



International  
Headache Society

# Uluslararası Orofasiyal Ağrı Sınıflandırması

**1.BASKI (ICOP)**

Editörler:

**Rafael Benoliel**

**Arne May**

**Peter Svensson**

Çevirenler:

**Dr. Öğr. Üyesi Melis YILMAZ**

**Prof. Dr. Aynur ÖZGE**

NOBEL TIP KİTABEVLERİ

© 2021 Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.

**Uluslararası Orofasiyal Ağrı Sınıflandırması 1.Baskı (ICOP)**

Çevirenler:

Dr. Öğr. Üyesi Melis YILMAZ, Prof. Dr. Aynur ÖZGE

ISBN: 978-605-335-615-8

International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP)

Rafael Benoliel, Arne May, Peter Svensson

ISSN: 0333-1024

© International Headache Society 2020

Bu kitabın Türkçeye çeviri hakkı © International Headache Society 2020 tarafından Küresel Migren & Ağrı Derneği'ne verilmiştir. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası hükümleri gereğince herhangi bir bölümü, resmi veya yazısı, yazarların ve yayıncısının yazılı izni alınmadan tekrarlanamaz, basılamaz, kopyası çıkarılamaz, fotokopisi alınamaz veya kopya anlamı taşıyabilecek hiçbir işlem yapılamaz.



**NOBEL TIP KİTABEVLERİ TİC. LTD. ŞTİ.**

[www.nobeltip.com](http://www.nobeltip.com)

Millet Cad. No: 111 Çapa-Istanbul

Tel : (0212) 632 83 33

E-posta : destek@nobeltip.com

**DAĞITIM**

Tel : (0212) 771 52 11 - (0212) 771 33 09

E-posta : hasannazli@nobeltip.com

**Yayımcı** : Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.  
Millet Cad. No:111 34104 Fatih-Istanbul

**Yayımcı Sertifika No** : 50192

**Baskı / Cilt** : No-bel Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.  
Akçaburgaz Cad. No: 24/1  
Esenyurt - İstanbul

**Matbaa Sertifika No** : 46069

**Sayfa Tasarımı - Düzenleme** : Can Gelgeç

**Kapak Tasarım** : Can Gelgeç

**Baskı Tarihi** : Haziran 2021 - İstanbul

## ***Uluslararası Orofasiyal Ağrı Sınıflandırması, 1.BASKI (ICOP)***

### ***Telif Hakkı***

Telif Hakkı sadece Uluslararası Başağrısı Derneği'ne (IHS) aittir. Uluslararası Orofasiyal Ağrı Sınıflandırması'nın bu ve bunu izleyen baskıları, enstitüler, bilim adamları veya bilimsel toplantılar, eğitim veya klinik amaçlar için ücretsiz çoğaltılabilir. Ticari kullanımlar için herhangi bir bölüm veya bölümlerinin çoğaltılması, bir ücret ödenmesi ile beraber IHS'den izin alınmasını gerektirmektedir. Lütfen aşağıdaki adres aracılığıyla yayıncıyla iletişime geçiniz.

### ***Çeviriler***

IHS ICOP'un tümünün veya bazı bölümlerinin eğitim, klinik kullanım, alan testleri veya başka araştırmalar amaçlı çevirisine açıkça izin vermektedir. Bu izin, tüm çevirilerin IHS'ye kayıtlı olduğu bir durumdur. Çeviriye başlamadan önce, çevirmen adaylarına çeviri amaçlanan dile çevirilirip-çevrilmediğini IHS'ye danışması önerilmektedir. Tüm çevirmenler sıkı çeviri protokollerine uymaları gerektiğinin farkında olmalıdırlar. ICOP'un tümünün veya herhangi bir bölümünün çevirisini kullanabilmek için yayın raporlama çalışmaları; çevirmenlerin kimliğini (bir kişiden fazla olması gereken) ve çeviri sürecinin kısa ve öz bir açıklamasını içermelidir. IHS çevirileri onaylamayacaktır. Üye ulusal derneklerden onay verilebilir, eğer var ise bu onay aranmalıdır

### ***Orofasiyal Ağrı Sınıflandırması Komitesi***

Bu komite; Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) nin Orofasiyal ve Baş Ağrısı Özel Çalışma Grubunun (OFHP SIG), Uluslararası Orofasiyal Ağrı ve İlişkili Bozukluklar Metodolojisi Ağrının (INFORM), Amerikan Orofasiyal Ağrı Akademisi (AAOP) ve Uluslararası Başağrısı Derneği'nin (IHS) üyelerini içeren kollabe bir grubu içermektedir.

### ***Eş-Başkan***

Rafael Benoliel, Amerika Birleşik Devletleri; Arne May, Almanya; Peter Svensson, Danimarka

### ***Çalışma gruplarının üyeleri (Başkandan sonra alfabetik sırayla)***

1. Dentoalveolar ve komşu anatomik yapılardaki bozukluklar ile ilişkili orofasiyal ağrı  
Maria Pigg, İsveç (Başkan);  
Alan Law, Amerika Birleşik Devletleri;  
Donald Nixdorf, Amerika Birleşik Devletleri;  
Tara Renton, İngiltere;  
Yair Sharav, İsrail
2. Miyofasyal Orofasiyal Ağrı  
Peter Svensson, Danimarka (Başkan);  
Malin Ernberg, İsveç;  
Chris Peck, Avustralya
3. Temporomandibular Eklem (TME) ağrısı  
Per Alstergren, İsveç (Başkan);  
Ghabi Kaspo, Amerika Birleşik Devletleri;  
Frank Lobbezoo, Hollanda;  
Ambra Michelotti, İtalya
4. Kraniyal sinirlerin sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı  
Lene Baad-Hansen, Danimarka (Başkan);  
Eli Eliav, Amerika Birleşik Devletleri;  
Yoshiki Imamura, Japonya
5. Primer baş ağrılarına benzer belirtiler gösteren orofasiyal ağrılar  
Rafael Benoliel, Amerika Birleşik Devletleri (Başkan);  
Paulo Conti, Brezilya;  
Arne May, Almanya
6. İdiyopatik orofasiyal ağrı  
Thomas List, İsveç (Başkan);  
Justin Durham, İngiltere;  
Jean-Paul Goulet, Kanada;  
Satu Jääskeläinen, Finlandiya
7. Orofasiyal ağrı yaşayan hastaların psikososyal değerlendirilmesi  
Richard Ohrbach, Amerika Birleşik Devletleri

### ***Teşekkürler***

Uluslararası Orofasiyal Ağrı Sınıflandırmasının hazırlanmasında herhangi bir ticari sponsorluk olmamıştır.

ICHD'nin ilkeleri, yapısı ve formatı ile uyumlu düzenlenmesinde Timothy Steiner'a minnetle teşekkür ederiz.

## İçindekiler

<b>Uluslararası Orofasiyal Ağrı Sınıflandırması, 1. Baskı (ICOP)</b>	iii
Telif Hakkı	iii
Tercümeleler	iii
<b>Orofasiyal Ağrı Sınıflandırma Komitesi</b>	iii
Eş Başkan	iii
Çalışma Gruplarının Üyeleri	iii
<b>Önsöz</b>	vii
<b>Çeviri Önsözü</b>	viii
<b>ICOP'un Kullanımı</b>	ix
Kullanım Kuralları	ix
<b>Tanı kriterleriyle birlikte sınıflandırma</b>	1
<b>1. Dentoalveolar ve komşu anatomik yapılardaki bozukluklar ile ilişkili orofasiyal ağrı</b>	1
1.1 Dental ağrı	1
1.1.1 Pulpal ağrı	1
1.1.2 Periodontal ağrı	11
1.1.3 Diş eti ağrısı	22
1.2 Oral mukoza, tükürük bezi ve çene kemiği ağrıları	29
1.2.1 Oral mukoza ağrısı	29
1.2.2 Tükürük bezi ağrısı	41
1.2.3 Çene kemiği ağrıları	44
<b>Kaynaklar</b>	49
<b>2. Miyofasiyal orofasiyal ağrı</b>	57
2.1 Primer miyofasiyal orofasiyal ağrı	58
2.1.1 Akut primer miyofasiyal orofasiyal ağrı	59
2.1.2 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı	59
2.2 Sekonder miyofasiyal orofasiyal ağrı	60
2.2.1 Tendinit ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı	60
2.2.2 Miyozit ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı	61
2.2.3 Kas spazmı ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı	61
<b>Kaynaklar</b>	62
<b>3. Temporomandibüler eklem (TME) ağrısı</b>	63
3.1 Primer temporomandibüler eklem ağrısı	64
3.1.1 Akut primer temporomandibüler eklem ağrısı	64
3.1.2 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı	64
3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı	65
3.2.1 Artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı	66
3.2.2 Disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı	67
3.2.3 Dejeneratif eklem hastalığı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı	68
3.2.4 Sublüksasyon ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı	69
<b>Kaynaklar</b>	70
<b>4. Kranial sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı</b>	71
4.1 Trigeminal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı	71
4.1.1 Trigeminal nevralsi	71
4.1.2 Diğer trigeminal nöropatik ağrılar	75

4.2	Glossofaringeal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı	80
4.2.1	Glossofaringeal nevralsi	80
4.2.2	Glossofaringeal nöropatik ağrı	81
	<b>Kaynaklar</b>	82
<b>5.</b>	<b><i>Primer baş ağrılarına benzer belirtiler gösteren orofasiyal ağrılar</i></b>	86
5.1	Orofasiyal migren	86
5.1.1	Epizodik orofasiyal migren	86
5.1.2	Kronik orofasiyal migren	87
5.2	Gerilim tipi orofasiyal ağrı	87
5.3	Trigeminal otonomik orofasiyal ağrı	87
5.3.1	Orofasiyal küme ağrıları	87
5.3.2	Paroksizmal hemifasiyal ağrı	89
5.3.3	Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevralsi tipi fasiyal ağrı atakları (SUNA)	90
5.3.4	Otonomik semptomlarla seyreden hemifasiyal sürekli ağrı	91
5.4	Nörovasküler orofasiyal ağrı	91
5.4.1	Kısa süreli nörovasküler orofasiyal ağrı	92
5.4.2	Uzun süreli nörovasküler orofasiyal ağrı	92
	<b>Kaynaklar</b>	92
<b>6.</b>	<b><i>İdiyopatik orofasiyal ağrı</i></b>	95
6.1	Ağız yanması sendromu (Burning Mouth Syndrome- BMS)	95
6.1.1	Somatosensöriyel değişimlerle seyretmeyen ağız yanması sendromu	96
6.1.2	Somatosensöriyel değişimlerle seyreden ağız yanması sendromu	96
6.1.3	Muhtemel ağız yanması sendromu	96
6.2	İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı (PIFP)	96
6.2.1	Somatosensöriyel değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı	97
6.2.2	Somatosensöriyel değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı	98
6.2.3	Muhtemel ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı	98
6.3	İsrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı	98
6.3.1	Somatosensöriyel değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı	99
6.3.2	Somatosensöriyel değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı	99
6.3.3	Muhtemel ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı	100
6.4	İlave ataklarla seyreden sürekli tek taraflı fasiyal ağrı (CUFPA)	100
	<b>Kaynaklar</b>	101
<b>7.</b>	<b><i>Orofasiyal ağrı yaşayan hastaların psikososyal değerlendirmesi</i></b>	102
	<b>Giriş</b>	102
	<b>Psikososyal değerlendirme seviyeleri</b>	102
	<b>OFA hastaları için ağrı ve fonksiyonla ilgili yapı ve araçlar</b>	103
	Ağrı yayılımı	103
	Ağrı yoğunluğu ve ağrı ile ilişkili kısıtlanma	103
	Fonksiyonel kısıtlanma	103
	Aşırı kullanım davranışları	103
	<b>OFA hastalarına yönelik psikososyal yapı ve araçlar</b>	103
	Depresyon ve anksiyete	103
	Somatoform bozukluklar	104
	Felaketleştirme	104
	Korkudan kaçınma	105
	<b>Çıkarımlar ve gelecekte izlenebilecek yönler</b>	105
	<b>Kaynaklar</b>	106
	<b>ICOP'ta kullanılan terimlerin tanımları</b>	109

## Önsöz

Uluslararası Orofasial Ağrı Sınıflandırması'nın birinci baskısını (ICOP) sizlere sunmaktan gurur duyuyoruz.

Şimdiye kadar, orofasial ağrı konusunda kapsamlı, uluslararası düzeyde kabul görmüş bir sınıflandırma geliştirilmemişti. Yüz anatomik açıdan başın bir parçası olsa da net bir tanı sınıflandırması geliştirilmediği için yanlış tanı konulan ve bunun sonucunda yanlış tedaviler gören çok sayıda hastayla karşılaşılıyor. Anatomik sınırlar ve bunlarla bağlantılı özel medikal durumlar da sorunu zorlaştırıyor. Örnek olarak, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) fasial ağrıyla "orbitomeatal hattın altında, kulak kepçelerinin önünde ve boynun yukarısındaki ağrı" olarak tanımlar. Fasial tanıma getirilen diğer tanımlarda buna ilaveten alın da yer alırken, "orofasial ağrı" terimi doğası gereği ağız boşluğundaki tüm yapıları kapsar. Baş ağrısı da aynı zamanda orofasial bölgelere yansır ve tam tersi olarak orofasial ağrılarda baş bölgesine yansımaktadır. "Baş ağrıları" yalnızca orofasial bölge içerisinde ortaya çıkabilir ve tanıyı ciddi ölçüde zorlaştırırken, başa yansıyan orofasial ağrılar da karmaşık klinik görüntüler sergiler.

Bütün bu etkenler değerlendirdikten sonra, orofasial ağrıların (OFA) sınıflandırılması gerektiğini açıkça fark ettik. Bu ilk sınıflandırmada temel bir ilke olarak, yeni kavramsallaştırma ve tanı kriterlerinin hastalıkların lokalizasyonuna göre (baş veya yüz) değil, özelliklerine göre düzenlenmesi gerektiği değerlendirilmiştir.

ICOP'un bu ilk baskısını hazırlarken, primer ve sekonder baş ağrılarının Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması Üçüncü Baskısı'nda (ICHD-3) ayrıntılı bir şekilde sınıflandırıldığı düşüncesiyle, okuyucuyu bu yayına yönlendirmeye karar verdik. Buna ek olarak, ICOP'un ICHD-3'e başvurmayla alışıktaki araştırmacılar ve klinisyenler için faydalı olması amacıyla, ICHD-3'te benimsenen hiyerarşik tasarımı ve sınıflandırma tarzını benimsedik. Temporomandibüler Bozukluklar Tanı Kriterleri (DC/TMB) bölgesel miyaljilerin ve temporomandibüler eklem (TME) ağrılarının

yer aldığı, yerleşmiş bir sınıflandırmadır. DC/TMB kriterlerini benimserken, yalnızca ağırlı TMB'leri değerlendirmeye aldık ve bu kriterlerin sunulmuş tarzını ICHD-3'tekilerle değiştirdik. Genel olarak bakıldığında, ICOP Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11. Revizyonu'nda (ICD-11) belirtilen orofasial ağrı ve baş ağrısı kriterlerine de uygundur.

Sonuç olarak, orofasial ağrı araştırmalarını ve klinik yönetim çalışmalarını ileriye taşıyacak bir sınıflandırmanın geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, benimsediğimiz metodolojinin baş, diş, orofasial, göz, burun, sinüs ve boyun ağrısı üzerinde çalışan profesyonelleri birbirlerine yaklaştırarak, aktif işbirliğini destekleyeceğinden eminiz.

ICOP sınıflandırma komitesinin üyeleri, orofasial ağrı ve baş ağrısı alanında çalışan önemli dernekleri temsil etmektedir. Komite ile ICOP'un geleceğini güçlendirecek gerçekten uluslararası nitelikte bir grup bir araya getirilmiştir. Bizi bu ilk baskıya taşıyan süreç, 2016 yılında Yokohama, Japonya'da gerçekleştirilen Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) Dünya Kongresi'nde bir araya geldiğimizde başladı. Bir günlük toplantıda ICOP'un yapısını tartıştık ve çalışma grupları oluşturduk. 2017 yılında ABD'deki Rutgers Diş Hekimliği Fakültesi'nde gerçekleştirilen takip toplantısında hem eldeki hemde eksik kanıtları inceleyerek, ICOP'u oluşturan bireysel birimleri kurduk. Bunun sonucunda birçok alanda güçlü kanıtlarla, diğer alanlarda ise uzman görüşüyle desteklenen ve araştırmalara teşvik ve kılavuzluk sağlayacak bir sınıflandırma ortaya çıktı. Bu sınıflandırma için, hataların tespit edilip düzeltilmesine ve sahadaki araştırmacıların ve uygulayıcıların ICOP'a geniş ölçekte girdi sunmasına imkan verecek bir deneme periyodu öngörüyoruz.

**Rafael Benoliel**

**Arne May**

**Peter Svensson**

Fasial Ağrı Sınıflandırma Komitesi

## Çeviri Önsözü

Günümüze kadar “orofasiyal” olarak adlandırılan ağız-yüz bölgesinde görülen ağrılara doğru tanı koyulabilmesi için uluslararası düzeyde kabul görmüş bir sınıflandırma mevcut değildi. Bu durum, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış veya eksik tanı konulmuş ve bunun sonucunda uygun olmayan tedaviler görmüş çok sayıda hasta ve hastalıkla karşılaşmamıza neden olmaktadır.

Uluslararası Orofasiyal Ağrı Sınıflandırması'nın ilk baskısını (2019) görür görmez kliniklerde başağrıları kadar önem taşıyan ağız-yüz bölgesinde görülen ağrıların doğru ayırt edilebilmesi ve doğru tedaviler planlanıp yapılabilmesi için ne kadar önemli bir ihtiyaca yanıt verdiğini fark ettik ve ivedilikle bu sınıflandırmanın türkçeleştirilmesi için gerekli çalışmalara başlamaya karar verdik. Dünyada yeni kullanılmaya başlanmış olan ICOP sınıflandırılmasını türkçeleştirirken diş hekimliği alanındaki ihtiyacı Nöroloji alanındaki birikimle birlikte değerlendirmeyi planladık. Gerekli izinler alındıktan sonra, ekip içi iş bölümü yaptık ve profesyonel desteğin de katkısı ile sınıflamanın çevirisini üç ay gibi kısa bir sürede tamamladık. Bu noktada diş hekimliğinde ağrı tedavisinde etkin rol oynayan; Ağız-Diş ve

Çene Cerrahisi - Endodonti branşları ve Nöroloji branşının işbirliği ile terimlerin Türkçe karşılığı kadar sahada sık kullanılan karşılıkları üzerinde de uzlaşma sağlamaya özen gösterdik. İçeriklerde ana metine tamamen sadık kaldık. Tüm dünyada henüz kullanıma giren ve yayın dili İngilizce olan bu sınıflamanın ilk resmi çevirisini yapmak ve Türkçe olarak kullanıma sunmak bize nasip oldu.

Sonuç olarak; sizlere sunulan bu kitap ile komplike bir bölge olan orofasiyal bölgedeki ağrıların bölgenin tüm doku ve organlarının en ince detayına kadar değerlendirilmesi ile hazırlanmış olan ICOP sınıflandırmasının ülkemizde de orofasiyal bölgedeki ağrılar ile ilgili net ve doğru tanı konulup, tedavilerin doğru planlanması açısından çok faydalı olacağına inanmaktayız.

Ayrıca, bu çeviri de bizden tüm tecrübesi ve bilgisi ile desteğini esirgemeyen; Doç. Dr. Fethi ATIL' a ve Doç. Dr. Ediz KALE' ye teşekkürlerimizi iletmek isteriz.

ICOP sınıflandırmasını ülkemizde kullanıma sunmakla beraber; daha etkin kullanımını sağlayabilmek için gördüğünüz eksiklerimizi ve önerilerinizi beklemekteyiz.

Kitabımızın ağrıya bütünsel yaklaşım adına bilim dünyasına ve tüm meslektaşlarımıza faydalı olması dileğiyle...

Dr. Öğr. Üyesi Melis YILMAZ  
Prof. Dr. Aynur ÖZGE  
Mersin, Mayıs, 2021



## ICOP'un Kullanımı

ICOP ICHD-3'e göre modellendiğinden, kullanım talimatları bu yayına benzerdir. Dolayısıyla, ICHD-3 kullanıcılarının çoğu ICOP'u kolaylıkla kullanabilecektir. ICHD-3'te olduğu gibi, belgenin özellikle araştırmalarda ama aynı zamanda orofasiyal ağrılarının (OFA) klinik tanısında ve tedavisinde başvurulacak bir araç olması amaçlanmıştır.

ICOP, kapsamlı bir araştırma ve tanı el kitabı olarak kullanılacak ve özellikle tanının belirsiz olduğu veya klinisyenin klinik görünümün varlığından habersiz olduğu hallerde çok faydalı olacaktır. Bu yüzden, uygulayıcılara ve araştırmacılara sınıflandırmayı ayrıntılarıyla okumalarını tavsiye ediyoruz. Buna ek olarak, ICOP'un ICHD-3 ve ICD-11/IASP ile birlikte sunduğu açık ve net terminoloji, iletişimde ve veri paylaşımında belirsizliği ortadan kaldıracaktır. Araştırma açısından sınıflandırma olmazsa olmaz bir araç sunar: her araştırma projesine – ilaç denemesi veya patofizyoloji veya biyokimya araştırması olabilir – dahil olan her hastanın yerleşik tanı kriterlerini karşılaması gerekir.

Bu sınıflandırmanın hiyerarşik yapısı, kullanıcının yalnızca tek haneden tanı koymasına veya beşinci, altıncı ve hatta yedinci hane kadar ulaşmasına imkan tanır. Tanı kodundaki netlik düzeyi tamamıyla kullanım amacına bağlıdır. Genel uygulamada yalnızca birinci veya ikinci hane tanıları kullanılırken, uzmanlık uygulamalarında dördüncü veya beşinci (ve zaman zaman altıncı veya yedinci) hane düzeylerinin değerlendirildiği tanıları uygun kabul edilir.

Primer ve sekonder OFA'lar aynı bölümlerde ele alınıyor. Bu yaklaşım ICHD'ye uygun olmasada bize göre çeşitli OFA'ların açıklanmasında daha verimli bir yöntem sunuyor. Bu verimlilik kısmen primer ve sekonder seçimlerin zorlaşmasından kaynaklanıyor. Benzer nedenlerle, sekonder bozukluklara yönelik katı ICHD kriter yapısı – Kriter A ağrısı, Kriter

B varsayılan nedeni, Kriter C ise A'nın B'den kaynaklandığına ilişkin kanıtları tanımlar – OFA'larda aynı verimliliği sağlamıyor. Özel olarak bakıldığında ağrı başlangıcı ile varsayılan nedenin başlangıcı arasındaki zaman bağlantısı – ICHD'de Kriter C – genellikle çok değişken olduğundan, kanıt olarak herhangi bir değer taşıyor. Birçok vakada ağrı kaynağının belirlenmesi nedensellik ilişkisinin klinik olarak kanıtlanmasına ve son kriter olan "Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması" (aşağıya bakınız) şartının sağlanması ile ilişkilidir.

## Kullanım Kuralları

1. Hastanın öyküsünde yer alan her bir OFA tipi, alt tipi veya alt formu ayrı ayrı tanımlanmalı ve kodlanmalıdır. Örneğin, tutulumu şiddetli olan bir hasta için birden fazla tanı ve kod kullanılabilir: 2.1.2.3.2 Yansıyan ağrıyla seyreden kronik ısrarlı primer miyofasiyal ağrı ve 3.1.4.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen kronik ısrarlı primer TME ve belki de ICHD-3'ten 1.1 Aurasız migren.
2. Bir hastaya birden fazla tanı koyulması halinde, bu tanıları hasta açısından taşıdıkları önem – yani hastaya göre en ağır acıya ve kısıtlılığa yol açan tanıları – açısından sıralanarak listelenmelidir.
3. Belirli bir hastanın yaşadığı OFA tipi belirlenemiyorsa, en muhtemel tanıyı belirlemek için tanı kriterlerine ek olarak mevcut diğer bilgilerden yararlanılmalıdır. Bu bilgiler çerçevesinde boylamsal ağrı öyküsü (ağrı nasıl ve ne zaman başladı?), aile öyküsü, ilaç etkileri, menstrüel ilişki, yaş, cinsiyet ve diğer özellikler değerlendirilebilir.
4. Belirli bir OFA tanısının koyulabilmesi için, çoğunlukla hastanın bu ağrısı en az belirli sayıda atakla veya belirli sayıda gün boyunca yaşamış olması gerekir. Bu sayı, OFA tipi veya alt tipinin tanı kriterlerinde belirtilir. OFA tanılarında kriterler içerisinde A, B ve C gibi ayrı harf başlıkları altında belirtilen diğer gereklilikler de karşılanmalıdır. Bazı

harf başlıkları tek maddelidir, yani tek bir gerekliliği ifade eder. Diğer harf başlıkları birden çok maddeden oluşabilir ve örneğin, dört özelliğinden herhangi ikisinin yerine getirilmesi gerekebilir. Bu yapı, ICHD-3'den alınmıştır.

5. OFA bozukluklarının sıklığı çok değişkendir ve 1-2 yılda bir defadan günlük ağrıya kadar değişebilir. Atakların şiddeti de farklılık gösterir. ICOP'ta miyofasiyal ağrılar ve TME ağrıları haricindeki ağrılar için sıklık kodu tanımlanmamıştır. Tanı kriterlerinin hiçbirinde şiddetin ve sıklığın rutin olarak değerlendirilmesi belirtilmese de sıklığın ve şiddetin değerlendirilmesi ve belirlenmesi tavsiye edilmektedir.
6. Neredeyse her bozukluğun son kriteri "Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması" (bazı maddelerde, "Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması") olarak belirlenmiştir. Muhtemel diğer tanıların değerlendirilmesi (ayırıcı tanı) klinik tanı sürecinin olağan bir parçasıdır. Bir OFA vakasında belirli bir bozukluğa ilişkin kriterler karşılanırsa dahi, bu son kriter OFA'yı daha iyi açıklayabilecek diğer tanıların her zaman göz önünde bulundurulması gerektiğini hatırlatır. Bu ayırıcı tanı amacına ulaşabilmek için, klinik tanı sürecinde ICOP çerçevesinin dışındaki bozuklukların değerlendirilmesi, ağrı öyküsünün ayrıntılandırılması ve ICOP kriterlerinde belirtilenlerden farklı klinik testlerin kullanılması gerekebilir. Orofasiyal ağrı bölgesinde bir yapıdan diğerine yansıyan ağrı oldukça yaygın olsa da bütün bunların sınıflandırılması ICOP'un kapsamını aşar.

Diğer muhtemel tanıların değerlendirilmesi gerekliliği yalnızca sınırlı sayıda vakanın yer aldığı araştırmalar için çok büyük önem taşımaktadır. Bu kategori tüm araştırmaları kapsamaz. Özel olarak bakıldığında epidemiyolojik çalışmalarda bu son kriterin uygulanması mümkün olmayabilir (baş ağrısı epidemiyolojisinde, buna denk bir kriterin ICHD-3'te uygulanması genel olarak mümkün olmamıştır). Bu son kriterin uygulanmadığı çalışmalarda bu husus en azından yöntem kısmında kapsamlı bir şekilde açıklanmalıdır.

7. Bir hastanın birden fazla OFA yaşadığından şüpheleniliyorsa, hastanın tanısız ağrı günlüğü tutması şiddetle tavsiye edilir. Bu ağrı günlüklerinin yalnızca tanı doğruluğunu arttırmakla kalmadığı, aynı zamanda ilaç tüketiminde daha doğru karar verilmesini de sağladığı çalışmalarla ortaya konulmuştur. Günlüklerin, tipik olarak bir ay boyunca her ağrı epizodunun önemli özelliklerinin kaydedilmesi şeklinde tutulması önerilir. Buna ek olarak, günlük OFA tipleri ile alt tipleri veya alt formları arasındaki dengeye karar verilmesine yardımcı olur. Son olarak, günlük kullanımı hastaya farklı OFA'ları birbirinden nasıl ayıracağını, ilaç tüketimine nasıl dikkat edeceğini, tetikleyici faktörleri nasıl kaydedeceğini ve takip bilgileri açısından nasıl daha güvenilir bir kaynak sunabileceğini açıklarken de önemli bir araçtır.

