

Prof .Dr. Bade Sonat
A.Ü.Diş Hekimliği/Endodonti
2016

PERİAPİKAL DOKU HASTALIKLARI-1

PERİAPİKAL DOKU HASTALIKLARININ SINIFLAMALARI TEŞHİSLERİ VE TEDAVİLERİ

Periapikal doku hastalıklarının başlangıcı olan Apikal Periodontitis terimi, genellikle pulpa hastalıklarından orijin alan çeşitli periapikal durumların başlangıcını açıklamak için kullanılır ve hastalığın gelişim evrelerine göre isimlendirilir ve gruplandırılırlar. Bu gruplar içinde birçok dinamik ve kompleks doku etkileşimi içeren çok sayıda farklı patolojik durum ve rahatsızlıklar yer alır . Klinisyenler teşhis ve tedavi sırasında bu hastalıkları tümüyle anlamalı ve bu durumların gerektirdiği tedavi yaklaşımlarını uygulayabilmelidir. Aynı zamanda apikal lezyonların pozisyonları ve radyolojik görüntüleri ile bunları taklit eden diğer lezyonlarında farkına varmaları önemlidir.

Genelde tedavi edilmemiş pulpitisler ilerler ve periapikal dokularda ilk olarak Apikal Periodontitis olarak başlar. Periapikal dokular nadiren retrograt yolla enfekte olur. Periodontal membranın etrafındaki dokularla yakın ilişkisi ve kollateral dolaşım kendisini koruması için yararlı iken iltihabın kolay yayılması açısından kötüdür. Kök ucu dokularının iritanlara karşı reaksiyonu AKUT veya KRONİK şekilde oluşur. Akut olanlar ağrı şişlik gibi semptomlar yaratırken, kronik olanlar hafif veya hiç semptom vermeyebilir. Akut ve kronik terimleri aslında histopatolojik durumu açıklayan terimlerdir. Klinik olarak vakalara akut veya kronik teşhisini koymak tam olarak mümkün değildir. Yaklaşık en yakın tanıyı tespit etmek tedavi uygulamaları açısından pek bir farklılık yaratmayacaktır. Farklı sınıflamalarda akut durumları (semptomatik, ağrılı) , kronik durumları (asemptomatik, ağrısız) olarak isimlendirmişlerdir.

Araştırmacılar çok farklı sınıflamalar yapmışlardır:

Grossman' ın Sınıflaması

1) AKUT PERİRADİKÜLER HASTALIKLAR

a) Akut apikal periodontitis

- i) Vital Dişler
- ii) Non vital Dişler
- b) Akut Apikal Abse

(= Akut Abse = Akut dento alveoler apse = Akut Radiküler apse)

2) KRONİK PERİRADİKÜLER HASTALIKLAR

- a) Kronik apikal abse
- b) Granülom
- c) Periapikal kist

3) KONDENSİNG OSTEİTİS

4) EKSTERNAL KÖK REZORBSİYONU

5) PERİRADİKÜLER DOKULARIN ENDODONTİK ORJİNLI OLMAYAN HASTALIKLARI

Ingle'ın Sınıflaması

Ağrılı pulpaperiapikal patolojiler

Akut apikal periodontitis

İlerlemiş apikal periodontitis

- a) Akut apikal abse
- b) Phoenix absesi
- c) Süpüratif apikal periodontitis (kronik apikal abse)

Ağrılı olmayan pulpaperiapikal patolojiler

- Kondensing osteitis
- Kronik apikal periodontitis
- Periapikal granüloma
- Apikal kist
- Süpüratif apikal periodontitis

Alaçam Sınıflaması

I) Akut (semptomatik) pulpoperiapikal patoloji (ağrılı)

a) Akut apikal periodontitis (başlangıç evresi)

b) Akut apikal periodontitis (ileri evre)

1) akut periapikal abse

2) nükseden abse (phoenix absesi, önceden mevcut olan kronik lezyonun akut iltihabı)

3) subakut periapikal abse (kronik periapikal absenin semptomatik evresi)

II)Kronik(aseptomatik) pulpaperiapikal patoloji (ağrısız)

- a)kondensing osteitis
- b)kronik apikal periodontitis (başlangıç evresi)
- c) kronik apikal periodontitis (ileri evre)
 - 1)periapikal granülom
 - 2)kronik apikal abse
 - 3)periapikal kist

Lin ve Huang (Cohen's Pathways of the pulp) sınıflaması

Apikal periodontitisin patobiyojisi

Apikal periodontitis

Semptomatik Apikal periodontitis

Aseptomatik Apikal periodontitis

Apikal granülom,kronik apikal periodontitis

Aseptomatik Apikal periodontitis (kist formasyonu ile birlikte görülen:

