeni ile İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı kliniğimize başvuran 39 yaşındaki kadın hastadan, ilk randevuda ayrıntılı bir anamnez alınmış, ağız içi fotoğrafları çekilmiş ve kayıtları dokümanite edilmiştir. Anamnezinde hastanın günde 2 paket sigara kullandığı öğrenilmiştir. Bunun dışında klinik olarak tespit edilen hafif ateş yükselmesi ve ağız içindeki lezyonların yaygınlığı (Resim 1) sebebiyle hastaya ornidazol (s: 2*2), etodolac (2*1), B vitamini (2*1), % 3'lük H₂O₂ (2*1)'den oluşan ilaç listesi reçete edilmiştir. Radyografisinde hastada olaya ayrıca kronik periodontitisin de eşlik ettiği gözlenmiştir (Resim 2). Hasta bundan sonra, iki günde bir aralıklarla çağrılarak her seansta lokal anestezi altında supragingival diş yüzeyi temizliği yapılmıştır. Bu seanslarda ayrıca % 3'lük H₂O₂ ile ıslatılmış steril gaz tamponlar ile lokal anestezi altında nekrotik yüzeyler üzerindeki sarımsı-beyazımsı pseudomembranlar temizlenmiştir. Ancak hastalığın gerileme hızındaki yavaşlık nedeniyle (Resim 3) sonraki randevuda verilmiş olan antibiyotik spektrumu genişletilerek amoksina+klavulanat potasyum (2*1) yazılmıştır.



Resim 1: Hastanın tedavi öncesi görünümü



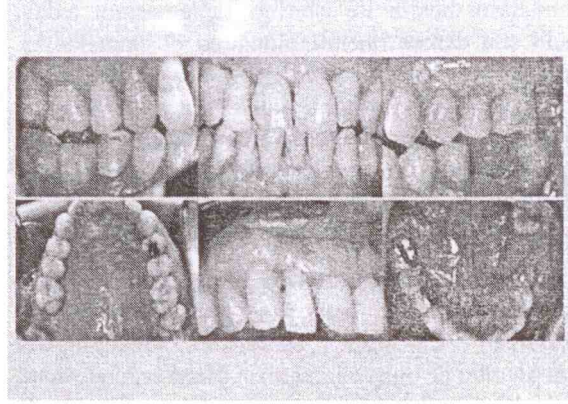
Resim 2: Hastanın radyografik görünümü



Resim 3: Hastanın ornidazol ile tedavi sonucu görünümü

Ağız bakımını sağlaması konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilen hastaya destekleyici olarak klorheksidin gargara (2*1) da önerilmiştir. Lezyonların yaygınlığı göz önünde bulundurularak sistemik yünden de hastanın araştırılması uygun görülmüştür. Bu açıdan ileri tetkikler için hasta biyokimya laboratuvarına sevk edilmiştir. HIV açısından da değerlendirilmiş olan hastada, istenilen tetkikler sonucunda önemli bir bulguya rastlanmamıştır. İzleyen randevularda lezyonların gerilediği gözlenmiştir (Resim 4), ancak her seansta

kısa süreli supra ve subgingival diş yüzeyi temizliklerine devam edilmiştir. Hastanın kontrol seanslarının aralıkları bundan sonra arttırılmış, ancak her seansta motivasyona devam edilmiştir.



