

Periodontal ve Gingival Abse

Prof. Dr. Gündüz BAYIRLI (*)

Periodontal Abse

Abse dişlerin içindeki veya etrafındaki hudutlu, akut ve purulent bir iltihaptır. Nedeni ağızdaki mikroorganizmaların karışık bir enfeksiyonudur. Absenin bulunduğu bölgede şiş ve ağrı olur. Hastada aynı zamanda kırgınlık, ateş yükselmesi ve «lymphadenopathy» lenf bezleri hastalığı görülebilir. Cerahat dişetine ve vestibüle uzanabilir (4).

Periodontala bse bağ dokusu içinde bir nekrotik bölgede polimorf nüveli lökositlerin bir odak halinde toplanmasıyla başlar. Umuymiyetle başlangıç bölgesinin çevresine doğru ilerleyen nekrozla genişler. Merkezi bu harabiyet sahası ekseriya bir bağ dokusu bölgesi ile çevrilidir; bu bağdokusu belirli vazodilatasyon, gözle görülebilir iltihabi hücre enfiltrasyonu ve periferide fibroblastların yaptığı tamir reaksiyonu ile karakterizedir (4).

Bazan, iltihabın şiddeti o kadar fazla olur ki abseyi hudutlandırarak bir kollagen set teşekkül edemez veya mevcut periferik bağ dokusu tahrip edilir ve iltihabi süreç yayılır.

Abse doğrudan doğruya cep epitelindeki nekrotik kısımlardaki yırtıklar arasından geçerek «sulcus» içine drene olur. Bilhassa dar «infrabony» ceplerde ve derin «interradikuler» lezyonlarda drenajın olamaması lezyonun akut hale gelmesine yol açar ve yumuşak do-

(*) İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dış Hastalıkları ve Konservatif Dış Tedavisi I. Kürsüsü öğretim üyesi.

kular içine diffüze olarak bir sellülit yapar veya dişetin dış yüzeyine bir fistül halinde açılır (4).

Başlangıçta periodontal abse ya akut veya kroniktir. Akut safhadaki absenin boşalmasını takiben kronik abse olur ve eğer tedavi edilmezse tekrar akut hale geçebilir. İleri safhalarda daha fazla alveol kemiği tahrip edilir (10).

Periodontal abse ağızda mevcut periodontal ceplerin tıkanarak eksüdanın drenajının önlenmesiyle teşekkül eder. Ekseriya uzun, derin ve dar cepler kolayca tıkanır. Akut abse çiğneme, diş fırçası veya ağız temizleme aletlerinden birinin dişetini yaralaması neticesi buraya bakterilerin hücumuyla oluşur (8, 12).

Abse teşekkülü periodontal dokuların fiziksel harabiyetini takiben veya bir periodontal cepten enfeksiyonun genişlemesiyle başlar. Derin bir periodontal cep kan pıhtısını ve «Calculus» u kolayca saklayan çok dar ve düzensiz bir boşluktur. Drenaj imkanı yoksa abse teşekkül eder. Böylece mikroorganizmalar kan veya lenf damarları ile daha derin dokulara taşınarak orada doku harabiyeti ve supurasyona sebep olurlar. Ekseriya aşırı oklüzal basınç absenin teşekkülü için yardımcı bir faktördür (10).

Bazan bir periodontal cebin, cerrahi müdahale yapıldığı halde iyi temizlenmemesinden dolayı da bir periodontal abse teşekkül edebilir. Operasyonu takiben cep duvarında kalan dokuda büzülme olur, böylece iyi temizlenmeyip içeride kalmış cep muhtevasının üzeri kapanır ve drenaj olmaz. Bu olay ekseriya bir büyük azının «bifurkasyon» veya «trifurkasyon» bölgeleriyle ilgili cep duvarlarının tam kaldırılamadığı vak'alarda olur (10).

Periodontal abseler yumuşak dokular içinde yabancı cisimlerin kalmasıyla da başlar. Ekseriya «Calculus» ve diş fırçası kılları dişetin içine batar. Bu abse umumiyetle diabetli hastalarda görülür; çünkü diabetli hastaların yabancı maddelerin sebep olduğu enfeksiyona karşı direnci azdır ve kan damarlarının duvarlarındaki «hyalinization» ve «lumen»lerinin daralması sebebiyle nisbeten bir dolaşım noksanlığı vardır. Hirschfeld, Ray ve Orban diabetli hastalarda tekrarlıyan ve «multiple» periodontal abseler neşretmişlerdir (6, 13).