	<b>Tanı</b>
1.	<b>Dentoalveolar ve komşu anatomik yapılarıdaki bozukluklar ile ilişkili orofasiyal ağrı</b>
1.1	Dental ağrı
1.1.1	Pulpal ağrı
1.1.1.1	Hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.1	Mine çatlağı ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.2	Açık dentin ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.2.1	Diş aşınması veya abrazyonu ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.2.2	Açık dentine yol açan kırık ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.2.3	Gelişimsel dental sert doku defekti ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.3	Dental prosedür ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.3.1	Kapsamlı dentin kaldırma işlemi ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.3.2	Restorasyon yerleştirme işlemi ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.3.3	Dental restorasyon sonrası hiperoklüzyon veya hiperartikülasyon ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.4	Santral sensitizasyon ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.1.5	Başka bir nedenden kaynaklanan hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.2	Dental travma kaynaklı pulpa açıklığı ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3	Pulpitise (pulpal enflamasyon) bağlı pulpal ağrı
1.1.1.3.1	Dentin enfeksiyonu kaynaklı reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.1.1	Pulpaya ulaşmayan çürüklerden kaynaklanan reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.1.2	Dentin dokusunun açığa çıktığı dental sert doku kırığından kaynaklanan reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.1.3	Diş dokusu kaybı olmayan diş çatlağından kaynaklanan reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.2	Dentin enfeksiyonu kaynaklı irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.2.1	Pulpaya ulaşan çürüklerden kaynaklanan irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.2.2	Pulpa dokusunun açığa çıkmadığı dental sert doku kırığından kaynaklanan irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.2.3	Diş dokusu kaybı olmayan diş çatlağından kaynaklanan irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.3	Dental pulpa enfeksiyonu kaynaklı irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.3.1	Çürük ile açılmış pulpa varlığı ve pulpa enfeksiyonu kaynaklı irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.3.2	Pulpa dokusunun açığa çıktığı dental sert doku kırığından kaynaklanan irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.4	Servikal kök rezorpsiyonu kaynaklı pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.3.5	Başka bir nedenden kaynaklanan pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.1.4	Sistemik bir neden ile ilişkili pulpal ağrı
1.1.2	Periodontal ağrı
1.1.2.1	Periodontitise (periodontal enflamasyon) bağlı periodontal ağrı
1.1.2.1.1	Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.1.1	Hiperoklüzyon veya hiperartikülasyon ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.1.2	Postoperatif periodontal ağrı
1.1.2.1.1.3	Kaza kaynaklı dental travma ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.1.4	Başka bir travma veya yaralanma ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2	Endodontik hastalık kaynaklı apikal periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.1	Pulpal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.2	Endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı

1.1.2.1.2.2.1	İntraradiküler endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.2.2	Ekstraradiküler endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2	Periodontal hastalık ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.1	Kronik periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.2	Agresif periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.3	Sistemik bozukluk görünümü olarak periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.3.1	Hematolojik bozukluk ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.3.2	Genetik bozukluk ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.3.3	Tanımlanmamış sistemik bozukluk ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.2.3.4	Nekrotizan ülseratif periodontitise (NUP) bağlı periodontal ağrı
1.1.2.1.2.3.5	Periodontal apse ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.4	Kombine endodontik enfeksiyon veya periodontal hastalık kaynaklı apikal ve marjinal periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.1.5	Enfektif peri-implantitis ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.2.2	Lokal inflamatuvar olmayan bir neden ile ilişkili periodontal ağrı
1.1.3	Diş eti ağrısı
1.1.3.1	Diş eti enfeksiyonuna (enflamasyonuna) bağlı diş eti ağrısı
1.1.3.1.1	Travma ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.1.2	Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.1.2.1	Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.1.2.2	Viral enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.1.2.3	Fungal enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.1.3	Otoimmünite ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.1.4	Hipersensitivite veya alerjik reaksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.1.5	Başka bir nedenden kaynaklanan diş eti enflamasyonu ile ilişkili diş eti ağrısı
1.1.3.2	Malign lezyon ile ilişkili diş eti ağrısı
1.2	Oral mukoza, tükürük bezi ve çene kemiği ağrıları
1.2.1	Oral mukoza ağrısı
1.2.1.1	Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.1	Travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.1.1	İyatrojenik olmayan travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.1.2	Cerrahi veya diğer lokal iyatrojenik yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.1.3	Radyasyon veya kemoterapi ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.2	Enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.2.1	Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.2.2	Viral enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.2.3	Fungal enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.3	Otoimmünite ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.4	Hipersensitivite veya alerjik reaksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.1.5	Başka bir nedenden kaynaklanan oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.1.2	Malign lezyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı
1.2.2	Tükürük bezi ağrısı
1.2.2.1	Obstrüktif neden ile ilişkili tükürük bezi ağrısı
1.2.2.2	Enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı
1.2.2.2.1	Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı
1.2.2.2.2	Viral enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

- 1.2.2.3 Juvenil reküran parotit ile ilişkili tükürük bezi ağrısı
- 1.2.2.4 İmmünolojik kaynaklı bozukluk ile ilişkili tükürük bezi ağrısı
- 1.2.2.5 Başka bir neden ile ilişkili tükürük bezi ağrısı
- 1.2.3 Çene kemiği ağrıları
  - 1.2.3.1 Travma veya yaralanma ile ilişkili çene kemiği ağrısı
  - 1.2.3.2 Enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı
    - 1.2.3.2.1 Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı
    - 1.2.3.2.2 Viral enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı
    - 1.2.3.2.3 Fungal enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı
  - 1.2.3.3 Lokal benign lezyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı
  - 1.2.3.4 Malign lezyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı
    - 1.2.3.4.1 Lokal malignite ile ilişkili çene kemiği ağrısı
    - 1.2.3.4.2 Uzak malignite ile ilişkili çene kemiği ağrısı
  - 1.2.3.5 Tedavi ile ilişkili çene kemiği ağrısı
  - 1.2.3.6 Sistemik hastalık ile ilişkili çene kemiği ağrısı
- 2. **Miyofasiyal orofasiyal ağrı**
  - 2.1 Primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
    - 2.1.1 Akut primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
    - 2.1.2 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
      - 2.1.2.1 Kronik seyrek primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
      - 2.1.2.2 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
        - 2.1.2.2.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
        - 2.1.2.2.2 Yansıyan ağrı ile seyreden kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
      - 2.1.2.3 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
        - 2.1.2.3.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
        - 2.1.2.3.2 Yansıyan ağrı ile seyreden kronik ısrarlı primer miyofasiyal orofasiyal ağrı
    - 2.2 Sekonder miyofasiyal orofasiyal ağrı
      - 2.2.1 Tendinit ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı
      - 2.2.2 Miyozit ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı
      - 2.2.3 Kas spazmı ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı
- 3. **Temporomandibüler eklem (TME) ağrısı**
  - 3.1 Primer temporomandibüler eklem ağrısı
    - 3.1.1 Akut primer temporomandibüler eklem ağrısı
    - 3.1.2 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı
      - 3.1.2.1 Kronik seyrek primer temporomandibüler eklem ağrısı
      - 3.1.2.2 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı
        - 3.1.2.2.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı
        - 3.1.2.2.2 Yansıyan ağrı ile seyreden kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı
      - 3.1.2.3 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı
        - 3.1.2.3.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı
        - 3.1.2.3.2 Yansıyan ağrı ile seyreden kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı
    - 3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı
      - 3.2.1 Artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı
        - 3.2.1.1 Sistemik olmayan artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı
        - 3.2.1.2 Sistemik artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı
      - 3.2.2 Disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı
        - 3.2.2.1 Redüksiyonlu disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı

- 3.2.2.1.1 Aralıklı kilitleme ile seyreden redüksiyonlu disk deplasmanı ile ilişkili tempo-romandibüler eklem ağrısı
- 3.2.2.2 Redüksiyonsuz disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı
- 3.2.3 Dejeneratif eklem hastalığı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı
- 3.2.4 Sublüksasyon ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı
- 4. **Kranial sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı**
- 4.1 Trigeminal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı
- 4.1.1 Trigeminal nevrалji
- 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevrалji
- 4.1.1.1.1 Tamamıyla paroksizmal, klasik trigeminal nevrалji
- 4.1.1.1.2 Ardışık sürekli ağrıyla seyreden klasik trigeminal nevrалji
- 4.1.1.2 Sekonder trigeminal nevrалji
- 4.1.1.2.1 Multipl skleroz ile ilişkili trigeminal nevrалji
- 4.1.1.2.2 Yer kaplayıcı lezyon ile ilişkili trigeminal nevrалji
- 4.1.1.2.3 Başka bir neden ile ilişkili trigeminal nevrалji
- 4.1.1.3 İdiyopatik trigeminal nevrалji
- 4.1.1.3.1 Tamamıyla paroksizmal, idiyopatik trigeminal nevrалji
- 4.1.1.3.2 Ardışık sürekli ağrıyla seyreden idiyopatik trigeminal nevrалji
- 4.1.2 Diğer trigeminal nöropatik ağrılar
- 4.1.2.1 Herpes zoster ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı
- 4.1.2.2 Trigeminal postherpetik nevrалji
- 4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı
- 4.1.2.3.1 Muhtemel post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı
- 4.1.2.4 Başka bir bozukluk ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı
- 4.1.2.4.1 Başka bir bozukluk ile ilişkili muhtemel trigeminal nöropatik ağrı
- 4.1.2.5 İdiyopatik trigeminal nöropatik ağrı
- 4.2 Glossofaringeal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı
- 4.2.1 Glossofaringeal nevrалji
- 4.2.1.1 Klasik glossofaringeal nevrалji
- 4.2.1.2 Sekonder glossofaringeal nevrалji
- 4.2.1.3 İdiyopatik glossofaringeal nevrалji
- 4.2.2 Glossofaringeal nöropatik ağrı
- 4.2.2.1 Bilinen bir neden ile ilişkili glossofaringeal nöropatik ağrı
- 4.2.2.2 İdiyopatik glossofaringeal nöropatik ağrı
- 5. **Primer baş ağrılarına benzer belirtiler gösteren orofasiyal ağrılar**
- 5.1 Orofasiyal migren
- 5.1.1 Epizodik orofasiyal migren
- 5.1.2 Kronik orofasiyal migren
- 5.2 Gerilim tipi orofasiyal ağrı
- 5.3 Trigeminal otonomik orofasiyal ağrı
- 5.3.1 Orofasiyal küme ağrıları
- 5.3.1.1 Epizodik orofasiyal küme atakları
- 5.3.1.2 Kronik orofasiyal küme atakları
- 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrı
- 5.3.2.1 Epizodik paroksizmal hemifasiyal ağrı
- 5.3.2.2 Kronik paroksizmal hemifasiyal ağrı

- 5.3.3 Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevralsi tipifasiyal ağrı atakları SUNA
  - 5.3.3.1 Epizodik SUNA
  - 5.3.3.2 Kronik SUNA
- 5.3.4 Otonomik semptomlarla seyreden hemifasiyal sürekli ağrı
- 5.4 Nörovasküler orofasiyal ağrı
  - 5.4.1 Kısa süreli nörovasküler orofasiyal ağrı
  - 5.4.2 Uzun süreli nörovasküler orofasiyal ağrı
- 6. İdiyopatik orofasiyal ağrı**
  - 6.1 Ağız yanması sendromu (BMS)
    - 6.1.1 Somatosensoryiel değişimlerle seyretmeyen ağız yanması sendromu
    - 6.1.2 Somatosensoryiel değişimlerle seyreden ağız yanması sendromu
    - 6.1.3 Muhtemel ağız yanması sendromu
  - 6.2 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı (PIFP)
    - 6.2.1 Somatosensoryiel değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı
    - 6.2.2 Somatosensoryiel değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı
    - 6.2.3 Muhtemel ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı
  - 6.3 İsrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı
    - 6.3.1 Somatosensoryiel değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı
    - 6.3.2 Somatosensoryiel değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı
    - 6.3.3 Muhtemel ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı
  - 6.4 İlave ataklarla seyreden sürekli tek taraflı fasiyal ağrı (CUFPA)
- 7. Orofasiyal ağrı yaşayan hastaların psikososyal değerlendirmesi**





## Tanı kriterleriyle birlikte sınıflandırma

### 1. Dentoalveolar ve komşu anatomik yapılardaki bozukluklar ile ilişkili orofasiyal ağrı

#### Açıklama:

Diş pulpası, periodonsiyum, diş eti/etleri, oral mukoza, tükürük bezleri veya çene kemiği dokusu hastalıklarının, yaralanmalarının veya anormal fonksiyonlarının ya da diş hasarı belirtisi olarak diş pulpasının normal fonksiyonlarının yol açtığı orofasiyal ağrı.

#### Genel Yorumlar:

Dentoalveolar ve komşu yapılardan kaynaklanan ağrı, orofasiyal bölgede en yaygın olarak ortaya çıkan şikayet sebebidir. Genel olarak bakıldığında ağrı nosiseptif ve/veya inflamatuvar niteliktedir ve çoğunlukla akut seyreder, yani 3 aydan kısa sürer. Altta yatan bozukluk yeterli düzeyde tedavi edildiğinde, ağrı semptomu uzun bir süre devam etmez. Ağrı sürekli, rekürren veya aralıklı olabilir. Birçok vakada altta yatan bozukluğun doğal öyküsü ağrı dahil olmak üzere tüm semptomlarda dalgalanmalara yol açar. Dolayısıyla, bu tür ağrılar zaman zaman epizodik (3 aydan kısa veya uzun süreyle devam etmesine bakılmaksızın, ayda en fazla 15 gün devam eden) olarak tanımlanabilmektedir. Ağrının 3 aydan uzun süre veya ayda en fazla 15 gün devam ettiği bir vaka kronik olarak değerlendirilir.

Dentoalveolar ve komşu anatomik yapılarla bağlantılı ağrı genellikle bir hastalık belirtisi olduğundan, bu semptomun kategorizasyonu tedavi açısından da önem taşımaktadır. Ağrıya yol açan asıl bozukluk hiç tedavi edilmezse, akut ağrı genellikle varlığını korur ve sonunda kronikleşir. Aynı durum, altta yatan bozukluğun etkisiz veya yetersiz bir şekilde tedavi edildiği hallerde de geçerlidir, çünkü bu bozukluk

(örneğin lokal enfeksiyon, tümör veya sistemik bozukluk) ve ona eşlik eden ağrı 3 aydan daha uzun süreyle etki gösterebilir.

Genel olarak bakıldığında ağrı için farklı bir tedavi yöntemi izleneceğinden ve prognoz genellikle daha olumsuz olduğundan, akut ve kronik ağrı arasındaki ayrım önemlidir. Ancak, dentoalveolar ağrının (ve burada ele alınan diğer tiplerin) akut, epizodik ve kronik formlarının hafif olgularında klinik açıdan anlam taşıyacak herhangi bir farklılığa yol açıp açmadığı bilinmemektedir. Tedavi veya prognoz açısından bir ayrımın gerekli olup olmadığı sorusu için elde yeterli veri yoktur ve bu yüzden, akut – kronik ayrımı konusuna ICOP'un bu bölümünde yer verilmemiştir. Örneğin; kısa ve uzun süreli dentoalveolar ağrının karşılaştırıldığı araştırmalarda yukarıda belirtilen akut, epizodik ve kronik ağrı ayrımının IASP/ICD-11 ve ICHD-3 ile tutarlı bir şekilde uygulanması tavsiye edilmektedir.

Gelecekte önemli farklılıklara ilişkin kanıtlar ortaya çıkarsa, bu bölümde ağrı koşullarının süreye göre ayrılması kararının gözden geçirilmesi gerekecektir.

### 1.1 Dental ağrı

#### Açıklama:

Bir veya birden fazla dişi ve/veya dişlerin komşu ve destekleyici yapıları olan diş pulpası, periodonsiyum ve diş eti yapılarını etkileyen lezyonların veya bozuklukların yol açtığı ağrı.

#### 1.1.1 Pulpal ağrı

#### Açıklama:

Diş pulpasını tutan bir lezyonun veya bozukluğun yol açtığı ağrı.

#### Tanı Kriterleri:

- C kriterini karşılayan her türlü diş ağrısı
- Pulpal ağrıya yol açtığı bilinen bir lezyonu, hastalığı veya travmayı<sup>1</sup> gösteren klinik, la-

boratuvar, görüntüleme ve/veya anamnez kanıtı

- C. Aşağıdakilerin her ikisiyle doğrulanan nedensellik kanıtı
1. Ağrı yerleşiminin lezyon, hastalık veya travma<sup>2</sup> bölgesine/bölgelerine denk gelmesi
  2. Aşağıdaki etkenlerin birinin veya tümünün geçerli olması:
    - a) ağrının lezyonun ortaya çıkışı veya hastalık ya da travmanın başlangıcı ile tutarlı bir zamanda ortaya çıkması veya lezyonun, hastalığın veya travmanın fark edilmesine yol açması
    - b) ağrının etkilenen dişe fiziksel uyaran<sup>3</sup> uygulanmasıyla artması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Lezyon, hastalık veya travma her alt formda belirtilmiştir.
2. Ağrı diğer ipsilateral orofasiyal yerleşimlere de yansiyabilir ve/veya yayılabilir.
3. Uyaran, bazı alt formlarda belirtildiği şekilde mekanik, termal veya kimyasal olabilir.

*Yorum:*

1.1.1 Pulpal ağrı herhangi bir pulpal yaralanma veya hastalıkla bağlantılı olabilir. Ağrı çoğu vakada inflamatuvar ve dış veya iç olaylara sekonder niteliktedir.

### 1.1.1.1 Hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı

*Açıklama:*

Klinik açıdan normal bir pulpada ortaya çıkan hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1 Pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B ve C kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı.

B. Ağrı aşağıdaki özelliklerin tümünü karşılamalıdır:

1. Dış uyaranla ortaya çıkma<sup>1</sup>
2. Birkaç saniye sonra sönme
3. Aşağıdaki etkenlerin birinin veya tümünün geçerli olması:
  - a) keskin, derin bir his
  - b) zayıf lokalize<sup>2</sup>

C. Anatamik, fonksiyonel ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması<sup>4</sup>

D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Sıcak, soğuk ve tatlı ağrıya yol açabilecek dış uyaranlardır.
2. Çoğunlukla etkilenen dişe komşu iki veya üç diş içerisinde yalnızca yaklaşık bir alana kadar; hasta genellikle ağrının mandibuladan veya maksilladan kaynaklandığını ayırt edemez.
3. Kriter, tüm alt formlar için geçerlidir.

### 1.1.1.1.1 Mine çatlağı ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1 Pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B ve C kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı.
- B. Çatlak hattının/hatlarının gözle tespiti yoluyla, etkilenen dişte mineyi tutan bir çatlağın veya tamamlanmamış kırığın teşhis edilmiş olması
- C. Aşağıdaki etkenlerden en az birinin karşılanması:
1. Isırma sonrası keskin ağrı
  2. Oklüzal ısırma basıncının serbest bırakılması veya dışarıdan güç uygulanması sonrasında ağrı
  3. Soğuk hiperhassasiyeti
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Gözle tespit süreci gerektiğinde büyütme, ışıkla düzeltme ve/veya boyayla görselleştirme ile desteklenebilir.

#### 1.1.1.1.2 Açık dentin ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1 Hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişin dentin yüzeyinin açıkta olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Ağrıyı, açığıdaki dentinin sond ile çizilmesi veya hava püskürtme yardımıyla tekrarlamak çoğunlukla mümkündür.

#### 1.1.1.1.2.1 Diş aşınması veya abrazyonu ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1.2 Açık dentin ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte aşınma veya abrazyona işaret eden klinik kanıt<sup>1</sup>
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Dişin anatomik kronunun doğal şekliyle sınırlanmayan pürüzsüz, düz yüzeyler.

#### 1.1.1.1.2.2 Açık dentine yol açan kırık ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1.2 Açık dentin ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı

- B. Etkilenen dişte mineyi, kök sementini, dentini veya bunların herhangi bir kombinasyonunu tutan bir kırığın teşhis edilmiş olması<sup>1</sup>
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Tanı klinik ve/veya radyografik gözlemlere dayandırılır.

#### 1.1.1.1.2.3 Gelişimsel dental sert doku defekti ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1.2 Açık dentin ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte mineyi, kök sementini ve/veya dentini tutan ve pulpal ağrıya yol açtığı bilinen<sup>1</sup> gelişimsel bir defektin tanımlanmış olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Bu gelişimsel defektlere örnek olarak minerde lokal hipomineralizasyon veya hipomatürasyon, amelogenezis imperfekta, dentinogenezis imperfekta ve çok sayıda daha ender defekt gösterilebilir.

#### 1.1.1.1.3 Dental prosedür ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1 Hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişin yakın zamanda<sup>1</sup> dental tedaviye tabi tutulmuş olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Ağrı başlangıcı dental prosedürü izleyen saatler ile günler içerisinde gerçekleşebilir.

#### **1.1.1.1.3.1 Kapsamlı dentin kaldırma işlemi ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1.3 Dental prosedür ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte yakın zamanda aşağıdaki koşullardan birini veya tümünü karşılayan bir dentin kaldırma işleminin yapılmış olması:
  1. Derin (pulpanın yakınında)
  2. Geniş (büyük bir alanda dentin tübüllerini açan)
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Ağrı başlangıcı dental prosedürü izleyen saatler ile günler içerisinde gerçekleşebilir.

#### **1.1.1.1.3.2 Restorasyon yerleştirme işlemi ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1.3 Dental prosedür ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişe yakın zamanda<sup>1</sup> doğrudan veya dolaylı bir restorasyonun yerleştirilmiş olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Ağrı başlangıcı dental prosedürü izleyen saatler ile günler içerisinde gerçekleşebilir.

#### **1.1.1.1.3.3 Dental restorasyon sonrası hiperoklüzyon veya hiperartikülasyon ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1.3 Dental prosedür ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Bir restoratif prosedürden<sup>1</sup> dolayı etkilenen dişin hiperoklüzyon veya hiperartikülasyon halinde olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Restoratif prosedür olarak geçici restorasyon veya geçici protez yerleştirilmesi, dental restorasyon ve protez yerleştirilmesi sayılabilir.

#### **1.1.1.1.4 Santral sensitizasyon ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1.1 Hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C ve D kriterlerini karşılayan bir veya birden fazla dişte ağrı
- B. Aşağıdaki faktörlerin tümü:
  1. Başka bir orofasiyal, boyun veya yaygın vücut ağrısının teşhis edilmiş olması
  2. Santral sensitizasyon<sup>1</sup> belirtilerinin görülmesi
- C. Aşağıdaki faktörlerden birinin veya tümünün karşılanması:
  1. Ağrının spontane ortaya çıkması
  2. Ağrının başka bir ağrı rahatsızlığıyla birlikte ortaya çıkması ve/veya dalgalanması
- D. Lokal anestezi veya periferik etkili analjeziklerle giderilememesi
- E. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Belirtiler yansıyan ağrı, temporal ağrı sumasyonu ve allodini sayılabilir.

*Yorum:*

1.1.1.1.4 Santral sensitizasyon ile ilişkili pulpal ağrı birkaç dişte aynı anda başlayabilir veya önce bir dişte başlayıp, sonra başka dişlere geçebilir. Sürekli veya tekrarlayan bir şekilde olabilir ve uzun süreyle devam edebilir. Sıklıkla kronik niteliktedir.

Ağrı semptomları dentin hassasiyetinden pulpitis belirtisi olan uzun süreli ağrıya kadar değişebilir ve sıklıkla otonomik belirtilerle birlikte ortaya çıkar (bkz. 5.1 Orofasiyal migren).

Diğer ağrı rahatsızlığının/rahatsızlıklarının ve bağlantılı psikolojik belirtilerin başarıyla tedavi edilmesi genellikle diş ağrısında azalma sağlar. Hassasiyeti azaltıcı dental tedavi bazı hallerde ağrının azalmasını veya giderilmesini sağlayabilir.

#### **1.1.1.1.5 Başka bir nedenden kaynaklanan hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.1 Hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir veya birden fazla dişte ağrı
- B. Pulpal ağrıya yol açtığı bilinen, ancak 1.1.1.1.1 ile 1.1.1.1.4 başlıklarında sayılmayan bir rahatsızlığın teşhis edilmiş olması
- C. Anatomik, fonksiyonel ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### **1.1.1.2 Dental travma kaynaklı pulpa açıklığı ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1 Pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Dental travmanın aşağıdakilerden herhangi birine yol açarak, etkilenen dişin vital pulpa dokusunu açığa çıkarmış olması:
  1. Mineyi, dentini ve pulpayı tutan kırık (komplike kron kırığı)
  2. Kök sementini, dentini ve pulpayı tutan kırık (komplike kök kırığı)
  3. Mineyi, kök sementini, dentini ve pulpayı tutan kırık (komplike kron-kök kırığı)
- C. Ağrının travmayı izleyen dakikalar ile saatler içerisinde ortaya çıkması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

1.1.1.2 Dental travma kaynaklı pulpa açıklığı ile ilişkili pulpal ağrı hafif ila orta şiddet arasında olabilir. Tipik olarak açık pulpa dokusu üzerine hava, sıvı ve basınç uygulandığında ağrı kötüleşir ama uyarının etkisi azaldığında geriler. Ancak, travmadan hemen sonraki süreçte görülmeyen sıcaklık sensitivitesi, spontane ağrı veya yayılan ağrı, semptom olarak daha sonra ortaya çıkar ve enflamasyonla bağlantılıdır.

#### **1.1.1.3 Pulpitise (pulpal enflamasyon) bağlı pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1 Pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte pulpitis<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması

- C. Anatomik, fonksiyonel ve/veya zamana bağıllı nedenlerin makul olması <sup>2</sup>
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Her alt formda belirtildiği gibi, pulpitis travma veya enfeksiyon sonucunda oluşabilir.
2. Kriter, tüm alt formlar için geçerlidir.

*Yorum:*

1.1.1.3 Pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı hafif ila şiddetli olmak üzere seyrederek ve enflamasyonun şiddeti ile ilişkili olarak değişebilir. Ancak, şiddetli pulpal enflamasyon asemptomatik de seyredebilir.

Aşağıdaki alt formlarda yer alan reversibl veya irreversibl pulpitis vakaları için önerilen tanı kriterleri bilimsel açıdan validasyona tabi tutulmamıştır ve semptomların varlığının ve özelliklerinin, pulpanın durumuyla olan bağlantısı zayıf görünmektedir. Pulpa belirli bir süreyle oral mikrobiyotaya maruz kalmışsa, iyileşme kabiliyetini kaybetmiş demektir ve pulpitis irreversibl olarak değerlendirilir. Dolayısıyla, çürükle bağlantılı pulpitis bakteri hattı ile vital pulpa dokusu arasında fonksiyonel açıdan intakt bir dentin alanı bulunduğu sürece potansiyel reversibl vaka olarak değerlendirilir. Bu alanın bulunmadığı vakalar ise potansiyel irreversibl olarak ele alınır.

#### 1.1.1.3.1 Dentin enfeksiyonu kaynaklı reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3 Pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte dentin<sup>2</sup> enfeksiyonu ile ilişkili reversibl<sup>1</sup> pulpitis teşhis edilmiş olması

- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Reversibilite, pulpayı kapatan bir intakt dentin alanının olup olmadığının klinik ve/veya radyografik kanıtla ortaya koyulması ile ilişkili olarak belirlenir.
2. Enfeksiyon çürük varlığı veya belirli bir süreyle oral kavitenin mikrobiyotasına maruz kalmış dentin bulgusuyla kanıtlanır.

*Yorum:*

Reversibl pulpitis ile ilişkili ağrı tipik vakada spontane olmayan ve sıcaklık değişimleriyle tetiklenmeyen künt bir ağrı olarak tanımlanmıştır. Termal (soğuk veya sıcak) veya mekanik uyarın ile (sondrama, frezleme) ortaya çıkarılan ağrı tipik olarak kısa sürer ve uyarının ortadan kaldırıldıktan sonra devam etmez. Periferik etkili analjeziklere (non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar; NSAID'ler) yanıt verir.

#### 1.1.1.3.1.1 Pulpaya ulaşmayan çürüklerden kaynaklanan reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3.1 Dentin enfeksiyonu kaynaklı reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte çürüklerin teşhis edilmiş olması ve çürüklerin pulpaya ulaştığını gösteren klinik veya radyografik kanıt bulunmaması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Yorum:*

Termal hassasiyete ek olarak, ağrı çürük dentine baskı yapıldığında da ortaya çıkabilir.

### 1.1.1.3.1.2 Dentin dokusunun açığa çıktığı dental sert doku kırığından kaynaklanan reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.1.1.3.1 Dentin enfeksiyonu kaynaklı reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte dentin açıklığıyla birlikte aşağıdakilerden herhangi birini gösteren klinik ve/veya radyografik kanıt bulunması:
  1. Yalnızca mineyi tutan kırık
  2. Mineyi ve dentini tutan kırık
  3. Yalnızca kök sementini tutan kırık
  4. Kök sementini ve dentini tutan kırık
  5. Mineyi, kök sementini ve dentini tutan kırık
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Yorum:

Termal hassasiyete ek olarak, ağrı enfekte dentinin yüzeyinin kazınmasıyla da ortaya çıkabilir.

### 1.1.1.3.1.3 Diş dokusu kaybı olmayan diş çatlağından kaynaklanan reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.1.1.3.1 Dentin enfeksiyonu kaynaklı reversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte mineyi veya mineyi ve dentini tutan bir çatlağın veya tamamlanmamış kırığın teşhis edilmiş olması<sup>1</sup>
- C. Aşağıdakilerin en azından biriyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
  1. Isırma sonrası keskin ağrı<sup>2</sup>

2. Isırma basıncının serbest bırakılması veya dışarıdan güç uygulanması sonrasında ağrı<sup>2</sup>
3. Soğuk hassasiyeti<sup>2</sup>
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

1. Tanı; büyütme, ışıkla düzeltme veya boyayla görselleştirme desteğiyle çatlak hatlarının/hatlarının gözle tespiti yoluyla elde edilebilir.
2. Hiçbir vakada ağrı uyaran ortadan kaldırıldıktan sonra devam etmez.

#### Yorum:

Çatlak dişlerde zaman zaman çatlakla bağlantılı derin sondaj girişleri ortaya çıkabilir.

### 1.1.1.3.2 Dentin enfeksiyonu kaynaklı irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.1.1.3 Pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte dentin enfeksiyonu<sup>1</sup> ile ilişkili irreversibl<sup>2</sup> pulpitis teşhis edilmiş olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

1. Enfeksiyon, çürük varlığı veya belirli bir süreyle oral kavitenin mikrobiyotasına maruz kalmış dentin bulgusuyla kanıtlanmış.
2. İrreversibilite pulpayı kapatan bir intakt dentin alanının olup olmadığının klinik ve/veya radyografik kanıtlarla ortaya koyulmasına ve/veya aşağıdaki ağrı özelliklerinden herhangi birinin tespiti ile ilişkili olarak belirlenir:
  - a. Spontane oluşum

- b. Süreklilik
- c. Pulpa uyarımından (termal: soğuk veya sıcak; veya mekanik – sondlama veya frezleme) sonra birkaç saniyeden fazla süreyle devam etmesi
- d. Şiddetli yoğunluk
- e) NSAID'lere zayıf yanıt vermesi

*Yorum:*

İrreversibl pulpitis ile ilişkili ağrı sıcaklıktaki değişimlerle birlikte artabilir ve ısırma veya perküsyon hassasiyeti ile de bağlantılı olabilir. Ağrı tetiklendiğinde uyarının uygulandığı süreden sonra da devam eder.

Ancak, ağrı varlığı ile pulpanın durumu arasındaki korelasyon zayıftır. Semptomların pulpanın durumunun (reversibl veya irreversible enflamasyon) tespiti açısından taşıdığı önem tartışmalıdır ve bu konuda elde çok az bilimsel kanıt vardır. Analjeziklere (NSAID'ler) yanıt vermeyen şiddetli sürekli ağrı irreversible enflamasyonun işareti olabilir ve invaziv tedavi ihtiyacını ortaya çıkarabilir.

#### 1.1.1.3.2.1 Pulpaya ulaşan çürüklerden kaynaklanan irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3.2 Dentin enfeksiyonu kaynaklı irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte çürüklerin teşhis edilmiş olması ve çürüklerin pulpaya ulaşmış olabileceğini veya ulaştığını gösteren klinik veya radyografik kanıt bulunması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### 1.1.1.3.2.2 Pulpa dokusunun açığa çıkmadığı dental sert doku kırığından kaynaklanan irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3.2 Dentin enfeksiyonu kaynaklı irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte pulpa dokusunun açıldığına dair aşağıdakilerden herhangi birini gösteren klinik ve/veya radyografik kanıt bulunması:
  1. Mineyi ve dentini tutan kırık (basit kron kırığı)
  2. Kök sementini ve dentini tutan kırık (basit kök kırığı)
  3. Mineyi, kök sementini ve dentini tutan kırık (basit kron-kök kırığı)
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

Termal hassasiyete ek olarak, ağrı enfekte dentinin yüzeyinin kazınmasıyla da ortaya çıkabilir.

#### 1.1.1.3.2.3 Diş dokusu kaybı olmayan diş çatlağından kaynaklanan irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3.2 Dentin enfeksiyonu kaynaklı irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte mineyi veya mineyi ve dentini beraber içeren bir çatlağın veya tamamlanmamış kırığın teşhis edilmiş olması<sup>1</sup>
- C. Aşağıdakilerin en azından biriyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:



1. Isırma sonrası keskin ağrı<sup>2</sup>
  2. Isırma basıncının serbest bırakılması veya dışarıdan güç uygulanması sonrasında ağrı<sup>2</sup>
  3. Soğuk hiperhassasiyeti<sup>2</sup>
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Tanı, büyütme, ışıkla düzeltme veya boyayla görselleştirme desteğiyle çatlak hattının/hatlarının gözle tespiti yoluyla elde edilebilir.
2. Her vakada ağrı uyarının kullanıldığı süreden sonra da devam eder.

*Yorum:*

Çatlak dişlerde ısırma sonrası keskin ağrı, açıklanamayan soğuk hassasiyeti, basıncın serbest bırakılması sonrasında ağrı veya çatlakla bağlantılı derin sondaj girişleri ortaya çıkabilir. Ağrı tipik olarak uyarının kullanıldığı süreden sonra da devam eder.

#### **1.1.1.3.3 Dental pulpa enfeksiyonu kaynaklı irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3 Pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte pulpanın enfekte olması<sup>1</sup>
- C. Ağrının enfeksiyona yakın bir zamanda ortaya çıkması veya enfeksiyonun tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Enfeksiyon belirli bir süreyle oral kavitenin mikrobiyotasına maruz kalmış dentin bulgusuyla kanıtlanır.