1 radiküler kistler,2 kronik apikal periodontitis +kist formasyonu)

Aseptomatik Apikal periodontitis (reaktif kemik formasyonu ile birlikte görülen)Kondensing osteitis

Nonendodontik orijinli ekstraradiküler endodontik enfeksiyonlar(genetik risk faktörleri,sistemik hastalık risk faktörleri)

Apikal periodontitislerin yara iyileşmesi

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (WHO)

K 04.4 akut apikal periodontitis

K 04.5 kronik apikal periodontitis

K 04.6 periapikal abse(fistüllü)

K 04.60 Maksiller antrum

K04.61Nazal kavite

K04.62Oral kavite

K04.63 Cilt

K 04.7 periapikal abse(fistülsüz)

K 04.8 periapikal kist

K 04.80 apikal,lateral kist

K 04.81 rezidüel kist

K 04.82 inflamatuvar paradental kist

Nair'in Sınıflaması

- **1.Akut apikal periodontitis**
- Primer veya sekonder
- **2.Kronik apikal periodontitis**
- **3.Apikal apse**
- Akut veya kronik
- **4.Periapikal kist**
- Paket veya gerçek

Abbott'un Sınıflaması *****

1.Klinik olarak normal periapikal doku

2.Apikal periodontitis

a.Akut:

- i-Akut primer apikal periodontitis
- ii-Akut sekonder apikal periodontitis (akut alevlenme)

b.Kronik:

- i-Kronik apikal periodontitis (granülom)
- ii-Condensing osteotitis

3.Periapikal apse

a.Akut periapikal apse

- i-Akut primer periapikal apse
- ii-Akut sekonder periapikal apse

b.Kronik periapikal apse

4.Periapikal kist

a. gerçek kist

b. cep kisti

5.Fasiyal selülit

6.Ekstra-radiküler enfeksiyon

7.Yabancı cisim reaksiyonu

8.Periapikal skar

9.Eksternal kök rezorbsiyonu

- a.Yüzeyel
- b.İltihabi
- c.replasman
- d.invaziv
- e.basınç

Birçok sınıflama yapılmasına rağmen önemli olan hastalığın adını doğru koymak ve tedaviye başlamaktır.

AKUT PERİAPİKAL HASTALIKLAR

Akut apikal periodontitis
Akut apikal apse

AKUT APİKAL PERİODONTİTİS (AAP)

Apikal periodontal dokuların akut olarak iltihaplanmasıdır.

Etyolojileri:

Travma, mikroorganizmalar, kimyevi iritanlar, mekanik iritanlardır.

A.A.periodontitis oluşmuş bir dişte pulpa odasını açtığımızda hangi durumlar görülebilir;

Pulpası vital dişler (reverzibl pulpitis,irreverzibl pulpitis), pulpası nekroze dişler(devital)

kanal tedavileri sırasında , başarısız kanal tedavileri sonrasında yeniden kanal tedavisi yapmakta olduğumuz dişlerle karşılaşırız.

Pulpası canlı olan dişlerin periapikalinde ani okluzal travmalar sonucunda reverzibl pulpitisle beraber akut apikal periodontitisler gelişebilir. Genellikle bu hafif akut apikal periodontitislerde neden olur ve sebep ortadan kaldırılınca iyileşme görülür ve pulpa canlılığını devam ettirir. Ancak şiddetli travmalarda oluşan apikal periodontitiste pulpa da kan desteğini kaybederek etkilenebilir.O zaman akut apikal periodontitisler irreverzibl akut pulpitislerle birlikte görülürler .Bu durumda mutlaka kanal tedavisi uygulamak gerekmektedir.

Pulpası cansız olanlarda; Akut apikal periodontitisler genellikle tedavisi gecikmiş pulpa iltihapları ve kanal tedavileri sırasındaki hatalı uygulamalarla oluşur. Taşkın kanal preparasyonları, taşkın kanal dolguları, aşırı miktarda dezenfektan uygulanması, yanlış konsantrasyonlarda ve tekniklerde irrigasyon uygulanması kanal tedavileri sırasında akut apikal periodontitislere yol açabilmektedir. Kanal tedavileri sırasında pulpanın koparılması da aslında apikal bölgede akut bir reaksiyona yol açar.Ağrısız bir vital dişte ilk seanstan sonra perküsyonda ağrılar oluşmasının sebebi bu bölgede gelişen akut reaksiyondur. Eğer kanal boyu doğru ayarlanmışsa ve sterilizasyon kurallarına tam olarak uyulmuşsa bu reaksiyon ileriki safhalarda iyileşecektir.

