

AIDS VE ORAL BULGULARI

Gülten ÜNLÜ*

ÖZET:

Yüksek mortalite yüzdesi olan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)'un en önemli bulaşma yollarından birinin kan ve kan ürünleri olmasından dolayı sağlıkla uğraşan personel ve dişhekimleri için tehlike oluşturmaktadır.

Hastalığın tanısında oral kavitede görülen lezyonların büyük önemi vardır. Bu makalede AIDS hastalığının oral bulguları ve dişhekimleri için önemi anlatıldı.

Arahtar Kelimeler: AIDS, oral bulgular.

AIDS AND ORAL FINDINGS:

SUMMARY

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a disease that has a high percent of mortality. Blood and blood products are some of the important contamination ways so that AIDS forms a dangerous for a l people dealing with health and for dentists.

Oral findings are important for diagnosis of this disease. In this report: AIDS's importance about dentistry and oral findings of AIDS are told.

Key Words: AIDS, Oral Findings

GİRİŞ

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), insanlarda immün sistemi baskılayarak fırsatçı enfeksiyonların gelişimine neden olan öldürücü bir hastalıktır. AIDS'in etkeni olan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dünyada büyük bir hızla yayılmaktadır (11,12). Virusun en önemli etkisi T-helper lenfositlerinin bir subgrubunun enfeksiyonu sonucu inaktivasyonudur (28).

Virusun geçiş yolu kan, kan ürünleri, kemik trasplantasyonu, plasenta ve menidir (12,28). Önceleri tükürüğün virus geçişi için önemli olduğu düşünülürdü. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalarda enfekte olan hastaların tükürüğünde virus olmadığı gibi inhibitör maddeler içerebileceği gösterilmiştir (28). Kan ve kan ürünlerinin virusun geçiş yonunda önemli rol oynamasından dolayı dişhekimleri, özellikle cerrahi ile uğraşan hekimler risk altındadırlar.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda HIV enfeksiyonunda 5 büyük risk grubu olduğu belirtilmiştir. Bunlar sırasıyla homo-

er ve biseksüel erkekler (% 71.4), intravenöz ilaç bağımlıları (% 18.4) hemofili hastaları (% 1), kan ve kan ürünü (platelet, plazma vs.) almak zorunda olan hemofili dışındaki hastalar (% 2.5) ve heteroseksüel ilişkisi olan kişilerdir (% 3.9) . Bunların dışında herhangi bir gruba dahil olmayan kişilerde mevcuttur (% 2.8) (6,9,12,28).

AIDS'in ilk belirtileri baş-boyun bölgesi ve oral kavitede yoğunlaşmaktadır (22). Genel lenf nodu büyümesi, intermitant ateş, kilo verme, zayıflama gibi persistan semptomlar ve bulgular açıklanmayan enfeksiyonlara eşlik ediyorsa bu hastalaktan şüphelenilmelidir (9,12,28).

Hastalığın tanısında klinik belirtilerin yanında oral kavitede görülen bulguların büyük önemi vardır (1,23). -Dişhekimlerinin bu bulgular hakkında bilgi sahibi olması, hastalığın tanısı, korunma ve yayılımını engelleme açısından oldukça önemlidir (1,13). Bir çok hastalıkta olduğu gib AIDS'te de ilk teşhis dişhekim tarafından konulabilir.

* D.U. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı, Dr. Dt.

HIV ENFEKSİYONUNDA GÖRÜLEN ORAL LEZYONLAR

Oral kandidiasis:

Oral kavitede H V enfeksiyonu sonucunda en az 4 tip mycosis görülür. Bunlar kandidiasis, cryptococcosis, histoplasmosis ve geotrichosis'dir. Oral kandidiasis, HIV (+) hastaların yaklaşık % 50'sinde görülür ve AIDS'in erken klinik belirtilerinden biridir. Kandidalar arasında en sık görülen Candida albicans'dır. Kandidalar klinik olarak 4 şekilde karşımıza çıkmaktadır (7,19).

1) Pseudomembranöz tip: Di de. buccal mukozada, yumuşak ve set damakta sıklıkla görülürler. Lezyonlar beyazımsı, sarı renkte, yumuşak ve kaldırılabilir türdedir. Kaldırıldığında alttan kırmızı ve kanamalı bağ dokusu görülür.

2) Eritramatöz tip: En çok dil sırtı ve damakta yerleşirler. Dil sırtına yerleştiklerinde papiller silinir ve düzleşir. Lezyonlar, eritramatöz maküler parçalar şeklinde mukozal yüzeyde görülürler.

3) Hiperplastik tip: Genellikle buccal mukozada bilateral olarak görülürler, daha seyrek olarak retrocommissural bölgede yer alırlar. Lezyonlar genellikle beyazımsı-sarı renkte ve uzaklaştırılmayan tiptedir.