#### **1.1.1.3.3.1 Çürük ile açılmış pulpa varlığı ve pulpa enfeksiyonu kaynaklı irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3.3 Dental pulpa enfeksiyonu kaynaklı irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte derin çürüklerin teşhis edilmiş olması ve çürüklerin pulpaya ulaştığını gösteren klinik veya radyografik kanıt bulunması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Yorum:*

Histolojik çalışmalarda çürük lezyonunun (bakteri hattı) pulpaya ulaştığı hallerde, enflamasyonun büyük olasılıkla irreversible olduğu ortaya koyulmuştur. Değerlendirme klinik ve radyografik görüntülere dayandırılır. Çürük dentin ile pulpa arasında intakt, fonksiyonel dentinden oluşan bir alan yoksa, mikropların pulpa dokusuyla doğrudan kontakt halinde olduğu ve pulpa dokusunu enfekte ederek şiddetli enflamasyona yol açtığı sonucuna varılabilir. Birçok vakada bu rahatsızlığın asemptomatik olabileceği unutulmamalıdır.

#### **1.1.1.3.3.2 Pulpa dokusunun açığa çıktığı dental sert doku kırığından kaynaklanan irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3.3 Dental pulpa enfeksiyonu kaynaklı irreversible pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte vital pulpa dokusunun açıklığıyla birlikte aşağıdakilerden herhangi

birini gösteren klinik ve/veya radyografik kanıt bulunması:

1. Mineyi, dentini ve pulpayı tutan kırık (komplike kron kırığı)
  2. Kök sementini, dentini ve pulpayı tutan kırık (komplike kök kırığı)
  3. Mineyi, kök sementini, dentini ve pulpayı tutan kırık (komplike kron-kök kırığı)
- C. Ağrının kırığa yakın bir zamanda ortaya çıkması veya kırığın tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

Termal hassasiyete ek olarak, ağrı açık pulpanın veya bitişiğindeki dentinin mekanik uyarımıyla ortaya çıkarılabilir.

#### 1.1.1.3.4 Servikal kök rezorpsiyonu kaynaklı pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3 Pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Etkilenen dişte klinik ve/veya radyografik gözlemlerle diş servikal kök rezorpsiyonunun teşhis edilmiş olması
- C. Ağrının rezorpsiyon başlangıcına yakın bir zamanda ortaya çıkması veya rezorpsiyonun tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

Servikal kök rezorpsiyonunda dentin osteoklastik aktivite ile rezorbe olur. Rahatsızlık, pulpa sürecin geç bir aşamasında tutulana kadar genellikle asemptomatik seyrederek. Rezorbe alanda oluşan sekonder enfeksiyon, komşu pulpada inflamatuvar cevabı tetikler ve bu cevap

reversibl veya irreversibl olabilir. Teknik ve/veya prognostik açıdan, rezorpsiyon tedavisinde pulpal enflamasyon derecesi ile bağlı olmadan pulpektomi yapılır.

Termal hassasiyete ek olarak, ağrı dentindeki rezorptif defekte baskı yapıldığında da ortaya çıkabilir

#### 1.1.1.3.5 Başka bir nedenden kaynaklanan pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1.3 Hipersensitivite ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C ve D kriterlerini karşılayan bir veya birden fazla dişte ağrı
- B. Pulpal ağrıya<sup>1</sup> yol açtığı bilinen, ancak 1.1.1.3.1 ila 1.1.1.3.4 başlıklarında sayılmayan bir rahatsızlığın teşhis edilmiş olması
- C. Anatomi, fonksiyonel ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Örnek olarak, literatürdeki bazı bildirimlerde pulpitis ve pulpal ağrının nörovasküler olaylara sekonder oluşabileceği (nörojenik enflamasyon) belirtilmektedir.

*Yorum:*

Ağrı semptomları dentin hassasiyetinden pulpitis işareti olan uzun süreli ağrıya kadar değişebilir ve sıklıkla otonomik belirtilerle birlikte ortaya çıkar (bkz. 5.1 Orofasiyal migren).

#### 1.1.1.4 Sistemik bir neden ile ilişkili pulpal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.1 Pulpal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir veya birden fazla dişte ağrı

- B. Pulpal ağrıya yol açabildiği bilinen bir sistemik bozukluğun veya hastalığın<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması
- C. Ağrı nedenlerinin klinik açıdan makul olması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- 1. Bir örneği orak hücreli anemidir.

*Yorum:*

Pulpal ağrı, pulpanın durumunda değişikliğe yol açan sistemik bir hastalık ile ilişkili olabilir. Örneğin, orak hücreli anemi krizleri dental ağrıya yol açabilir. Orak hücreli anemi hastalarında vazo-oklüzif enfarktüslere sekonder olduğu düşünülen pulpal nekroz bildirilmiştir. "Orak hücreli diş ağrısı" olgusu, orak hücrelerin pulpal damar desteğinde sıkıştığı ve pulpal dokuya ulaşan kan akışını engellediği hallerde ortaya çıkabilir. Bu durum hipoksiye, pulpitis semptomlarına, hücre ölümüne ve nihayetinde diş canlılığı kaybına yol açar.

Sistemik bir hastalığın yol açtığı pulpal ağrı sıklıkla birden fazla dişi etkiler.

### 1.1.2 Periodontal ağrı

*Açıklama:*

Periodonsiyumu: periodontal ligamenti ve/veya komşuluğundaki alveolar (periradiküler) kemik dokusunu tutan bir lezyonun veya bozukluğun yol açtığı ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. Periodonsiyumda<sup>1</sup> C kriterini karşılayan herhangi bir ağrı
- B. Periodontal ağrıya yol açtığı bilinen bir lezyonu, hastalığı veya travmayı<sup>2</sup> gösteren klinik, laboratuvar, görüntüleme ve/veya anamnez kanıtı

C. Aşağıdakilerin her ikisiyle doğrulanan nedensellik kanıtı

- 1. Ağrı yerleşiminin lezyon, hastalık veya travma<sup>1</sup> bölgesine denk gelmesi
- 2. Ağrının etkilenen dişe (yatay veya dikey olarak) veya kökün üzerindeki dokuya uygulanan fiziksel uyaranla artması

D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- 1. Ağrı diğer ipsilateral orofasiyal yerleşimlere de yansiyabilir ve/veya yayılabilir.
- 2. Lezyon, hastalık veya travma her alt formda belirtilmiştir.
- 3. Uyarın, bazı alt formlarda belirtildiği şekilde mekanik, termal veya kimyasal olabilir.

*Yorum:*

Periodontal ağrı her türlü periodontal yaralanma veya hastalık sonucunda ortaya çıkabilir. Ağrı çoğu vakada enflamatuvar ve diş veya iç olaylara sekonder niteliktedir.

#### 1.1.2.1 Periodontitise (periodontal enflamasyon) bağlı periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2 Periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Periodontal enflamasyonun<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması
- C. Anatamik, fonksiyonel ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması<sup>2</sup>
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- 1. Her alt formda belirtildiği gibi, enflamasyon travma veya enfeksiyon sonucunda oluşabilir.
- 2. Kriter, tüm alt formlar için geçerlidir.

*Yorum:*

1.1.2.1 Periodontitise (periodontal enflamasyon) bağlı periodontal ağrı enflamasyon nedeniyle alt kategorilere ayrılmaktadır.

Çoğu vakada periodontitis (hem marjinal hem de apikal) asemptomatik olsa da ağrı ve bazen gözle görülür şişlik ile de seyredebilir. Bu tür vakalarda ağrı ısırma veya çiğneme gibi mekanik bir uyararla tetiklenir ve tipik olarak lokalizasyonu hastalar tarafından kolaylıkla tespit edilebilir. Tipik olarak saatlerce devam eden spontane ağrı da görülebilir. Yoğunluk hafif ila şiddetli olabilir. Ağrı, perküsyonla veya diş baskı uygulayarak tekrarlanabilir. Bu tür bir ağrıyla birlikte diş eti ağrısı da ortaya çıkabilir.

#### 1.1.2.1.1 Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2.1 Periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Travmanın veya yaralanmanın<sup>1</sup> etkilenen periodontal dokuları tutması
- Ağrının travma veya yaralanmayı izleyen dakikalar ila günler içerisinde ortaya çıkması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- Yaralanma kaza eseri oluşabilir veya kasti olabilir; başkalarından veya hastanın kendisinden kaynaklanabilir veya iyatrojenik olabilir.

*Yorum:*

Periodontal dokularda travmatik yaralanma periodonsiyumda akut enflamasyona yol açabilir ve değişen derecelerde (hafif ila şiddetli)

ağrılı olabilir; ağrı dişe uygulanan mekanik provokasyonla artabilir. Spontane ağrı görülebilir.

Kaza eseri oluşan travma veya yaralanma popülasyonun %10-30'unu etkiler ve neredeyse her vakada kesici dişlerde oluşur (maksilla %75-80 ve mandibula %20-25). Travma insidansı yıllık 100 okul çağındaki çocuk başına iki ila üç diş olarak belirlenirken, çocuklarda ve gençlerde daimi dişlerde travma prevalansı %6-34 olarak bildirilmiştir. Epidemiyolojik verilere göre, en sık künt travma görülürken, 6-50 yaş aralığındaki bir popülasyonda kalıcı kesici dişlerin %3'ünün ağrıya yol açacak kadar şiddetli travmatik yaralanma geçirdiği belirlenmiştir.

İyatrojenik nedenlerin arasında kazayla oluşan dental yaralanmaların yanı sıra, örneğin dental tedavi sonrası oklüzyon veya artikülasyon değişimlerinin yol açtığı mikro-travma ve periodontal cerrahi gibi müdahalelerden kaynaklanan periodontal hasar sayılabilir.

Dolayısıyla, 1.1.2.1.1 Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı; travma veya yaralanma tipine göre alt kategorilere ayrılmaktadır.

#### 1.1.2.1.1.1 Hiperoklüzyon veya hiperartikülasyon ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2.1.1 Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C ve D kriterlerini karşılayan ağrı
- Oklüzal koşullarda bir değişikliğin oluşması ve sonucunda aşağıdakilerden en az biriyle tespit edilmek üzere hiperoklüzyonun veya hiperartikülasyonun ortaya çıkması:
  - Oklüzyon veya artikülasyonda bir diş etkileyen primer kontakt
  - Bir dişte hipermobilité
- Ağrının oklüzal koşullardaki değişikliği izleyen saatler ila günler içerisinde gelişmesi

- D. Ağrının mekanik provokasyonla<sup>1</sup> tekrarlanması
- E. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Mekanik provokasyon, etkilenen dişe basınç veya perküsyon uygulanmasıyla sağlanabilir.

*Yorum:*

Oklüzal faktörler ile ilişkili periodontal ağrıda periodontal nosiseptörlerin sensitizasyonu ve dişin aşırı yüklenmesinden dolayı ortaya çıkan inflamatuvar cevap gözlemlenir.

Öyküde yakın zamanda yapılmış dental restorasyon, diş çekimi veya oklüzyon veya artikülasyonda başka bir değişiklik söz konusudur. Hasta, dişi olduğundan yüksekte hissettiğini bildirebilir. Klinik açıdan, oklüzyon veya artikülasyonda primer kontakt gözlemlenir. Ağrı, perküsyonla veya dişe baskı uygulayarak tekrarlanabilir. Diş mobilitesi artabilir. Bu durumda radyografik incelemede periodontal alanın genişlediği görülebilir.

#### 1.1.2.1.1.2 Postoperatif periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.1 Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Periodonsiyumun cerrahi bir müdahaleden etkilenmiş olması
- C. Ağrının cerrahi müdahaleyi izleyen saatler ile günler içerisinde gelişmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

Postoperatif periodontal ağrı iyatrojeniktir ve cerrahi kaynaklı doku hasarı ve bunu izleyen

enflamasyon sonucunda ortaya çıkar. Ağrı tipik olarak hafif ile orta şiddettedir ve klinik açıdan gözlemlenebilir şişlik ve zaman zaman iltihap oluşumuyla birlikte seyredebilir.

Normal fizyolojik (primer) iyileşme gerçekleşirse, ağrı tipik olarak kısa sürer (1-2 hafta). Sekonder iyileşme ve/veya postoperatif enfeksiyon kaynaklı uzun süreli ağrı zaman zaman görülse de ağrı süresi çoğunlukla 3 ayı geçmez.

#### 1.1.2.1.1.3 Kaza kaynaklı dental travma ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.1 Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Kaza eseri oluşan<sup>1</sup> travmanın bir dişi etkilemiş olması ve aşağıdakilerden birinin veya birden fazlasının klinik ve/veya radyografik kanıtlarla ortaya koyulması:
1. Sarsıntı
  2. Sublüksasyon
  3. Lateral lüksasyon
  4. İntrüzyon
  5. Ekstrüzyon
  6. Avülsiyon
  7. Kök kırığı<sup>2</sup>
- C. Ağrının travmayı izleyen dakikalar ile günler içerisinde ortaya çıkması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Kök kırıklarında dişin aşırı yüklenmesi bir kaza nedeni olabilir.
2. Kök kırığı yatay veya dikey olabilir.

*Yorum:*

Kaza eseri oluşan travma veya yaralanma popülasyonun %10-30'unu etkiler ve neredeyse her

vakada kesici dişlerde oluşur (maksilla %75-80 ve mandibula %20-25). Travma insidansı her yıl 100 okul çağındaki çocuk başına iki ila üç diş olarak belirlenirken, çocuklarda ve gençlerde daimi dişlerde travma prevalansı %6-34 olarak bildirilmiştir. Epidemiyolojik verilere göre, en sık künt travma görülürken, 6-50 yaş aralığındaki bir popülasyonda kalıcı kesici dişlerin %3'ünün ağrıya yol açacak kadar şiddetli travmatik yaralanma geçirdiği belirlenmiştir.

Sarsıntı, sublüksasyon ve ekstrüzyon travmasında pulpal yaralanma da söz konusu olabilir ve periodontal ağrı, pulpal ağrıyla birlikte ortaya çıkabilir (bkz. 1.1.1 Pulpal ağrı).

Lateral lüksasyon ve intrüzyon travması pulpal ve alveolar kemik yaralanmalarına da yol açabilir ve periodontal ağrı, pulpal ağrı ve çene kemiği ağrısıyla birlikte ortaya çıkabilir (bkz. 1.1.1 Pulpal ağrı ve 1.2.3 Çene kemiği ağrısı).

Avülsiyon travmasında alveolar kemik yaralanması da söz konusu olabilir ve periodontal ağrı, 1.2.3 Çene kemiği ağrısıyla birlikte ortaya çıkabilir.

Kök kırığı, pulpa alanına ulaşan veya ulaşmayan bir sert doku yaralanmasıdır. Pulpaya ulaşırsa, pulpayı oral kaviteden gelecek bakteri saldırısına doğrudan açık hale getirip hızlıca enfekte olmasına neden olur. Pulpa vital durumda ise, ağrı 1.1.1.3.3.2 Pulpa dokusunun açığa çıktığı dental sert doku kırığından kaynaklanan irreversibl pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı ile birlikte görülebilir. Kaza eseri oluşan travmaya ilaveten, kök kırıklarına yol açan diğer bir etken de çoğunlukla tipik olarak postkorla tedavi edilmiş kanal tedavili bir dişin aşırı yüklenmesidir.

Dental travma sık sık periodontal ağrıya yol açar. Klinik ve radyografik tablo ve ağrının özellikleri ve şiddeti, travmatik yaralanmanın niteliğine ve şiddetine bağlıdır. Aşağıda dental uygulamalarda kullanılan travma tanılarının kısa açıklamaları sunulmaktadır (kaynak: Dental Trauma Guide; <https://dentaltraumaguide.org> (Erişim Tarihi: Ocak 2020)).

Sarsıntı kaynaklı periodontal ağrı, periodonsiyumda kaza eseri oluşan yaralanma ve bunu izleyen enflamasyon sonucunda ortaya çıkar. Diş normal mobilite sergiler ve alveolar soketinden deplase olmaz. Daha önce kanal tedavisi yapılmamışsa, dişte tipik olarak vital pulpa kanıtı görülür. Görüntülemelerde normal periradiküler koşullar gözlemlenir.

Sublüksasyon kaynaklı periodontal ağrı, periodonsiyumda kaza eseri oluşan yaralanma ve bunu izleyen enflamasyon sonucunda ortaya çıkar. Diş yüksek mobilite sergiler ama alveolar soketinden deplase olmaz. Klinik bulgular da diş eti oluşunda kanama varlığı görülür. Diş, vakaların yaklaşık %50'sinde pulpa vitalite testine yanıt verir. Radyografik incelemede, periodontal alanın genişlediği görülebilir.

Lateral lüksasyon kaynaklı periodontal ağrı, periodonsiyumda kaza eseri oluşan yaralanma ve bunu izleyen enflamasyon sonucunda ortaya çıkar. Diş lateral olarak alveolar soketinden deplasedir ve bukkal veya lingual/palatal alveolar kemikte ufalanma veya kırık gözlemlenir. Periodontal ligament kısmen veya tamamen ayrılmıştır ve olukta kanama gözlemlenir. Diş genellikle düşük mobilite sergiler ve oklüzyon ve/veya artikülasyonu engelleyebilir. Diş genellikle pulpa vitalite testine yanıt vermez. Radyografik incelemede, periodontal alan genişliğinin açılma ile ilişkili olarak değiştiği görülür.

Intrüzyon kaynaklı periodontal ağrı, periodonsiyumda kaza eseri oluşan yaralanma ve bunu izleyen enflamasyon sonucunda ortaya çıkar. Diş aksiyal deplasman ile alveolar kemiğe gömülür ve dolayısıyla, bitişiğindeki dişlerden daha kısa görünür. Yaralanma, alveol zedelenmesi veya kırığıyla birlikte seyreder. Diğer klinik bulgularda düşük mobilite ve yüksek perküsyon sesi gözlemlenebilir. Diş genellikle pulpa vitalite testine yanıt vermez. Radyografik incelemede, dişin bütününde veya bir kısmında periodontal ligament alanının kaybolduğu (veya genişliğinin azalmış olduğu) görülür.

Ekstrüzyon kaynaklı periodontal ağrı, periodonsiyumda kaza eseri oluşan yaralanma ve bunu izleyen enflamasyon sonucunda ortaya çıkar. Diş aksiyal olarak deplasedir ve kısmen soketinden çıkmıştır ve bu nedenle, olduğundan uzun görünür. Periodontal ligamentten kısmen veya tamamen ayrılmıştır ve olukta kanama gözlemlenir, ancak alveolar soketi kemiği intakt durumdadır. Diş yüksek mobilite sergiler ve oklüzyonu/artikülasyonu engelleyebilir. Diş genellikle pulpa vitalite testine yanıt vermez. Radyografik incelemede, periodontal ligament alanının genişliğinin arttığı görülür.

Avülsiyon kaynaklı periodontal ağrı, periodonsiyumda kaza eseri oluşan yaralanma ve bunu izleyen enflamasyon sonucunda ortaya çıkar. Diş soketinden tamamıyla deplasedir ve soketin boş veya pıhtı ile dolu olduğu görülür. Çevreleyen alveolar kemikte kırık olabilir.

Kök kırığı kaynaklı periodontal ağrı, dislokasyon veya parçalanma ve/veya bunu izleyen periodontal enflamasyona neden olan enfeksiyon sonucunda ortaya çıkar. Öyküde kaza eseri ortaya çıkmış bir travma görülebilir veya görülmeyebilir. Koronal parça deplase olabilir ve diş, komşu dişlerden daha uzun görünebilir, yüksek mobilite sergileyebilir ve oklüzyonu/artikülasyonu engelleyebilir. Lokal derin bir periodontal cep görülebilir. Görüntülemelerde kökle sınırlı dikey veya yatay bir kırık gözlemlenir. Daha önce kök kanal tedavisi yapılmamışsa, diş pulpa vitalite testine yanıt verebilir veya vermeyebilir.

#### 1.1.2.1.1.4 Başka bir travma veya yaralanma ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.1 Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı

- B. Etkilenen diş veya dişlerin kaza veya şiddetli olmayan bir travmaya<sup>1</sup> maruz kalmış olması
- C. Ağrının travmaya yakın bir zamanda ortaya çıkması veya travmanın tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Dental restoratif prosedürlerde yetersiz soğutma, arayüze yabancı cisim sıkışması (gıda sıkışması dahil), defektif dental restorasyon veya apikalden taşan endodontik materyal gibi periodontal enflamasyona yol açabildiği bilinen travmalar anamnez, klinik veya radyografi veya diğer görüntüleme bulgularıyla tespit edilebilir. Klinik bulguların arasında akut enflamasyon belirtileri (şişlik, kırmızılık, iltihap varlığı), artmış diş mobilitesi ve/veya lokal derin periodontal cep görülebilir. Daha önce kanal tedavisi yapılmamış ise, dişte tipik olarak vital pulpa kanıtı görülür. Görüntülemelerde periapikal bölgeyi tutan veya tutmayan lokal marjinal kemik kaybı görülebilir.

#### 1.1.2.1.2 Endodontik hastalık kaynaklı apikal periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1 Periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Endodontik hastalık kaynaklı apikal periodontitisin teşhis edilmiş olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

Endodontik hastalık (yani pulpal ve periapikal hastalık) sıklıkla hafif ila şiddetli ağrıyla

ilişkilendirilir. Endodontik hastalık kaynaklı periodontal ağrı, pulpal, periapikal, preradiküler ve/veya periradiküler enflamasyonla ilişkilendirilir. Oral kavite karşısındaki bariyerin çoğunlukla çürük nedeniyle ortadan kalkması sonucunda pulpa ve kök kanal sisteminde oluşan bakteri invazyonu pulpa ve periapikal dokularda enflamasyonun temel nedenleridir.

Bu tür ağrılar, diş etlerini de etkileyebilir.

Periapikal veya periradiküler enflamasyon dahil olmak üzere endodontik hastalıklar, herhangi bir klinik belirti sergileyebilir.

#### 1.1.2.1.2.1 Pulpal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.2 Endodontik hastalık kaynaklı apikal periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Aşağıdakilerin her ikisi kullanılarak pulpitis (reversibl veya irreversibl) tanısının konulmuş olması:
  1. Etkilenen dişte, pulpitis'e yol açtığı bilinen bir dental bozukluğun olduğunu gösteren kanıt
  2. Pulpa vitalite testine verilen yanıtla tespit edilen vital pulpa
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

Pulpal enflamasyona sekonder periodontal ağrı, asemptomatik pulpitisle bağlantılıdır. Periodontal enflamasyon, periapikal bölgede yoğunlaşır. Pulpa vital durumdadır ve dolayısıyla, diş pulpa vitalite testine tipik olarak yanıt verir. Diş genellikle perküsyona karşı hassastır. Klinik bulgularda derin çürükler, derin/defektif restorasyon veya diş servikal kök rezorpsiyonu görülebilir. Görüntüleme de diffüz lokal periapikal kemik rezorpsiyonu veya sklerozu gözlemlenebilir veya gözlemlenmeyebilir.

Literatüre göre, pulpanın ve periodonsiyumun (histolojik) o an ki durumu ile tanı bulguları (diş ağrısının özelliği, klinik gözlemler ve test sonuçları gibi mevcut ve geçmiş belirtiler) arasındaki ilişki zayıftır. Güncel tanı uygulamaları büyük ölçüde uzman görüşüne ve kalite açısından eksiklikleri olan az sayıdaki çalışmalara dayanmaktadır.

1.1.2.1.2.1 Pulpal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı 1.1.1.3 Pulpitis ile ilişkili pulpal ağrı kriterlerini de karşılar. Bu durumda her iki tanı da belirtilmelidir.

#### 1.1.2.1.2.2 Endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.2 Endodontik hastalık kaynaklı apikal periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Dişte aşağıdakilerin her ikisi de kullanılarak tespit edilen kısmi veya tam pulpa nekrozu ve endodontik enfeksiyon:
  1. Aşağıdakilerden biriyle tespit edilen non-vital pulpa:
    - a) Doğrudan inceleme veya pulpa vitalite testine yanıt alınmaması
    - b) Daha önce debride edilmiş kök kanalı
  2. Klinik<sup>1</sup> ve/veya radyografik<sup>2</sup> kanıtla beraber sergilenen apikal enflamasyon
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Klinik kanıtların arasında perküsyon ve/veya basınç karşısında hassasiyet ve/veya apikal palpasyon karşısında hassasiyet görülebilir.
2. Radyografik kanıtlarda apikal veya periradiküler radyolüsens veya skleroz görülebilir.



3. Apikal enflamasyon semptomatik apikal periodontitisi ve akut apikal apseyi kapsar.

*Yorum:*

Endodontik enfeksiyon kaynaklı periodontal ağrı vital olmayan pulpa (veya daha önce kök kanal tedavisi yapılmış diş) ve pulpa alanında enfeksiyon ile ilişkilidir. Pulpa tamamen veya kısmen nekrotik durumdadır (dişe daha önce kök kanal tedavisi yapılmamışsa) ve diş genellikle pulpa vitalite testine yanıt vermez. Lokalize olsa da ağrı, özellikle şiddetliyse, aynı taraftaki diğer orofasiyal bölgelere yansır ve/veya yayılır. Ağrı, perküsyonla veya dişe ve/veya komşu periapikal vestibüler bölgeye baskı yapılarak tekrarlanabilir. Görüntülemeye tipik olarak lokal periapikal kemik rezorpsiyonu belirtileri görülür.

Periapikal dokulardaki inflamatuvar cevap, karışık floral kök kanal enfeksiyonundan kaynaklanır. Apikal periodontitiste ağrı ve şişlik insidansının artması, spesifik anaerobların varlığıyla bağlantılıdır. Bunlar; Porphyromonas, Peptostreptococcus ve Prevotella türleri olarak sayılabilir. Lokal enfeksiyon yayılımından sonra, periapikal apse oluşabilir.

**1.1.2.1.2.2.1 İntrradiküler endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2.1.2.2 Endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- Bir dişte kök kanal enfeksiyonunun<sup>1</sup> ortaya çıkması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Enfeksiyon bakteriyel, viral, fungal veya farklı olabilir.

*Yorum:*

Enfekte nekrotik pulpalı dişlerin çoğunda enfeksiyon kök kanal sistemiyle sınırlıdır.

Başarılı enfeksiyon tedavisi genellikle ağrının giderilmesini sağlar.

**1.1.2.1.2.2.2 Ekstradiküler endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı**

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2.1.2.2 Endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- Bir veya birden fazla dişte ekstradiküler enfeksiyonun<sup>1</sup> teşhis edilmesi
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Enfeksiyon bakteriyel, viral, fungal veya farklı olabilir.

*Yorum:*

1.1.2.1.2.2.2 Ekstradiküler endodontik enfeksiyon ile ilişkili periodontal ağrıda periodontal enflamasyona yol açan infeksiyöz etken dış kök yüzeyinde, apikalde veya periapikal dokularda yerleşiktir.

Ekstradiküler endodontik enfeksiyon, intrradiküler enfeksiyonla beraber veya tek başına ortaya çıkabilir. Her durumda mikrop- lar apikal foramenin dışı ve kök yüzeyine kolonize olarak, bir biyofilm oluşturur. Actinomyces ve Propionibacterium gibi anaerobik türler de kökten belirli bir uzaklıkta periapikal dokularda koloni oluşturabilmektedir. Bu durum, kök kanal tedavisinden sonra devam eden ağrı gibi semptomlarla ilişkilendirilmiştir .

Tipik olarak, kök kanal sistemi başarılı bir şekilde dezenfekte edildikten sonra da ağrı kesilmez. Görüntülemeye zaman zaman eksternal kök rezorpsiyonu belirtileri görülür.

### 1.1.2.1.3 Periodontal hastalık ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1 Periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Periodontal hastalığın<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması
- C. Anatomik, fonksiyonel ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması<sup>2</sup>
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- 1. Hastalık her bir alt formda belirtilmektedir.
- 2. Bu kriter, tüm alt formlar için geçerlidir.

*Yorum:*

Plak kaynaklı periodontal hastalık ile ilişkili periodontal ağrı akut veya kronik nitelikte olabilir ve tipi ile ilişkili olarak, ağrı yoğunluğu hafif ile şiddetli seyredebilir.

Hastalık dentisyonda lokalize veya generalize olabilir. Predispozan faktörler olarak çeşitli içsel (diyabet, gebelik, ergenlik, menoz) ve dışsal (sigara içme, ilaç kullanımı, beslenme yetersizlikleri (örn. C vitamini eksikliği) değerlendirilmelidir. Buna ek olarak, diş eti hiperplazisi ile bağlantılı olduğu bilinen ilaçlar (örn. fenitoin, siklosporin, kalsiyum kanal blokerleri, bifosfanatlar ve oral kontraseptifler) yeterli oral hijyenin sağlanmasında yaşanan zorluklardan dolayı periodontal yıkımı kolaylaştırabilir.

#### 1.1.2.1.3.1 Kronik periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.3 Periodontal hastalık ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı

- B. Kronik periodontitisin teşhis edilmiş olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

1.1.2.1.3.1 Kronik periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı yüksek diş mobilitesi ve zayıf oral hijyen alışkanlıkları ile birlikte ortaya çıkabilir ve tipik olarak hafiftir. Ağrı tipik olarak yalnızca uyaran sonrasında ortaya çıkar ve devam etmez. Çoğu kronik periodontitis vakası ağrılı seyretmese de ikincil enfeksiyon sonrasında ağrılı hale gelebilir (bkz. 1.1.2.1.3.5 Periodontal apse ile ilişkili periodontal ağrı).

Kronik periodontitis yavaş ilerleyen ataşman kaybı ve bazen de daha hızlı ilerleyen periyodlarla karakterizedir. Ağrının hiç hissedilmemesi veya düşük bir seviyede kalması, temelde enfeksiyon kaynağının etrafındaki kronik inflamatuvar hücre infiltratlarıyla ve fonksiyonel drenajla ilişkilendirilmiştir.

#### 1.1.2.1.3.2 Agresif periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.3 Periodontal hastalık ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Agresif periodontitisin teşhis edilmiş olması
- C. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

1.1.2.1.3.2 Agresif periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı yüksek diş mobilitesi ve zayıf oral hijyen alışkanlıkları ile birlikte ortaya çıkabilir ve tipik olarak hafif ile orta şiddette seyreder. Ağrı tipik olarak yalnızca uyaran sonrasında ortaya çıkar ve devam etmez.

Agresif periodontitis hızla ilerleyen ataş-  
man kaybı ve bazen de genç yaşta başlangıç ile  
karakterizedir.

### 1.1.2.1.3.3 Sistemik bozukluk görünümü olarak periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.3 Periodontal hastalık ile ilişkili pe-  
riodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki D  
kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Periodontitise yol açabildiği bilinen siste-  
mik bir bozukluğun<sup>1</sup> teşhis edilmesi
- C. Periodontitisin sistemik bozukluk görünü-  
mü olarak ortaya çıkması
- D. Ağrı nedenselliğinin klinik açıdan makul  
olması
- E. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olma-  
ması.

*Not:*

1. Sistemik bozukluk her bir alt formda belir-  
tilmektedir.

*Yorum:*

Daha yaygın olan plak kaynaklı periodontal  
hastalığa ek olarak, çeşitli sistemik bozukluk-  
larda periodontitis olarak ortaya çıkabilir Aşa-  
ğıda listelenen bozukluklar, periodontitise yol  
açan etkenler olarak değerlendirilmektedir.  
Bunlar, plak kaynaklı periodontitis seyrini kro-  
nikten agresife de dönüştürebilir.

1.1.2.1.3.3 Sistemik bozukluk görünümü  
olarak periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı  
yüksek diş mobilitesi ve zayıf oral hijyen alış-  
kanlıkları ile birlikte ortaya çıkabilir. Ağrı hafif  
ila orta şiddette seyrederek, tipik olarak yalnızca  
uyaran sonrasında ortaya çıkar ve devam et-  
mez. Ancak, literatürde sistemik bir bozuklu-  
ğun görünümü olarak ortaya çıkan periodon-

titisin ağrıyla ne derecede bağlantılı olduğuna  
ilişkin raporlar bulunmamaktadır.

