

AIDS VE PERİODONTAL YAKLAŞIM

Kazanılmış immün yetmezlik sendromu (**AIDS**) immün sistemde bozulma ile karakterizedir ve etkeni *human immunodeficiency virus* (**HIV**)'dır. İmmün sistem hücrelerine kuvvetli afinitesi olan virüs varlığında CD4 aktivasyonunda bozulma spesifiktir. T- helper lenfositler (T4hücreleri) en fazla etkilenen hücreler olmakla birlikte monositler, makrofajlar, langerhans hücreleri, bazı nöronal ve glial beyin hücreleri de virüsten etkilenir. HIV-1 ve HIV-2 şeklinde iki tipi tanımlanan virüsün HIV-2 türü HIV-1'e benzemekle birlikte daha az virulanttır ve AIDS'e neden olması daha nadirdir. HIV-1 virüsünün üç alt grubu mevcuttur (M;N;O). En sık AIDS nedeni tip **HIV-1-subgrup M** olarak tanımlanmıştır.

Dünya sağlık örgütünün (WHO) 2007'de revize ettiği şekliyle HIV-enfeksiyonu sınıflaması şu şekildedir:

- **Derece I:** Asemptomatik enfeksiyon veya generalize lenfadenopati
- **Derece II:** Tanımlanamayan kilo kaybı, angular chellitis, herpes zoster, rekurrent oral ulserasyonlar, papuler erupsiyonlar, seboreik dermatit, fungal enfeksiyon, respiratuar enfeksiyon gibi hafif semptomlar
- **Derece III:** Şiddetli kilo kaybı, kronik diare, ateş, pulmoner tüberküloz, kuvvetli bakteriyel enfeksiyonlar, açıklanamayan anemi, nötropeni, kronik trombositopeni, oral candidiasis, oral tüylü lökoplaki, akut nekrotizan stomatitis (NUS), gingivitis ve periodontitis gibi ileri bulgular
- **Derece IV:** Pnömoni, 1 aydan uzun süre geçmeyen kronik herpes simplex enfeksiyonları, özefagal candidiasis, extrapulmoner tüberküloz, Kaposi's Sarkoma, Cytomegalovirus enfeksiyonu, lenfoma, trake/bronş/akciğer candidiasis, invasiv servikal karsinoma gibi şiddetli semptomlar

AIDS varlığı derece **III veya IV**'de ortaya çıkar. CD4 sayısı **350/mm³**'den az olan erişkin veya 5 yaşından büyük HIV enfekte çocuklara AIDS tanısı konabilir. Serum ve/veya plazmadaki HIV-1 ve HIV-2 antibody titresini belirleme yöntemleri *enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)* veya *western blot (WB)*'dir. Öncelikli olarak ELISA uygulanır, eğer test sonucu pozitifse tekrarlanır. İkinci uygulama da pozitif sonuç verirse WB uygulanmalıdır. Üç uygulama da pozitif sonuçlandığı takdirde AIDS tanısı kesindir. AIDS tedavisinde antiretroviral ilaçlar ve kombinasyonları kullanılır.

AIDS'li bireyler klinik olarak 3 gruba ayrılır (CDC Surveillance Case Classification, 1993):

- **Kategori A:** Akut semptomlu bireyler veya asemptomatik lenfadenopati, düşük ateş..vb
- **Kategori B:** Orofarengeal candidiasis, herpes zoster, oral tüylü lökoplaki, idiyomatik trombositopeni, ateş, diare, kilo kaybı gibi semptomatik bulgular
- **Kategori C:** AIDS'e bağlı hayati tehdit unsuru durumlar, CD4-T lenfosit düzeyinin 200/mm³'den az olması

HIV-ENFEKTE BİREYLERDE ORAL BULGULAR

1. Oral Candidiasis

AIDS'li hastaların çoğunda görülür. Sıklıkla pseudomembranöz, eritematöz, hiperplastik veya angular chellitis formlarına rastlanır. Teşhis; doku örneği veya kazıma ile elde edilmiş materyalde klinik değerlendirme, kültür veya mikroskopik değerlendirme ile yapılabilir. Predispozan faktör olmaksızın oral candida saptandığında klinisyen AIDS'den şüphelenmelidir.