4) Anguler chelitis: Ağız köşelerinde kırmızı fissurel veya linear ülserler şeklinde görülür. Bu bölgelerde ağrı ve yanma hissi mevcuttur.

Oral kandidiasisin kesin tanısı potasyum hidroksid (KOH), periodik asid-schiff (PAS) veya Gram boyanması ile morfolojik olarak gösterilmesi ile konulur (28).

Cytomegalovirus, Herpes Simplex ve Varicella-Zoster Virus enfeksiyonları:

AIDS Hastalığının erken dönemde görülen bulgularındır(28).

Cytomegalovirus: Oldukça nadir görülür. Immunohistokimyasal analizler veya oral ülserlerden alınan biopsi dokusunun kültürü ile tanı konulur (11,15).

Herpes Simplex: Intraoral ve Perioral formu vardır.

Intraoral formu: Genellikle dil sırtı, sert damak ve yapışık dişetini sarar. Keratinize mukozaya yüzeyinde tek, tek veya birleşmiş veziküller şeklindedir. Nonkeratinize makozayı da tutabilirler. Lezyonların kenarları yuvarlak yada hafifçe irregüler olabilir. Genelde eritramatöz alan yoktur (7,12).

Perioral formu: Genellikle dudakların vermillion hattı üzerinde, yüz derisine yakın tek tek veya gruplar halindedirler. Veziküller veya ülserler şeklinde görülebilirler (7,12).

Herpes Simplex virusunun kesin teşhisi için immunohistokimyasal analizler yapılmalı veya kültür yapılmalıdır (11).

Varicella-Zoster Virusu: Ciltte ve Oral mukozada unilateral olarak trigeminal sinirin dallarının dağılımı boyunca ağrılı, vezikuloeroziv lezyon şeklinde görülürler. Oral lezyonlar nadirdir (11,19). Varicella-zoster virusu tanısı ülkemizde klinik belirtilere göre konmaktadır (24).

Hairy Lökoplaki (Epstein-Barr Virus (EBV) Enfeksiyonu)

Hairy Lökoplaki (HL), genellikle dilin lateral sınırında bazen de ventral marjiniinde görülen lezyonlardır (9,10,26,28). Bukkal mukozada, yumuşak damakta ve ağız tabanında keratotik bir olay olarak gelişir, dil lezyonları ile birleşebilir (28). HIV enfeksiyonunun ilk belirtisi olabilir HL genellikle asemptomatiktir (5,7,14). Kesin tanı EBV'nin immunocytochemical tetkikleri veya moleküler biyolojik demonstrasyonu ile konulur (5,21,28).

Papilloma Virus Enfeksiyonları:

Oral mukozada papiller büyümeler şeklinde görülen papillomalar dişeti, dil, bukkal ve labial mukozalar da görülür. Kesin tanı için biyopsi ve histopatolojik inceleme gerekmektedir (11,12).

Fokal Epitelial Hiperplazi:

Granüler yüzey özellikleri ile birlikte multiple küçük papiller ve birleşmeye meyilli irregüler

marjinler şeklindedirler. Kesin tanı için rutin histopatolojik tetkik ve biyopsi gereklidir (10,11).

Periodantal Enfeksiyonlar:

Periodantal hastalıklarının ciddi formlarının immün sistemdeki bazı defektlerle ilgili olduğu, özellikle lenfositlerdeki defektler ve fagositoz mekanizmasındaki eksiklerin periodantal yıkımlarda rol oynadığı düşünülmektedir (20,22). Buna bağlı olarak HIV enfeksiyonu sonucunda gelişen AIDS'te periodantal hastalıkların ciddi formları görülebilir (29). Bu hastalarda ciddi dişeti iltihapları, dişeti çekilmeleri, alveoler kemik kayıpları, Akut Nekroziton Ülseratif Gingivitis (ANUG)'in sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (11,12).

HIV ile ilişkili gingivitis (HIV G)'de klasik dişeti iltihabının tüm özellikleri görülür. HIV-G'de bilinen gingivitisten farklı olarak predominant mikrofloranın periodontitis mikrobiyolojisine benzerlik gösterdiği görülmüştür (7,29) HIV-G'nin bilinen klasik gingivitis tedavisine cevap vermediği ve ek tedavilere ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir (11,23).

HIV ile ilişkili periodontitis (HIV P)'de HIV G'nin tüm dişeti bulguları görülür. Bunun yanında ciddi ağrılar, dişeti kanamaları, yumuşak doku nekrozları ve periodantal destek dokularda çok hızlı ilerleyen kayıplar vardır (11,29).

Odontojenik Enfeksiyonlar:

HIV (+) hastalarda çekim bölgeleri infekte olabilir veya yavaş iyileşebilirler. Odontojenik enfeksiyonlar submandibuler sellulit olarak yayılabilirler (12,23).