### 1.1.2.1.3.3.1 Hematolojik bozukluk ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.3.3 Sistemik bozukluk görünümü  
olarak periodontitis ile ilişkili periodontal  
ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Sistemik bozukluğun aşağıdakilerden biri  
olması:
  1. Edinilmiş nötropeni
  2. Lösemi
  3. Periodontitise yol açabildiği bilinen di-  
ğer bir hematolojik bozukluk

### 1.1.2.1.3.3.2 Genetik bozukluk ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1.3.3 Sistemik bozukluk görünümü  
olarak periodontitis ile ilişkili periodontal  
ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Sistemik bozukluğun aşağıdakilerden biri  
olması:
  1. Ailesel ve siklik nötropeni
  2. Down sendromu
  3. Lökosit adhezyon eksikliği sendromları
  4. Papillon-Lefèvre sendromu
  5. Chediak-Higashi sendromu
  6. Histiyositoz sendromları
  7. Glikojen depo hastalığı
  8. İnfantil genetik agranülositoz
  9. Cohen sendromu
  10. Ehler-Danlos sendromu (tip IV ve  
VIII)
  11. Hipofosfatazi
  12. Periodontitise yol açabildiği bilinen di-  
ğer bir genetik bozukluk

### 1.1.2.1.3.3 Tanımlanmamış sistemik bozukluk ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2.1.3.3 Sistemik bozukluk görünümü olarak periodontit ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- Sistemik bozukluğun periodontitise yol açabildiğinin bilinmesi, ancak hematolojik veya genetik olmaması.<sup>1</sup>

*Not:*

- Periodontitis ile ilişkili sistemik bozukluklar güncel literatürde açıkça tanımlanmamıştır.

### 1.1.2.1.3.4 Nekrotizan ülseratif periodontitise (NUP) bağlı periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2.1.3 Sistemik bozukluk görünümü olarak periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini karşılayan ağrı
- Nekrotizan ülseratif periodontitisin teşhis edilmiş olması
- Ağrının ülserlerin başlangıcını izleyen saatler ile günler içerisinde ortaya çıkması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Yorum:*

Nekrotizan ülseratif periodontitis (NUP) ender görülen bir oral enfeksiyondur ve nekrotizan (ülseratif) diş eti iltihabının (gingivitisin) yumuşak doku yıkımının yanı sıra, ataşman ve alveolar kemik kaybına da yol açan daha şiddetli bir formudur. Bu iki koşul genellikle nekrotizan periodontal hastalıklar (NPD) başlığı altında toplanır ve sistemik direncin gerilemesi ve immün disfonksiyon ile bağlantılandırılır. Predispozan faktörler; şiddetli stres, uykusuzluk, alkol, sigara kullanımı ve HIV enfeksiyonu olarak sayılabilir.

1.1.2.1.3.4 Nekrotizan ülseratif periodontitise (NUP) bağlı periodontal ağrı tipik olarak şiddetli seyredir. Ağrı, etkilenen dişe veya etrafındaki dokulara uygulanan fiziksel uyarınlara provoke edilir. Ağrı spontan olarak da ortaya çıkar.

Klinik açıdan, nekrotik yumuşak doku lezyonları ve ataşman kaybı gözlemlenebilir.

### 1.1.2.1.3.5 Periodontal apse ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2.1.3 Periodontal hastalık ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Aşağıdakilerden biri veya tümü kullanılarak bir periodontal apsenin teşhis edilmiş olması:
  - Klinik akut enflamasyon<sup>1</sup> ve ataşman kaybı belirtileri<sup>2</sup>
  - Marjinal ve periradiküler kemik rezorpsiyonunu gösteren radyografik kanıt
- Ağrının abseden kısa bir süre sonra gelişmiş olması<sup>3</sup>
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

- Klinik belirtiler şişlik, kırmızılık, hassasiyet ve/veya iltihap varlığı olarak sayılabilir.
- Ataşman kaybı, mobilite artışı ve/veya lokal derin periodontal cep ile kanıtlanır.
- Genellikle apse oluşumunu izleyen saatler ile günler içerisinde görülür.

*Yorum:*

Periodontal apse kronik periodontitisin veya agresif periodontitisin şiddetlendiği durumdur ve bu durumdan kaynaklanan ağrı genellikle şiddetli seyredir. Şişliğin yanı sıra, klinik bulgular olarak artan diş mobilitesi ve lokal derin periodontal cep ile birlikte kök yüzeyinde

plak ve/veya diş taşı katmanı görülebilir. Daha önce kanal tedavisi yapılmamışsa, dişte tipik olarak vital pulpa kanıtı görülür. Görüntüleme periapikal bölgeyi tutan veya tutmayan marjinal ve periradiküler kemik rezorpsiyonu görülür.

Ağrı lokalize olsa bile özellikle şiddetliyse, sıklıkla aynı taraftaki diğer orofasiyal bölgelere yansır ve/veya yayılır. Dişe yapılan perküsyon, diş ve/veya komşu periapikal vestibüler bölgeye yapılan baskı ile ağrı tekrarlanabilir.

#### 1.1.2.1.4 Kombine endodontik enfeksiyon veya periodontal hastalık kaynaklı apikal ve marjinal periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1 Periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Aşağıdakilerin tümünün teşhis edilmesi<sup>1</sup>:
  1. Kısmi veya tam pulpa nekrozu veya bir dişin daha önce kök kanal tedavisine tabi tutulmuş olması
  2. Periodontal hastalık
- C. Anatomik, fonksiyonel ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Tanı klinik ve/veya radyografik gözlemlere dayandırılır.

*Yorum:*

Kombine endodontik ve periodontal lezyon asemptomatik seyredebilir. Ağrı varsa, tipik olarak orta ila şiddetli seyredir. Diğer klinik bulguların arasında akut enflamasyon belirtileri (şişlik, kırmızılık, iltihap varlığı), kök yüzeyinde plak ve/veya diş taşı katmanı, artan

diş mobilitesi ve derin periodontal cep/cep-ler sayılabilir. Daha önce kök kanal tedavisi uygulanmamışsa, dişte pulpa vitalitesi ya hiç yoktur ya da elde edilen sonuçla net değildir. Görüntüleme periapikal bölgeyi tutan marjinal ve periradiküler kemik rezorpsiyonu görülür.

Ağrı lokalize olsa bile özellikle şiddetliyse, sıklıkla aynı taraftaki diğer orofasiyal bölgelere yansır ve/veya yayılır. Dişe yapılan perküsyon, diş ve/veya komşu periapikal vestibüler bölgeye yapılan baskı ile ağrı tekrarlanabilir.

#### 1.1.2.1.5 Enfektif peri-implantitis ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.2.1 Doğal diş değil implant tutulumu söz konusu olmak üzere, 1.1.2.1 Periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Perimplant enfeksiyonu gösteren klinik<sup>1</sup> ve/veya radyografik<sup>2</sup> kanıt
- C. Anatomik, fonksiyonel ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Klinik bulguların arasında akut enflamasyon belirtileri (şişme, kırmızılık, iltihap varlığı) ve/veya ataşman kaybı (artan mobilite, derin cep) sayılabilir.
2. Radyografik kanıtlarda implantı kısmen veya tamamen çevreleyen radyolüseni görülür.

*Yorum:*

Dental implantı çevreleyen enflamasyon çoğunlukla ağrısızdır ama ağrı oluştuğunda tipik olarak orta ila şiddetli seyredir. Diğer klinik bulgular olarak implant yüzeyinde plak ve/veya diş taşı katmanı görülebilir.

Görüntüleme de implant-kemik entegrasyonunun zayıf olduğu görülür ve yatay marjinal kemik kaybı veya lokalize peri-implant kemik rezorpsiyonu tespit edilir. 1.1.2.1.5 Enfektif peri-implantitis ile ilişkili periodontal ağrı hastalarının 1.1.3 Diş eti ağrısı yaşaması da muhtemeldir.

### 1.1.2.2 Lokal inflamatuvar olmayan bir neden ile ilişkili periodontal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.2 Periodontal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Periodontal ağrıya<sup>1</sup> neden olabildiği bilinen lokal inflamatuvar olmayan bir bozukluğun teşhis edilmiş<sup>2</sup> olması
- Anatomik ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- Bu bozukluklara örnek olarak periodontal kist veya tümör gösterilebilir.
- Tanı klinik muayene, görüntüleme ve/veya histolojik incelemeyle koyulur.

*Yorum:*

1.1.2.2 Lokal inflamatuvar olmayan bir neden ile ilişkili periodontal ağrı genellikle hafif ila orta şiddette seyredir.

Periodontal kistler, radiküler kistler ve tümörler sıklıkla asemptomatik seyrete de genişlemenin ardından ağrı, lokalize şişlik ve bir ya da daha fazla dişin deplasmanı gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Bu tür vakalarda; ağrı, ısırma veya çiğneme gibi mekanik bir dış uyaran ile tetiklenir ve tipik olarak lokalizasyonu hastalar tarafından kolaylıkla tespit edilebilir. Ender olarak ortaya çıkan spontan ağrı, ender olarak şiddetlidir.

### 1.1.3 Diş eti ağrısı

*Açıklama:*

Diş eti dokularını tutan bir lezyonun veya bozukluğun yol açtığı ağrı.

*Başka bölümlerdeki kodu:*

Temelde diğer oral dokuları etkileyen rahatsızlıklardan kaynaklanan diş eti ağrısı diğer kısımlarda sınıflandırılmaktadır: alveolar osteit ile ilişkili diş eti ağrısı (kuru soket) için bkz. 1.2.3.5 Terapi ile ilişkili çene kemiği ağrısı; periodontitis ile ilişkili diş eti ağrısı için bkz. 1.1.2.1 Periodontitise (periodontal enflamasyona) bağlı periodontal ağrı; apikal periodontitis ile ilişkili diş eti ağrısı için bkz. 1.1.2.1.2 Endodontik hastalık kaynaklı apikal periodontitis ile ilişkili periodontal ağrı; akut nekrotizan siyaladenit ile ilişkili palatal diş ağrısı için bkz. 1.2.2.2.1 Bakteriyal enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı.

Nöropati ile ilişkili diş eti ağrısı için, bkz. 4.1 Trigeminal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili ağrı. 4.1.1 Nevraljiyi tetikleyen bölgeler diş etlerinde konumlanabilir. Hafif bir doku nuşla birlikte, etkilenen sinir dalına denk gelen tüm dermatomu etkileyen tipik yoğun paroksizmal ağrı atakları ortaya çıkar. Sonuç olarak, hastalar bu bölgede protez diş kullanamayabilir. 4.1.1 Trigeminal nevralsinin erken klinik tablosunda da diş eti ağrısı ortaya çıkabilir ve zaman zaman karakteristik paroksizmal ağrının başlangıcından önce ortaya çıkan diffüz derin “pre-trigeminal nevralsi ağrısı” ile seyredir.

Diş eti ağrısı ile ilişkili periferik nöropati için, bkz. 4.1.2 Diğer trigeminal nöropatik ağrılar.

İdiyopatik diş eti ağrısı için, bkz. 6. İdiyopatik orofasiyal ağrı. Ağız yanması sendromu (BMS) da diş etlerini etkileyerek, lokalize veya daha geniş yayımlı diş eti ağrısı olarak ortaya çıkabilir (bkz. 6.1 Ağız yanması sendromu).

Israrlı idiyopatik dentoalveolar ağrı (PIDAP) sıklıkla diş etlerinde lokalize ağrıyla ilişkilendirilir (bkz. 6.3 Israrlı idiyopatik dentoalveolar ağrı). Diş ağrısıyla birlikte kronik yaygın ağrı veya başka bir çoklu ağrı durumunun görüldüğü hastalara özellikle dikkat edilmelidir; bu tablo santral sensitizasyona veya başka mekanizmalara atfedilebilir.

#### Tanı Kriterleri:

- Diş etinde<sup>1</sup> C kriterini karşılayan herhangi bir ağrı
- Diş eti ağrısına yol açabildiği bilinen bir diş eti dokusu lezyonunu veya bozukluğunu gösteren klinik, laboratuvar, görüntüleme ve/veya anamnez kanıtı
- Aşağıdakilerin en azından ikisiyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
  - Ağrı yerleşiminin lezyon veya bozukluk<sup>1</sup> bölgesine/bölgelerine denk gelmesi
  - Ağrının lezyonun veya bozukluğun ortaya çıkışından veya başlangıcından kısa süre sonra gelişmesi
  - Ağrının etkilenen diş eti dokusunun manipülasyonu ile kötüleşmesi
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

- Ağrı diğer ipsilateral orofasiyal yerleşimlere de yansiyabilir ve/veya yayılabilir.

### 1.1.3.1 Diş eti enfeksiyonuna (enflamasyonuna) bağlı diş eti ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- 1.1.3 Diş eti ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- Diş eti iltihabının<sup>1</sup> teşhis edilmiş<sup>2</sup> olması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

- Travma, enfeksiyon veya sistemik bozukluk kaynaklı diş eti iltihabı her alt formda belirtilmektedir.
- Tanı, diş etlerinde inflamatuvar belirtilerin (şişlik, kırmızılık ve kanama) klinik olarak gözlemlenmesiyle koyulur.

#### Yorum:

Diş eti iltihabı spesifik veya spesifik olmayan mikrobiyal organizmalardan, travmadan (fiziksel, termal, radyasyonla bağlantılı veya kimyasal), otoimmüniteden veya alerjik reaksiyondan kaynaklanabilir.

### 1.1.3.1.1 Travma ile ilişkili diş eti ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- 1.1.3.1 Diş eti iltihabı ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- Diş etlerini tutan travmanın<sup>1</sup> veya yaralanmanın<sup>2</sup> gerçekleşmiş olması
- Aşağıdaki etkenlerin tümü:
  - Ağrının travmatize veya yaralı dokular da lokalize olması
  - Ağrının travma veya yaralanmayı izleyen dakikalar ile günler içerisinde ortaya çıkması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

- Travma mekanik, termal veya kimyasal nitelikte olabilir.
- Yaralanma kaza eseri oluşabilir veya kasti olabilir; başkalarından veya hastanın kendisinden kaynaklanabilir veya iyatrojenik olabilir.

#### Yorum:

Diş eti dokularında travmatik yaralanma akut enflamasyona sebep olur ve çeşitli derecelerde

ağrılı seyrederek. Diş etlerinde travmatik ülserasyon akut veya kronik nitelikte olabilir. Kronik olması halinde, altta yatan fibrozdan ve neoplastik endurasyona işaret eden klinik tablodan dolayı tanısı daha zordur.

1.1.3.1.1 Travma ile ilişkili diş eti ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve diş etlerine uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı görülebilir.

1.1.3.1.1 Travma ile ilişkili diş eti ağrısının nedenleri kaza eseri oluşan dental yaralanmalarla birlikte, örneğin fazla sıcak yiyecek veya içecek tüketiminin yol açtığı mikrotravma ve diş fırçalama veya ip ya da diğer interdental araç kullanımını sonucunda oluşan travma olarak sayılabilir. Klinik öyküyle ayrıntılarıyla değerlendiren bir klinisyen, genellikle travmatik etioloji veya sıcak yiyeceklerin/kimyasalların yol açtığı yanıklar görebilir.

Ağrıya neden olan etken muayene sonucunda keskin kırık diş veya doğru yerleşmemiş bir protez olarak tespit edilebilir. Lokal anestezi enjeksiyon baskısı kaynaklı ortaya çıkan iskemik nekroz faktörleri nedeniyle oluşan ülserasyon, en sık sert damakta görülür. Doğru yerleşmemiş protezler ağrılı ülserasyonlara yol açabilir. Dentisyonda uzamış dişlerin varlığı veya parafonksiyonel alışkanlıklar da lokal oklüzal diş eti travmasına neden olup bunun sonucunda enflamasyona ve ağrıya yol açabilir. Diş çekime, diş eti veya periodontal cerrahi gibi dental cerrahi işlemlerinin çoğunda iyatrojenik diş eti hasarı oluşur. Kimyasal yanıklar, anti-inflamatuvar tabletlerin yanlış kullanımına veya dental tedavi ile ilişkili olabilir. Bireyin sergilediği kendine zarar verme davranışı da diş eti travması açısından ender bir durum olarak değerlendirilebilir.

Dental travma da diş etinde inflamatuvar ağrıya neden olabilir (bkz. 1.1.2.1.1 Travma kaynaklı periodontal enflamasyon ile ilişkili periodontal ağrı).

### 1.1.3.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.3.1 Diş eti iltihabı ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- Diş eti dokularında enfeksiyon<sup>1</sup> tanısı konmuş olması<sup>2</sup>
- Ağrının enfeksiyona yakın bir zamanda ortaya çıkması veya enfeksiyonun tespitini sağlaması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- Enfeksiyon, her alt formda belirtildiği gibi bakteriyel, viral veya fungal nitelikte olabilir.
- Tanı; anamnez bilgilerine, klinik gözlemlere ve/veya mikrobiyolojik analize dayandırılır.

*Yorum:*

Diş eti dokusu enfeksiyonu akut enflamasyona yol açar ve çeşitli derecelerde ağrılı seyredebilir: ağrı hafif ila şiddetli devam edebilir ve diş etlerine uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Edinilmiş veya doğuştan immünosupresyon, diş eti enfeksiyonu riskini arttırabilir. İmmünosupresif tedavi alan hastalarda psödomembranöz kandidiyaz ve diğer fungal ve viral enfeksiyonlar dahil olmak üzere çeşitli fırsatçı enfeksiyonlar gelişebilir. Tümör nekroz faktörü (TNF)- $\alpha$  tedavisi, tüberküloz (TB) riskini arttırır. Kombine immünomodulator tedaviyle birlikte infliksimab ve adalimumab alan hastalar, TB, histoplazmoz ve/veya koksidiyomikoz enfeksiyonlar açısından yüksek risk altında olabilir. Metotreksat, abatacept ve alefacept gibi antiromatizmal ilaçlar herpes simpleks ve herpes zoster enfeksiyonları ile TB riskini arttırır.

1.1.3.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı, ağrıya sebep olan mikroorganizmaya göre kategorilere ayrılır.



### 1.1.3.1.2.1 Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.1.3.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun bakteriyel olması.

#### Yorum:

Bakteriyel enfeksiyonlar en yaygın görülen oral enfeksiyonlardır. Dişeti ağrısı, diş etinde şişme, iltihaplanma ve ağrı şeklinde ortaya çıkabilen periodontal enfeksiyon veya endodontik enfeksiyonlar gibi altta yatan diş patolojisi ile ilişkili olabilir.

Akut nekrotizan ülseratif diş eti iltihabı (ANUG) (veya nekrotizan ülseratif diş eti iltihabı (NUG), nekrotizan ülseratif periodontitis (NUP) veya nekrotizan ülseratif stomatit (NUS)) malnütrisyonlu çocuklarda genç yetişkinlerde ve immün yetmezliği bulunan hastalarda çeşitli bakterilerin yol açtığı fırsatçı bir diş eti enfeksiyonudur. NUG sıklıkla; ilk tablo olarak ortaya çıkar ve ilerleyerek NUP, NUS ve nihayetinde nomaya (yüzü etkileyen bir kangren) dönüşür. Bu ülserasyon diğerlerinden; interdental diş eti papillerinde nekroz, şiddetli ağrı, şiddetli halitozis (ağız kokusu), bölgesel lenfadenopati, halsizlik ve ateş bulgularıyla ayrılır.

Ağrıyla seyreden perikoronitis (diş kronu etrafında enflamasyon) en sık yarı gömülü üçüncü molarla ilişkilendirilir. Diğer geçici veya kalıcı dişlerde çıkış sırasında hafif perikoronitis görülebilir. Diş gömülüyse ve tam olarak çıkamıyorsa, sürekli veya rekürren enfeksiyon oluşabilir. Ağrı; bireyin, kısmen yumuşak dokuyla kaplı üçüncü molarlardan atılamayan biyofilmde kolonize olan anaerobik bakterilere verdiği yanıtın kaynağıdır.

### 1.1.3.1.2.2 Viral enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.1.3.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun viral olması.

#### Yorum:

Enfekte diş eti dokuları sıklıkla ülserli ve doku-nulduğunda ağrılı olabilir. Şiddetli lokal ağrı genellikle asitli veya sıcak ya da soğuk yiyecek ve içecek tüketimiyle ilişkilendirilir ve bireyin yiyip içmemesine ve dehidre olmasına yol açabilir.

Herpes simpleks virüsü (HSV) oral mukozayı en sık etkileyen virüstür. Primer HSV-1 enfeksiyonu olan herpetik gingivostomatit çoğunlukla çocukları etkiler ve ya asemptomatik enfeksiyon olarak ya da hem keratinize hem de non-keratinize mukozayı ve diş etlerini etkileyen ağrılı ülserasyonla seyreden mukozal veziküllerle ortaya çıkar. Primer enfeksiyon geçiren yetişkinlerde, vezikül olarak ortaya çıkan ama hızlı parçalanarak ağrılı sığ ülserasyona dönüşen semptomatik herpetik faringotonsilit görülür.

Diş eti dokularının diğer viral enfeksiyonları varisella-zoster virüsü (VZV), insan papillom virüsü (HPV), sitomegalovirüs (CMV), koksaki virüsler ve HIV enfeksiyonları olarak sayılabilir.

### 1.1.3.1.2.3 Fungal enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.1.3.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun fungal olması.

#### Yorum:

Fungal enfeksiyonla bağlantılı diş eti ağrısı büyük olasılıkla ender görülür ve literatürde bu konuyu ele alan çok az bildiri vardır. Oral

fungus bir enfeksiyon genellikle oral mukozayı ağırlı bir şekilde etkiler.

### 1.1.3.1.3 Otoimmünite ile ilişkili diş eti ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.3.1 Diş eti iltihabı ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Diş eti ağrısına<sup>1</sup> yol açabildiği bilinen bir sistemik hastalığın veya bozukluğun teşhis edilmiş olması
- C. Ağrı nedenselliğinin klinik açıdan makul olması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Örnek olarak mukoz membran pemfigoidi, Sjögren sendromu ve pemfigus gösterilebilir.

*Yorum:*

1.1.3.1.3 Otoimmünite ile ilişkili diş eti ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve diş etlerine uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Oral mukozal tutulum, çeşitli dermatolojik immün aracılı veziko-ülseratif lezyon rahatsızlıklarında ya ilk tablo olarak deri patolojisiyle birlikte ya da bazı durumlarda tek klinik görünüm olarak görülebilir.

Mukoz membran pemfigoidi (MMP), öncelikle mukozal membranları tutan yaygın bir sistemik otoimmün büllöz hastalıktır. Keratinosit proteinlerinde bağ doku matriks adezyonuna veya hemidesmozomlara (BP180 ve laminin-332) yönlendirilen antikorlar, epitelyumun altındaki bağ doku yatağından koparak ayrılmasına yol açar. Kopmanın subepitelyal niteliği, veziküllerin kalın çatılı olmasına yol açar ve veziküller, muayenede intakt görülebilir. Veziküllerin yırtılması, ülseratif lezyonların sarı-beyaz kangrenle kaplı epitelyumdan mahrum

kalmasına yol açar. Deskuamatif diş eti iltihabı (epitelyal yıkım sergileyen eritematoz ve kırılan diş etleri) sıklıkla görülen bir bulgudur.

Sjögren sendromu, sıklıkla diğer sistemik bağ doku veya organ-spesifik otoimmün hastalıklarla beraber ortaya çıkar. Sistemik lupus eritematoz ve romatoid artirit ile arasındaki bağlantı ayrıntılarıyla tanımlanmıştır. Diş eti dokularında abrazyon ve hatta kuru yiyeceklerle kesilme ve yaralanma görülebilir. Sjögren sendromu, diğer otoimmün hastalığın ekspresyonunu belirli derecede etkiler ve örneğin, yorgunluğu veya lenfoma riskini arttırabilir.

İmmün aracılı subepitelyal büllöz dermatoz grubu olarak tanımlanan pemfigusta, akantolize yol açan keratinosit adezyonu proteinlerine (dezmozomlara) yönlendirilen otoantikolar aracıdır. Pemfigus vulgaris en sık oral kaviteyi etkiler ve otoantikolar temel olarak dezoglein-1 ve 3'e (mukokütanöz formları) veya yalnızca 3'e (mukozal formları) yönlendirilir. Pemfigus çoğunlukla oral mukozayı etkiler ve hastalık kaynaklı diş eti ağrısı ender görülür.

### 1.1.3.1.4 Hipersensitivite veya alerjik reaksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.1.3.1 Diş eti iltihabı ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Diş eti dokularında<sup>1</sup> hipersensitivite veya alerjik reaksiyon
- C. Ağrının hipersensitiviteden veya alerjik reaksiyondan kısa süre sonra ortaya çıkması veya bu rahatsızlığın tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Hipersensitivite veya alerjik reaksiyon; dental materyale (geçici veya kalıcı resto-

rasyon veya ölçü materyali gibi), oral hijyen ürününe, topikal bir ilaca, sistemik bir ilaca, bir gıdaya veya gıda katkı maddesine veya başka bir faktör ile ilişkili olabilir.

*Yorum:*

1.1.3.1.4 Hipersensitivite ile ilişkili diş eti ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve diş etlerine uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Alerjik reaksiyonlar ve oral mukozal hipersensitivite reaksiyonları, kütanöz reaksiyonlardan daha enderdir. Bu durum, muhtemelen alerjen dilüsyonundan ve normal tükürük akışının sürekli sağladığı durulama etkilerinden kaynaklanmaktadır. Lezyonlar spesifik olmayan doku ödemi, eritem, çatlama, ülserasyon, hiperkeratotik beyaz plak veya mukozal deskuamasyon ile birlikte ortaya çıkabilir.

Genellikle, irritan ile lokalizasyon veya zamansal açıdan bağlantı tespit edilir. Ancak, ilaca bağlı hipersensitivitede, lezyonlar ilacın kullanılmaya başlanmasından uzun süre sonra ortaya çıkabilir ve ilacın kullanımının bırakılmasından aylar sonra varlığını koruyarak tanıyı ve tedaviyi karmaşılaştırabilir.

Sistemik bir ilaca veya bölgeye doğrudan temas eden bir irritana gösterilen hipersensitivite reaksiyonu, liken planusu hatırlatan klinik ve histolojik özelliklere neden olabilir. Bu durumda; sırasıyla; oral likenoid ilaç reaksiyonu (OLDR) ve oral likenoid temas lezyonu (OLCL) terimleri kullanılır ve her iki reaksiyonda çoğunlukla ülserasyon çevresinde eritem ve beyaz kabarcıklarla birlikte şiddetli ülserasyon görülebilir. OLCL'de lezyona yol açan etken genellikle amalgamdır ve cıva veya amalgama hassasiyet şüphesi yapılan yama testiyle doğrulanır. OLDR ise; anjiyotensin-dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, NSAID'ler ve oral hipoglisemik ilaçlar ile tedavi edilen hastalarda sıklıkla görülür.

Oral muko-gingival reaksiyonlara yol açan potansiyel ilaç reaksiyonları ayrıntılarıyla özet-

lenmiştir. Fiks ilaç erüpsiyonu (FDE) anatomik doğaya/dokuya fikse olma özelliği ile dikkat çeken bir hipersensitivite şeklidir ve NSAID'ler ve oksikam içeren diğer ilaçlar, flukonazol ve sistemik antibakteriyel ve antifungal ilaçlar ile birlikte tanımlanmıştır. İlaç almından kısa bir süre sonra ortaya çıkan rahatsızlıklarda FDE'den şüphelenilmelidir. Bu şüphe, yama testi veya oral provokasyon testleriyle doğrulanabilir. Rahatsızlık, ilacı bırakma veya ilacın muadilini kullanma yoluyla, akut lezyonlar ise topikal veya sistemik steroidlerle tedavi edilebilir.

Ender olarak görülen alerjik temas stomatiti; dental ölçü materyalleri, dental restoratif materyaller, topikal benzokain uygulaması ve daha yaygın olmak üzere, diş macunları, ağız çalkalama ürünleri ve sakızlarda bulunan tarçın ile bağlantılı olduğu bildirilen bir mukozit formudur. Lezyonlar; yanaklarda şişlik, ülserasyonlu karışık kırmızı ve beyaz lekeler ve dudaklarda, yanaklarda, dilde ve diş etlerinde lokalize veya yaygın dağılımlı deskuamasyon olarak ortaya çıkabilir.

Epitelyal hiperplazi veya fibrovasküler hiperplazi ile birlikte görülen ilaç kaynaklı fibroz zaman zaman ağrılı olabilmektedir. Bunun olması sebebi, bu koşullarda oral hijyen zor sağlandığı için ortaya çıkan temel periodontal enfeksiyondur.

#### 1.1.3.1.5 Başka bir nedenden kaynaklanan diş eti enflamasyonu ile ilişkili diş eti ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.3.1 Diş eti iltihabı ile ilişkili diş eti ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- Diş eti ağrısına yol açabildiği bilinen, ancak 1.1.3.1.1 ila 1.1.3.1.4.1 başlıklarında sayılmayan bir bozukluğun teşhis edilmiş olması
- Ağrının bozukluğa yakın bir zamanda ortaya çıkması veya bozukluğun tespitini sağlaması

D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Bu bozukluklar endokrin bozuklukları veya değişimleri, besin eksikliği, hematolojik hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar ve dermatolojik hastalıklar, ilaç kaynaklı bozukluklar (hipersensitivite veya alerji ile ilişkili olmayanlar) ve genetik bozukluklar olarak sayılabilir.

*Yorum:*

1.1.3.1.5 Diş eti enflamasyonu ile ilişkili diş eti ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve diş etlerine uygulanan mekanik iritasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Diş eti dokularında , sistemik bir hastalık, bozukluk veya rahatsızlıkla veya bu tür hastalıkların veya bozuklukların tedavisiyle bağlantılı olarak enflamasyon ortaya çıkabilir.

Fizyolojik durumun değiştiği; gebelik ve menopoz gibi olaylar, diş etlerinde sızı ve ağrı tablosu gösteren endokrin değişimlere yol açabilir. Diş eti iltihabına yol açabilen sistemik bozukluklar; endokrin hastalıklar (hipotiroidizm, diabetes mellitus), besin eksiklikleri (demir, B vitamin kompleksi, çinko), anemi, gastrointestinal bozukluklar (gastro-özofageal reflü hastalığı) ve ilaç kaynaklı ve genetik bozukluklar olarak sayılabilir.

Epulis, temelde diş eti dokularından başlayan hiperplastik, neoplastik olmayan bir lezyondur. Birçok histolojik tipi görülebilir. Bu tiplerin arasında en sık görülen, gebelik sırasında bir piyojenik granülom formu olan granülo-matoz tiptir. Lezyon temelde kılcal damarlar ile endotelial proliferasyondan oluşur ve genellikle, üçüncü trimesterde maksillanın ön kısmında ortaya çıkar ("gebelik tümörü" olarak da anılır). Lezyon, genellikle kendi varlığından başka herhangi bir semptomu yol açmaz ama oklüzyon bozukluğu veya diş aşındırılması ile

ağrılı hale gelebilir. Etiyolojik faktörler, kronik diş eti iltihabına yol açan yanlış oral hijyen uygulamaları ve aktif progesteron düzeylerinin diş etlerinde henüz tanımlanmamış bir mekanizmayla artması olarak sayılabilir.

Kemoterapi ve radyasyonla beraber kullanılan antineoplastik tedavi kaynaklı mukozit, temelde oral mukozayı etkilemekle beraber (bkz. 1.2.1.1.1.3 Radyasyon veya kemoterapi ile ilişkili oral mukozal ağrı) bazen diş etlerini de tutabilir ve diş eti ağrısına yol açabilir.

Diş etlerini tutan benign hiperplastik lezyonlar veya tümörler, genellikle ağrıyla doğrudan ilişkilendirilmese de oklüzyon veya protez iritasyonu sonucunda travmatize ve/veya enfekte olursa ağrılı hale gelebilir (bkz. 1.1.3.1.1 Travma ile ilişkili diş eti ağrısı ve 1.1.3.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı).