Absenin teşekkülünde organizmaların virulansı da mühim bir faktör olduğundan derin olmayan ceplerde bile periodontal abse teşekkül edebilir. Bazan lateral periodontal kistler de abse yapabilir (4, 11, 14).

Aktinomikoz ile ilgili bir periodontal abse vak'ası da neşredilmiştir (9).

Klinik Görünüş :

Periodontal absenin başlangıcında derinden gelen arasıra çarpıntı şeklinde ağrı hissedilir. İlgili diş hafifçe sallanır ve temasta hassastır. Üzerindeki dişeti kırmızı, şiş ve yumuşak olabilir. Bazan ilgil lenf bezler büyür. Bu safhada «fluktuasyon» ve cerahat akması yoktur (10).

Zamanla cerahat periodontal cep içinde akar; bu takdirde ağrı azalır. Bazan cerahat alveol kemiği içine girer ve periost altında bir abse teşekkül eder. İlgili dişin vestibül yüzeyinde temasta ağırlı, kırmızı bir şişlik görülür. Bazan bu şişlik damakta olabilir.

Abse vaktinde tedavi edilmezse veya hastanın doku mukavemeti zayıfsa enfeksiyon komşu dokuların içine yayılır ve bir «sellulüt» olur. Üst çenedeki abselerde, bulunduğu yere bağlı olarak hastanın yüzü, dudağı veya hatta alt göz kapağı şişer. Alt büyük azıların birinden menşe almışsa, trismus ve yutkunmada güçlük olabilir.

Hasta çok ağrı hisseder ve ateşi yükselir. Herhangi bir sebeple abse açılırsa, akut safha hafifliyerek kronik hale geçer; bir fistül ağzı teşekkül eder. Kronik absede diş hareketliği biraz artar, hasta hafif rahatsızlık hissedebilir. Bazan kronik abse akut hale geçerek diş hareketliliği ve hassasiyet daha fazla artar.

Radyografik Görünüş :

Başlangıçta radyografide hiçbir kemik değişikliği görülmez. Bir hafta kadar sonra abse kök kenarıyla ilgili lokalize bir radyolusent saha olarak görülür. Abse uzun süre devam ederse daha belirli radyolusent bir saha haline gelir.

«Gingival» Dişeti Absesi :

Dişeti absesi daha az görülür; dişeti yüzeyindeki bir harabiyet neticesi bakterilerin hücumu ile oluşur. Dişeti yüzeyindeki harabiyet çiğneme esnasında, ağız temizleme ameliyeleri ve diş tedavileri sebebiyle olabilir. Periodontal absede olduğu gibi dişeti absesinde de

hastanın mukavemeti mühim bir rol oynar; örneğin kontrol altında bulunmayan diabetli bir hastada bu abse kolaylıkla teşekkül edebilir. Dişeti absesi derin bağ dokusu içine yayılabilir hatta alveol kemiğinin içine bile uzanabilir (4).

Periapikal Abse :

Periapikal abse, pulpa enfeksiyonunun foramen apikale yoluyla periapikal dokulara yayılmasından oluşur. Pulpa enfeksiyonu periodontal dokulara bir yan kanal, kök kırığı veya bir perforasyonla yayılabilir. Periapikal abse pulpa nekrozunu takiben enfeksiyonun foramen apikale'den periapikal dokuların içine yayılması neticesinde kök ucu etrafındaki alveol kemiği içinde lokalize bir cerahat toplanmasıdır.

Periapikal abse ya kök kanalı, ya periodontal aralık veya çene yolu ile dışarıya boşalabilir (1).

Ayırtedici Teşhis :

Periodontal, periapikal ve gingival abseleri birbirinden ayırt etmek gerekir. Ekseriya bunları birbirlerinden ayırt etmek güçtür. Bu güçlük bilhassa abse teşekkülünün başlangıç safhasında, radyografideki görünüşün belirli olmadığı devrede fazladır. Menşei değişik olsa bile bu diş abselerinin klinik belirtileri birbirine çok yakın olur. Bu nedenle birçok periodontal abseler periapikal abse olarak yanlış teşhis edilir ve ekseriya dişhekimi periapikal abseyi tedavi etmek istemediği için diş çekilir. Bunun aksine iyi bir teşhis doğru bir tedavi yapılmasına yol açar ve abseli birçok dişlerin korunmasını sağlar.