Diğer oral enfeksiyonlar HIV hastalarında nadirdir ve genelde sistemik tutulum ile birliktedir (18).

Kaposi Sarkomu:

AIDS'te en sık görülen neoplazmalardan biri Kaposi Sarkomudur (KS) (30). KS genellikle deride görülmesine rağmen hastaları %50'sinde ağız bulguları da verir (23). Oral lezyonlar

değişiktir. Ağız ve özellikle sert damak mukozası bu lezyon için en yaygın tutulum yeridir. Lezyonlar küçük, asemptomatik, düz ve morumsu/kırmızı renk değişikliği şeklinde olabildiği gibi çok sayıda nodüler büyümeler şeklinde de görülebilir (12,19,30). Travma, hemangiom, koagülasyon defektleri ve enfeksiyonlarla karıştırılabilir (11).

Etyolojisi bilinmeyen bu hastalığın kesin teşhisi biopsi ile konulur (23).

Lenfomalar:

AIDS'li hastalarda gelişebilen ikinci majör malign grubunu lenfomalar oluşturmaktadır. Bunların içinde en sık Non-Hodgkin lenfomalar görülür (2,16). Ağızda ilk belirti extranodal büyümedir (4). Gingivanın ve oral mukozanın şişliği ile ortaya çıkan bu malignite HIV enfeksiyonunun ilk belirtisi olabilir (8).

Bazı AIDS'li kişilerde oral mukozada squamous cell karsinoma görüldüğü ancak prevalans ve riski hakkında tam bilgi olmadığı bildirilmiştir (11,12).

Çoğu zaman dilde yerleşen oral karsinoma HIV enfeksiyonlu genç erkeklerde daha sık ortaya çıkar (25). HIV risk grubundaki bireylerde, uyuşturucu kullanımlarda hızlı bir artış gösteren lenfomalar AIDS'li hastalar arasındaki en yaygın ölüm sebebidir (19,21).

Aftöz Benzeri Ülserler:

1) Minör Aftöz Ülserler: Büyüklükleri 0,2-0,5 cm çapında değişen tek tek veya gruplar halinde, rekürrent, keskin sınırlı, ağrılı ülserlerdir. Genellikle keratinize olmayan dokularda yer alır.

2) Majör Aftöz Ülserler: Ağrılı, iyileşemeyen, 0,5 cm çapından daha büyük, tek tek veya gruplar halindedir.

3) Herpetiform Aftöz Ülserler: Çok sayıda ve tekrarlayan tipte, 0,2 cm çapında, küçük ülserlerdir. Non-keratinize dokularda yer alırlar (11,23).

Aftöz ülserlerde etyolojik ajan tanımlanamamıştır (23). Silverman ve arkadaşları tarafın-

dan yapılan bir araştırmada 387 AIDS li vakanın % 8'inde aft bulunmuştur (25). HIV enfeksiyonlarında aftların bulunuşları tartışmalıdır (20).

Gangrenöz Stomatitis: HIV ile enfekte olan birkaç hastada gangrenöz stomatit tarif edilmiştir CD4 hücre sayısı azaldıkça gangrenöz stomatit ciddiyetinin arttığı bildirilmiştir (7,11).

Kanama Eğilimi:

İmmün trombositopeni HIV'le enfekte hastaların yaklaşık % 11'ini etkiler. Lökopeni ve anemi ile birlikte olabilir. Bu yüzden HIV'le enfekte kişilerde oral peteşil, ekimozlar ve spontan gingival hemoraji ile kanama eğilimi görülür (23).

HIV ile İlişkili Tükrük Bezi Hastalıkları:

Lenfoid doku vücudun diğer bölgelerinde olduğu gibi parotis bezi içinde de HIV için primer bir hedefdir (3). Lenfoepitelial kistik gelişimler hastalığın erken döneminde ortaya çıkar. Bu lezyonlar parotis bezinde ve diğer majör tükrük bezlerinde ağrısız, yavaş gelişen ve çoğunlukla bilateral şişliğe neden olurlar (3,17,27). Tükrük bezlerinin lenfositler tarafından infiltre edilmelerine bağlı olarak otoimmün bir kserozomi görülür (11,12).

KAYNAKLAR

1- Anneroth, G, Anneroth, I. and Lynch D.: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) in the United States In 1986: Etiology, Epidemiology, Clinical Manifestations and Dental Implications, J. Oral Maxillofac. Surg., 44: 956-964, 1986.

2- Brahim J.S., Katz, R.W.,Robrets M.W.: Non-Hodgkin's lymphoma of the hard palate mucosa and buccal gingiva associated with AIDS. J. Oral. Maxillofac. Surg., 46: 328-30, 1988.