### 1.1.3.2 Malign lezyon ile ilişkili diş eti ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.1.3 Diş eti ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Diş eti dokularında malign enfeksiyon bulunmuş olması
- Anatomik ve/veya zamana bağlı nedenlerin makul olması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

Diş etleri hem primer hem de metastatik malignitelerden etkilenebilir ve bu malignitelerin tümü spesifik olmayan ülserler ile ortaya çıkabilir. Oral skuamöz hücre karsinomu (OSCC) en yaygın malignitedir ve sıklıkla klinik endürasyon sergileyen ülreasyon, alttaki dokulara bağlanma, ekzofitik marjinlerde kıvrılma, ağrı ve/veya hissizlik ile seyreder.

1.1.3.2 Malign lezyon ile ilişkili diş eti ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve diş etlerine uygulanan mekanik bir iritasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir

## 1.2 Oral mukoza, tükürük bezi ve çene kemiği ağrıları

### Açıklama:

Oral mukoza, tükürük bezleri ve çene kemiği gibi oral ve perioral dokuları etkileyen; bir lezyon veya bozukluktan kaynaklanan dental olmayan ağrı.

### Başka bölümlerdeki kodu:

Orofasiyal kaslardan kaynaklanan ağrı için, bkz. 2. Miyofasiyal orofasiyal ağrı. TME den kaynaklanan ağrı için, bkz. 3. Temporomandibüler eklem ağrısı.

### 1.2.1 Oral mukoza ağrısı

#### Açıklama:

Oral mukozayı tutan bir hastalığın veya bozukluğun yol açtığı ağrı.

#### Başka bölümlerdeki kodu:

Nöropati ile ilişkili oral mukoza ağrısı için, bkz. 4.1 Trigeminal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili ağrı. (Oral mukoza 4.1.1 Trigeminal nevrалjinin erken klinik tablosunda da oral mukoza ağrısı ortaya çıkabilir ve zaman zaman karakteristik paroksizmal ağrının başlangıcından önce ortaya çıkan diffüz derin "pretrigeminal nevrалji ağrısı" ile seyredir. 4.1.1 Trigeminal nevrалjiyi tetikleyen bölgeler oral mukozada konumlanabilir. Hafif bir dokunuşla birlikte, etkilenen sinir dalına denk gelen tüm dermatomu etkileyen tipik yoğun paroksizmal ağrı atakları ortaya çıkar.)

Oral mukoza ağrısı ile ilişkili periferik nöropati için, bkz. 4.1.2 Diğer trigeminal nöropatik ağrılar.

İdiyopatik oral mukoza ağrısı için, bkz. 6. İdiyopatik orofasiyal ağrı. Lokalize veya daha geniş yayımlı oral mukoza ağrısı olarak ortaya çıkan ağız yanması sendromu (BMS) için, bkz. 6.1 Ağız yanması sendromu.

Zaman zaman diş etlerinde lokalize ağrıyla ilişkilendirilen ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı (PIDAP) için, bkz. 6.3 İsrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı. Oral mukoza ağrısının kronik yaygın ağrı veya diğer çoklu ağrı durumlarıyla birlikte görüldüğü hastalara özellikle dikkat edilmelidir; bu tablo santoral sensitizasyona veya başka mekanizmalara atfedilebilir.

#### Tanı Kriterleri:

- Oral mukozada<sup>1</sup> C kriterini karşılayan herhangi bir ağrı
- Oral mukoza dokularında ağrıya yol açabildiği bilinen bir lezyonu veya bozukluğu<sup>2</sup> gösteren klinik, laboratuvar, görüntüleme ve/veya anamnez kanıtı
- Aşağıdakilerin herhangi ikisiyle doğrulanan nedensellik kanıtı:
  - Ağrı yerleşiminin lezyon veya bozukluk<sup>1</sup> bölgesine/bölgelerine denk gelmesi
  - Ağrının lezyon veya bozukluğun başlangıcından kısa süre sonra ortaya çıkması
  - Ağrının etkilenen oral mukozanın manipülasyonu ile kötüleşmesi
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

- Ağrı diğer ipsilateral orofasiyal yerleşimlere de yansiyabilir ve/veya yayılabilir.
- Lezyon veya bozukluk her bir alt formda belirtilmektedir.

#### Yorum:

Oral mukozayı tutan ağrı, lokal veya uzak nedenler ile ilişkili olabilir. Oral mukoza ağrısı; genellikle yanma, batma veya hassasiyet hissiyle karakterizedir. Bu ağrının yaygın olarak görülen nedenleri; ülserler, erozyonlar ve veziküller gibi çeşitli mukoza lezyonlarıdır.

Stomatit ve oral mukozit terimleri birbirine eş anlamlı olarak kullanılsa da aynı süreci yansıtmaz. Stomatit; lokal enfeksiyon veya yaralanmadan veya altta yatan sistemik hastalıktan kaynaklanan her türlü inflamatuvar oral mukoza rahatsızlığını ifade eder. Mukozit ise; radyasyon veya kemoterapi faktörlerinden dolayı ortaya çıkar. Ülser veya erozyon oluşumu kaynaklı ağrı, çeşitli lokal mukozal ve sistemik hastalıklarla ilişkilendirilir. Bu lezyonlar, oral mukozaya uzanma derecelerine göre farklılık gösterir. Mukoza ülseri; epitelyal dokuda disintegrasyon ve nekroz görünümüyle birlikte yüzey kaybı olarak tanımlanır. Bu tabloda hem epitelyum hem de lamina propriada hasar söz konusudur. Mukoza ülseri epitelyum bağ doku sınırını deler ve ülserin tabanı, alt mukozanın içinde derin bir düzeyde ve hatta bazı durumlarda kasın veya periosteumun bile içinde yer alır. Mukoza erozyonu ise; superfisiyal epitelyal hücre kaybı ve alttaki lamina propriada hafif hasarla birlikte mukoz membranda superfisiyal bir çatlama olarak tanımlanır.

### 1.2.1.1 Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1 Oral mukoza ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Oral mukoza enflamasyonun teşhis edilmiş olması
- Ağrının enflamasyona yakın bir zamanda ortaya çıkması veya enflamasyonun tespitini sağlaması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Yorum:*

Ülserler veya başka lezyonlarla ilişkilendirilen mukoza ağrısında sıklıkla ağrı kaynaklı huzursuzluklar gözlemlenir. Yanma ağrısı sıklıkla şiddetlidir ve oral fonksiyon (yeme, konuşma), yaşam kalitesi ve uyku genellikle sekteye uğrar.

### 1.2.1.1.1 Travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1.1 Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- Oral mukoza dokularını etkileyen bir travma veya yaralanmanın<sup>1</sup> gerçekleşmiş olması
- Aşağıdaki etkenlerin tümü:
  - Ağrının travmatize veya yaralı dokularda lokalize olması
  - Ağrının travma veya yaralanmayı izleyen dakikalar ile saatler içerisinde ortaya çıkması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

- Travma veya yaralanma kaza eseri oluşabilir veya kasti olabilir; başkalarından veya hastanın kendisinden kaynaklanabilir veya iyatrojenik olabilir. Bu nitelik, alt formlarda belirtilmektedir.

### 1.2.1.1.1.1 İyatrojenik olmayan travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1.1.1 Travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- Travma veya yaralanmanın<sup>1</sup> iyatrojenik kaynaklı olmaması

*Not:*

- Travma mekanik, termal veya kimyasal olabilir; kaza eseri oluşabilir veya kasti olabilir; başkalarından veya hastanın kendisinden kaynaklanabilir.

*Yorum:*

1.2.1.1.1.1 İyatrojenik olmayan travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısının nedenleri arasında kazayla oluşan dental yaralanmaların yanı sıra, örneğin aşırı sıcak yiyecek veya içecek tüketiminin yol açtığı mikrotravma ve diş fırçalama veya ip ya da diğer interdental araç kullanımı sonucunda oluşan travma da sayılabilir. Muayene sonucunda ağrıya neden olan etken örneğin; alttaki mandibüler veya maksillar veya dentoalveolar kırık, diş kökü kırığı veya sadece bir yumuşak doku yaralanması olarak belirlenebilir. Doğru yerleşmemiş protezler de ağrılı ülserasyonlara yol açabilir. Dentisyonda uzamış dişlerin varlığı veya parafonksiyonel alışkanlıklar (tırnak ve kalem gibi sert nesnelere çiğneme veya dudak, dil veya yanak çiğneme alışkanlığı) da lokal oklüzal diş eti travmasına ve dolayısıyla enflamasyona ve ağrıya yol açabilir. Kimyasal yanıklar; anti-inflamatuar tabletlerin yanlış kullanımıyla (örn. yutulması gereken tabletlerin emilmesi) veya fazla sıcak içecek veya yiyecek tüketimi ile ilgili olabilir. Kendine zarar verme davranışı da oral mukoza travması açısından ender bir kaynak olarak değerlendirilebilir. Distoni veya oral nöropati sergileyen hastalarda yaralanma rekürren nitelikte olabilir.

Oral mukozada travmatik yaralanma akut enflamasyona sebep olur ve farklı derecelerde ağrılı seyredebilir. Oral mukozada travmatik ülserasyon; akut veya kronik nitelikte olabilir. Kronik olduğu durumlarda altta yatan fibrozdan ve neoplastik endurasyona işaret eden klinik tablodan dolayı tanısı daha zordur. Klinik öyküyü ayrıntılarıyla değerlendiren bir klinisyen, genellikle travmatik etioloji veya sıcak yiyeceklerin veya kimyasalların yol açtığı yanıklar görebilir

1.2.1.1.1.1 İyatrojenik olmayan travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila

şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

### 1.2.1.1.1.2 Cerrahi veya diğer lokal iyatrojenik yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1.1.1 Travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- Travma veya yaralanmanın cerrahi nitelikte olması veya başka bir lokal iyatrojenik işlemden <sup>1</sup> kaynaklanması

*Not:*

- Mekanik, termal veya kimyasal.

*Yorum:*

1.2.1.1.1.2 Cerrahi veya diğer lokal iyatrojenik yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı, dental enjeksiyon yaralanmaları ve oral prosedürlerin yol açtığı lokal komplikasyonlardan kaynaklanan yaralanmalar gibi; dental veya başka tedavilerle bağlantılı cerrahi travma ve yaralanmaları kapsar. Diş çekimi ve periodontal cerrahi işlemleri gibi dental cerrahi müdahalelerin çoğunda iyatrojenik oral mukoza yaralanması oluşur. Elektrokoterizasyon ve cerrahi lazer kullanımı sırasında termal yaralanma ve yanlış dezenfektan veya dental materyal kullanımı sonrasında kimyasal yaralanma oluşabilir.

### 1.2.1.1.1.3 Radyasyon veya kemoterapi ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1.1.1 Travma veya yaralanma ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı

B. Travma veya yaralanmanın radyasyon veya kemoterapi kaynaklı olması

*Yorum:*

Oral mukozit, oral mukozanın eritematöz ve ülseratif lezyonlarını ifade eder ve oral kaviteyi tutan baş ve boyun kanserleri için radyasyon veya kemoterapi alan hastalarda ortaya çıkabilir. Oral mukozitin sıklığı ve şiddeti, tedavi tipine ve dozuna göre değişkenlik gösterir. Lezyonlar tipik olarak çok ağrılı eritema veya ülserasyon olarak ortaya çıkar ve bu rahatsızlıklar, hem beslenmeye ve oral hijyene zarar verir hem de lokal ve sistemik enfeksiyon riskini artırır. Bu rahatsızlıkta, tat bozuklukları ve kserostomi de görülebilir.

Oral mukozitin patogenezi çok faktörlüdür; patogenezi gelişiminde beş aşamalı karmaşık bir modelin kullanılması önerilmiştir.

Enfeksiyona ek bir komplikasyon oluşmadığı sürece, mukozit sitotoksik kemoterapinin sona ermesini izleyen 2-4 hafta içerisinde iyileşir.

Mukozit, lokal faktörler ve enfeksiyonlarla birlikte kötüleşebilir. Oral komplikasyonlar öncelikle diskomfort ve oral fonksiyon enterferansı ile tanımlansa da immünitesi zayıflamış veya debilit olmuş hastaların yaşam kalitesindeki azalmayla birlikte, bu komplikasyonlar hayatı tehdit edecek hale gelebilir. Özel olarak bakıldığında oral mukozit lezyonları ile ilişki lendirilen enfeksiyonlar aşırı immüno-supresyon periyodlarında hayatı tehdit eden sistemik sepsise yol açabilir. Dolayısıyla, mukozit ağrısının tedavisi her mukozit tedavisinin yönetiminin primer bir bileşenidir.

### 1.2.1.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

A. 1.2.1.1 Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı

B. Oral mukozada bir enfeksiyonun<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması<sup>2</sup>

C. Ağrının enfeksiyona yakın bir zamanda ortaya çıkması veya enfeksiyonun tespitini sağlaması

D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Enfeksiyon, her alt formda belirtildiği gibi bakteriyel, viral veya fungal nitelikte olabilir.
2. Tanı; anamnez bilgilerine, klinik gözlemle-re ve/veya mikrobiyolojik analize dayandırılır.

*Yorum:*

Oral mukoza dokularındaki enfeksiyon, akut enflamasyona yol açar. 1.2.1.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ile şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Rahatsızlık, ona yol açan mikroorganizmaya göre alt kategorilerine ayrılır.

### 1.2.1.1.2.1 Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun bakteriyel olması.

*Yorum:*

Bakteriyel enfeksiyonlar en yaygın görülen oral enfeksiyonlardır. Oral mukoza dokularındaki bakteriyel enfeksiyon, akut enflamasyona yol açar. Oral mukoza ağrısı sıklıkla altta yatan dental patolojiyle ve üzerindeki oral mukozada şişlik, enflamasyon ve ağrı görünümüyle ortaya çıkan periodontal enfeksiyon veya dental periapikal enfeksiyonlarla ilişkilendirilir.



1.2.1.1.2.1 Bakteriye enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik iritasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Akut nekrotizan ülseratif diş eti iltihabı (ANUG), nekrotizan ülseratif diş eti iltihabı (NUG), nekrotizan ülseratif periodontitis (NUP) ve nekrotizan ülseratif stomatit (NUS), malnütrisyonlu çocuklarda genç yetişkinlerde ve immün yetmezliği bulunan hastalarda çeşitli bakterilerin yol açtığı fırsatçı bir oral mukoza enfeksiyonudur. NUG; sıklıkla ilk tablo olarak ortaya çıkar ve ilerleyerek NUP, NUS ve nihayetinde nomaya (yüzü etkileyen bir kangren) dönüşür. Bu ülserasyon, diğerlerinden oral mukozada nekroz ve ülserasyon, şiddetli ağrı, şiddetli halitozis (ağız kokusu), bölgesel lenfadenopati, halsizlik ve ateş bulguları görülmesi ile ayrılır. Aleolar kemik açık hale geldiğinde, nekrotik kemik sekuestrumları gelişebilir ve bunların, bağlı oldukları dişten çıkarılmaları gerekir.

Treponema pallidum enfeksiyonunun yol açtığı sifiliz yaygınlığını korumakta ve erkeklerle cinsel ilişki yaşayan erkeklerdeki oranları giderek artmaktadır. Primer lezyon mukozal inokülasyonun ilk bölgesinde ortaya çıkar. Bu ilk bölge; genellikle oral mukoza olur. En yaygın lezyon; sertleşmiş marjinal ve ipsilateral lenfadenopatili oldukça enfektif, ağrısız soliter ülser olarak ortaya çıkar ve 3 hafta içerisinde iyileşir. Karakteristik olmayan mukozal yamalar ise sekonder sifilizin geliştiğinin işaretidir. Bu rahatsızlık genellikle el ve ayakların palmpantalar yüzeylerinde makülopapüler döküntü ve generalize lenfadenopati ile seyreder.

Ağız içinde inokülasyon bölgesinde primer ve başka bir yerdeki primer odaktan hematogen yayılma sonucunda ise sekonder olarak gonoreal lezyonlar ortaya çıkabilir. Erken semptomlar; yanma veya kaşınma hissi, ağızda kuruluk ve sıcaklıktır ve bunların devamında yeme veya konuşma sırasında akut ağrı gözlemlenir. En sık tonsiller ve orofa-

renks bölgeleri tutulur ve oral dokularda difüz enflamasyon veya ülserasyon görülebilir. Tükürükte, yüksek viskozite ve fetid koku gelişir. Şiddetli vakalarda ise ateşli submaksillar lenfadenopati oluşur.

Doğu ve Güney Afrikada çoklu ilaca dirençli Mikrobakteriyum Tüberkülozun (TB) ortaya çıkması ve HIV enfekte bireylerin sayısının yüksek olması, TB vakalarının artmasına yol açmış ve bu rahatsızlığın, orofasiyal patolojisinin ayırıcı tanısına dahil edilmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Tipik vaka, dilin herhangi bir bölümünün tabanında endürasyon görünümü ve çökük köşeli ağrılı, derin ve düzensiz ülserler ve dilin herhangi bir kısmının tabanında yoğun, mukus benzeri madde ile seyreden sekonder TB'dir. Pulmoner TB'den kaynaklanan hematogen yayılım veya sputum enfeksiyonu sergileyen travmatik bir ülserin sekonder inokülasyonu en yaygın patogenezdır. Primer oral TB ender görülmektedir ve genellikle Mycobacterium bovis ile bağlantılıdır. Ülserlerin kronik travmatik ülserasyon ve hatta maligniteye benzerliğinden dolayı tanısal biyopsi de yapılması gerekir. Ülserasyonlara sıklıkla ağrı, ateş, lenfadenopati, ses kısıklığı ve kilo kaybı eşlik eder.

Edinilmiş veya doğuştan immünosupresyon, mukoza enfeksiyonu riskinin artmasına yol açabilir. İmmünosupresif tedavi alan hastalarda psödomembranöz kandidiyaz ve diğer fungal ve viral enfeksiyonlar dahil olmak üzere çeşitli fırsatçı enfeksiyonlar gelişebilir. Tümör nekroz faktörü (TNF)- $\alpha$  tedavisi de tüberküloz (TB) riskini artırır. Kombine immunomodulator tedaviyle birlikte infliksimab ve adalimumab alan hastalar, TB, histoplazmoz ve koksidiyomikoz enfeksiyonlar açısından yüksek risk altında olabilir. Metotreksat, abatacept ve alefacept gibi antiromatizmal ilaçlar herpes simpleks ve herpes zoster enfeksiyonları ile TB riskini artırır.

### 1.2.1.1.2.2 Viral enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- 1.2.1.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- Enfeksiyonun viral olması.<sup>1</sup>

#### Not:

- Tanı, ağrı alanından alınan sürüntüde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) kullanılarak virüs tespitiyle birlikte, alanda mukozal erüpsiyon gözlemine dayandırılır

#### Yorum:

Oral mukoza dokularındaki viral enfeksiyonlar, akut enflamasyona yol açar. 1.2.1.1.2.2 Viral enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Oral mukozanın viral enfeksiyonları; HSV, VZV, HPV, CMV, koksaki virüsler ve HIV enfeksiyonları olarak sayılabilir. ICHD-3'te de herpes zoster virüsü için özel kriterler tanımlanmıştır (13.1.2.1 Akut herpes zoster ile ilişkili ağrılı trigeminal nöropati).

Enfekte oral mukoza dokularında sıklıkla ülserasyon ve palpasyon ile ağrı görülebilir. Asitli veya sıcak ya da soğuk yiyecek ve içecek tüketiminde, sıklıkla şiddetli lokal ağrı görülür. Hasta yemek yediğinde ortaya çıkan ağrı, bireyin yiyip içmesini önleyecek ve dehidrate olmasına yol açacak kadar şiddetli olabilir.

Herpes simpleks virüsü (HSV); oral mukozayı en sık etkileyen virüsdür. Primer HSV-1 enfeksiyonu olan herpetik gingivostomatit, çoğunlukla çocukları etkiler veya asemptomatik bir enfeksiyon olarak ya da hem keratinize hem de keratinize olmayan mukozayı ve diş etlerini etkileyen ağrılı ülserasyonla seyreden mukozal veziküllerle ortaya çıkar. Ağrıya sıklıkla ateş, halsizlik, kötü koku ve servikal lenfadenopati

eşlik eder. Primer enfeksiyon geçiren yetişkinlerde, önce vezikül olarak ortaya çıkan ama hızla parçalanarak ağrılı sığ ülserasyona dönüşen semptomatik herpetik faringotonsilit görülür.

Virüsün herpes labialis formundaki rekürren klinik tablosunun en yaygın nedenleri; stres, UV'ye maruz kalma ve dental lokal anestetik olmakla beraber bunlarla sınırlı değildir. Başlangıçta görülen; prodromal batma veya yanma hissinin ardından, erimatöz mukozada ortaya çıkan, sıvı dolu yaklaşık beş vezikülden oluşan kümeler ortaya çıkar. Bu kümelerin yırtılmasıyla ise birbirine birleşen ve kabuklaşan ağrılı sığ ülserler oluşur.

Koksaki virüslerin, ECHO virüsünün ve diğer enterovirüslerin yol açtığı herpanjina (el, ayak ve ağız hastalığı), tipik olarak 10 yaşından küçük çocukları etkiler. Kırmızı makül veya veziküllerin ardından, anterior tonsiller plikalların, yumuşak damağın, uvula ve/veya tonsillerin üzerinde çapı yaklaşık 5 mm olan, kendini sınırlayan ülserasyonlar oluşur. Pireksi, boğaz ağrısı ve baş ağrıları yaygındır. Ülserler 4-6 gün içinde iyileşir.

Herpes zoster (zona); latent varisella-zoster virüs (VZV veya HHV-3) enfeksiyonunun reaktivasyonuna işaret eder. Bu durum çoğunlukla yaşlı ve debilite hastaları etkilemektedir. Enfeksiyon en çok; pruritik, veziküler deri döküntüsü, ülserasyon ve kabuklaşma ile tanınır. Bu belirtilerin tümü, virüsün latens geliştirdiği gangliyonun dermatomu ile aynı anda ortaya çıkar. Oral mukozada kabuklaşma oluşmaz ve lezyonlar; ülseratif papüller olarak gelişir. Etkilenen dermatomda ortaya çıkan yanma veya batma ağrısının ardından, sıvı dolu veziküller oluşur. Bu veziküller daha sonra yırtılarak, ağrılı sığ ülserasyonlara dönüşür. Bu ülserasyonlar da birleşerek, geniş çiplak alanlar oluşturabilir. Oral klinik tablo, lezyonların orta hat boyunca bu hastalığa özgü keskin bitişler sergilemesiyle birlikte, trigeminal sinirin mandibüler veya maksillar kesitlerinin tutulduğuna

da işaret eder. Literatürde, immün yetmezliği olan bireylerde dış dökülmesiyle seyreden osteonekroz varlığı bildirilmiştir. Enfeksiyon sıklıkla, etkilenen sinir dalının anatomik dağılımında birçok lokasyonu birden tutar (ayrıca bkz. 4.1.2.1 Herpes zoster ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı ve 4.1.2.2. Trigeminal postherpetik nevralji).

İnsan papillom virüsü (HPV), bir veya birden fazla papiller lezyona yol açabilir. Bu lezyonlar travmatize olmadıkça nadiren ağrılıdır.

Epstein-Barr virüsü, boğaz ağrısı ve lenfadenopatiden önce gelişen çok sayıda küçük ülserle seyreden mononükleoza yol açar. Diş eti kanaması ve yumuşak/sert doku sınırında peteşiler ise görülen diğer klinik özellikleridir.

#### 1.2.1.1.2.3 Fungal enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.2.1.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun fungal olması.

*Yorum:*

Oral mukoza dokularındaki fungal enfeksiyon, akut enflamasyona yol açar. 1.2.1.1.2.3 Fungal enfeksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik iritanla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Yakın zamanlarda kandidiyaz dışındaki oral fungal enfeksiyonların prevalansında artış görülmüştür. HIV enfeksiyonu ve AIDS gibi immün yetmezlik hastalıkları, immüno-supresif tedavi ve uzun süreli geniş spektrumlu antibiyotik ve kortikosteroid kullanımı, oral homeostazın bozulması, fungal enfeksiyonların ortaya çıkaran predipozan faktörlerin başında gelmektedir. Diyabet ve tükürük bezi hiperfonksiyonu da diğer predispozan faktörlerdir.

En yaygın oral fungal enfeksiyon Candida albicans'tır. Eritematöz kandidiyaz, generalize eritem ve ağrıyla seyreder. Medyan romboid glosit ise dili etkiler ve temelde; kolaylıkla silinebilen ama yüzeyi hassas, eritematöz ve kanamalı olan beyaz yamalar sergileyen psödomembranöz tip; kırmızı maküler lezyonlar ve sıklıkla yanma hissiyle seyreden eritematöz tip; ve ağzın köşelerinde hassas çatlaklar ve kırmızılık ile karakterize angüler keilitis olmak üzere üç tipe ayrılır. Kserostomi, yanma, batma ve kaşınma hisleri ve metal tat eşlik eden semptomlardır.

Oral mukozal ağrı olarak değerlendirilmesi gereken diğer mikozlar; mukormikoz, aspergilloz, histoplazmoz, blastomikoz ve parakoksidioidomikozdur. Tüm bu mikozlar ender görülse de Aspergillus ve Mucorales enfeksiyonları en yaygın tespit edilen enfeksiyonlardır ve toprak, gübre, hububat, tahıl veya küflü undan sporların inhalasyonu sonrasında gelişir. Her iki enfeksiyon da özellikle immünitisi azalmış hastaların oral kavitesinde görülen superfisiyal ve invaziv fırsatçı fungal enfeksiyonlardır.

#### 1.2.1.1.3 Otoimmünite ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.2.1.1 Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Oral mukoza ağrısına<sup>1</sup> yol açabildiği bilinen bir otoimmün hastalığın veya bozukluğun teşhis edilmiş olması
- C. Ağrının otoimmün hastalığa veya bozukluğa yakın bir zamanda ortaya çıkması veya hastalığın veya bozukluğun tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Bunlar pemfigus, mukus membran pemfigoidi, reküran aftöz stomatit, oral liken planus, eritema multiform, Sjögren sendromu, Behçet hastalığı, graft versus host hastalığı, lupus eritemtozus (sistemik veya diskoid tip), eritema migrans, Crohn hastalığı, ülseratif kolit ve çölyak hastalığı olarak sayılabilir.

*Yorum:*

1.2.1.1.3 Otoimmünite ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik irritasyonla kötüleşir. Hem dış uyaranla ortaya çıkan ağrı hem de spontane ağrı görülebilir. Ağrı prognozu, altta yatan otoimmün bozukluğun tedavisinin sonucu ile ilişkilidir.

Çeşitli dermatolojik immün aracılı veziko-ülseratif lezyon rahatsızlıklarında oral mukozal tutulum ya ilk tablo olarak deri patolojisiyle birlikte ya da bazı durumlarda tek klinik septom olarak görülebilir.

İmmün aracılı subepitelyal büllöz dermatoz grubu olarak tanımlanan pemfigusta, akantolize neden olan keratinosit adezyonu proteinlerine (dezmozomlara) yönlendirilen otoantikörler aracılık eder. Pemfigus vulgaris (PV) ise en sık oral kaviteyi etkiler ve otoantikörler dezmozoglein-1 ve 3'e (mukokütanöz formları) veya yalnızca 3'e (mukozal formları) yönlendirilir. Tipik olarak 40-60 yaş aralığında olan hastalar kliniğe, ince çatlı, gevşek intra-epitelyal büllerle başvurur ve bu büller oluşumlarının hemen sonra hızla yırtılarak, ağrılı mukozal ülserasyon görülür geniş, düzensiz dağılımlı alanlara dönüşür.

Mukoz membran pemfigoidi (MMP) mukozal membranları tutamayı tercih eden yaygın bir sistemik otoimmün büllöz hastalıktır. Keratinosit proteinlerinde bağ doku matriks adezyonuna veya hemidesmozomlara (BP180 ve laminin-332) yönlendirilen antikörler, epi-

telyumun altındaki bağ dokusu yatağından koparak ayrılmasına yol açar. Kopmanın subepitelyal niteliği, veziküllerin kalın çatlı olmasına yol açar ve veziküller, muayenede intakt görülebilir. Veziküllerin yırtılması ise ülseratif lezyonların üstünde herhangi bir sarı-beyaz kangrenle kaplı epitelyum kalmamasına neden olur.

Reküran aftöz stomatit (RAS); normalde sağlıklı bireylerde en yaygın görülen oral mukozal ülserasyon formudur. Bu terim, herhangi bir sistematik hastalıkla bağlantılı olmayan ve tipik olarak çocuklukta veya ergenlikte başlayan reküran oral mukoza ülserleriyle sınırlı olarak kullanılmalıdır. Ağız boşluğunun, dudakların ve yumuşak damağın keratinize olmayan mukozası en sık etkilenen alanlardır. Muhtemel etiyolojik faktörler; immünosupresif ilaçların kullanımı, immünolojik, alerjik ve besinsel faktörler, mikroorganizmalar ve psikososyal stres dahil olmak üzere çeşitli lokal ve sistemik faktörler olarak gösterilmiştir. Yakın aile bireylerinde prevalansın artması, genetik bir dayanağının da olabileceğini göstermektedir. RAS, HIV enfekte hastalarda atipik bir klinik görünüm sergiler ve bu hastalarda oral mukozal ülserasyonun ayırıcı tanısında her zaman değerlendirmeye alınmalıdır. RAS, hayatın daha geç aşamalarında başladığında başka mukozal yüzeyleri de tutulabilir. Bu tutulumdan emin olmak için; Crohn hastalığı, çölyak hastalığı, Behçet hastalığı, Sweet sendromu, siklik nötropeni, HIV enfeksiyonu ve ilaç reaksiyonları gibi aftöz benzeri ülserler ile ortaya çıkabilen inflamatuvar gastrointestinal hastalıkların elenebilmesi için kapsamlı tıbbi öykü ve fiziksel muayenenin sonuçları göz önünde bulundurulmalıdır. Minör RAS klinik açıdan, RAS'ın alt sınıflarının ilki ve en yaygın görülen varyantıdır. Minör RAS; tipik olarak etrafı parlak kırmızı bir inflamatuvar halkayla çevrili olan, çapı 10 mm'den az, bir ila beş ülserle seyreder. Bu ülserler 10-14 gün içerisinde kendiliğinden iyileşir. İkinci alt sınıf ise, düzensiz sınırlı, daha

derin, daha geniş (genellikle çapı > 10 mm) ve ısrarlı ülserasyonlar sergileyen majör RAS'tır. Bu alt sınıfta, ülserasyonların iyileşmesi haftalar veya aylar alabilir.

Oral liken planus (OLP); orta yaşlı kadınları etkileyen oldukça yaygın, kronik bir inflamatuvar bozukluktur. Patogenez henüz tam belirlenememiş olsada T-lenfositlerin çeşitli alt kümeleri ve mast hücreleri bazal membran hasarında bir rol oynar. Hastalık, geniş bir klinik spektrumda ortaya çıkabilir ve atrofik, eroziv, ülseratif ve daha nadir olarak büllöz varyantlar ile görülebilir. Lezyonlar tipik olarak, oral mukozayı iki taraftan etkiler ve oldukça simetrik bir görünümde; ya tamamen bir oral mukozal hastalık olarak ya da deskuamatif diş eti iltihabı ve/veya kütanöz klinik tablo ile birlikte ortaya çıkar. Eroziv ve ülseratif tiplerde, sönük beyaz şeritlerle sınırlanmış ağrılı psödomembran kaplı ülserasyonlar, multifokal bir dağılımda gözlemlenir. Yakın zamanda gerçekleştirilen meta-analizlerde, OLP'nin malign transformasyon oranının yaklaşık %1 olduğu ve tartışmalı bir sonuç olarak, OLP'nin en sık kadınların dilini etkilediği tespit edilmiştir.