2. Oral Tüylü Lökoplaki

Dilin lateral kısımlarında, genellikle bilateral tutulum gösterir. Etkeni Epstein-Barr virüsüdür. Asemptomatik, belirsiz sınırlı, farklı boyutlarda görülebilen, keratotik sahaların var olduğu lezyondur. Teşhis edildiğinde öncelikli olarak HIV düşünölmelidir.

3. Kaposi's Sarkoma

Genelde HIV-enfekte bireylerde görölebilen malign lezyondur. Etyolojik ajanı human herpes virus-8 (HHV-8) olarak belirlenmiştir.

4. Non-Hodgkin's Lenfoma

Lenfoid hücrelerin proliferasyonu ile karakterize malign durumdur. Genelde eritematöz, ağrısız büyümelerdir. Travma ile ülser olabilir. Gingiva, sert damak ve alveol mukozayı tutabilir. Teşhiste fiziksel muayene, tam kan sayımı, biyopsi değerlendirilmelidir.

5. Basiller (Epiteloid) Anjiomatosis

Enfeksiyöz vasküler proliferasyondur. Etkeni fakültatif Gr(-) mobil basillerdir (Bartonella ve Ricketts türleri). Kırmızı, mavimsi mor, ödematöz yumuşak doku lezyonlarına yol açar, periodontal ligament ve kemik yıkımına neden olabilir.

6. Oral Hiperpigmentasyon

HIV-enfekte bireylerde ağız içi pigmente sahalara rastlanabilir. Pigmentasyonun ilaç tedavisiyle artması kullanılan antiretrovirallerin tabloda etkili olduğunu düşündürür.

7. Atipik Ülserasyonlar

HIV-enfekte bireylerde herpetik lezyon insidansında artış tipiktir. CDC klasifikasyonuna göre 1 ay süreyle iyileşmeyen herpetik lezyon varlığında AIDS derecesi ileridir.

8. Tükrük Bezi Bozuklukları ve Xerestomia

Tükrük bezlerinde hipofonksiyon ve xerestomia HIV enfeksiyonunun erken ve geç dönemlerinde görülebilir.

HIV-ENFEKTE BİREYLERDE GİNGİVAL VE PERİODONTAL HASTALIKLAR

Periodontal hastalık insidansı HIV-enfekte bireylerde artmıştır. Genellikle görülen hastalık tipi kronik periodontitistir.

1. Linear Gingival Eritem (LGE)

HIV hastalarında siktir. Plak miktarı ile orantı göstermez. Ülserasyon, cep formasyonu veya ataçman kaybı ile ilişkili değildir. Candida varlığı major etyolojik faktördür. Marjinal gingivitis ile karıştırılmamalıdır. Teşhisinde, periodontal tedaviye cevap vermemesi önemlidir. Etkilenen sahada scaling ve parlatma işlemlerine ek olarak **klorhexidin** veya **%10'luk povidin-iodin** ile

subgingival irrigasyon faydalıdır. Oral hijyen önerileri verilmeli ve hasta takip edilmelidir. Topikal antifungal gargara kullanımı yararlıdır. Gerekli durumlarda antifungal uygulaması sistemik de yapılabilir (**7-10 gün flucanazol**). LGE'in tedaviye dirençli olduğu unutulmamalıdır. Hasta 2-3 aylık periyotlarla takip edilmeli, gerekli hallerde tedavisi tekrarlanmalıdır.

