ADAKENT ÜNİVERSİTESİ

DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

# Prof.Dr.Atilla BERBEROĞLU

**NEKROZTİZAN ÜLSERATİF PERİODONTİTİS (NUP)**

Nekrotizan ülseratif gingivitisin (NUG) derin periodontal dokulara doğru yayılımı ile ortaya çıkabilir veya farklı iki hastalık da olabilir. Bu konuda çeşitli araştırmalar yapıldıktan sonra otoriteler NUG ve NUP’i nekrotizan ülseratif hastalıklar başlığı altında birleştirmişlerdir. Şiddet ve yayılım dereceleri farklıdır.

1986 dünya periodontoloji çalıştayında nekrotizan ülseratif gingivoperiodontitis olarak tanımı yapılmış, fakat 1989’daki çalıştayda bu isim NUP olarak değiştirilmiştir. Spesifik olarak AIDS gibi bağışıklık problemi hastalarda görülmüştür. Hala tam olarak aralarındaki fark belirlenemese de 1999’da ataçman kaybı olup olmamasına bağlı olarak NUP veya NUG olarak isimlendirilmelerine karar verilmiştir.

Klinik olarak her ikisinde de gingival marjin ve interdental papilin koronal tarafında nekroz ve ülserasyon izlenir. NUP’te periodontal ataçman ve kemik kaybıyla karakterize destruksiyon da oluşur. Ayrıca bütün bunlara; halitozis, ateş, kırıklık veya lenfadenopati de eşlik edebilir. Mikroskobik çalışmalarda HIV pozitif NUP’lu kişilerde, normal HIV negatif NUG’lu hastalardaki tabloya çok benzer bir görünüm izlenmiştir.

**Klinik özellikler**. NUG'ye benzer şekilde, NUP’ta de papillerin koronal kısmında ve marjinal gingivada nekroz ve ülserasyon izlenir. Dişetleri parlak kımızı görünümlü, ağrılı ve en ufak bir stimülasyonla kolayca kanamalıdır. NUG’den farklı olarak ataçman kaybı, destekleyici alveoler kemikte yıkım ve derin interdental kraterler oluşmuştur. Hastalığın ülseratif nekrotizan özelliği nedeniyle epitel ve bağdokusu harabiyetine bağlı dişeti çekilmesi oluştuğundan klasik periodontitiste izlenen derin sontlama derinlikleri bu hastalıkta izlenmez. Periodontal cebin oluşabilmesi için epitel hücreleri canlı kalmalıdırlar ki apikale doğru migrate olarak bağdokusu ataçmanının ortadan kalktığı bölgeyi örtebilsin. NUG ve NUP’teki ülseratif lezyonlar epitelyal migrasyonu önlediğinden cep oluşamaz. İlerlemiş NUP lezyonlarında mobilite ve şiddetli kemik rezorpsiyonu ile diş kayıpları görülür. Bu belirtilere ek olarak, NUP'lu hastalarda oral malodor, ateş, halsizlik veya lenfadenopati de izlenebilir.

**Mikroskobik bulgular.** HIV pozitif NUP ve HIV negatif NUG olguları arasında histolojik benzerlikler vardır. Yüzeydeki biyofilm ve hemen altında spiroketlerin yoğun bir şekilde bulunduğu karışık mikrobiyal floranın oluşturduğu bakteriyel bölge, altında polimorfonükleer lökositlerin (PMN'ler) çoğunlukta olduğu nötrofilden zengin bölge ve nekrotik hücrelerin bulunduğu nekrotik bölge bulunmaktadır. NUP lezyonlarında yüksek oranda maya ve herpes simpleks virüsüne de rastlanmıştır.

**HIV/AIDS hastaları.** HIV enfeksiyonu ve AIDS hastalarında farklı özelliklere sahip diş eti ve periodontal hastalıklara rastlanır. Bu lezyonların birçoğu, HIV enfeksiyonu nedeniyle bağışıklığın baskılanmasına bağlı olarak atipik periodontal hastalıklar halinde ortaya çıkmaktadırlar. Lineer gingival eritem, NUG ve NUP bunların başında gelmektedir.

HIV veya AIDS hastalarında izlenen NUP lezyonları, HIV negatif hastalarda görülen lezyonlara benzer özellikler gösterebilir ama lezyonlar çok daha yıkıcıdır, periodontal ataçman ve kemik kaybı son derece hızlı olabilir.

**Etiyoloji**

Fusiform-spiroket bakteri florasının baskın olmasına rağmen NUP’un etiyolojisi tam olarak belirlenmemiştir. Hastalıktan sadece bakteriyel patojenler sorumlu tutulmadığından, yatkınlığa yol açan bazı konak faktörlerinden söz edilebilir. Kötü oral hijyen, önceden var olan periodontal hastalık, sigara, viral enfeksiyonlar, bağışıklığın baskılanması, psikososyal stres ve malnütrisyon gibi çok sayıda predispozan faktör NUG'e atfedilmiştir. NUG ve NUP, HIV hastalarında daha yaygın ve daha şiddetlidir. Tedavi edilmemiş lezyonlar hızla ilerleyebildiğinden acil tedavi gerektirir. Birkaç gün içinde, etkilenen dişlerin etrafında şiddetli kemik kaybı görülebilir.