Periapikal abse bir pulpa enfeksiyonudur, ekseriya periapikal dokulardan başlar; periodontal abse cep içinde teşekkül ederek gelişir, gingival abse dişeti yüzeyindeki bir harabiyetle oluşan bir enfeksiyondur.

Menşei ne olursa olsun akut absenin en büyük belirtisi ağrıdır. Periodontal abseden olan ağrı lokalizedir, sıkıcıdır ve devamlıdır; ısı değişikliklerinden tesir görmez. Akut pulpa hastalığından olan ağrı, periapikal bağ dokusu tesir altına girmedikçe, üst çene veya alt çenenin sağ veya sol tarafını tamamen tesir altına alabilir ve hasta dişi ayırt etmek güç olur. Akut pulpitiste ağrı periodontal absede

olandan daha şiddetlidir. Pulpanın harabiyet derecesine bağlı olarak sıcak veya soğuk tatbikiyle ağrı değişebilir.

Periodontal abse kükün kuron tarafındaki üçtebir kısmında şişlik yapar, halbuki periapikal abse umumiyetle apeks üçtebirinde şişliğe yol açar (7).

Pulpanın canlılık kontrolleri teşhise yardımcı olabilir. Dişin pulpası canlı ise abse periodontaldır; pulpa nekroze ise abse ya periodontal veya periapikal olabilir. İyi bir tarihçe ve dişeti cebi muayenesi teşhisi kolaylaştırır. Çürükler, pulpa hastalığı ve periapikal lezyon mevcudiyeti periapikal abseyi belirtir; halbuki cep teşekkülü ve alveol kemiğinin kaybı periodontal abseye işaret eder.

Ayırt edici teşhiste perküsyondan da faydalanılır. Akut periodontal absenin erken devresinde, bilhassa enfeksiyon üst büyük azıların kökleri arasındaysa, dişetinde hiçbir belirti görülmez. Fakat bu bölgedeki dişlere perküsyonda hasta ağrı hisseder. Daha önceden bir cep teşekkül etmemiş olsa bile, periodontal travma tesiriyle harabolan sahalarda abseler teşekkül edebilir, ve periodontal bağ dokusu ve azıların kökleri arasındaki kemik okluzal travma ile şiddetli derecede zedelenir. Böyle abseler drenaj yapıncaya kadar çok ağrılıdır.

Akut apikal abseli veya akut periodontal abseli dişler perküsyona karşı ağrılıdır. Okluzal temasta uzamış hissini verirler. Kronik abseli dişler perküsyonda ağrılı değildirler (12).

Periodontal abseler ekseriya üzerindeki yumuşak dokuyu yırtar ve kendiliğinden drene olur. Periodontal cep derinse kök ucunun yanında birkaç delik oluşur ve drenajı sağlarlar. Uzun fistül yolları periapikal lezyonlu vak'alarda görülür. Fistül epitelle çevrili değildir ve sebep olan enfeksiyon kaynağı kaldırılırsa cerrahi müdahale olmaksızın kapanır (12).

Bazan bir periapikal lezyon ile periodontal lezyon birlikte görülebilir. Önce ya periapikal lezyon teşekkül etmiş daha sonra periodontal lezyon haline gelmiştir veya bunun aksi olmuştur. Böyle vak'alarda lezyonun önce nereden başladığını ayırdetmek imkansızdır (1).

Yan kanallar ekseriya büyük azıların kökleri arasında veya sement-mine hududuna yakın kısımlarda bulunur. Böyle bir yan kanal periodontal cebe açılırsa pulpa enfekte olur. Bunun aksine olarak, iltihaplı pulpa bir yan kanal vasıtasıyla sıhhatli bir periodon-

tal aralığa açılırsa bir periodontal abseye sebep olabilir. Umumiyetle ilk belirti kökler arasındaki bölgeyi örten dişetinde iltihap ve şişmedir. Ekseriya klasik pulpa iltihabı belirtis yoktur.

