

İlacı Bağlı Diş Eti Büyümesinin Cerrahi Olmayan Periodontal Tedavisi

Non-Surgical Periodontal Treatment of Drug-Induced Gingival Overgrowth

Mert YILMAZ

<https://orcid.org/0000-0002-3461-4444>

Özgün ÖZÇAKA YÜKSEL

<https://orcid.org/0000-0003-0046-5863>

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, İzmir

Atf/Citation: Yılmaz, M., Özçaka Yüksel, Ö, (2024). İlacı Bağlı Diş Eti Büyümesinin Cerrahi Olmayan Periodontal Tedavisi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2024; 45_3, 184-187.

ÖZ

Diş eti büyümelerinin önemli sebeplerinden biri kullanılan ilaçlardır. Kalsiyum kanal blokerleri (nifedipin vb.) antihipertansif, antiaritmik ve antianginal ajanlar olarak reçete edilip fibroblast ve bağ dokusu matriksinin üretiminin artışı indukleyebilirler. Bu olgu sunumunda 75 yaşında nifedipin türevi ilaç kullanan evre 4 derece b periodontitise sahip kadın hastanın ilaç değişikliği olmadan sadece cerrahi olmayan periodontal tedavi ile klinik parametrelerdeki olumlu değişim gösterilecektir. İlacı bağlı diş eti büyümelerinde genel yaklaşım ilacın ilk başta değiştirilmesi veya bırakılması olsa da bazı durumlarda buna gerek kalmayıp sadece cerrahi olmayan periodontal tedavi ile istenilen sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: İlacı bağlı büyüme, Cerrahi olmayan periodontal tedavi, Kalsiyum kanal blokerü

ABSTRACT

The medications taken are one of the major contributors to gingival overgrowth. Calcium channel blockers (such as nifedipine) can increase the formation of fibroblast and connective tissue matrix and are commonly given as antihypertensive, antiarrhythmic, and antianginal medications. In this case report, a 75-year-old female patient with stage 4 grade b periodontitis utilizing nifedipine derivatives will be shown to improve in clinical parameters with only non-surgical periodontal treatment without changing medications. Although changing or stopping the medication is usually the first treatment option for drug-induced gingival overgrowth, in some cases this is not necessary and the desired effects can only be achieved with non-surgical periodontal treatment.

Keywords: Drug-induced gingival overgrowth, Non-surgical periodontal treatment, Calcium channel blockers

Sorumlu yazar/Corresponding author*: mert95@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received Date: 13.10.2022

Kabul Tarihi/Accepted Date: 01.07.2024

GİRİŞ

Diş eti büyümelerini etiyoloji ve patolojilerine göre sınıflandırmak gerekirse;

- 1: İltihabi büyüme
- 2: İlaça bağlı büyüme
- 3: Sistemik hastalık ve durumlara bağlı büyüme
- 4: Neoplastik büyüme (Diş eti Tümörleri)
- 5: Yalancı büyümeler olarak gruplara ayrılabilir.

Diş eti büyümeleri büyümenin derecesine göre ise;

Grade 0: Diş eti büyüme bulgusu yok

Grade 1: İnterdental papil ile sınırlı

Grade 2: Papil ve marjinal diş eti etkilenmiş

Grade 3: Büyüme diş kronunun 2/3'ünü ve daha fazlasını kaplamış, olarak sınıflandırılabilir.

Diş eti büyümesinin önemli sebeplerinden biri kullanılan ilaçlardır. İlaça bağlı diş eti büyümesi ilk defa 1939 yılında Kimball tarafından bildirilmiştir.¹ Temel olarak diş eti büyümesine sebep olan ilaçlar aşağıdaki gruplara ayrılırlar^{2,3}

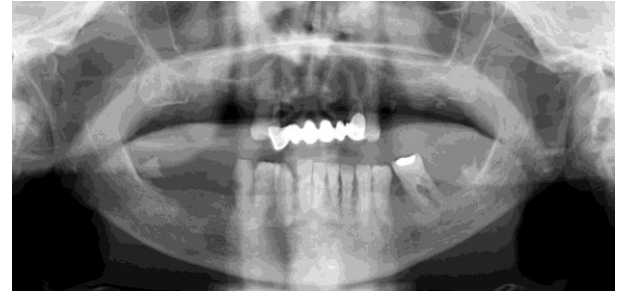
- Antikonvülsanlar (örn: fenitoin, sodyum valproat vb.)
- İmmünsupresanlar (örn: siklosporin A)
- Kalsiyum Kanal Blokerleri (örn: nifedipin, verapamil vb.)