Tedavisi gecikmiş pulpitler ve nekrozlar sonrasında görülen **AAP** lerde ana sebep bakterilerdir.

Histopatoloji: Akut İltihabi reaksiyon mevcuttur kan damarları genişlemiştir. P.M.N. Lökositler ve seröz eksudasyon görülür. Sıvının artması ile diş alveolü içinde hafif yükselmiştir ödem bölgedeki duyu sinirleri uçlarına basınç yaparak ağrıya sebep olur



Resim1:periapikal bölgede akut apikal periodontitis

Klinik belirtiler: Dişte rahatsızlık ve ağrı vardır. Gece ağrı daha fazladır. Perküsyonda diş ağrılıdır. Isı ağrıyı arttırır soğuk rahatlatır. Palpasyonda apeks bölgesi rahatsızdır. Dişte değişik oranlarda mobilite vardır, diş eti kök boyunca kırmızıdır.

Radyografik belirtiler;Çok farklı görüntüler olabilir.

Pulpası canlı bir dişte periapikal dokuların görünümü normal veya normale çok yakın şekildedir. Pulpası ölü bir dişte oluşmuşsa Periodontal mebranda genişleme vardır. Bu tip belirtiler gösteren vakalar **primer akut periodontitislerdir** Periodontal mebrandaki belirtiler; olayın yeni veya eski olması ve tekrarlayan enfeksiyonlar olması ile ilgilidir.Örneğin kronik apikal periodontitisli veya kronik apikal apselli bir dişte olay sonradan akut yöne kayarsa radyografilerde çok büyük lezyonlar izlenebilir .Bu tip vakalar ise **sekonder akut apikal periodontitislerdir**.

Mikrobiyolojisi: Akut apikal periodontitisler travma ile meydana gelmişse enfeksiyon yoktur. Pulpa steril olabilir. Ancak bu durum geçicidir. Zira beslenme olmayan dokularda retrograt yolla mikroorganizmalarla enfekte olması çok büyük olasılıktır. Vücudun herhangi bir yerindeki akut lezyon gibi ya iyileşir ya kronikleşir. Akut apikal periodontitisler sebep ortadan kalkınca iyileşir. Tahriş devam ederse örneğin; tedavi edilmemiş enfekte pulpa varlığında fibroz bir bağ dokusu ile çevrilir ve olay kronik yöne doğru kayabilir **kronik apikal periodontitisler** oluşabilir.

Tedavi: sebebe göre tedavi planlanmalıdır. Örneğin sebep enfekte bir pulpa ise kanal tedavisi yapılarak diş rahatlatılır, okluzal travma ise aşındırma yapılır, neden kimyasal tahriş ise serum fizyolojikle bolca irrigasyon yapılır kuru pamuk meç konulur.

Taşkın preparasyon ve taşkın kanal dolgusu AAP 'e sebep olmuşsa;

Yeniden kanalda çalışma boyu tespit edilir.Overpreparasyonun yarattığı irritasyonun geçmesi beklenir

-Rezorbe olan bir patsa beklenir takibe alınır.

-Rezorbe olmuyorsa ve diş rahatsızsa kanal boşaltılır retreatment uygulanabilir. veya cerrahi işlemler yapılır.

Akut apikal periodontitislerde klinik tedavilerin yanısıra hastaya antienflamatuar analjezikler verilmesinde yarar vardır. Eğer tablo ağır ise nadiren antibiyotikte önerilen vakalar vardır,ancak genellikle klinik tedaviler iyileşme için yeterli olacaktır..

Akut apikal periodontitis periodontal mebranın basit bir iltihabıdır. Akut apikal apse periapikal dokuların daha ileri bir iltihabını gösterir. Dişin etrafındaki yumuşak dokularda mutlaka şişlik vardır.

AKUT APİKAL APSE (AAA)

- Akut Apse
- Akut dento alveoler apse
- Akut Radiküler apse şeklinde isimlendirilirler

A.A.Apseler; lokalize veya yaygın likefaksiyon lezyonunun periradiküler dokuları harap ettiği ve nekrotik pulpadan gelen mikrobiyal ve nonmikrobiyal iritanların oluşturduğu şiddetli iltihabı oluşumdur.

Kaynağını kök kanallarından alır. Kök ucu etrafındaki alveal kemiği içinde lokalize bir cerahat toplanmasıdır. Bazen bu cerahat bir fistül yolu ile ağız ortamına veya ağız dışında füstülizasyon oluşturabilir.Bu arada subakut durumda devam edebilmektedir.tedavisi başlanırsa vaka kronikleşir.