Prognoz :

Gingival abse kolayca tedavi edilebilir ve prognozu çok iyidir. Periapikal abseli bir dişin prognozu kök kanalı tedavisinin mümkün olup olmamasına dayanır. Periodontal abseli bir dişin prognozu kemik kaybının miktarına ve tabiatına bir de dişin stratejik durumuna bağlıdır (4).

Tedavi :

Periodontal absenin tedavisi iki safhaya ayrılır :

Akut periodontal absenin tedavisi ve kronik periodontal absenin tedavisi.

Akut periodontal absenin tedavisi :

Tedavisinin başlangıcında yapılacak ilk iş, karşit dişi aşındırarak ilgili dişin üzerine gelen okluzal basıncı azaltmaktır. Sıcak tuzlu su ile ağız gargarası tavsiye edilir : Bir bardak sıcak suya yarım çay kaşığı tuz koyup iyice erittikten sonra gargara yapılır. Bu ameliye şişlik ininceye kadar iki saatte bir tekrarlanır.

Hastanın umumi durumu gözden geçirilir. Ateş ve kırgınlık varsa antibiyotik verilir. Bu vak'alarda en etkili antibiyotik penisilindir (10). Hastada penisilin alerjisi varsa eritromisin kullanılır (12). Tetrasiklin gurubu antibiyotikler de verilebilir (10). Üç gün sonra tekrar muayene edilir.

Hasta tekrar geldiğinde absenin durumu incelenir. Cerahat tam toplanmışsa, «fluktan» ise ensizyon yapılarak abse açılır. Ya etil klorürle veya absenin lokalizasyonuna göre anestezi ile bir ensizyon yapılır. Ensizyon absenin ortasından yatay yönde ve dişeti kenarına paralel olmalıdır. Dişeti kenarına yakın dikey bir ensizyon dişetinde devamlı bir bozukluk yaparak dişetin çekilmesine yol açar; bu nedenle ensizyon mutlaka yatay yönde olmalıdır (10, 12). Kesilen kısmın içine küçük bir gaz «iyodoforme» konur (5, 12).

Akut abselerde, ender olarak, alveol kemiğinin bazı yerleri nekroze olabilir. Küçük «sökestr» teşekkül eder. Sökestr mevcutsa, yukarıda anlatılan tedavi metodlarıyla abse dağılmaz. Mutlaka «sökestr»in çıkarılması gerekir (4).

Gingival abse ekseriya tuzlu su ile çalkalanmadan sonra iyileşir. Bazı vak'alarda dişetinde küçük bir ensizyonla drenaj yapılır. Dişetin içine bir yabancı cisim girmişse mutlaka çıkarılmalıdır.

Kronik Periodontal absenin tedavisi :

Akut belirtiler hafifledikten sonra periodontal absenin tedavisi lezyonun yerine ve topografisine, abseye sebep olan lokal faktörlerin düzeltilmesi imkanına ve hastanın sıhhatine bağlıdır. Tedavi yapılacaksa kemik harabiyetinin genişliği ve şekli dikkatle incelenmelidir. Dört ihtimal vardır (10) :

A. Abse dişeti cebinin içine drene olmuştur: Böyle vak'alarda «infrabony» bir defekt vardır. Akut bir abse süratli kemik harabiyetine sebep olduğu için ekseriya «infrabony» cep yapar; çünkü spongiöz kemik kortikal kemikten daha çabuk harap olur.

B. Abse alveol kemiğini delerek yapışik dişetine veya ağız mukozasına ulaşmıştır.

Bu iki şekilde de tedavi lambo kaldırılarak defektin kürete edilmesiyle olur. Teknik şöyledir :

1. Bütün altçene hareketlerinde diş basıncı gelmeyecek şekilde okluzal aşındırma yapılır. Diş fazla sallanıyorsa tel veya akrilik splintle tesbit edilir.