Kalsiyum kanal blokerleri diş etinin büyümesini etkileyen ajanlar olarak belirlenmiştir. Kalsiyum kanal blokerleri esas olarak plazma membranında yer alan Ca^{+2} kanalları üzerinde etki gösteren bir ilaç grubudur ve genellikle antihipertansif, antiaritmik ve antianjinal ajanlar olarak reçete edilirler. Kalsiyum kanal blokerleri ilk defa 1984 yılında diş eti büyümeleri ile ilişkilendirilmişlerdir⁴ ve nifedipinin diş eti büyümesi ile ilişkili primer kalsiyum kanal blokerü olduğu bildirilmiştir.⁵ Kalsiyum kanal blokerleri gingival fibroblastların artışı olduğu kadar bağ doku matriksi üretiminin artışı da stimüle ederek diş eti bağ dokusunu doğrudan etkileyebilmektedir.⁶ Kalsiyum kanal blokerleri içerisinde en

sık kullanılanlar arasında nifedipinler, amlodipinler ve diltiazem grubu ilaçlar sayılabilir. Bu ilaçların diş eti büyüme yapması oranları araştırıldığında nifedipinler amlodipinler ve diltiazem grubu ilaçlara göre daha yüksek yüzdeyle diş eti büyümesi yapmaktadır.⁷

OLGU SUNUMU

Periodontoloji kliniğine başvuran 75 yaşındaki kadın hasta, diş eti büyümeleri ve diş eti kanaması şikayetleri bulunmaktadır. Hastadan alınan anamnezde hastanın diyabet ve hipertansiyon hikayesi olduğu ve nifedipin içerikli antihipertansif ilaç (Adalat Crono 30 mg) kullandığı öğrenilmiştir. Hastanın tanısı, 5'ten fazla periodontitise bağlı diş kaybı olduğu için evre 4, kemik kaybının yaşa oranının 1'in altında olması ile beraber HbA1c değerinin 7'den az olması ve sigara kullanmaması sebebiyle derece B periodontitistir. Hastanın panoramik röntgeni Resim 1'de gösterilmiştir. Radyolojik değerlendirmede hastada radikslar ve periodontal dokularda ataşman kayıpları olduğu izlenmiştir. Resim 2'de hastanın başlangıç klinik görüntüleri gösterilmiştir. Başlangıç görüntülerinde de görüldüğü gibi dişetinde şiddetli bir enflamasyon ve büyüme gözlenmektedir.



Resim 1: Olgunun panoramik radyografik görüntüsü

Tedavi öncesi hastanın hekiminden alınan konsültasyona göre nifedipin türevi ilacın değiştirilemeyeceği ancak tedavi için bir sakınca olmadığı belirtilmiştir. Hastadan tedavi öncesi ve sonrasında 6 noktadan periodontal ölçümler alınmış ve bu ölçümler Tablo 1'de gösterilmiştir.



Resim 2: Olgunun başlangıç klinik görüntüleri

Tablo 1. Olgunun Cerrahi Olmayan Periodontal Tedavi Öncesi ve Sonrası Klinik Periodontal Verileri

Sondalama Derinliği	Başlangıç			Tedavi Sonrası		
	Ortalama (mm)	Bölge Sayısı	%	Ortalama (mm)	Bölge sayısı	%
Tüm Ağız Ortalaması	4,3	60	100	3,1	60	100
0-3 mm	2,6	26	43	2,7	48	80
4-6 mm	4,7	22	37	4,8	12	20
≥7 mm	7,3	12	20	0	0	0
Sondalamada kanama			97			32

Konsültasyon cevabı doğrultusunda hastanın cerrahi olmayan periodontal tedavisine başlanmıştır. 2. seans başlangıcında ultrasonik cihaz ile diş yüzeyi temizliği yapıp seans sonunda hastanın ihtiyacına uygun şekilde ağız bakım eğitimi verilmiştir.

1 hafta sonra hasta ikinci seans için çağırılmış olup kök yüzeyi düzleştirilmesine başlanmıştır. 2.seansın sonunda hastaya verilen ağız bakım eğitimi yinelenmiş, önerilen aletler ayna karşısında hasta ile çalışılmıştır.

Tedavi süresi boyunca hastada birer hafta ara ile toplam 4 seans çalışılmış olup sonrasında hasta idame tedavisine alınmıştır. Hastanın tedavi sonrası 3. ay klinik

durumu Resim 3'te gösterilmiştir. Tedavi sonunda başlangıçta olan diş eti büyümeleri belirgin oranda azalmış olup sondalamada kanama ve cep derinliklerinde azalma görülmüştür.