Etyolojileri

Akut apikal periodontitisle aynıdır.

- Travma
- Bakteriler
- Kimyevi iritanlar
- Mekanik iritanlar

Klinik Belirtileri: intraoral ve ekstraoral şişlikler akut apselerin ana belirtilerindendir(resim2,3)



Resim2:intraoral vestibüler şişlik santral-lateral diş arası



Resim3: Ekstraoral Őşşlikler

Reaksiyonun Şiddetine bağlı olarak ortadan- Őiddetlięe deęiŐen ağrı ve Şişlik vardır. Bu belirtilere ilaveten hastada enfeksiyonun belirtileri olan ateŐ ve lökositoz vardır Mikroskoptaki görünüm Akut Apikal Periodontitise benzer, dem sebebiyle gözle görülür Şişlik olur. Hastalar dişte uzama hissinden bahseder,aslında dem nedeni ile gerçekten dişte uzama vardır. Çok ağrılıdır, çeşitli derecelerde mobilite vardır, komŐu dişlerde de aynı belirtiler olabilir, onlarda bölgedeki apsenin Şiddetine göre etkilenirler.. Eğer tedavi edilmeden bırakılırsa alveol kemikte **OSTEOMİYELİTİŐ** geliŐir. Cerahat kemiği geçtikten sonra periost altında toplanırsa **subperiostal apse** oluşur. Eğer periostu geçip mukoza altında toplanırsa **Submüköz apse** olarak isimlendirilir. Cerahat diŐetin'in altında toplanır ve Şişlik oluŐturursa bu ŐiŐlięe **PARULİŐ** denir

Vitalometrede reaksiyon göstermez. Soğuk tatbiki ile ağrı azalır. Sıcak tatbiki ile artar.

Akut apikal apselerde tedavide gecikilirse;

Periapikal bölgedeki cerahat(p) 3 yolla dıŐarı çıkmaya çalıŐır.

- 1-Kök kanalı yolu ile(derin ve açık bir çürük varsa)
- 2-Periodontal aralık (koleden drenaj) yolu ile
- 3-Çene yolu ile (Kanaldan ve kole bölgesinden çıkamayan p alveolde yayılır)

Çene kemiği yolu ile cerahat farklı bölgelerde **yayılm** gösterir. Bu yayılım Şişlik olarak ortaya çıkar.

Tedavide cerahatin boşaltılması ilk adımdır bu,
1-Kök kanalı yolu(resim 5)
2-Ensizyonla(resim6)
3-Trepenasyon (frezle kemiği delerek) çok nadir vakalarda uygulanır.
İnsizyonla drenaj bütün AAA li vakalarda yapılması gerekli değildir. İlk yol kanal boşluğu yolu ile boşaltılmadır.Bu uygulama birçok vakada yeterli sonucun alınmasını sağlar.



Resim 5 :kanaldan drenaj sağlanması ve pü drenajı(teşhis sekonder akut periapikal apse)



Resim6:insizyonla drenaj



Resim 7: çekilecek bir dişte kanaldan hemorajik pü drenajı

Öncelikle;

1-Parmakla destek yapıp kanal açılır.apse drenajı beklenir(resim 5) Pulpa odası gevşek pamukla kapatılır.Bir müddet hasta ünitte bekletilir. Kanalin açık bırakılması önerilmemektedir. pü drenajı çok fazla ise bir süre kanal ağızları açık olarak bekletilir bu süre için 30 dakika yeterli olmaktadır.Hasta kısa süre sonra ertesi gün tekrar çağırılmalı tekrar kanaldan drenaj kontrol edilmelidir.kanaldan drenaj sağlandıktan sonra kanallarda nazikçe irrigasyon yapılır. Uygun bir dezenfektan konulup geçici kapatılır.Zaten hasta çok ağrılı olduğundan agresif girişimlerden kaçınılmalıdır. Bazen dişe çekim kararı verilse bile hastanın ağrısını geçirmek ve olayı kronikleştirmek açısından kanalın açılması ve apsenin drenajının sağlanması yararlı olacaktır.(resim 7)Hastayaşiddetli olmayan vakalar hariç genellikle antibiyotik verilir. 3-4 gün şişlik inmesi beklenir. Daha sonra kanal seanslarına devam edilir.Bazen akut apikal apselerde kanalla drenajı sağlamak tek başına mümkün değildir,cerahat periostu geçip mukoza altında toplanmış olabilir.Bu durumda insizyon yapılmalıdır.