2. Lokal anestezi yapılarak bir lambo kaldırılır.

3. Kök yüzeylerindeki kalkulus ve granülasyon dokusu kazınır.

4. Kemik defektini kazınarak düzeltilir; kırık hiçbir kemik parçası bırakılmamalıdır.

5. Ilık tuzlu su veya kaynamış su ile yıkanarak bütün artıklar temizlenir.

6. Lambo yerine konur ve dikilir. Dişetin kenarında şekil bozulmuşsa, dikiş yapmadan önce makasla kesilerek düzeltilir. Dikişten sonra bir periodontal pat ile kapatılır. Bir hafta sonra dikiş alınır.

C. Alveol kemiği çok harabolmuşsa, abse tamamen yumuşak doku içindedir. Bu durum bilhassa azıların dil yüzeylerinde olur, çünkü orada alveol kemiği incedir ve resessiyon çok görülür. Böyle vak'alarda bir lambo operasyonu ile konservatif tedavi ekseriya başarısız olur. Yumuşak doku lambosunun altında kemik olmadığından, kemiğin rejenerasyonu ve reataşman oluşmaz ve ekseriya abse tekrarlar. Absenin tekrarlamaşı radikal bir gingivektomi yapmakla yani bütün abseli dişetini çıkarmakla önlenir. Bu operasyon bilhassa büyük azılar bölgesinde tercih edilir. Çünkü bu bölgede dişetin fazla kesilmesi estetik bakımdan bir mahzur teşkil etmez; ayrıca çok köklü bir diş büyük kemik harabiyeti olsa bile yerinde sıkıca durabilir. Bu operasyon için teknik şu şekildedir :

1. Cebin dibi işaretlenerek dişeti kesilir ve dişetine iyi temizlenmeyi sağlayacak bir şekil verilir.

2. Kemik defekti kazınır.

3. Diş yüzeyi düzleştirilir.

4. Gerekirse, kemik kenarı yiyeceklerin kayması ve temizleme için daha faydalı bir şekle getirilir.

5. Operasyon sahasına bir periodontal pat konur; her hafta değiştirilerek üç hafta orada bırakılır.

6. Ağız temizliğine son derece dikkat edilir.

D. Kemik harabiyeti çok genişse ve dişin korunması komşu dişler için zararlı olacaksa diş mutlaka çekilmelidir (10).

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Bayırlı, G. Ş. : Endodontik-Periodontal Tedavi, D. D, 3 : 371-382, 1972.
- 2 — Bhaskar, S. N. and Laskin, D. M. : Gingival cysts, Oral Surg, Med. Path, 8 : 803-807, 1955.
- 3 — Gorlin, R. J. and Goldman, H. M. : Thoma's Oral Pathology, Vol. One, Sixth ed. The C. V. Mosby. Comp. 1970, pp : 423-424.
- 4 — Grant, D. A., Stern, I. B. and Everett, F. G. : Orban's Periodontics, Fourth Ed. The C. V. Mosby Comp St. Louis, 1972. pp : 352-360.
- 5 — Grieder, A., Cinotti, W. R. : Periodontal Prosthesis, Vol. two, The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1968, pp : 546-547.

- 6 — **Hirschfeld, I.** : Periodontal Symptoms associated with diabetes, J. Periodont, 5 : 37-46, 1934.
- 7 — **Ingle, J. I.** : Endodontics, Lea and Febiger, Philadelphia, 1965, pp : 441.
- 8 — **Knolle, G.** : The Periodontal Abscess, Quintessence Int, 12 ⁰⁹⁴⁶ _____, 1973.
61 - 62
- 9 — **Main, J. H. and Mac Phee, I. I.** : Actinomycosis of the Maxilla in Relation to a Periodontal Abscess, Oral Surg. Med. Path, 17 : 299-304, 1964.
- 10 — **Manson, J. D.** : Periodontics for the Dental Practitioner, Henry Kimpton, London, 1966, pp : 112-119.
- 11 — **Moskow, B. S., Siegel, K., Zegarelli, E. V., and others.** : Gingival and lateral Periodontal Cysts, J. Periodont, 41 : 249, 1970.
- 12 — **Prichard, J. F.** : Advanced Periodontal Disease 2nd Ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1972, pp : 306-320.
- 13 — **Ray, H. G. and Orban, B.** : Gingival Structures in diabetes mellitus, J. Periodont, 21 : 85-95, 1950.
- 14 — **Rickles, N. H., and Everett, F. G.** : Gingival and lateral Periodontal Cysts, Parodontologie, 14 : 41, 1960.