Tedavi süresince hastanın ağız bakımında yetersizlikler görülmüş ve ağız bakım araçlarını kullanma etkinliği optimum seviyeye ulaştırılmaya çalışılmıştır. Hastanın el maniplasyonunun da ileri yaşına bağlı olarak azaldığı, bu sebepten dolayı tedavi sonunda bile hastanın sondalamada kanama oranı %20'nin altına indirilememiştir.

**Resim 3:** Olgunun tedavi sonrası klinik görüntüleri

TARTIŞMA

İlaça bağlı diş eti büyümelerinin tedavisinde izlenmesi gereken en etkili yollardan biri ilacın değiştirilmesi veya kesilmesidir.⁸ Ancak uzun süredir diş eti lezyonuna sahip hastalar bu tedavi seçeneğine cevap vermemektedir.⁹

Diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemleri diş eti büyümesinin şiddetini hafifletmek için tavsiye edilmektedir.¹⁰ Cerrahi olmayan periodontal tedaviden sonra eğer hala ihtiyaç varsa cep eliminasyonları ve estetik kontur düzenlemeleri için cerrahi tedavi düşünülebilir.

Bu olgu sunumunda hasta yalnızca cerrahi olmayan periodontal tedavi ile tedavi edilmiş olup, hastanın hekimi nifedipin türevi ilaç değişikliğini önermemiştir. Olguda hastanın el manipülasyonundan kaynaklı sonda-

lamada kanama yüzdesinin ideal noktalara getirilememiş olması bir sınırlılık olarak kabul edilebilir. Bu olguda da görüldüğü üzere diş eti büyümesine sebep olan ilaç kesilmeden de hastalar doğru ve etkin bir uygulamayla tedavi edilebilir.

SONUÇ

İlaça bağlı diş eti büyümeleri klinik pratikte sıkça karşılaşılabileceğimiz olgulardır. Bu olgu sunumunun da gösterdiği üzere ilaca bağlı diş eti büyümelerinin tedavisi için her zaman ilacı kesmek veya değiştirmek gerekme-yebilir. Bu doğrultuda ilaca bağlı diş eti büyümesi olgularında ilaç değişikliğinden önce cerrahi olmayan periodontal tedaviye şans vermek ve dokuların cevabına göre ilaç değişikliği veya kesilmesi yoluna gitmek düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Kimball OP. The treatment of epilepsy with sodium diphenyl hyantoinate. *JAMA* 1939; 112: 1244-45.
2. Hassell TM, Hefti AF. Drug-induced gingival overgrowth: old problem, new problem. *Crit Rev Oral Biol Med* 1991; 2: 103-37.
3. Seymour RA, Thomason JM, Ellis JS. The pathogenesis of drug-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 165-75.
4. Ramon Y, Behar S, Kishon Y, Engelberg IS. Gingival hyperplasia caused by nifedipine--a preliminary report. *Int J Cardiol* 1984; 5: 195-206.
5. Ellis JS, Seymour RA, Monkman SC, Idle JR. Gingival sequestration of nifedipine in nifedipine-induced gingival overgrowth. *Lancet* 1992; 339: 1382-3.
6. Fu E, Nieh S, Hsiao CT, Hsieh YD, Wikesjö UM, Shen EC. Nifedipine-induced gingival overgrowth in rats: brief review and experimental study. *J Periodontol* 1998; 69: 765-71.
7. Bajkovec, L., Mrzljak, A., Likic, R., & Alajbeg, I. Drug-induced gingival overgrowth in cardiovascular patients. *World journal of cardiology* 2021; 13: 68.
8. Kazancıoğlu, H., Erişen, M., Demirtaş, N., Türkmen, A., & Gülsüm, A. K. Diş eti büyümesi meydana getiren ilaçlar ve tedavileri. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* 2013; 47: 66-72.
9. Hernandez G, Arriba L, Lucas M, Andres A. Reduction of severe gingival overgrowth in a kidney transplant patient by replacing cyclosporin a with tacrolimus. *J Periodontol* 2000; 71: 1630-36.
10. Kantarcı A, Cebeci İ, Tuncer Ö, Çarın M, Fıratlı E. Clinical effects of periodontal therapy on the severity of cyclosporin: a- induced gingival hyperplasia. *J Periodontol* 1999; 70: 587-93.