2-Ensizyon yapılacak saha fluktan olmalıdır.İnsizyon çoğunlukla intraoral olarak uygulanır ama nadiren apsenin cilt altında toplandığı çok şiddetli vakalarda ekstraoral olarakta insizyon uygulanabilir.(resim 6)

İnsizyon için anestezi yapılması yararlı olur.Ancak enfekte bölgede anestezinin tam olarak tutması mümkün değildir bu durumda enfekte bölgeden uzağa yapılmalıdır.. İnsizyon yapılacak olan bölgede sadece mukoza altına hafif anestezi yapılır.Hastanın rahatsızlığı azalmış veya geçmişe kanal tedavisine devam edilir.

3-Frezle kemiğin delinmesi (Trepanasyon): Bazı nadir olgularda kompakt kemik eksudanın yumuşak dokulara yayılmasını önler, eksüda spongiöz kemiğin içinde kalır.Sadece sert doku ile çevrili bu apseler çok ağrılı olabilir. Böyle durumlarda kemik delinir. Sivri bir elavatör ya da 4-6 nolu yuvarlak frezle delik açılır. Yine dren konur. Sistematik olarak antibiyotikler kullanılır.

Akut apikal periodontitis ve akut apikal apselerin tedavi prosedürlerinde hastalığın primer veya sekonder olması kanal preparasyonlarında farklı uygulamalar yapmamızı gerektirir. Özellikle sekonder durumlarda geçmişinde kronik patolojiler geçirmiş vakalarda apikal preparasyona özen gösterilmeli ve preparasyon ve irrigasyon daha fazla ve özenli yapılmalıdır,zira bu dişlerde dentin tübüllerinde daha fazla mikrobiyal kontaminasyon söz konusudur.

Antibiyotikler,antiinflamatuvar nonsteroidler,analjezikler şiddetli akut apikal apselerin tedavi prosedürlerinde mutlaka uygulanmalıdır.Ancak dozaj olayın şiddetine göre değişir.Çok

şiddetli vakalarda oral antibiyotik kullanımı yetersiz kalmaktadır. Enjektabl olarak antibiyotik verilmelidir. Hangi antibiyotiklerin kullanılacağı sistemik ilaç kullanımı dersinde anlatılacaktır.

KAYNAKLAR

Alaçam T. Endodonti ,Barış yayınları Fakülteler Kitapevi Ankara 2000

Çalışkan K, Endodontide tanı ve tedaviler , Nobel Tıp Kitapevleri 2006

Nair PNR. Apical periodontitis: a dynamic encounter between root canal infection and host response. *Periodontology* 2000 1997: **13**: 121–148.

Heithersay GS, Hume WR, Valdrighi L. Disease dynamics of the dentine, pulp, and periapical tissues. In: PrabhuSR, WilsonD, DaftaryDK, JohnsonNW, eds. *Oral Diseases in the Tropics*. Oxford: Oxford University Press, 1992: 582–597.

Abbott PV. Assessing restored teeth with pulp and periapical diseases for the presence of cracks, caries and marginal breakdown. *Aust Dent J* 2004: **49**: 33–39.

Langeland K, Rodrigues H, Dowden W. Periodontal disease, bacteria and pulpal histopathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974: **37**: 257–270.

Seltzer S. Periapical tissue irritants: trauma, root canal preparation, root canal irrigants and medicaments. In: SeltzerS. *Endodontology. Biologic Considerations in Endodontic Procedures*, 2nd edn. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988: 237–280.

Tronstad L, Barnett F, Riso K, Slots J. Extraradicular endodontic infections. *Endod Dent Traumatol* 1987: **3**: 86–90.

Nair PNR, Sjögren U, Figdor D, Sundqvist G. Persistent periapical radiolucencies of root-filled human teeth, failed endodontic treatments, and periapical scars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999: **87**: 617–627.

Abbott PV. The periapical space – a dynamic interface. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 2000: **15**: 223–234.

Nair PNR, Pajarola G, Schroeder HE. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996: **81**: 93–102.

Nair PNR. Non-microbial etiology: periapical cysts sustain post-treatment apical periodontitis. *Endod Topics* 2003: **6**: 96–113.

Nair PNR, Sjögren U, Schumacher E, Sundqvist G. Radicular cyst affecting a root-filled human tooth: a long term post-treatment follow-up. *Int Endod J* 1993: **26**: 225–233.

Nair PNR. Non-microbial etiology: foreign body reaction maintaining post-treatment apical periodontitis. *Endod Topics* 2003; **6**: 114–134.

Bhaskar SN. Periapical lesion: types, incidence, and clinical features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966; **21**: 657–671.

Halse A, Molven O. Increased width of the apical periodontal membrane space in endodontically treated teeth may represent favourable healing. *Int Endod J* 2004; **37**: 552–560.