Eritema multiform (EM); çeşitli antijenlere (viral, bakteriyel, farmakolojik veya kimyasal) verilen T-hücresi aracılı tip IV sitotoksik immün reaksiyondur; bu reaksiyon, apoptozis ile epitelyal hücre ölümüne yol açar. Yakın zamanda anti-dezmozoplakin I ve II antikorları sitotoksik reaksiyonu başlatması muhtemel unsurlar olarak belirlenmiştir. EM, çoğunlukla genç ve sağlıklı bireyleri etkilemekte ve rekürren HSV enfeksiyonlarıyla beraber sıklıkla rekürren ve geçici olarak ortaya çıkar. Oral lezyonlar ya ileri mukokütanöz tutulumun başlangıcına işaret eder ya da mukozal blister ve ülserasyon tablosu olsun veya olmasın, dudaklarda şişlik, çatlama, hemoraji ve kabuklaşma ile birlikte tek başına ortaya çıkar. Sjogren sendromu; sıklıkla diğer sistemik bağ doku veya organ-spesifik otoimmün hastalıklarla ardışık olarak ortaya

çıkan sistemik bir otoimmün hastalıktır. Sistemik lupus eritematoz ve romatoid artirit ile aralarındaki bağlantı ayrıntılarıyla tanımlanmıştır. Oral mukoza dokularında abrazyon ve hatta kuru yiyeceklerle kesilme ve yaralanma görülebilir. Sjogren sendromu, diğer otoimmün hastalığın ekspresyonunu belirli derecede etkiler ve örneğin, yorgunluğu veya lenfoma riskini arttırabilir.

Behçet hastalığı; etiyojisi bilinmeyen bir otoimmün çoklu sistem hastalığıdır. Oral ülserler, genital ülserler ve gözde gelişen bir enflamasyon ile karakterizedir. Dermatolojik belirtilere ek olarak; nörolojik ve vasküler tutulum gözlemlenebilir. Oral lezyon ülserleri ağrılıdır ve dudakları, ağız mukozasını, yumuşak damağı ve dili etkileyen, görünüşte aftöz lezyonları andıran, çapı birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında değişen sıklıkla görünümle karakterizedir. Hastalık insidansı Akdeniz ve Asya popülasyonlarında ve özellikle de Türkiye'de yüksektir.

Graft versus host hastalığı; likenoid, papüller ve eritematoz lezyonlarla ve zaman zaman ağız ve dudak mukozasında damakta ve dilin dorsal kısmında ülserasyon ve deskuamasyon ile karakterizedir. Oral lezyonlara, sıklıkla ateş, halsizlik, bulantı ve ağız kokusu eşlik eder. Oral bulgular; radyoterapi, kemoterapi, immüno-supresif ilaçlar ve sekonder enfeksiyonlar sonucunda ortaya çıkabilir.

Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarının yarısından fazlasında oral lezyonlar görülebilir. En sık görülen oral semptomlar; hastalığın aktif olduğu erken evrede ülserasyon ve ağız mukozasında ve dudaklarda ağrıdır. Yayılımlı beyaz şeritler olsun veya olmasın, ülseratif lezyonlar ve eritematoz lezyonlar diskoid lupus eritematozus (DLE) klinik spektrumunun bir parçası olarak da görülebilir. Bu popülasyonda özellikle alt dudağı tutan oral skuamoz hücre karsinomu prevalansı arttığı için, DLE; oral mukozanın

potansiyel olarak malign bir bozukluğu olarak değerlendirilmektedir.

Eritema migrans (coğrafik dil, benign migratuvar glosit); etiolojisi bilinmeyen, tahmini prevalansı % 1 - 3 olan yaygın bir oral enflamatuvar rahatsızlıktır. Hastaların yaklaşık %30 unda oral diskomfort ile yanma ve batma hissi kaydedilir. Genellikle dili etkiler, ancak diğer oral bölgeler de tutulabilir. Görünümünde, dilin lateral, dorsal, anterior ve/veya ventral kısımlarında lokalize, sıklıkla yükselmiş, beyazımsı sınır alanlarıyla tanımlanan dairesel eritematoz alanlar tespit edilebilir. Eritematoz görünüm, atrofiye ve filiform papila lezyonlarının ortadan kalkmasıyla ortaya çıkar. Yaygın olarak atopi ve psoriasis ile ilişkilendirilir. Bozukluk, Lyme hastalığının erken evre karakteristik özelliği olan döküntüsüyle karıştırılmamalıdır.

Crohn hastalığında dudak ve ağız mukoza-sında ve mukobukkal kıvrımlarda çok odaklı, lineer, nodüler veya diffüz mukozal kalınlaşmalar görülür. Bu bulgular; ağrılı, ısrarlı aftöz benzeri ülserasyonlar ve atrofik glosit ile ilişkilendirilebilir.

Ülseratif kolitte, oral bölgede birden çok yerde eritematoz mukoza üzerinde dağınık, kümeli veya lineer yönelimli püstüller görülür. Bazı hastalarda püstüller lezyonlara ek olarak ağrılı oral aftöz benzeri lezyonlar görülür.

Çölyak hastalığı, genellikle aftöz benzeri ülserlerle ilişkilendirilen mukozal ağrıyla seyredebilir. Demir ve B vitamini malabsorpsiyonu da dilde yanma, batma hislerine yol açabilir.

Ağrı ve hassasiyete neden olan oral mukozal ülserasyonun ender görülen otoimmün veya idiyopatik nedenleri olarak eozinofilik ülser, dev hücreli artirit, hipereozinofilik sendrom, nekrotizan sialometaplazi, poliartirit nodoza, reaktif artirit (Reiter sendromu), akut febril nötrofilik dermatoz (Sweet sendromu) ve Wegener granülomatozu sayılabilir.

#### 1.2.1.1.4 Hipersensitivite veya alerjik reaksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1.1 Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- Oral mukozada hipersensitivite veya alerjik reaksiyon<sup>1</sup> oluşması
- Ağrının hipersensitiviteden veya alerjik reaksiyondan kısa süre sonra ortaya çıkması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- Hipersensitivite veya alerjik reaksiyon, dental materyal (geçici veya kalıcı restorasyon veya ölçü materyali), oral hijyen ürünü, topikal bir ilaç, sistemik bir ilaç, bir gıda veya gıda katkı maddesi veya başka bir faktör ile ilişkili olabilir.

*Yorum:*

1.2.1.1.4 Hipersensitivite veya alerjik reaksiyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik iritanla kötüleşir. Hem dış uyaranla ortaya çıkan hem de spontane ağrı görülebilir.

Oral alerji sendromu (OAS); genellikle ağaçlardan, çimlerden veya otlardan yayılan polene alerjisi olan bireylerde görülür. OAS'ın yaygın kaynakları; taze meyve, çiğ sebze ve çiğ fıstıktır. Semptomlar arasında dudakların, dilin, ağzın ve/veya boğazın bütününde veya bir kısmında kaşınma hissi ve/veya şişkinlik sayılabilir, ancak bu semptomlar zaman zaman şiddetlenebilir ve bulantı ve kusma ile beraber görülebilir.

Dental materyaller, oral hijyen ürünleri ve gıda katkı maddeleri ağızda temas ile ilişkili alerjik reaksiyonlara yol açabilir. Reaksiyonlar; stomatit, likenoid lezyonlar, eroz-

yonlar, blisterler ve ülserasyonlar gibi çeşitli klinik tablolar sergileyebilir.

Alerjik reaksiyonlar ve oral mukozal hipersensitivite reaksiyonları, kütanöz reaksiyonlara göre daha ender görülür. Bu durum, büyük olasılıkla alerjenin dilüe olmasından ve sürekli normal tükürük akışının durulama etkilerinden kaynaklanmaktadır. Lezyonlar; spesifik olmayan doku ödemi, eritem, çatlama, ülserasyon, hiperkeratotik beyaz plak ve/veya mukozal deskuamasyon ile birlikte ortaya çıkabilir.

Ender olarak görülen alerjik temas stomatitinin; dental ölçü materyalleri, dental restoratif materyaller, topikal benzokain uygulaması ve daha yaygın olmak üzere, diş macunları, ağız çalkalama ürünleri ve sakızlarda bulunan tarçın kaynaklı olduğu bildirilmiştir. Lokalize veya yaygın dağılımlı lezyonlar; ülserasyon ile birlikte karışık kırmızı ve beyaz yamalar, yanaklarda şişlik ve dudaklarda, yanaklarda, dilde ve diş etlerinde deskuamasyon olarak ortaya çıkabilir.

Sistemik bir ilaca veya bölgeye doğrudan temas eden irritana gösterilen hipersensitivite reaksiyonu; liken planusu hatırlatan klinik ve histolojik özelliklere neden olabilir. Bu durumda sırasıyla; oral likenoid ilaç reaksiyonu (OLDR) ve oral likenoid temas lezyonu (OLCL) terimleri kullanılır ve her iki reaksiyonda da çoğunlukla ülserasyon çevresinde eritem ve beyaz beyaz kabarcıklarla birlikte şiddetli ülserasyon görülebilir. Genellikle bölgeyi inciten bir etken ile lokalizasyon veya süreklilik arasında bir bağlantı tespit edilir. OLCL'de lezyona yol açan etken genellikle amalgamdır ve cıva veya amalgama hassasiyet şüphesi yapılan yama testiyle doğrulanır. OLDR anjiyotensin-dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, NSAID'ler ve oral hipoglisemik ilaçlar ile tedavi edilen hastalarda belirli bir sıklıkla görülür.

İlaçla bağlantılı hipersensitivitede, lezyonlar ilacın kullanılmaya başlanmasından uzun süre sonra ortaya çıkabilir ve ilaç kullanımının bırakılmasından aylar sonra varlığını koruyarak tanıyı ve tedaviyi karmaşılaştırabilir.

Fiks ilaç erüpsiyonu (FDE) anatomik dokuya/dokuya fikse olma özelliği ile dikkat çeken bir hipersensitivite şeklidir ve NSAID'ler ve oksikam içeren diğer ilaçlar, flukonazol ve sistemik antibakteriyel ve antifungal ilaçların kullanımı ile birlikte tanımlanmıştır. İlaç alımından kısa bir süre sonra ortaya çıkan rahatsızlıklarda FDEden şüphelenilmelidir. Bu şüphe, yama testi veya oral provokasyon testleriyle doğrulanabilir. Rahatsızlık, ilacı bırakma veya ilacın muadilini kullanma yoluyla, akut lezyonlar ise topikal veya sistemik steroidlerle tedavi edilebilir.

Epitelyal hiperplazi veya fibrovasküler hiperplazi ile birlikte görülen ilaç kaynaklı fibroz zaman zaman ağırlı olabilmektedir. Bunun olası sebebi, bu koşullarda oral hijyen zor sağlanması ile ortaya çıkan temel periodontal enfeksiyondur.

#### **1.2.1.1.5 Başka bir nedenden kaynaklanan oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı**

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.1.1 Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- Oral mukoza enflamasyonuna yol açabildiği bilinen, ancak 1.2.1.1.1 ila 1.2.1.1.4.1 başlıklarında sayılmayan bir bozukluğun teşhis edilmiş olması
- Ağrı nedenselliğinin klinik açıdan makul olması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Bu bozukluklar; endokrin bozuklukları veya değişimleri, besin eksikliği, hematolojik hastalıklar, gastrointenstinal hastalıklar ve dermatolojik hastalıklar ve ilaç kaynaklı bozukluklar (hipersensitiviteye veya alerji ile ilişkili olmayanlar) olarak sayılabilir.

*Yorum:*

1.2.1.1.5 Oral mukoza enflamasyonu ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir.

Fizyolojik durumun değiştiği; gebelik ve menopoz gibi olaylar, diş etlerinde sızı ve ağrı tablosu gösteren endokrin değişimlere yol açabilir. Oral mukozada enflamasyona ve ağrıya yol açabilen sistemik bozukluklar; endokrin hastalıklar (hipotiroidizm, diabetes mellitus), besin eksiklikleri (demir, B vitamin kompleksi, çinko); gastrointestinal bozukluklar; ve (hipersensitiviteye veya alerjiye atfedilemeyen) ilaç kaynaklı bozukluklar olarak sayılabilir.

Demir, B vitamini ve folik asit eksikliği atrofik glosite yol açabilir; bu rahatsızlıkta, dilin dorsalindeki filiform papillalar atrofi geçirir ve geride pürüzsüz, eritematoz bir dil bırakır. Oral mukozanın diğer kısımları da atrofik ve kırmızı görünebilir. Şiddetli vakalarda ise aftöz benzeri ülserler yaygındır. Yanma veya batma hissinin ardından, klinik olarak tespit edilebilen lokal lezyonlar oluşur. Şiddetli B12 eksikliği olan vakalarda parestezi ile ilişkilendirilebilir. Hastalarda angüler keilitis gelişimine predispozisyon olarak görülebilir.

Anemi, gammopatiler, hemanitik eksiklikleri, lösemi, miyelodisplastik sendrom, nötropeni ve diğer beyaz hücre diskrazileri gibi hematolojik bozukluklar da oral mukozayı zayıflatarak, ülserasyona ve ağrıya yol açabilir

Gastro-özofageal reflü bozukluğu ve peptik ülser gibi gastrointestinal bozukluklar ise malabzorpsiyona ve malabzorpsiyon sonucunda besin eksikliklerine ve ardından oral mukoza da ağrıya yol açabilir.

Ağrılı mukoza lezyonlarının dermatolojik nedenleri olarak dermatitis herpetiformis, lineer IgA hastalığı, epidermolizis bülloza ve kronik ülseratif stomatit sayılabilir.

Antineoplastik tedavi kaynaklı mukozitte, reaktif oksijen türlerinin başlattığı yaygın enflamasyon, atrofi, şişlik, eritem ve ülserasyonla devam eden karmaşık bir etkiler görülmektedir. Bu etkiler hem kemoterapi kaynaklı mukozitte hem de radyasyon lezyonlarında görülmektedir. Radyasyon lezyonları açık yüzeylerde oluşurken, kemoterapi kaynaklı mukozit sindirim kanalının bütününe etkiler. Sistemik sitotoksik etkenlerin tipi ve dozajı ile radyasyon dozajı ve alanı; mukozit varlığını ve şiddetini etkileyecektir. Kanser tedavisi kaynaklı oral mukozit tedavisine yönelik kanıta dayalı kılavuzlar yayımlanmıştır ve bu etkenlerle tedavi edilen hastaların yer aldığı tüm vakalarda bu yayınlara başvurulmalıdır.

Oral mukozayı tutan benign hiperplastik lezyonlar veya tümörler, genellikle ağrıyla doğrudan ilişkilendirilmese de oklüzyon veya protez irritasyonu sonucunda travmatize ve/veya enfekte olursa ağrılı hale gelebilir (bkz. 1.2.1.1.1 Travma ile ilişkili diş eti ağrısı ve 1.2.1.1.2 Enfeksiyon ile ilişkili diş eti ağrısı).

### 1.2.1.2 Malign lezyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı

*Tam Kriterleri:*

- A. 1.2.1 Oral mukoza ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- B. Oral mukozada neoplazinin teşhis edilmiş olması
- C. Anatomik ve/veya zamana bağlı ağrı nedenlerin makul olması



D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Yorum:*

1.2.1.2 Malign lezyon ile ilişkili oral mukoza ağrısı hafif ila şiddetli seyredebilir ve oral mukozaya uygulanan mekanik provokasyonla kötüleşir. Spontane ağrı da görülebilir

Oral mukoza hem primer hem de metastatik malignitelerden etkilenebilir ve bu malignitelerin tümü spesifik olmayan ülserler ile ortaya çıkabilir. Oral skuamöz hücre karsinomu (OSCC) en yaygın malignitedir ve sıklıkla klinik endurasyon sergileyen ülreasyon, alttaki dokulara bağlanma, ekzofitik marjinlerde kıvrılma, ağrı ve/veya hissizlik ile seyreder.

### 1.2.2 Tükürük bezi ağrısı

*Açıklama:*

Tükürük bezlerini tutan bir lezyon veya bozukluğun yol açtığı ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- Tükürük bezi dokusunda C kriterini karşılayan ağrı
- Tükürük bezi dokularında ağrıya yol açtığı bilinen bir lezyonu veya bozukluğu<sup>1</sup> gösteren klinik, laboratuvar, görüntüleme ve/veya anamnez kanıtı
- Aşağıdakilerin her ikisiyle doğrulanan nedensellik kanıtı
  - Ağrı yerleşiminin lezyon veya bozukluk bölgesine/bölgelerine denk gelmesi
  - Aşağıdaki etkenlerden birinin veya tümünün karşılanması:
    - Ağrının lezyon veya bozukluğun başlangıcından kısa süre sonra ortaya çıkması
    - Ağrının etkilenen tükürük bezine uygulanan baskıyla kötüleşmesi
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- Lezyon veya bozukluk her bir alt formda belirtilmektedir.

### 1.2.2.1 Obstrüktif neden ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.2 Tükürük bezi ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Tükürük kanalında obstrüksiyonun<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması
- Ağrının obstrüksiyona yakın bir zamanda ortaya çıkması veya obstrüksiyonun tespiti sağlaması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- Obstrüksiyon; siyalolitiyaz, mukus tıkaçı, yer kaplayan lezyon veya tükürük bezinde veya tükürük kanalında travmatik veya iyatrojenik yaralanma sonucunda ortaya çıkmış olabilir.

*Yorum:*

Tükürük bezinde obstrüksiyonu olan hastalarda en yaygın görülen tablo, akut aralıklı ağrı ve etkilenen büyük tükürük bezinde şişliktir. Ağrı ve şişlik derecesi, tükürük kanalı obstrüksiyonunun derecesi ve sekonder enfeksiyon varlığı ile ilişkilidir.

Tükürük bezinin benign ve malign tümörleri, ender görülen tükürük bezi ağrısı nedenleri olarak sayılabilir. Bunlar genellikle ağrıyla direkt ilişkilendirilmese de tükürük bezi veya kanalında obstrüksiyona neden olarak ağrı oluşturabilirler.

İatrojenik nedenler arasında tedavilerin sonucunda görülen yaralanmalar da yer almaktadır. Örneğin; farklılaşmış tiroid kanseri hastalarında<sup>131</sup> aracı tükürük bezi

işlevi yüksek aktiviteli radyoaktif ablasyon tedavisinden sonra etkilenir. Radyoaktif iyot tükürük bezi dokusunda aktif olarak birikir ve siyaladenit; tükürük bezi enfeksiyonu ve ağrıya yol açan tükürük salgısının azalması ve kserostomi ile birlikte görülen yaygın sekkeldir.

### 1.2.2.2 Enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.2 Tükürük bezi ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Tükürük bezinde/bezlerinde enfeksiyon<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması<sup>2</sup>
- Ağrının enfeksiyona yakın bir zamanda ortaya çıkması veya enfeksiyonun tespitini sağlaması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

- Enfeksiyon, her alt formda belirtildiği gibi bakteriyel veya viral nitelikte olabilir.
- Tanı anamnez bilgilerine, klinik gözlemlere ve/veya mikrobiyolojik analize dayandırılır.

#### 1.2.2.2.1 Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.2.2 Enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- Enfeksiyonun bakteriyel olması.

*Yorum:*

En yaygın bakteriyel nedeni; Staphylococcus enfeksiyonudur.

Bakteriyel siyaladenit, akut veya kronik olabilir. Primer predispozan etken; tükürük

akış hızıdır. Akış hızı, kanalda ortaya çıkarıldığı retrograd mikrobiyal kolonizasyon ile akut veya kronik süpüratif bir enfeksiyonun gelişmesine neden olabilir. Akut siyaladenit, tek bir tükürük bezinde görülen ağrılı şişkinliktir ve yaygın olarak parotis bezinde görülmektedir. Tükürük kanalının ağzından pürülan akıntı gelebilir ve hasta, üst katmanında kızarıklık ve hatta enflamasyon izlenen bez dokusunda apse oluşumu, halsizlik ve servikal lenfadenopati şikayetleriyle kliniğe başvurabilir. Bakteriyel saliyadenit, sıklıkla immünitesi azalmış hastalarda ve sistemik hastalıklardan, ilaç alımından veya dehidratasyondan dolayı tükürük bezi hipofonksiyonu oluşan yaşlı hastalarda görülür. Aynı zamanda taş birikimi, mukus tıkaçları, tümör oluşumu veya travma sonucunda tükürük kanallarının tıkanmasıyla da ortaya çıkabilir. Predispozan faktörler elimine edilemiyorsa, akut siliyadenit kronikleşip kronik siyaladenite dönüşebilir.

#### 1.2.2.2.2 Viral enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- 1.2.2.2 Enfeksiyon ile ilişkili tükürük bezi ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- Enfeksiyonun viral olması.

*Yorum:*

Tükürük bezlerinin viral enfeksiyonları olarak şişkinlikle birlikte ağrıya da yol açabilen kabakulak, HIV ve CMV enfeksiyonları sayılabilir. Çoğunlukla parotis bezini etkileyen kabakulakta palpasyona ağrılı çift taraflı ani şişme görülür. Özellikle; kanalda kısmi tıkanma varsa, konuşma ve çiğneme davranışları için çenenin hareket etmesiyle birlikte şiddetli lokal ağrı ortaya çıkar. Tipik olarak 4-6 yaş arasındaki çocukları etkiler.

### 1.2.2.3 Juvenil reküran parotitis ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- 1.2.2 Tükürük bezi ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Reküran juvenil parotitis teşhisinin koyulmuş olması
- Yakın zamanda parotitisin başlaması veya nüksetmesi ile gelişen veya tekrarlayan ağrı olması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Yorum:

Juvenil reküran parotitis, çocuklarda parotis bezlerinin, ağrılı veya ağrısız tek veya her iki tarafta şişmesiyle karakterize bir tükürük bezi hastalığıdır. Bu rahatsızlık genellikle parotis bezinde tıkanmaya yol açmayan siyalektazi ve tükürük bezi hipofonksiyonu ile ilişkilendirilir. İki fazlı bir yaş dağılımı sergiler ve insidansı, 2-5 ve 10 yaşlarında en yüksek seviyelere ulaşır. En yaygın semptomları; şişkinlik, ağrı ve ateştir. Semptomlar yaklaşık 3 günle sınırlı kalır ama yaklaşık yılda sekiz epizod ile tekrarlayabilir.

Tanı, hastalık öyküsüne dayanılarak koyulur ve siyalografi veya ultrason ile teyit edilir. Etiyolojisi belirsiz olsa da reküran juvenil parotitis çoğu hastada yetişkinliğe kadar geçer.

### 1.2.2.4 İmmünolojik kaynaklı bozukluk ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- 1.2.2 Tükürük bezi ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Tükürük bezi ağrısına yol açabildiği bilinen immünolojik kaynaklı bir bozukluğun<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması

- Ağrının bozukluğa yakın bir zamanda ortaya çıkması veya bozukluğun tespitini sağlaması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

- Bunların en önemlisi; Sjogren sendromudur.

#### Yorum:

Sjogren sendromu, tükürük bezinde disfonksiyona yol açan otoimmün bir hastalıktır. Semptomları; tükürük bezlerinde tekrarlayan veya ısrarlı şişkinlik, ağız kuruluğu, çiğneme güçlüğü, ağrı ve oral mukozada yanma hissi, kronik boğaz ağrısı ve yutkunmada ağrı olarak sayılabilir.

### 1.2.2.5 Başka bir neden ile ilişkili tükürük bezi ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- 1.2.2 Tükürük bezi ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan bir dişte ağrı
- Tükürük bezi ağrısına yol açabildiği bilinen, ancak 1.2.2.1 ila 1.2.2.4.1 başlıklarında sayılmayan bir rahatsızlığın teşhis edilmiş olması
- Ağrının lezyon veya bozukluğa yakın bir zamanda ortaya çıkması ya da lezyon veya bozukluğun tespitini sağlaması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

- Tükürük bezi ağrısının bir sebebi de graft versus host hastalığı (GVHD) için gerçekleştirilen allojeneik transplantasyon olabilir. Özellikle tükürük bezlerini hedef alan GVHD, hiposalivasyon ve kserostomi, enfeksiyon ve bunu izleyen ağrıyla seyreder.

### 1.2.3 Çene kemiği ağrıları

#### Açıklama:

Çene dokularını tutan bir lezyonun veya bozukluğun yol açtığı ağrı.

#### Tanı Kriterleri:

- A. Çenede<sup>1</sup> C kriterini karşılayan herhangi bir ağrı
- B. Çene kemiğinde ağrıya yol açabildiği bilinen bir lezyonu veya bozukluğu<sup>2</sup> gösteren klinik, laboratuvar, görüntüleme ve/veya anamnez kanıtı
- C. Aşağıdakilerin her ikisiyle doğrulanan nedensellik kanıtı
  1. Çene kemiği lezyonu alanında lokalize ağrı<sup>1</sup>
  2. Aşağıdaki etkenlerden birinin veya tümünün karşılanması:
    - a) Ağrının çene kemiği lezyon veya bozukluğunun başlangıcından kısa süre sonra ortaya çıkması
    - b) Ağrının çene kemiği lezyonuna uygulanan baskıyla kötüleşmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

1. Ağrı diğer ipsilateral orofasiyal yerleşimlere de yansiyabilir ve/veya yayılabilir.
2. Lezyon veya bozukluk her bir alt formda belirtilmektedir.

#### 1.2.3.1 Travma veya yaralanma ile ilişkili çene kemiği ağrısı

##### Tanı Kriterleri:

- A. 1.2.3 Çene kemiği ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Çene kemiğini tutan bir travma veya yaralanmanın gerçekleşmiş olması
- C. Ağrının travma veya yaralanmadan kısa bir süre sonra gelişmiş olması

- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Yorum:

Çene kemiği yaralanması, çene kırığını da kapsar. Genç yetişkinlerde yüz yaralanmalarının büyük bir kısmı; futbol, beyzbol ve hokey gibi sporlardan ve motorlu taşıt kazalarından kaynaklanır. Özellikle çene laserasyonları mandibüler kırıklar ile ilişkilendirilir.

Hastanın ağzını kısıtlı veya anormal bir şekilde açması gibi malokluzyonda yine mandibula kırığının bir belirtisidir. Travmadan hemen sonra oluşan çene uyuşma hissi de mandibuler kırığın habercisi olabilir.

#### 1.2.3.2 Enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı

##### Tanı Kriterleri:

- A. 1.2.3 Çene kemiği ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Çene kemiği dokusunda enfeksiyon<sup>1</sup> teşhis edilmesi
- C. Ağrının enfeksiyona yakın bir zamanda ortaya çıkması veya enfeksiyonun tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

1. Enfeksiyon, her alt formda belirtildiği gibi bakteriyel, viral veya fungal nitelikte olabilir.

#### Yorum:

Kemik içi bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar çene kemiği ağrısına yol açabilir. En yaygın görülen enfeksiyonlar bakteriyel niteliktedir.

Enfeksiyon, osteonekroz ile ilişkili ağrıyı arttırabilen çene osteo(radyo)nekrozuna sekonder olarak gelişebilir (Bkz. 1.2.3.5 Tedavi ile ilişkili çene kemiği ağrısı).

### 1.2.3.2.1 Bakteriyel enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.2.3.2 Enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun bakteriyel olması.

#### Yorum:

Çene kemiği dokusunun bakteriyel enfeksiyonları arasında osteomyelit de yer alır. Odontojenik enfeksiyonlar yayılabilir ve çenede osteomyelite yol açabilir. Ancak, odontojenik enfeksiyona sekonder osteomyelit ender görülür. Şiddetli mandibüler ağrı; çene osteomyelitinin yaygın görülen bir semptomudur ve buna etkilenen tarafta anestezi veya hipestezi eşlik edebilir. Rahatsızlığın uzun sürdüğü vakalarda mandibüler trismus gelişebilir.

### 1.2.3.2.2 Viral enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.2.3.2 Enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun viral olması.

#### Yorum:

Çene kemiği dokusunun viral enfeksiyonları arasında varisella-zoster virüsünün reaktivasyonundan kaynaklanan herpes zoster (HZ) (zona) da yer alır. Komplikasyon olarak HZ kaynaklı osteonekroz görülebilir. Osteonekroz, diş dökülmesi, periodontitis, pulpalarda kalsifikasyon ve devitalizasyon, periapikal lezyonlar ve kök rezorpsiyonu gibi sıra dışı dental komplikasyonlar ve irregüler kısa kökler ve diş eksikliği gibi gelişimsel anomaliler, trigeminal sinirin ikinci veya üçüncü dalının tutulumuna sekonder olarak ortaya çıkabilir.

### 1.2.3.2.3 Fungal enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.2.3.2 Enfeksiyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Enfeksiyonun fungal olması.

#### Yorum:

Çene kemiği dokusunu etkilemesi en muhtemel fungal enfeksiyonlar; aspergilloz ve mukormikozdur.

Oral kavitede aspergilloz; ender olarak görülen ve en sık hematolojik maligniteler gibi nedenlerle immünitesi zayıflamış hastalarda görülen bir rahatsızlıktır. Aspergillus türlerinin yol açtığı osteomyelit, sıklıkla gözden kaçırılan bir enfeksiyondur. Ender görülmekle beraber, invaziv oral aspergilloz hayatı tehdit eden bir hastalıktır ve oral lezyonları olan immünsuprese hastalarda akla gelmelidir.

Mukormikoz; çoğunlukla immünitesi zayıflamış hastaları etkileyen, ancak nadiren diş çekiminin ardından sağlıklı bireylerde de görülebilen fırsatçı bir enfeksiyondur. Mukormikoza yol açtığı düşünülen mikroorganizmalar; başta Rhizopus veya Mukor olmak üzere saprofitik mantardır. İnsanları etkileyen fungal enfeksiyonun en ölümcül ve hızla ilerleyen formudur.

### 1.2.3.3 Lokal benign lezyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 1.2.3 Çene kemiği ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Çene kemiği dokusunda ağrıya yol açabildiği bilinen lokal, benign bir lezyonun<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması
- C. Ağrının lezyona yakın bir zamanda ortaya çıkması ya da lezyonun tespitini sağlaması

D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Lokal benign tümörler; dev hücreli tümör, osteoid osteom ve osteoblastom olarak sayılabilir.

*Yorum:*

Benign kemik tümörleri sıklıkla asemptomatik seyrederek ve travmanın veya başka bir rahatsızlığın tespitine yönelik değerlendirme sırasında kaza eseri tespit edilir. Semptomatik seyreden benign kemik tümörleri lokalize ağrı, şişkinlik, deformite veya patolojik kırık ile izlenebilir. Benign kemik tümörlerinin çoğunun radyografisinde karakteristik özellikler gözlemlenir. Kemik tümörleri tanısının net konulabilmesi için ileri görüntüleme tekniklerinin (örn. bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI)) kullanılması gerekebilir.

Kemiğin dev hücreli tümörü (GCTB;) genç yetişkinlerde ender görülen bir benign osteolitik iskelet neoplazmadır. En yaygın görünümü; ağrı ve şişkinliktir. Kafatası ve kronofasiyal kemikler daha ender olarak tutulan bölgelerdir.

Osteoid osteom hastalarında tipik olarak geceleri kötüleşen, aktiviteyle bağlantısı olmayan ve giderek artan ağrı şikayeti görülür. Ağrı, aspirin veya diğer NSAID'ler yardımıyla genellikle 20-25 dakika içerisinde çözülür. Bu etkenlerin rahatlamaya sağlamaması halinde, diğer tanılar değerlendirmeye alınmalıdır.