Resim 4: Hastanın ikinci reçeteden sonra lezyonlardaki gerilemenin görünümü

TARTIŞMA

ANUG'da palatinal ve lingual marginal dişeti, vestibül yüzeyden genellikle daha az sıklıkta etkilenmektedir. Bunun dışında pseudomembranlar yapışık dişetinin bir bölümünü de nekroze ettiği zaman, bizim olgumuzda olduğu gibi yapışık dişeti genişliğinin azalmasına neden olabilmektedir (Resim 1). İnterproksimal lezyonların ilerlemesi çok hızlı olup bu bölgedeki alveol kemiğinin yıkımına da neden olmaktadır (Resim 2). Hızlı doku ve kemik kaybı ile karakterize olgularda ciddi immün yetmezlik sendromları veya beslenme bozuklukları göz önünde bulundurulmalı ve hasta HIV açısından değerlendirilmelidir (7). Ancak bizim olgumuzda yaptırdığımız tetkikler sonucunda HIV açısından bir bulguya rastlanmamıştır. Anamnez esnasında elde edilmiş olan bilgiler doğrultusunda hastamızın sosyoekonomik anlamda yaşadığı birtakım olumsuzlukların etkisinde kaldığı, bu nedenle de son birkaç haftadır yoğun duygusal baskı ve stres altında olduğu öğrenilmiştir. Lezyonların iyileşmesindeki gecikme, hastanın düzensiz uyumasına, yetersiz beslenmesine ve sigara kullanımını istenilen düzeyde azaltmamasına bağlanmıştır. Buna ek olarak hastamızın, yaşamış olduğu yoğun stres etkisiyle, kendisine reçete edilmiş olan ilaçların kullanımını aksatmış olabileceği de düşünülmüştür. Ancak hasta sık aralıklarla izlendiği ve her seansta remotivasyona özen gösterildiği için bu olasılık tarafımızdan olabildiğince minimuma indirilmeye çalışılmıştır.

Sonuç olarak ANUG için geçerli olan tedavi prosedürlerinin hekim tarafından uygulanması tedavinin başarılı olması açısından tek başına yeterli olamamaktadır. Özellikle bizim olgumuzdaki gibi hızlı ilerleyen lezyonlara sahip hastaların hekim ile işbirliği sağlamanın tedavi için son derece önemli olduğunu düşünmekteyiz. Bunun yanı sıra hastanın, lezyonlar pasif duruma geçinceye kadar çok sık aralıklarla gözlenmesi ve her seansta durumun fotoğraflarla belgelenmesi de çok önemlidir. Bu kayıtlar daha sonraki dönemlerde lezyonların tekrarlaması durumunda karşılaştırma yapılabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Çok ilerlemiş ANUG olgularında dişeti papilinde oluşan nekrozun geri dönüşümünün mümkün olmaması sebebiyle mukogingival problemler de oluşabilmektedir. Hatta bunlar estetik olarak rahatsızlık verecek boyutlarda olabilmektedir. Hastanın akut safhası geçtikten sonra bunların mukogingival cerrahi yöntemler ile düzeltilmesi mümkündür. Bizim olgumuzda da sağ üst santral ve lateral dişlerin arasındaki papil bölgesinde ileri derecede doku kaybı nedeniyle (Resim 4) böyle bir estetik problem oluşmuştur. Ancak hastamız tedaviden sonra durumundan şikayetçi olmadığını ve daha ileri cerrahi bir tedavi ile ilgilenmediğini bildirmiştir. Hastamız hala düzenli aralıklarla takip edilmeye devam edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Rowland RW. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol* 1999; 4 (1):65-73.
2. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol* 1999; 4(1): 74-78.
3. Folayan MO. The epidemiology, etiology, and pathophysiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis associated with malnutrition. *J Contemp Dent Pract* 2004; 5 (3): 28-41.
4. Listgarten ma, socransky ss. ultrastructural characteristics of a spirochete in the lesion of acute necrotizing ulcerative gingivostomatitis (vincent's infection). *Arch Oral Biol* 1964; 16:95-96.
5. Carranza FA, Klokkevold PR. Acute Gingival Infections. In: Newman MG, Takei HH, Carranza FA, editors. *Clinical Periodontology*. Philadelphia: W.B. Saunders Comp., 2002: 297-307.
6. Berres F, Marinello CP. [Necrotizing ulcerative periodontitis. Diagnosis, treatment and follow-up--a case report]. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2004; 114 (5):479-495.
7. Holmstrup P, Westergaard J. Necrotizing Periodontal Disease. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Copenhagen: Munksgaard, 1998: 258-278.

Yazışma Adresi:

Dr. İdil KURTULUŞ
 İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
 Periodontoloji AD
 34093, Çapa, İstanbul
 Tel.: (0212) 414 20 20 – 30253
 Fax: (0212) 534 08 07
 GSM: 0532 651 80 86
 e-mail: idil_kurtulus@yahoo.com