NUP'lu tüm hastalar HIV açısından değerlendirilmelidir. NUP hızla ilerleyerek diş exfoliasyonuna yol açabilir; bu nedenle tedavide lokal debridman, antimikrobiyal ajanlar ve sistemik antibiyotikler kullanılmalıdır. Hastalığın ileri devrelerinde ortaya çıkan kemik defektlerinin tedavisi son derece zor olduğundan NUP'un erken tanısı ve tedavisi çok önemlidir.

**NUP ve HIV**

HIV-Pozitif hastalarda sık olarak rastlanan NUG genellikle nekrotizan ülseratif gingivitisin kemik kaybı ve ataşman kaybı ile karakterize şeklidir. Yumuşak dokularda nekroz, hızlı periodontal destruksiyon, interproksimal kemik kaybı ile birlikte görülür.

* Lezyon lokalize ya da generalize olabilir.
* Kemik ekspoze olup yer yer nekroz ve sekestrasyon gözlenebilir.
* NUP’li hastalarla kronik periodontitisli hastalar arasında mikroflora açısından ufak farklılıklar bulunmaktadır.
* NUG ‘in HIV enfeksiyonunun ilk belirteçlerinden birisi olabileceği ileri sürülmektedir.

**Mikrobiyal flora.** HIV pozitif hastalardaki NUP vakalarının, HIV-negatif kontrollerle karşılaştırıldığında, fırsatçı mantar Candida albicans, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Porphyromonas gingivalis, Fusobacterium nucleatum* ve *Campylobacter* türlerinin daha yüksek prevalans gösterdiği bildirilmiştir. Bunun tam tersine HIV pozitif NUP olgularındaki floranın NUG lezyonundakilere benzer olduğunu gösteren araştırmalar da yapılmıştır.

Yakın tarihli bir derleme makalede HIV seropozitif bireyde; spiroket, herpes virüsü, kandida ve HIV'in NUP lezyonlarında potansiyel olarak patojen rollere sahip oldukları belirtilmiştir. Spiroketlerin konağın bağışıklık yanıtını modüle edebilme ve nekrotizan hastalığın gelişimini kolaylaştırabilen iltihabi reaksiyonları uyarabilme yetenekleri vardır. Aktive herpes virüsleri konak bağışıklık sistemini olumsuz yönde etkileyebilirler, bu da diğer patojenik mikroorganizmaların kolonizasyon ve aktivitesilerinde bir artışa neden olabilir.

**Bağışıklıkta sorun**. Bağışıklık sistemi baskılanmış veya bastırılmış hastalar arasında NUG ve NUP lezyonları daha yaygındır. HIV veya AIDS'li hastalarda yapılan çalışmalar; nekrotizan ülseratif periodontal hastalık tanısı konmuş bireylerde konak yanıtının azaldığı görüşünü desteklemektedirler. Bağışıklığı baskılanmış HIV’li hastalarda T-hücresi fonksiyonunda bozulma ve T-hücresi oranlarındaki değişim NUG ve NUP'a yatkınlığı artırır.

**Psikolojik Stres**. NUG’lu hastalarda yakın zamanda yaşanan büyük stresli olaylar, bu olaylarla ilgili olumsuz yaşam deneyimleri bulunduğu anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olduğu görüldü. NUP’ta stresin rolü spesifik olarak incelenmediğinden NUG ve NUP arasındaki birçok benzerlik, stresle benzer ilişkilerin var olabileceğini düşündürmektedir. Stresin nekrotizan ülseratif periodontal hastalıklara yatkınlığını arttıran mekanizmalar henüz bilinmemektedir ama stresin sistemik kortizon düzeylerini arttırdığı ve kortizondaki sürekli artışın bağışıklık yanıtını baskıladığı bilinmektedir.

**Malnütrisyon**. Ciddi olarak beslenmenin yetersiz kaldığı çocuklarda yapılan muayenelerde malnütrisyon ve Nekrotizan periodontal hastalıklar arasında ilişkiyi gösteren direkt kanıtlara rastlanmamıştır. Azgelişmiş ülkelerde ağır malnutrisyonu olan çocuklarda ortaya çıkan gangrenöz stomatit veya daha ileri durumlarda noma NUG'a benzetilebilir. Gelişmiş evrelerde, NUG lezyonlarının diş eti bölgesinden ağız boşluğunun diğer alanlarına kadar ulaşarak gangrenöz stomatit (noma) haline geldiği ve alveoler kemiği ekspoze ederek, nekroz ve sekestrasyona neden olduğu 45 bireylik bir olgu serisi yayınlanmıştır. Olası bir tahmin yapmak gerekirse; özellikle çok yetersiz bir beslenme olgusu enfeksiyona ve nekrotizan hastalığa karşı konağın direncinin azalmasına katkıda bulunmaktadır. Fagositoz da dahil olmak kompleman, antikor ve sitokin üretimi ve fonksiyonu yetersiz beslenen bireylerde bozulmaktadır.