Osteoblastom hastaları tipik olarak kronik ve sürekli ağrıdan şikayet eder. Osteoblastomun radyografik bulguları değişkendir ve tespiti için sıklıkla ileri görüntüleme yöntemlerine (örn. BT veya MRI) başvurulması gerekir. Ağrı, aspirin veya diğer NSAID'lerle geçmez.

### 1.2.3.4 Malign lezyon ile ilişkili çene kemiği ağrısı

*Tam Kriterleri:*

- A. 1.2.3 Çene kemiği ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Çene kemiği dokusunda ağrıya yol açtığı bilinen primer veya sekonder malign bir lezyonun<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması
- C. Ağrının lezyona yakın bir zamanda ortaya çıkması ya da lezyonun tespitini sağlaması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Çene kemiği ağrısı primer veya metastatik tümörlerin kitle etkisinden veya metastatik tümörlerin paraneoplastik etkisinden kaynaklanabilir.

*Yorum:*

Primer veya metastatik malign lezyonlar ile ilişkili çene kemiği ağrısı, haftalar veya aylar içerisinde artabilen ve azalabilen lokalize ağrıyla ortaya çıkar.

#### 1.2.3.4.1 Lokal malignite ile ilişkili çene kemiği ağrısı

*Tam Kriterleri:*

- A. 1.2.3.4 Malignite ile ilişkili çene kemiği ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Malign lezyon primerdir.<sup>1</sup>

*Not:*

1. Çene kemiği dokusunda ağrıya yol açabildiği bilinen primer malign lezyonlar olarak osteosarkom, Langerhans Hücreli Histiyozyoz, Non-Hodgkin lenfoma ve multipl miyelom sayılabilir.

*Yorum:*

Osteosarkom ender görülen bir tümör olsa da miyelom hariç, kemikte ortaya çıkması en muhtemel primer malign tümördür (sıklıkla sekonder olarak düşünülmesine rağmen, Paget kemik hastalığının veya diğer benign kemik lezyonlarının sarkomatoz transformasyonu ile ilişkilendirilir). Osteosarkom hastalarının çoğunda tipik olarak, aylarca süren lokalize ağrı görülür. Ağrı, sıklıkla bir yaralanmadan sonra başlar ve birkaç hafta veya ay içerisinde artabilir veya gerileyebilir. Ateş, kilo kaybı ve hal-sizlik gibi sistemik semptomlar genellikle görülmez. En yaygın tutulum bölgeleri ise distal femur, proksimal tibia ve proksimal femurdur; çene kemiklerinde ender görülür.

Langerhans hücreli histiyositoz (LCH) vakalarının radyolojik incelemesinde, tipik olarak litik, "zımbayla delinmiş" bir görünüm izlenir ve bu görünüme zaman zaman yumuşak doku kitlesi eşlik eder. Hasta, kliniğe çene ağrısı ve diş sallanması şikayetiyle başvurabilir. Kemik lezyonları bazı alanlarda asemptomatik seyredebilse de ağızdaki kemik lezyonlarının yönetimi, diş kaybı ve yüksek tekrar oranından dolayı özellikle zordur. Çene kemiklerinin posterior bölgelerinin, anterior bölgelere göre daha sık tutulduğu görülmektedir.

Non-Hodgkin lenfoma; ya B ya da T lenfositinden kaynak alan ve yüksek bir malignite potansiyeli gösteren bir lenfatik sistem tümürüdür. Belirsiz primer dental ağrı ve çözülemez periapikal şişkinlik gibi spesifik olmayan semptomlar, Non-Hodgkin lenfomanın doğru teşhisini zorlaştırabilir. Bu durum, sıklıkla tanıda gecikmeye yol açmaktadır. Çenenin BT veya konik ışınli bilgisayarlı tomografi (CBCT) taramasının alınması ve biyopsi örneğinde immünohistokimyasal boyama yapılması tavsiye edilir. Çene kemiklerini tutan lezyonlarda mandibula maksillaya göre daha ender tutulur. (bildirilen vakalarda mandibula tutulumu %0,6'dır).

Multipl miyelom, plazma hücrelerinin kemik iliğinde proliferasyonu olduğu bir rahatsızlıktır ve genellikle osteolitik lezyonlar, osteopeni ve/veya patolojik kırıklarla birlikte ekstansif iskelet yıkımına yol açar. Hastaların yaklaşık %60'ının tanısında kemik ağrısı ve özellikle sırtta veya göğüste ve nadiren de ekstremitelerde ağrı tespit edilmiştir.

#### 1.2.3.4.2 Uzak malignite ile ilişkili çene kemiği ağrısı

##### *Tanı Kriterleri:*

- 1.2.3.4 Uzak malignite ile ilişkili çene kemiği ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- Malignite uzaktadır.

*Yorum:*

Uzak malign lezyonlar, doğrudan kitle etkileri (sinir kompresyonu ve periost gerilmesi dahil) ve paraneoplastik etki (çeneye kemiği-ne/kemiklerine metastatik yayılım olmadan ortaya çıkan uzak etki) nedeniyle ağrıya yol açar.

#### 1.2.3.5 Tedavi ile ilişkili çene kemiği ağrısı

##### *Tanı Kriterleri:*

- 1.2.3 Çene kemiği ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- Bir terapötik müdahalenin ardından, çene kemiği ağrısına yol açabildiği bilinen bir lezyonun<sup>1</sup> veya rahatsızlığın ortaya çıkmış olması
- Ağrının; lezyonun/bozukluğun anatomik yapılarla ilişkisine ve/veya görünümü veya başlangıcına bağlı zamansal nedenlerinin<sup>2</sup> makul olması
- Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Bu lezyon veya bozukluklar; ilaç kullanımıyla ilişkili çene osteonekrozu (MRONJ), osteoradyonekroz ve diş çekimi sonrası oluşan alveolar osteitis (kuru soket) olarak sayılabilir.
2. Ağrı, genellikle ona sebep olan lezyonun ortaya çıkmasını izleyen saatler ile günler içerisinde gelişir. Ancak, lezyonun görünümü tedavi ile ilişkili olarak değişir: ağrı doğrudan cerrahi bir müdahaleden kaynaklanabilir ve ilaç veya radyasyon kullanımına başlanmasından sonra, aylar veya yıllar içerisinde ortaya çıkabilir.

*Yorum:*

İlaç kullanımıyla ilişkili çene osteonekrozu (MRONJ); bisfosfonat veya başka antirezortif (örn. denosumab) veya anti-anjiyojenik (örn. bevasizumab) ilaçlarla tedavi edilen bir bireyin, maksilofasiyal bölgesinde 8 haftadan uzun süreyle devam eden (bir sinüs kanalından açığa çıkarılabilen veya sondayla yaklaşılabilen) nekrotik kemik prezansı ile tanımlanır. MRONJ; tipik olarak bu etkenlerle tedavi edilen hastalarda mandibula veya maksillada; ağrı, enfeksiyon ve nekrotik kemik ile ortaya çıkar. Dentoalveolar cerrahi önemli bir risk faktörüdür.

Osteoradyonekroz; radyoterapiye (RT) bağlı olarak, vasküler obliterasyon ve radyasyon almış olan dokulara ulaşan vasküler kaynağın azalması ile ortaya çıkan bir komplikasyonudur. Osteoradyonekroz semptomları, ağrı, ağız kokusu, disguzi, disestezi veya anestezi, trismus, çiğneme ve yutma güçlüğü, konuşma güçlükleri, fistül oluşumu, patolojik kırık ve enfeksiyon ile ortaya çıkabilir. Osteoradyonekrozun başlangıç zamanı ise vakalar arasında değişiklik gösterir. Bazı vakalarda radyoterapinin tamamlanmasından hemen süre sonra teşhis edilebilirken, bazılarında ilk kanser tedavisinden yıllar sonra dahi teşhis edilememektedir. En sık etkilenen çene kemiği mandibula

olmkala beraber nadiren maksillada da osteoradyonekroz görülmektedir.

Alveolar osteitis (kuru soket); diş çekimlerinden sonra oluşan bir komplikasyondur ve yaygın olarak mandibüler molar dişlerin çekimlerinde görülür. Operasyonu izleyen 2-3 gün içerisinde yaşanan şiddetli ağrıya ilişkilendirilir. Sokette kan pıhtısının hiç bulunmadığı veya kısmen eksik olduğu sıklıkla tespit edilen bir belirtidir. Bazı hastalarda ağız kokusu da görülebilir.

### 1.2.3.6 Sistemik hastalık ile ilişkili çene kemiği ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 1.2.3 Çene kemiği ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Çene kemiği ağrısına yol açabildiği bilinen bir sistemik hastalığın teşhis edilmiş olması
- C. Ağrı nedenselliğinin klinik açıdan makul olması
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Bu hastalıklar orak hücre hastalığı, Gaucher hastalığı ve Paget hastalığı olarak sayılabilir.

*Yorum:*

Bazı sistemik hastalıkların aralıklı ağrı krizleriyle seyreden diffüz kemik ağrısıyla karakterize, tekrarlayan vazooklüzif ağrı epizodları izlenir ve bu epizodlar, sıklıkla osteonekroza (avasküler nekroz) yol açar.

Orak hücre hastalığı (SCD) klinik ve hematolojik olarak şiddetli heterojenite ile ortaya çıkar ve tekrarlayan vazooklüzif ağrı epizodlarıyla karakterizedir. Bu epizodlar sık olarak her hafta ortaya çıkabilir veya uzunca bir süre görülmeyebilir. Ağrı epizodları kemik enfarktüsüne, kemik nekrozuna ve zaman içerisinde



ilik içeren kemikte dejeneratif değişimlere neden olarak akut ağrılı epizodlarla beraber kronik bir ağrı haline gelebilir.

Gaucher hastalığı (GD); hücre üzerindeki glikolipitlerin geri dönüşümünü etkileyen bir doğumsal metabolizma hastalığıdır ve en yaygın görülen lipozomal depo hastalıklarından biridir. İskelet hastalığı; aralıklı ağrı krizleriyle seyreden diffüz kemik ağrısıyla karakterize, tekrarlayan vazooklüzif ağrı epizodları ile izlenir ve sıklıkla osteonekroza (avasküler nekroz) yol açar.

Paget kemik hastalığı (PDB); osteitis deformans olarak da bilinir. PDB; kemik metabolizmasında görülen bir fokal bozukluktur ve tek bir bölgede (monostotik PDB) veya birçok bölgede (poliostotik PDB) kemik büyümesine yol açan hızlanmış kemik döngüsüyle karakterizedir. Bu hastalığın yaygın olarak etkilediği alanlar; kafatası, omurga, pelvis ve alt ekstremitenin uzun kemikleri olarak sayılabilir. Osteosarkomalara benzer olarak, hastalık lokalize ağrı ve şişkinlik ile ortaya çıkabilir ve tipik olarak poliostotik hastalık ile birlikte görülür.

## Kaynaklar

### 1.1.1 Pulpal ağrı

- Abbott PV and Yu C. A clinical classification of the status of the pulp and the root canal system. *Austral Dent J* 2007; 52(suppl): S17–31.
- Benoliel R, Sharav Y and Eliav E. Neurovascular orofacial pain. *J Am Dent Assoc* 2010; 141: 1094–1096.
- Berman LH and Hartwell GR. Diagnosis. In: Cohen S and Hargreaves KM (eds) *Pathways of the pulp*. 9th ed. St Louis, MO: Mosby-Elsevier, 2006, pp.2–39.
- Byers MR and Narhi MVO. Nerve supply of the pulpodentin complex and response to injury. In: Hargreaves KM and Goodis HE (eds) *Seltzer and Bender's dental pulp*. Chicago, IL: Quintessence, 2002, pp.151–179.
- Falace DA, Reid K and Rayens MK. The influence of deep (odontogenic) pain intensity, quality, and duration on the incidence and characteristics of referred orofacial pain. *J Orofac Pain* 1996; 10: 232–239.
- Garfunkel A, Sela J and Ulmansky M. Dental pulp pathosis: clinicopathologic correlations based on 109 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 35: 110–117.
- Glick DH. Locating referred pulpal pains. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; 15: 613–623.
- Hargreaves KM and Seltzer S. Pharmacologic control of dental pain. In: Hargreaves KM and Goodis HE (eds) *Seltzer and Bender's dental pulp*. Chicago, IL: Quintessence, 2002, pp.205–225.
- Hasler JE and Mitchell DF. Painless pulpitis. *J Am Dent Assoc* 1970; 81: 671–677.
- Kang, SH, Kim BS and Kim Y. Cracked teeth: distribution, characteristics, and survival after root canal treatment. *J Endod* 2016; 42: 557–562.
- Mejare IA, Axelsson S, Davidson T, et al. Diagnosis of the condition of the dental pulp: a systematic review. *Int Endod J* 2012; 45: 597–613.
- Michaelson PL and Holland GR. Is pulpitis painful? *Int Endod J* 2002; 35: 829–832.
- Obermann M, Mueller D, Yoon MS, et al. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1278–1282.
- Patel S, Kanagasingam S and Pitt Ford T. External cervical resorption: a review. *J Endod* 2009; 35: 616–625.
- Schuermans TJ, Nixdorf DR, Idiyatullin DS, et al. Accuracy and reliability of root crack and fracture detection in teeth using magnetic resonance imaging. *J Endodontics* 2019; 45: 750–755.
- Seo DG, Yi YA, Shin SJ, et al. Analysis of factors associated with cracked teeth. *J Endod* 2012; 38: 288–292.

- Sharav Y, Katsarava Z and Benoliel R. Migraine and possible facial variants: neurovascular orofacial pain. In: Sharav Y and Benoliel R (eds) *Orofacial pain and headache*. 2nd ed. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co., 2015, pp.319–362.
- Sharav Y, Katsarava Z and Charles A. Facial presentations of primary headache disorders. *Cephalalgia* 2017; 37: 714–719.
- Sharav Y, Leviner E, Tzukert A, et al. The spatial distribution, intensity and unpleasantness of acute dental pain. *Pain* 1984; 20: 363–370.
- Sigurðsson A. Clinical manifestations and diagnosis. In: Ørstavik D and Pitt-Ford TR (eds) *Essential endodontology*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008, pp.235–261.
- Smulson MH and Sieraski SM. Histophysiology and diseases of the dental pulp. In: Weine FS (ed.) *Endodontic therapy*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby, 1996, pp.84–165.
- Tyldesley WR and Mumford JM. Dental pain and the histological condition of the pulp. *Dent Pract Dent Rec* 1970; 20: 333–336.
- Von Troil B, Needleman I and Sanz M. A systematic review of the prevalence of root sensitivity following periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 2002; 29(3 suppl): 173–177.
- ### 1.1.2 Periodontal ağrı
- Andreasen JO and Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology of traumatic dental injuries. In: Andreasen JO (ed.) *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard, 1994, pp.151–177.
- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1–6.
- Bastone EB, Freer TJ and McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. *Aust Dent J* 2000; 45: 2–9.
- Costa CPS, Thomaz EBAF and Souza S de FC. Association between sickle cell anemia and pulp necrosis. *J Endod* 2013; 39: 177–181.
- Gomes BP, Lilley JD and Drucker DB. Associations of endodontic symptoms and signs with particular combinations of specific bacteria. *Int End J* 1996; 29: 69–75.
- Gutmann JL, Baumgartner JC, Gluskin AH, et al. Identify and define all diagnostic terms for periapical/periradicular health and disease states. *J Endod* 2009; 35: 1658–1674.
- Heasman PA and Hughes FJ. Drugs, medications and periodontal disease. *Br Dent J* 2014; 217: 411–418.
- Horning GM and Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol* 1995; 66: 990–998.
- Kaste LM, Gift HC, Bhat M, et al. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States 1988–1991. *J Dent Res* 1996; 75: 696–705 (Special Issue).
- Kinane JF and Chestnutt IG. Smoking and periodontal disease. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11: 356–365.
- Laux M, Abbott PV, Pajarola G, et al. Apical inflammatory root resorption: a correlative radiographic and histological assessment. *Int Endod J* 2000; 33: 483–493.
- Levin LG, Law AS, Holland GR, et al. Identify and define all diagnostic terms for pulpal health and disease states. *J Endod* 2009; 35: 1645–1657.
- Mejàre IA, Axelsson S, Davidson T, et al. Diagnosis of the condition of the dental pulp: a systematic review. *Int Endod J* 2012; 45: 597–613.
- Ricucci D and Siqueira JF Jr. Biofilms and apical periodontitis: study of prevalence and association with clinical and histopathologic findings. *Endod* 2010; 36: 1277–1288.
- Ricucci D, Siqueira JF Jr, Lopes WS, et al. Extraradicular infection as the cause of persis-

- tent symptoms: a case series. *J Endod* 2015; 41: 265–273.
- Sharav Y and Benoliel R. Acute orofacial pain. In: Sharav Y and Benoliel R (eds) *Orofacial pain and headache*. 2nd ed. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co., 2015, pp.141–161.
- Sjögren U, Happonen RP, Kahnberg K-E, et al. Survival of *Arachnia propionica* in periapical tissue. *Int Endodont J* 1988; 21: 277–282.
- The Dental Trauma Guide – an online evidence-based treatment guide produced in cooperation with the Resource Centre for Rare Oral Diseases and Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Copenhagen University Hospital, [www.dentaltraumaguide.org/](http://www.dentaltraumaguide.org/) (accessed January 2020).
- Tronstad L, Barnett F, Riso K, et al. Extraradicular endodontic infections. *Endod Dent Traumatol* 1987; 3: 86–90.
- Yoshida M, Fukushima H, Yamamoto K, et al. Correlation between clinical symptoms and microorganisms isolated from root canals of teeth with periapical pathosis. *J Endod* 1987; 13: 24–28.
- ### 1.1.3 Diş eti ağrısı
- Akintoye SO and Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 2014; 58: 281–297.
- Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(suppl): S25.e1–12.
- Andrade P, Brinca A and Goncalo M. Patch testing in fixed drug eruptions – a 20-year review. *Contact Dermatitis* 2011; 65: 195–201.
- Bascones-Martínez A, Garcí'a-Garcí'a V, Meurman JH, et al. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 2015; 54: 258–270.
- Batchelor JM and Todd PM. Allergic contact stomatitis caused by a polyether dental impression material. *Contact Dermatitis* 2010; 63: 296–297.
- Benedix F, Schilling M, Schaller M, et al. A young woman with recurrent vesicles on the lower lip: fixed drug eruption mimicking herpes simplex. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 491–494.
- Calapai G, Miroddi M, Mannucci C, et al. Oral adverse reactions due to cinnamon-flavoured chewing gums consumption. *Oral Dis* 2014; 20: 637–643.
- Carrozzo M, Togliatto M and Gandolfo S. [Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype]. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 217–226.
- Farthing P, Bagan JV and Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis* 2005; 11: 261–267.
- Feller L, Altini M, Chandran R, et al. Noma (cancrum oris) in the South African context. *J Oral Pathol Med* 2014; 43: 1–6.
- Firth FA, Friedlander LT, Parachuru VP, et al. Regulation of immune cells in oral lichen planus. *Arch Dermatol Res* 2015; 307: 333–339.
- Fitzpatrick SG, Hirsch SA and Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 45–56.
- Fourie J and Boy SC. Oral mucosal ulceration – a clinician's guide to diagnosis and treatment. *S Afr Dent J* 2016; 71: 500–508.
- Fukiwake N, Moroi Y, Urabe K, et al. Detection of autoantibodies to desmoplakin in a patient with oral erythema multiforme. *Eur J Dermatol* 2007; 17: 238–241.
- Gondivkar SM, Gadbaill A and Chole R. Oral pregnancy tumor. *Contemp Clin Dent* 2010; 1: 190–192.

- Gorouhi F, Davari P and Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorld-Journal* 2014; 2014: 742826.
- Gupta S, Gupta S, Mittal A, et al. Oral fixed drug eruption caused by gabapentin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 1207–1208.
- Harman KE, Albert S and Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* 2003; 149: 926–937.
- Hasan S. Desquamative gingivitis – a clinical sign in mucous membrane pemphigoid: report of a case and review of literature. *J Pharm Bioallied Sci* 2014; 6: 122–126.
- Hertel M, Matter D, Schmidt-Westhausen AM, et al. Oral syphilis: a series of 5 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 338–345.
- Jain P and Jain I. Oral manifestations of tuberculosis: step towards early diagnosis. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: ZE18–21.
- Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. *Br J Oral Surg* 1966; 3: 188–205.
- Khatibi M, Shakoorpour AH, Jahromi ZM, et al. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012; 21: 1312–1315.
- Kind F, Scherer K and Bircher AJ. Allergic contact stomatitis to cinnamon in chewing gum mistaken as facial angioedema. *Allergy* 2010; 65: 276–277.
- Perusquia-Ortiz AM, Vazquez-Gonzalez D and Bonifaz A. Opportunistic filamentous mycoses: aspergillosis, mucormycosis, phaeohyphomycosis and hyalohyphomycosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; 10: 611–621.
- Raber-Durlacher JE, Elad S and Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol* 2010; 46: 452–456.
- Rosenthal DI and Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2009; 19: 29–34.
- Savin JA. Current causes of fixed drug eruption in the UK. *Br J Dermatol* 2001; 145: 667–668.
- Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. *N Engl J Med* 2006; 355: 165–172.
- Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, et al. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med* 2009; 38: 481–488.
- Slebioda Z, Szponar E and Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 96–102.
- Theander E and Jacobsson LT. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 935–947.
- Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19: e386–390.
- Venables ZC, Narayana K and Johnston GA. Two unusual cases of allergic contact stomatitis caused by methacrylates. *Contact Dermatitis* 2016; 74: 126–127.
- Von Arx DP and Husain A. Oral tuberculosis. *Br Dent J* 2001; 190: 420–422.
- Warnakulasuriya S, Johnson NW and van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.
- Yuan A and Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 35–47.

### 1.2.1 Oral mukoza ağrısı

- Abdalla-Aslan R, Benoliel R, Sharav Y, et al. Characterization of pain originating from oral mucosal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016; 121: 255–261.
- Akintoye SO and Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 2014; 58: 281–297.
- Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(suppl): S25.e1–12.
- Andrade P, Brinca A and Goncalo M. Patch testing in fixed drug eruptions – a 20-year review. *Contact Dermatitis* 2011; 65: 195–201.
- Bascones-Martínez A, Garcí'a-Garcí'a V, Meurman JH, et al. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 2015; 54: 258–270.
- Batchelor JM and Todd PM. Allergic contact stomatitis caused by a polyether dental impression material. *Contact Dermatitis* 2010; 63: 296–297.
- Benedix F, Schilling M, Schaller M, et al. A young woman with recurrent vesicles on the lower lip: fixed drug eruption mimicking herpes simplex. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 491–494.
- Calapai G, Miroddi M, Mannucci C, et al. Oral adverse reactions due to cinnamon-flavoured chewing gums consumption. *Oral Dis* 2014; 20: 637–643.
- Carrozzo M, Togliatto M and Gandolfo S. Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 217–226.
- Duncan GG, Epstein JB, Tu D, et al. Quality of life, mucositis, and xerostomia from radiotherapy for head and neck cancers: a report from the NCIC CTG HN2 randomized trial of an antimicrobial lozenge to prevent mucositis. *Head Neck* 2005; 27: 421–428.
- Farthing P, Bagan JV and Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis* 2005; 11: 261–267.
- Firth FA, Friedlander LT, Parachuru VP, et al. Regulation of immune cells in oral lichen planus. *Arch Dermatol Res* 2015; 307: 333–339.
- Fitzpatrick SG, Hirsch SA and Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 45–56.
- Fourie J and Boy SC. Oral mucosal ulceration – a clinician's guide to diagnosis and treatment. *S Afr Dent J* 2016; 71: 500–508.
- Fukiwake N, Moroi Y, Urabe K, et al. Detection of autoantibodies to desmoplakin in a patient with oral erythema multiforme. *Eur J Dermatol* 2007; 17: 238–241.
- Gorouhi F, Davari P and Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 742826.
- Gupta S, Gupta S, Mittal A, et al. Oral fixed drug eruption caused by gabapentin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 1207–1208.
- Harman KE, Albert S and Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* 2003; 149: 926–937.
- Hertel M, Matter D, Schmidt-Westhausen AM, et al. Oral syphilis: a series of 5 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 338–345.
- Jain P and Jain I. Oral manifestations of tuberculosis: step towards early diagnosis. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: ZE18–21.

- Khatibi M, Shakoorpour AH, Jahromi ZM, et al. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012; 21: 1312–1315.
- Kind F, Scherer K and Bircher AJ. Allergic contact stomatitis to cinnamon in chewing gum mistaken as facial angioedema. *Allergy* 2010; 65: 276–277.
- Mravak-Stipetić M. Differential diagnostics of painful conditions of oral mucosa anticancer therapy. *Rad 507. Med Sci* 34: 55–73.
- Perusquia-Ortiz AM, Vazquez-Gonzalez D and Bonifaz A. Opportunistic filamentous mycoses: aspergillosis, mucormycosis, phaeohyphomycosis and hyalohyphomycosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; 10: 611–621.
- Raber-Durlacher JE, Elad S and Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol* 2010; 46: 452–456.
- Rosenthal DI and Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2009; 19: 29–34.
- Saccucci M, Di Carlo G, Bossu` M, et al. Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: diagnosis and clinical management. *J Immunol Res* 2018; 2018: 6061825.
- Savin JA. Current causes of fixed drug eruption in the UK. *Br J Dermatol* 2001; 145: 667–668.
- Scully C. ABC of oral health: mouth ulcers and other causes of orofacial soreness and pain. *Br Med J* 2000; 321: 162–165.
- Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. *N Engl J Med* 2006; 355: 165–172.
- Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, et al. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med* 2009; 38: 481–488.
- Slebioda Z, Szponar E and Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 96–102.
- Sonis ST, Elting LS, Keefe D, et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer* 2004; 100(9 suppl): 1995–2025.
- Theander E and Jacobsson LT. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 935–947.
- Treister N and Sonis S. Mucositis: biology and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 15: 123–129.
- Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19: e386–390.
- Venables ZC, Narayana K and Johnston GA. Two unusual cases of allergic contact stomatitis caused by methacrylates. *Contact Dermatitis* 2016; 74: 126–127.
- Vera-Llonch M, Oster G, Ford CM, et al. Oral mucositis and outcomes of allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation in patients with hematologic malignancies. *Support Care Cancer* 2007; 15: 491–496.
- Von Arx DP and Husain A. Oral tuberculosis. *Br Dent J* 2001; 190: 420–422.
- Warnakulasuriya S, Johnson NW and van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.
- Yuan A and Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 35–47.

### 1.2.2 Tükürük bezi ağrısı

- Bassim CW, Fassil H, Mays JW, et al. Oral disease profiles in chronic graft versus host disease. *J Dent Res* 2015; 94: 547–554.
- Brook I. The bacteriology of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2009; 21: 269–274.
- Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, et al. Major and minor salivary gland tumors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; 74: 134–148.
- Klein Hesselink EN, Brouwers AH, de Jong JR, et al. Effects of radioiodine treatment on salivary gland function in patients with differentiated thyroid carcinoma: a prospective study. *J Nucl Med* 2016; 57: 1685–1691.
- Leerdam CM, Martin HC and Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 631–634.
- Napeñas JJ and Rouleau TS. Oral complications of Sjögren's syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2014; 26: 55–56.
- Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, et al. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64: 475–487.
- Wilson KF, Meier JD and Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician* 2014; 89: 882–888.
- Caparrotti F, Huang SH, Lu L, et al. Osteoradionecrosis of the mandible in patients with oropharyngeal carcinoma treated with intensitymodulated radiotherapy. *Cancer* 2017; 123: 3691–3700.
- Caputo ND, Raja A, Shields C, et al. Re-evaluating the diagnostic accuracy of the tongue blade test: still useful as a screening tool for mandibular fractures? *J Emerg Med* 2013; 45: 8–12.
- Chopra S, Kamdar D, Ugur OE, et al. Factors predictive of severity of osteoradionecrosis of the mandible. *Head Neck* 2011; 33: 1600–1605.
- Copley L and Dormans JP. Benign pediatric bone tumors. Evaluation and treatment. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 949–966.
- Da Fonseca M, Oueis HS and Casamassimo PS. Sick cell anemia: a review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent* 2007; 29: 159–169.
- Daly B, Sharif MO, Newton T, et al. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD006968.
- D'Ambrosio N, Soohoo S, Warshall C, et al. Craniofacial and intracranial manifestations of langerhans cell histiocytosis: report of findings in 100 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191: 589–597.
- Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, et al. A retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg* 2008; 60: 398–403.
- Gabrielli E, Fothergill AW, Brescini L, et al. Osteomyelitis caused by *Aspergillus* species: a review of 310 reported cases. *Clin Microbiol Infect* 2014; 20: 559–565.
- Grabowski GA. Recent clinical progress in Gaucher disease. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 519–524.
- Grabowski GA, Andria G, Baldellou A, et al. Pediatric non-neuronopathic Gaucher

### 1.2.3 Çene kemiği ağrıları

- Annibaldi S, Cristalli MP, Solidani M, et al. Langerhans cell histiocytosis: oral/periodontal involvement in adult patients. *Oral Dis* 2009; 15: 596–601.
- Campanacci M, Baldini N, Boriani S, et al. Giant-cell tumor of bone. *J Bone Joint Surg Am* 1987; 69: 106–114.

- disease: presentation, diagnosis and assessment. Consensus statements. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 58–66.
- Greenspan A. Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 485–500.
- Gupta S, Sreenivasan V, Patil PB. Dental complications of herpes zoster: two case reports and review of literature. *Indian J Dent Res* 2015; 26: 214–219.
- Jones AC, Prihoda TJ, Kacher JE, et al. Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102: 639–650.
- Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 21–33.
- Mirabello L, Troisi RJ, Savage SA. Osteosarcoma incidence and survival rates from 1973 to 2004: data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Cancer* 2009; 115: 1531–1543.
- Nilesh K and Vande AV. Mucormycosis of maxilla following tooth extraction in immunocompetent patients: Reports and review. *J Clin Exp Dent* 2018; 10: e300–e305.
- Platt OS, Thorington BD, Brambilla DJ, et al. Pain in sickle cell disease. Rates and risk factors. *N Engl J Med* 1991; 325: 11–16.
- Prasad KC, Prasad SC, Mouli N, et al. Osteomyelitis in the head and neck. *Acta Otolaryngol* 2007; 127: 194–205.
- Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, et al.; American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 1938–1956.
- Sharif MO, Dawoud BE, Tschlakai A, et al. Interventions for the prevention of dry socket: an evidence-based update. *Br Dent J* 2014; 217: 27–30.
- Van Staa TP, Selby P, Leufkens HG, et al. Incidence and natural history of Paget's disease of bone in England and Wales. *J Bone Miner Res* 2002; 17: 465–471.
- Wyers MR. Evaluation of pediatric bone lesions. *Pediatr Radiol* 2010; 40: 468–473.
- Yildiz C, Erler K, Atesalp AS, et al. Benign bone tumors in children. *Curr Opin Pediatr* 2003; 15: 58–67.
- Zou H, Yang H, Zou Y, et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma in the maxilla: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97: e10707.



## 2. Miyofasiyal orofasiyal ağrı

### Genel Yorumlar:

Temporomandibüler bozukluklar (TMB) çiğneme kaslarını, TME ve komşu yapılarını etkileyen ağrılı ve ağrısız çeşitli bozuklukları tanımlamak için kullanılan bir terimdir. INfORM'un yayımladığı Temporomandibüler Bozukluklar Tanı Kriterleri (DC/TMD) güvenilir ve dünyaca kabul görmüş bir kaynaktır. Buna karşın, kronik kas ağrısı için terminoloji hala tartışmalıdır. DC/TMD'de miyalji ve miyofasiyal ağrıya işaret edilirken, ısrarlı orofasiyal kas ağrısı gibi terimler de önerilebilmektedir.