2. Nekrotizan Ülseratif Gingivitis (NUG) / Nekrotizan Ülseratif Periodontitis (NUP)

HIV-enfekte bireylerde nekrotizan hastalık insidansı artmıştır. Yumuşak doku nekrozu, hızlı periodontal doku ve interproksimal kemik yıkımıyla karakterize NUP ile HIV arasındaki ilişki kuvvetlidir. Lezyonlar dental arkın herhangi bir alanında yerleşim gösterir ve genelde lokaldır. Generalize form CD4 deplasmanına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Nekroz sonucu kemik açıktadır. Ağrılı başlayan tablo acil tedavi gerektirir. Tedavi prosedüründe; lokal debridman, ScRp, klorhexidin veya %10'luk povidin-iodin ile subgingival irrigasyon yapılır. Oral hijyen mekanik olarak sağlanmalı ve antimikrobiyal ajanla desteklenmelidir. Antibiyotik gerekliliğinde, fırsatçı enfeksiyondan kaçınmak için dar spektrum tercih edilmelidir (**250mg metronidazol 2x4 5-7gün**). Antibiyotik kullanılan HIV-enfekte bireylere proflaktik antifungal önerilmelidir.

3. Kronik Periodontitis

Genel popülasyona kıyasla HIV-enfekte bireyler kronik periodontitise daha yatkındır. Yaş, sigara kullanımı, HIV enfeksiyon derecesi, oral hijyen düzeyi hastalık şiddeti üzerinde etkilidir.

HIV-ENFEKTE BİREYLERDE PERİODONTAL TEDAVİ PROTOKOLÜ

Hastanın sağlık durumu dikkatle değerlendirilmeli ve konsülte edilmelidir. İmmün durumla ilgili önemli bilgiler kayıt edilmelidir:

- CD4 T-lenfosit düzeyi
- Viral durumun düzeyi
- Önceki değerlendirmeye göre viral durum düzeyinde ve CD4 seviyesindeki değişiklik
- Hastalığın süresi
- Hastalık hikayesi/etyolojisi
- Kullanılan ilaçlar /ilaç yan etkilerinin değerlendirilmesi

Bulaşıcılık ve çapraz enfeksiyon riski minimize edilmeli, hasta ve dental personel açısından gerekli önlemler alınmalıdır.

Dental tedavi; oral sağlığın devamlılığı, hasta konforu ve fonksiyonunu sağlayacak şekilde planlanmalıdır. HIV ile ilişkili periodontal lezyonlar elimine edilmelidir. Akut durumlar tedavi edilmeli ve optimal oral hijyen koşulları sağlanmalıdır. Cerrahi olmayan periodontal tedaviler ve konservatif yaklaşımlar ilk seçenek olmalıdır. İleri tedaviler, hasta durumuna göre ve konsülte edilerek planlanabilir. Tedavi sonrası idame dikkatle planlanmalı hasta takip edilmelidir.

HIV enfeksiyonu nöronal hücreleri etkileyerek beyin fonksiyonlarını bozabilir. Hastalarda demans görülebilir. Bu durum, dental tedavi etkinliğini de olumsuz etkiler. Bunun yanı sıra, hayati tehdit oluşturan hastalığın bireylerde sinirlilik, depresyon ve anksiyeteye neden olabileceği unutulmamalı, tedavi seansları rahat ve uygun atmosferde gerçekleştirilmelidir.

HIV-ENFEKTE BİREYLERDE DENTAL TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI

Bu bireylerde hemoraji, enfeksiyon, gecikmiş iyileşme gibi post operatif komplikasyonlar görülebilir. Tedavi öncesi HIV klasifikasyonu değerlendirilmeli, minimal invaziv prosedürler tercih edilmelidir. Gerekli hallerde antibiyotik tedavisi düşünülebilir ancak superenfeksiyon riski ve hastanın fırsatçı enfeksiyonlara açık olduğu, dolayısıyla mümkün olduğunca antibiyotik kullanımından kaçınmak veya dar spektrumlu preparatların tercih edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Antibiyotik kullanımıyla kombine lokal veya sistemik proflaktik antifungal uygulaması faydalıdır.