**Sonuç**

NUP ve NUG’te birçok klinik ve mikrobiyolojik özellikler benzeşir ama NUP’da, periodontal ataçman ve kemik kaybının da oluştuğu daha ileri bir tablo izlenmektedir. Özellikle bağışıklık sistemi zayıf olan hastalarda NUP şiddetlidir ve hızlı ilerler. NUP'un başlamasında ve ilerlemesinde bağışıklık yanıtının bozulması ve enfeksiyona karşı konağın direncinin azalması önemli rol oynamaktadır. Bu tür durumlara en iyi örnek AIDS’dir. Bu tür hastalarda bağışıklık sistemi baskılanmış olduğundan NUP da dahil olmak üzere konak, fırsatçı periodontal enfeksiyonlara karşı savunmasız hale gelir. Sigara, viral enfeksiyonlar, psikososyal stres ve malnütrisyon da NUP'da rol oynayan başka birçok faktör tespit edilmiştir. Bu faktörlerin hiçbiri tek başına nekrotizan hastalığa yol açmak için yeterli olmamasına rağmen, diğer immünolojik durumlarla birlikte konak yanıtını veya enfeksiyona direnci olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahip olurlar.



Dişlerim arasında bir boşluk var, ağrım var ve dişlerim sallanıyor şikayetiyle başvuran 38 yaşında erkek HIV hastası. CD4 sayısı 150 hücre / µL ve viral yük düşük. Bilinen herhangi bir ilaca alerjisi yok. Hasta Geçtiğimiz 12 yıl içinde tekrarlayan zatürre atakları olmuş. 28 yıl boyunca günde bir paket sigara tüketiyormuş.

Bulgular: Sontlama derinlikleri 2 ila 4 mm arasında değişmekte. Maksiller sağ premolar ve kanin arasında nekroz ve interproksimal dokularda ülserasyon ile dişeti çekilmesi izlenmekte.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. C3[[1]](#footnote-1) olarak hastalık kontrol ve önleme merkezi tarafından kategorize edildiğinde bu hasta hangi sınıfa girer?  A. Semptomatik CD4 sayımı ≥500 hücre / μL.  B. Semptomatik CD4 sayımı <200 hücre / μL  C. AIDS CD4 sayısı ≥500 hücre / μ  D. AIDS CD4 sayısı <200 hücre / μL | **Cevap: D**  **Açıklama:** HIV hastaları A (asemptomatik), B (semptomatik) veya C (AIDS) olarak sınıflandırılır  CD4 sayısı hücre / μL tarafından belirlenir  Kategoriler:  1. ≥500 hücreleri / μL  2. 200 ila 499 hücre / µL  3. <200 hücre / µL |
| 2. Periodontal tanı nedir?  A. Akut herpetik gingivostomatit  B. Nekrotizan ülseratif gingivitis  C. Nekrotizan ülseratif periodontitis  D. Yukarıdakilerin hiçbiri. | **Cevap: C**  **Açıklama:** İmmün sistemi baskılanmış bu hastada ağrı, nekroz, ülserasyon, interdental papilde nekrotizan ülseratif lezyon izlenmekte, kemik ve ataçman kaybı var. Tanı: Nekrotizan ülseratif periodontitis. |
| 3. Muhtemel etiyoloji nedir?  A. Yalnızca spiroketler  B. Fusiform-spiroketlerden oluşan karma bakteriyel flora  C. İmmün sistemin baskılanmış olması  D. Yukarıdakilerin hepsi  E. B ve C | **Cevap: E**  **Açıklama**: Nekrotizan ülseratif periodontitisin etiyolojisi henüz tam olarak belirlenememiştir ama fusiform-spiroketlerden oluşan karma bakteriyel flora muhtemelen anahtar rol oynamaktadır. İmmün sistemi baskılanmış olması predispozan bir faktör dür. Spiroketlerin tek başlarına rol oynadığı söylenemez**.** |

1. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) = Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. HIV bulaşmış bir kişinin bağışıklık sistemi ciddi şekilde tehlikeye girdiğinde (CD4 hücre sayısı ile ölçülür) ve/veya kişi fırsatçı bir enfeksiyona yakalandığında HIV enfeksiyonu evre 3 (AIDS) olarak sınıflandırılır. [↑](#footnote-ref-1)