3- Colebunders, R, Francis H, Mann J., et al: Parotid swelling during human Immunodeficiency virus infections. Arch. Otolaryn. Head Neck Surg. 114: 330-332, 1988.

4- Coimenero C., Gamialco C., Pintado v.,

Patron M. et al: AIDS related lymphoma of the oral cavity. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg., 20 (1): 2-6, 1991.

5- Corso, B. and Hutt. Fletcher, L.: Hairy leukoplakia: EpsteinBarr Virus Receptors on oral keratinocyte plasma membranes. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 67: 416-421,1989.

6- Cotran R.S., Kumar, V., Robbins, S.L.: Robbins Pathologic Basis of Disease, 4th ed., W. B. Saunder Co., Philadephia, 224,234, 1989.

7- Glick M., Muzyka,C. B., Lurie, D., et al: Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune supression and AIDS. Oral surg., Oral Med. Oral Pathol., 77: 344,349, 1994.

8- Green T.L. and Eversole, L., R. : Oral lymphomas in the HIV-infected patients. association with Epstein-Barr virus DNA. Oral Surg., Oral Med.,Oral Pathol., 67: 437,442, 1989.

9- Green, T.L.,Greenspon, J. S., Greenspan, D. et al: Oral lesions mimicking hairy leukoplakia: a diagnostic dilemma. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 57: 422-6, 1989.

10- Greenspan, D., Greenspan, J.S.: Significance of Oral hairy leukoplakia. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 73: 151,4, 1992.

11-Greenspan, J.S. and Sciubba J., J.: Oral Manifestations of HIV infection. Definitions, diagnostic criteria, and principles of therapy. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 73: 142-4, 1992.

12- Gür, ve Özalp, B.: AIDS'in Dişhekimiği açısından önemi. A.Ü.Dış Hek. Fak. Derg. 17 (1): 151-154, 1990.

13- Horst G ter: AIDS and Infection control: Dutch dental hygienists surveyed. Community Dent Oral epidemiol, 21 86-90, 1993.

14- Kabani, S., Greenspan, D., Souza, Y.,et al: Oral hairy leukoplakia with extensive oral mucosal involvement. Report of two cases. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 67: 411-5, 1989.

15- Kanas RJ, Jensen JL, Abrams A.M.et al: Oral mucosal cytomegalovirus as a manifestation of the acquired immune deficiency synd-

rome. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 64: 183-9, 1987.

16- Kaugais, G.E., and James C.B.: Non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity associated with AIDS. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 67: 433-6, 1989.

17- Mandel L, Reich R.: HIV parotid gland lymphoepithelial cyst. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 74: 273-8, 1992.

18- Mitchell L and Mitchell D.A.: Oxford Handbook of Clinical Dentistry. AIDS. Oxford University Press: 415-448, 1991.

19- Pindborg, J.J.: Classification of oral lesions associated with HIV infection Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 67: 292-5, 1989.

20- Pindborg, J.J.: Oral manifestations of AIDS: an overview International Dental J., 41: 3-5, 1991.

21- Regezi J.A. and Sciubba, J.: Oral Pathology. Hairy leukoplakia, Kaposi's Sarcoma. W. B. Saunders Company. 109-112, 143-149, 1993.

22- Reichart P.A., Gøtzlerblom H.R., Becker J., et al: AIDS and the oral cavity. The HIV-infection: Virology, etiology, origin, immunology, precautions and clinical observations in 110 patients. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 6: 129-53, 1987.

23- Scully, C. and Mc Carthy G.: Management of Oral health in persons with HIV infection.

Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 73:215-25, 1992.

24- Serter, F., Serter, D.: Klinik Viroloji. Varicella-Zoster Virusu. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir. Sayfa: 407. 1976.

25- Silverman Jr. S., Migliorati C. A., Lozadco N. F., et al: Oral finding in people with or at risk for AIDS: A study of 375 homosexual males. J. Am. Dent. Assoc. 112: 19q87-92, 1986.

26- Southam, J.C., Felix, D.H., Wrag D., et al: Hairy leukoplakia- a histologica study. Histopathology, 19 (1): 63-7, 1991.

27- Terry J., Leroo T, Thomas M.: Major salivary gland lymphoepithelial lesions and AIDS. Am J. Surg., 162: 324,29, 1991.

28- Tyldesley, W.R. Oral Medicine. AIDS, Third Edition. Oxford University Press, 65-69, 1989.

29- Winkler JR, Murray R.A., Greenspan D, et al: AIDS virus associated periodontal disease. J. Dent. Res. 65: spec issue, abstr. no: 139, 1986.

30- Yeh, C. K., Fox C.H.: Kaposi's Sarcoma of the parotid gland in Acquired Immunodeficiency Syndrome. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol., 67: 308-12, 1989.