ICOP'ta miyofasiyal ağrı kapsayıcı bir başlık olarak kullanılmakta ve ağrının kastaki belirli yapılara veya dokular ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar bulunmadığından, miyofasiyal terimine başvurulmaktadır. Buna ek olarak, DC/TMD ile uyum sağlanması için "temporomandibüler bozukluk" terimi de korunmuştur. ICOP'ta miyofasiyal ağrılar için ortaya koyulan ağrı sıklığı değişkeni yeni bir uygulamadır (DC/TMD'de kullanılmamıştır), ancak gerekçesi 2. başlıkta bildirilen Gerilim Tipi Baş Ağrısı başlığı için ICHD-3'te sunulan genel ilkelere dayanmaktadır. Diğer bir deyişle, atak sıklığı konusunda birbirine benzer kriterler kullanılmaktadır. Seyrek (ayda birden daha az ortaya çıkan) miyofasiyal ağrıların klinik anlamı halen tartışılmakla birlikte eldeki somut kanıtlar bu ağrıların daha sık ortaya çıkan ağrılardan ayrılması gerektiğini göstermektedir. Gelecekte yürütülecek çalışmalarda miyofasiyal ağrıların arasındaki sıklığının bu şekilde belirtilmesi ile bu ayırımın tedavi açısından getireceği sonuçlar daha net şekilde belirlenebilecektir.

Bazı diş hekimleri ve birçok orofasiyal ağrı (OFA) uzmanları çene kası ağrısına ek olarak servikal kas ağrısını da tedavi etmeyi tercih etse de bu aşamada servikal kas ağrıları için bir sınıflandırma sunulmasına karar verilmiştir. Ancak, yine de bir öneri sunmak gerekirse,

bu ağrılar benzer ilkelere (sıklığı, yansıması, varlığı veya yokluğu ve muayene sonucunda elde edilen lokal bulgular) bağlı kalınarak sınıflandırılabilir. Aynı sınıflandırma, orofasiyal bölgedeki diğer kaslar (örn. dil veya çiğneme kasları) için de uygulanabilir.

Ağrı yansımasıyla ilgili olarak, orofasiyal kaslardaki hem akut hem de kronik ağrı tiplerinin bu klinik olguyla bağlantılı olabileceği (diğer bir deyişle, ağrının nosiseptif veya uyarının kaynağından farklı bir bölgede hissedilebildiği) yaygın olarak kabul görmüştür. Bu durumun patofizyolojik önemi veya tedavi üzerindeki etkileri henüz belirlenmemiştir; ancak, tanı açısından bakıldığında yansıyan ağrının lokal ağrılardan ayırt edilmesi önemli bir adımdır. Sonuç olarak, tüm miyofasiyal ağrı tanıları palpasyon sırasında ağrı görülüp görülmediğine bağlı olarak alt kategorilere ayrılır. Ağrı yansımasının tanımı DC/TMD ile aynıdır.

DC/TMD'de ağrı yayılımı kategorisi de kullanılmaktadır. Ağrı yansımasının aksine, bu kategori etkilenen anatomik yapının sınırları içerisinde kalır. Araştırmalarda DC/TMD'de ağrı yayılımı gösteren miyofasiyal ağrı için tanımlanan spesifik kriterler gerektiğinde kullanılabilir.

Buna ilaveten, DC/TMD yalnızca temporalis ve masseter kaslarıyla sınırlı değildir; muayene kriterlerinde bu kasların belirtilmesi, (a) araştırmacı güvenilirliğinin daha yüksek olmasına ve (b) ağrılı miyofasiyal TMB hastalarının neredeyse tümünün bu kasların en azından birinde ağrı sergilemesi ile ilişkilidir. Buna karşın, diğer çiğneme kaslarında pozitif belirtilerin bulunmaması için mantıksal herhangi bir sebep yoktur. Kapsamın, temporalis ve masseter ile sınırlı olması, diğer çiğneme kaslarında oldukça lokalize miyalji sergileyen bireylerin kapsam dışı kalmasına yol açar. Bu ayırım, klinisyen tarafından gereksiz bir sınırlama olarak görülecektir. Dolayısıyla, ICOP sınıflandırması gelecek revizyonlarda

diğer orofasiyal kasları da kapsayacak şekilde genişletilebilir

DC/TMD'de kas ağrısı tanısı için kilit kriterlerden biri, hastanın provokasyon testlerinde ağrı – standart palpasyon ve/veya çene açılışında ağrı – hissettiğini belirtmesidir. Bu kriter, ICOP kriterlerine yansıtılmıştır. Tanı hassasiyetinin ve özgülüğünün artırılması için çene kasları ile TME'de ilave dinamik/statik testlerin yapılmasının gerekli olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir. Fakat yine de bu tür testlerin rutin uygulama olarak tavsiye edilebilmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Provokasyon testlerinden pozitif bulgu elde edilebilmesi için izlenecek spesifik uygulamalarda ve kriterlerde DC/TMD'de sunulan tanımlar takip edilmelidir. Bu tanımlarda palpasyon kuvvetinin ve süresinin standartlaştırılmasının önemi vurgulanarak, palpasyon sonrası ağrı provokasyonunun tespiti için 2 saniye süreyle 1 kg, ağrı yansımalarının (veya yayılımının) belirlenmesi için 5 saniye boyunca 1 kg uygulanması gerektiği belirtilmektedir. Palpasyon kuvveti açısından vakaların diğerlerinden ayrılması için kullanılabilir kapsamlı deneysel kanıtlar olmakla beraber, palpasyon süresi konusunda yalnızca başlangıç niteliğinde deneysel destek söz konusudur.

#### *Primer ve sekonder ağrı*

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği'nin (IASP) kronik ağrı durumlarına ilişkin sınıflandırmasına dayanarak, bu bölümde primer ve sekonder ağrı durumları arasında bir ayırım yapılmıştır. Primer ağrı durumlarının patofizyolojik mekanizmaları konusunda ciddi bir bilgi birikimi olmakla beraber, bu durumlar idiyopatik niteliktedir, yani spesifik etiyolojisi veya nedeni belirlenemez. Sekonder ağrı durumlarında ağrı bilinen başka bir duruma veya nedene sekonder veya mevcut durum ya da neden kaynaklı ortaya çıkar.

Sekonder miyofasiyal ağrılarda, temelde yatan bozuklukların (tendinit, miyozit ve kas spazmı) belirlenmesi için Genişletilmiş Temporomandibüler Bozukluk Taksonomisi kullanılır. Bunlar daha ileri araştırmalar için önerilen fakat henüz valide edilmemiş kriterlerdir.

## **2.1 Primer miyofasiyal orofasiyal ağrı**

### *Açıklama:*

Fonksiyonel bozukluk olsun veya olmasın, çiğneme kaslarında oluşan ve başka bir bozukluğa bağlanmayan ağrı.

### *Tanı Kriterleri:*

- A. B – D kriterlerini karşılayan miyofasiyal ağrı
- B. Bir veya birden fazla epizodla ortaya çıkması<sup>1</sup> veya sürekli devam etmesi
- C. Aşağıdaki etkenlerin ikisinin de karşılandığı hastada çene, şakak ve/veya kulak önünde lokalize olarak bildirilmesi:
  1. Temporalis ve/veya masseter kasının/kaslarının lokalizasyonunun/lokalizasyonlarının muayeneyle teyit edilmesi
  2. Aşağıdaki etkenlerin en az biriyle provokasyon sağlanması:
    - a) Temporalis ve/veya masseter kasının/kaslarının palpasyonu
    - b) Destekli veya desteksiz maksimum çene açılma hareketi/hareketleri
- D. Çene hareketi, fonksiyonu veya parafonksiyonu (örn. diş gıcırdatma veya sıkma) ile değişmesi<sup>2</sup>
- E. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

### *Not:*

1. Her biri en az 30 dakika süren ve gün içerisinde toplam süresi en az 2 saat olan ataklar herhangi bir günde tek seferde veya reküran olarak ortaya çıkabilir.
2. Ağrı artabilir veya azalabilir.

### 2.1.1 Akut primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

#### Açıklama:

Çiğneme kaslarında hafif ila orta şiddette seyreden, epizodik veya sürekli ortaya çıkan, sıklıkla alt çeneyi oynatma, çiğneme ve/veya esneme gibi hareketlerde zorlanma algısı gibi fonksiyonel bozukluklarla ilişkilendirilen ve son 3 ay içerisinde başlayan derin ağrı veya baskı ağrısı.

#### Tanı Kriterleri:

- A. 2.1 Primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. Son 3 ay içerisinde başlamış olması.

### 2.1.2 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

#### Açıklama:

Çiğneme kaslarında hafif ila orta şiddette seyreden, epizodik veya sürekli ortaya çıkan, sıklıkla alt çeneyi oynatma, çiğneme ve/veya esneme gibi hareketlerde zorlanma algısı gibi fonksiyonel bozukluklarla ilişkilendirilen ve son 3 aydan önce başlayan derin ağrı veya baskı ağrısı sıklıkla psikososyal rahatsızlıkla ilişkilendirilir.

#### Tanı Kriterleri:

- A. 2.1 Primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B ve kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Son 3 aydan önce ortaya çıkmış olması
- C. En az 10 epizod halinde veya sürekli ortaya çıkması

### 2.1.2.1 Kronik seyrek primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 2.1.2 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı
- B. Ayda en fazla 1 gün ortaya çıkması.

### 2.1.2.2 Kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

#### Tanı kriterleri:

- A. 2.1.2 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı
- B. 3 aydan uzun süreyle ayda ortalama 1-14 gün (yılda en az 12, en fazla 180 gün) ortaya çıkması.

### 2.1.2.2.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

#### Tanı kriterleri:

- A. 2.1.2.2 Kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı
- B. Palpasyon yapılan kasın (temporalis veya maseter) sınırının ilerisindeki bir sahada ağrı şikayetinin olmaması.

### 2.1.2.2.2 Yansıyan ağrı ile seyreden kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

#### Tanı kriterleri:

- A. 2.1.2.2 Kronik sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı
- B. Palpasyon yapılan kasın (temporalis veya maseter) sınırının ilerisindeki bir sahada ağrı şikayetinin olması.

### 2.1.2.3 Kronik çok sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

#### Tanı kriterleri:

- A. 2.1.2 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı

B. 3 aydan uzun süre boyunca ayda ortalama 15 günden (yılda 180 günden) uzun süreyle ortaya çıkması.

### 2.1.2.3.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen çok sık kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 2.1.2.3 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. Temporalis veya masseter kaslarının sınırlarının dışındaki bir bölgenin palpasyonuyla ağrı oluşmaması

### 2.1.2.3.2 Yansıyan ağrı ile seyreden kronik çok sık primer miyofasiyal orofasiyal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 2.1.2.3 Kronik primer miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. Temporalis veya masseter kaslarının sınırlarının dışındaki bir bölgenin palpasyonuyla ağrı oluşması

## 2.2 Sekonder miyofasiyal orofasiyal ağrı

*Açıklama:*

Temelde yatan bir bozukluğun (enflamasyon, enfeksiyon veya kas spazmı) yol açtığı miyofasiyal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- A. Herhangi bir çiğneme kasında C ve D kriterlerini karşılayan miyofasiyal ağrı
- B. Miyofasiyal ağrıya yol açabildiği bilinen temel bir bozukluğun<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması
- C. Miyofasiyal ağrının aşağıdaki iki özelliği de taşıması:

1. Aşağıdaki etkenlerin ikisinin de karşılandığı hastada çene, şakak ve/veya kulak önünde lokalize olarak bildirilmesi:
  - a) Etkilenen kasın/kasların veya tendonun/tendonların lokalizasyonunun muayeneyle teyit edilmesi
  - b) Etkilenen tendonun/tendonların palpasyonu ve/veya desteksiz veya destekli çene açma hareketi/hareketleri ile provokasyon<sup>2</sup>
2. Çene hareketi, fonksiyonu veya para-fonksiyonu (örn. diş gıcırdatma veya sıkma) ile değişmesi<sup>3</sup>
- D. Nedensellik kanıtının gösterilmiş olması<sup>4</sup>
- E. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Bozukluk her bir alt formda belirtilmektedir.
2. Bu belirtiler fiziksel muayenede tespit edilebilir veya ağrının giderilmiş olduğu halde, hasta öyküsünde görülebilir.
3. Ağrı artabilir veya azalabilir.
4. Gerekli kanıtlar her alt formda belirtilmektedir.

### 2.2.1 Tendinit ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı

*Açıklama:*

Tendondan kaynaklanan, çene hareketinden, fonksiyonundan veya parafonksiyonundan etkilenen ve ilgili çiğneme tendonunun provokasyon testiyle tekrarlanabilen ağrı. Mandibüler hareket/hareketlerde ağrıya sekonder olarak gözlemlenebilir. Temporalis tendonu; tendinitin yaygın olarak görüldüğü bir bölgedir ve ağrıyı dişlere ve yakındaki diğer dokulara yansıtabilir. Tendinit diğer çiğneme kası tendonlarında da ortaya çıkabilir.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 2.2 Sekonder miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı
- B. Bir veya birden fazla çiğneme kasında tendinitin teşhis edilmiş olması
- C. Aşağıdakilerin en azından ikisiyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
1. Miyofasiyal ağrının tendinit başlangıcından kısa süre sonra ortaya çıkmış olması
  2. Miyofasiyal ağrının tendinitteki ilerlemeye paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>1</sup> kötüleşmesi
  3. Miyofasiyal ağrının tendinitin bir miktar veya tamamen iyileşmesine paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>1</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Hastanın açıklamalarında ağrı yoğunluğunda kademeli bir değişim gözlemlenir.

### 2.2.2 Miyozit ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı

*Açıklama:*

Bir veya birden fazla çiğneme kasını etkileyen miyozitin neden olduğu, enflamasyon veya enfeksiyon: ödem, eritem ve/veya ateş klinik özellikleri ile seyreden ağrı kasta doğrudan travma sonrasında enfeksiyon sonucunda veya otoimmün hastalıkta kronik olarak ortaya çıkabilir. Desteksiz mandibüler hareketlerde ağrıya sekonder kısıtlanma sık görülür. Kasta kalsifikasyon oluşabilir (miyozit ossifikans).

*Tanı Kriterleri:*

- A. 2.2 Sekonder miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı

- B. Bir veya birden fazla çiğneme kasında miyozitin<sup>1</sup> teşhis edilmiş olması<sup>2,3</sup>
- C. Aşağıdakilerin en azından ikisiyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
1. Miyofasiyal ağrının miyozit başlangıcından kısa süre sonra ortaya çıkmış olması
  2. Miyofasiyal ağrının miyozitteki ilerlemeye paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>4</sup> kötüleşmesi
  3. Miyofasiyal ağrının miyozitin bir miktar veya tamamen iyileşmesine paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>4</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Miyozit enflamasyon, enfeksiyon veya travma sonucunda ortaya çıkmış olabilir.
2. Tanıyı sağlayan belirtiler ödem, eritem ve/veya kas/kaslarda sıcaklığın artması olarak sayılabilir.
3. Serolojik testlerde, enzim düzeylerinde (örn. keratin kinaz) yükselme, enflamasyon belirteçleri ve otoimmün hastalık varlığı tespit edilir.
4. Hastanın açıklamalarında ağrı yoğunluğunda kademeli bir değişim gözlemlenir.

### 2.2.3 Kas spazmı ile ilişkili miyofasiyal orofasiyal ağrı

*Açıklama:*

Bir kasın ani, istemsiz, reversibl tonik kontraksiyonu sonucunda ortaya çıkan ağrı. Bu ağrı, çiğneme kaslarından herhangi birini etkileyebilir. Akut maloklüzyon görülebilir.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 2.2 Sekonder miyofasiyal orofasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan miyofasiyal ağrı

- B. Bir veya birden fazla çiğneme kasında kas spazmının teşhis edilmiş olması<sup>1,2</sup>
- C. Aşağıdakilerin en azından ikisiyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
1. Miyofasiyal ağrının spazmın başlangıcından kısa süre sonra ortaya çıkmış olması
  2. Miyofasiyal ağrının spazmdaki ilerlemeye paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>3</sup> kötüleşmesi
  3. Miyofasiyal ağrının miyozitin bir miktar veya tamamen iyileşmesine paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>3</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

**Not:**

1. Çene hareketinde etkilenen kasın/kasların uzamasına yol açan bir yönde kısıtlı hareket aralığı varlığı tanı açısından önemlidir. Örneğin, çeneyi kapatan kaslarda açıklık < 40 mm ile sınırlıyken, lateral pterigoid kas için ipsilateral hareket < 7 mm ile sınırlıdır.
2. Tanının teyit edilmesi gerekiyorsa, intramüsküler elektromiyografi (EMG) yapılarak, karşı taraftaki etkilenmemiş kasa göre daha yüksek aktivite ortaya koyulabilir.
3. Hasta, hikayesinde ağrı yoğunluğunun kademeli olarak değiştiğinden bahseder.

**Kaynaklar**

- Benoliel R, Svensson P, Heir G, et al. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011; 17: 23–41.
- Koutris M, Visscher CM, Lobbezoo F, et al. Comorbidity negatively influences the outco-

mes of diagnostic tests for musculoskeletal pain in the orofacial region. *Pain* 2013; 154: 927–932.

Masuda M, Iida T, Exposto FG, et al. Referred pain and sensations evoked by standardized palpation of the masseter muscle in healthy participants. *J Oral Facial Pain Headache* 2018; 32: 159–166.

Osiewicz MA, Manfredini D, Loster BW, et al. Comparison of the outcomes of dynamic/static tests and palpation tests in TMD-pain patients. *J Oral Rehabil* 2018; 45: 185–190.

Peck CC, Goulet JP, Lobbezoo F, et al. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2014; 41: 2–23.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 6–27.

Svensson P, Michelotti A, Lobbezoo F, et al. The many faces of persistent orofacial muscle pain. *J Oral Facial Pain Headache* 2015; 29: 207–208.

Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003–1007.

Visscher CM, Lobbezoo F and Naeije M. A reliability study of dynamic and static pain tests in temporomandibular disorder patients. *J Orofac Pain* 2007; 21: 39–45.

Visscher CM, Naeije M, De Laat A, et al. Diagnostic accuracy of temporomandibular disorder pain tests: a multicenter study. *J Orofac Pain* 2009; 23: 108–114.

### 3. Temporomandibüler eklem (TME) ağrısı

#### Genel Yorumlar:

Miyofasiyal ağrılarda olduğu gibi, TME ağrıları Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) kronik ağrı durumları sınıflandırmasına dayanarak primer ve sekonder alt tiplerine ayrılmıştır. Primer ağrı durumlarının patofizyolojik mekanizmaları konusunda ciddi bir bilgi birikimi olsa da bu durumlar idiyopatik niteliktedir, yani spesifik etiyoloji veya neden belirlenemez. Sekonder ağrı durumlarında ağrı bilinen başka bir medikal rahatsızlığa veya etkene sekonder olarak gelişir.

Sekonder TME ağrılarında Alstergren ve arkadaşlarının klinik TME tanısına ilişkin temelde yatan bozuklukların belirlenmesi için Genişletilmiş Temporomandibüler Bozukluk Taksonomisi hakkında yayınlanan makalesi kaynak gösterilebilir. Artirit, disk kaymaları, dejeneratif eklem hastalığı ve sublüksasyon bu kapsamda değerlendirilir. Bu rahatsızlıklar için farklı ve spesifik tedavilerin uygulanması gerekebilir. Dolayısıyla, TME ağrısının nedeninin belirlenmesi önemlidir. TME ağrısına katkıda bulunabilecek başka rahatsızlıklar da vardır. Örneğin; generalize ağrı rahatsızlıkları, TME içerisindeki ve etrafındaki dokularda hassasiyete yol açabilir. Bu durum, gelecekteki çalışmalarda daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Genel olarak bakıldığında aşağıdaki kriterlerde “neden olduğu” teriminden çok “ile ilişkili” terimi tercih edilmektedir. “- ile ilişkili” ifadesi oluşturulması güç, kesin bir neden sonuç ilişkisine işaret eder ve bağlantılar iki yönlü de olabilir. Oysaki “neden olduğu”, daha konservatif bir bakışla “eldeki kanıtlara göre -e sebep olduğu düşünülen” anlamına gelir.

ICOP'ta TME ağrıları için ortaya koyulan atak sıklığı ayrımı yeni bir uygulamadır (DC/TMB'de kullanılmamıştır ve bu ayırım temelde

ICHD-3'te 2. Başlıkta sınıflanan “Gerilim Tipi Baş Ağrısı Başlığı” için sunulan genel ilkelere dayanmaktadır. Diğer bir deyişle, atak sıklığı konusunda birbirine benzer kriterler kullanılmaktadır. Seyrek (ayda birden daha seyrek ortaya çıkan) TME ağrılarının klinik anlamı halen tartışılır olmakla beraber, eldeki somut kanıtlar bu ağrıların daha sık ortaya çıkan ağrılardan ayrılması gerektiğini göstermektedir. Bu durum, gelecekteki çalışmalarda daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir.

TME ağrısının, ağrı yansmasıyla veya ağrı yansması olmadan ortaya çıkan alt formlarının sınıflandırma yapısına dahil edilmesi, sınıflandırma yapımı miyofasiyal ağrılar ile uyumlu hale getirmektedir. TME ağrısının yaygın olarak hem akut hem de kronik alt tiplerinin klinik olguyla bağlantılı olabildiği (yani ağrının, nosiseptif veya incitici uyarının kaynağından farklı bir bölgede hissedilebildiği) kabul edilmektedir. Bu durumun patofizyolojik önemi veya tedavi üzerindeki etkileri henüz belirlenmemiştir; ancak, tanı açısından bakıldığında yansıyan ağrının lokal ağrılardan ayırılması önemli bir adımdır. Sonuç olarak, TME ağrıları palpasyon sırasında ağrı görülüp görülmediğine bağlı olarak alt kategorilere ayrılır.

Buna karşın, söz konusu alt formlar şimdilik yalnızca araştırma konuları olarak değerlendirilmeli ve klinik kullanıma alınmamalıdır. Bu alt ayırımın gerekli olup olmadığı gelecekteki araştırmalar ile ortaya koyulabilir.

DC/TMD'de ağrı yayılımı kategorisi de kullanılmaktadır. Ağrı yansmasının aksine, bu kategori etkilenen anatomik yapının sınırları içerisinde kalır.

Araştırmalarda DC/TMD'de ağrı yayılımı gösteren TME ağrısı için tanımlanan spesifik kriterler gerektiğinde kullanılabilir.

Artrit, lokal veya sistemik kaynaklı olması tedavi planlarını ve prognozu etkileyebildiğinden, sistemik veya sistemik olmayan TME artriti sergileyen alt formlar da bu kap-

samda değerlendirilmiştir. Çalışma grubu, “idiyopatik temporomandibüler eklem ağrısı” alt tipinin sınıflandırmaya dahil edilmesini bir seçenek olarak ele almıştır. Ancak, 3.1 Primer temporomandibüler eklem ağrısı ile kayda değer ve hatta tam bir çakışma oluşacağından, bu tanı büyük olasılıkla araştırma veya klinik çalışmalara verimli bir katkı sağlamayacaktır.

### 3.1 Primer temporomandibüler eklem ağrısı

#### Açıklama:

Ağrıya neden olabilecek herhangi bir bozukluğun tespit edilmediği, istirahatte veya çene hareketi ya da palpasyon sırasında TME’de ortaya çıkan lokalize ağrı. Tanı, DC/TMD’de TME ağrısı için tanımlanan tanıyla bire bir aynıdır.

#### Tanı Kriterleri:

- A. Kulağın/kulakların içinde ve/veya önünde B – D kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Bir veya birden fazla epizodla ortaya çıkması<sup>1</sup> veya sürekli devam etmesi
- C. Aşağıdaki etkenlerin tümü:
  1. Bir veya her iki TME’de alanların lokalizasyonunun muayene ile teyit edilmesi
  2. Aşağıdaki etkenlerin en az biriyle provokasyon sağlanması:
    - a) Mandibüler kondilin/kondillerin lateral kutup/kutuplarında ve/veya etrafında palpasyon
    - b) Desteksiz veya destekli maksimum çene açılma hareketi, sağ veya sol lateral ve/veya protruziv hareket
- D. Çene hareketi, fonksiyonu veya parafonksiyonu (örn. diş gıcırdatma veya sıkma) ile değişmesi<sup>2</sup>
- E. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

#### Not:

1. Her biri en az 30 dakika süren ve gün içerisindeki toplam süresi en az 2 saat olan epizodlar herhangi bir günde tek seferde veya reküran olarak ortaya çıkabilir.
2. Ağrı artabilir veya azalabilir.

#### 3.1.1 Akut primer temporomandibüler eklem ağrısı

##### Açıklama:

Son 3 ay içerisinde başlayan primer TME ağrısı.

##### Tanı Kriterleri:

- A. 3.1 Primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. Son 3 ay içerisinde başlamış olması.

#### 3.1.2 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı

##### Açıklama:

3 aydan uzun bir süre önce başlamış olan primer TME ağrısı.

##### Tanı Kriterleri:

- A. 3.1 Primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B ve C kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Son 3 aydan önce ortaya çıkmış olması
- C. En az 10 epizod halinde veya sürekli ortaya çıkması.

#### 3.1.2.1 Kronik seyrek primer temporomandibüler eklem ağrısı

##### Tanı Kriterleri:

- A. 3.1.2 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. Ayda en fazla 1 gün ortaya çıkması.



### 3.1.2.2 Kronik sık primer temporomandibüler eklem ağrısı

*Tanı kriterleri:*

- A. 3.1.2 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. 3 aydan uzun süre boyunca ayda ortalama 1-14 gün (yılda en az 12, en fazla 180 gün) ortaya çıkması.

#### 3.1.2.2.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen kronik sık primer temporomandibüler eklem ağrısı

*Tanı kriterleri:*

- A. 3.1.2.2 Kronik sık primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. TME palpasyonu ile sadece palpasyon bölgesinde lokalize ağrı.

#### 3.1.2.2.2 Yansıyan ağrı ile seyreden kronik sık primer temporomandibüler eklem ağrısı

*Tanı kriterleri:*

- A. 3.1.2.2 Kronik sık primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. TME palpasyonu ile eklem alanının dışında görülen ağrı.

### 3.1.2.3 Kronik çok sık primer temporomandibüler eklem ağrısı

*Tanı kriterleri:*

- A. 3.1.2 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. 3 aydan uzun süre boyunca ayda ortalama en az 15 gün (yılda en az 180 gün) ortaya çıkması.

### 3.1.2.3.1 Yansıyan ağrı ile seyretmeyen çok sık kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.1.2.3 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. TME palpasyonu ile doğrudan palpasyon bölgesinde lokalize ağrı.

#### 3.1.2.3.2 Yansıyan ağrı ile seyreden çok sık kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.1.2.3 Kronik primer temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ağrı
- B. Ağrının, TME palpasyonu ile eklem alanının dışında görülmesi ve tekrarlanması.

## 3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı

*Açıklama:*

TME de lokalize olan ve tespit edilmiş enflamasyon (örneğin; travma, enfeksiyon, kristal birikimi veya otoimmün bozukluk kaynaklı enflamasyon), dokularda duyarlılık, yapısal değişimler (örneğin; osteoartroz, disk deplasmanı veya sublüksasyon) veya yaralanma gibi diğer bir bozukluktan kaynaklanan ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. Çenede, şakakta/şakaklarda, kulakta/kulaklarda ve/veya kulağın/kulakların önünde C ve D kriterlerini karşılayan ağrı
- B. TME ağrısına<sup>1</sup> yol açabildiği bilinen temel bir bozukluğun teşhis edilmiş olması<sup>2</sup>
- C. Ağrının aşağıdaki üç özelliğin tümünü taşıması:

1. TME bölgesindeki/bölgelerindeki lokalizasyonunun muayene ile teyit edilmesi
  2. Aşağıdaki etkenlerin en az biriyle provokasyon sağlanması:
    - a) Mandibüler kondilin/kondillerin lateral kutup/kutuplarında ve/veya etrafında palpasyon<sup>3</sup>
    - b) Desteksiz veya destekli maksimum çene açılma hareketi, sağ veya sol lateral ve/veya protruziv hareket/hareketler<sup>3</sup>
  3. Çene hareketi, fonksiyonu veya para-fonksiyonu (örn. diş gıcırdatma veya sıkma) ile değişmesi<sup>4</sup>
- D. Aşağıdakilerin en azından ikisiyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:<sup>5</sup>
1. Ağrının, ağrıya neden olduğu varsayılan bozukluğun başlangıcından veya kayda değer miktarda kötüleşmesinden kısa süre sonra gelişmiş veya bozukluğun tespitini sağlamış olması
  2. Ağrının, ağrıya neden olduğu varsayılan bozukluktaki ilerlemeye paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>6</sup> kötüleşmesi
  3. Ağrının, ağrıya neden olduğu varsayılan bozuklukta bir miktar veya tamamen iyileşme sağlanması ile beraber belirgin bir şekilde<sup>6</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- E. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Bozukluk her bir alt formda belirtilmektedir.
2. Tanı, Genişletilmiş DC/TMD Taksonomisi'ne uygun olarak koyulur.
3. Bu belirtiler, fiziksel muayenede tespit edilebilir veya ağrının giderilmiş olduğu hallerde, hasta öyküsünde görülebilir.
4. Ağrı artabilir veya azalabilir.
5. Bazı alt formlarda ilave ve/veya alternatif nedensellik kanıtları belirtilmiştir.
6. Hasta, hikayesinde ağrı yoğunluğunun kademeli olarak değiştiğinden bahseder.
7. Spontane olarak veya tedavi yoluyla.

### 3.2.1 Artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı

*Açıklama:*

Eklem dokularında (örneğin travma, enfeksiyon, kristal birikimi veya otoimmün bozukluk kaynaklı) ısrarlı enflamasyonun yol açtığı ağrı. TME artritinde, sıklıkla TME de eklem ağrısı görülsede bazen ağrısız da seyredilmektedir.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. TME artrit tanısının koyulmuş olması
- C. Aşağıdakilerin en az biriyle doğrulanan nedensellik kanıtı:
  1. Ağrının TME artritinden kısa bir süre sonra ortaya çıkmış veya hastalığın teşhis edilmesini sağlamış olması
  2. Aşağıdaki etkenlerden birinin veya tümünün karşılanması:
    - a) Ağrının TME artritindeki kötüleşmeye paralel olarak anlamlı ölçüde<sup>1</sup> kötüleşmesi
    - b) TME artritinin tedavisiyle birlikte ağrının anlamlı ölçüde<sup>1</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Hastanın açıklamalarında ağrı yoğunluğunda kademeli değişim gözlemlenir.

#### 3.2.1.1 Sistemik olmayan artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.2.1 Artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Aşağıdaki etkenlerden birinin geçerli olması:

1. Römatojik hastalık kanıtının bulunmaması
2. Sistemik bir eklem hastalığını gösteren kanıtlar olsa da bu hastalığı TME ağrısıyla bağdaştıracak kanıtların bulunmaması

### 3.2.1.2 Sistemik artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 3.2.1 Artrit ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Sistemik inflamatuvar bir eklem hastalığı kanıtlarının bulunması
- C. Aşağıdaki etkenlerin tümü:
  1. Ağrının sistemik inflamatuvar eklem hastalığının diğer semptomları ve/veya başlangıcının klinik veya biyolojik belirtilerinden kısa bir süre sonra ortaya çıkmış veya hastalığın teşhis edilmesini sağlamış olması
  2. Aşağıdaki etkenlerden birinin veya tümünün karşılanması:
    - a) Ağrının sistemik inflamatuvar eklem hastalığının kötüleşmesine paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>1</sup> kötüleşmesi
    - b) Ağrının sistemik inflamatuvar eklem hastalığının tedavi edilmesi ile belirgin bir şekilde<sup>1</sup> gerilemesi veya giderilmesi

#### Not:

1. Hasta, hikayesinde ağrı yoğunluğunun kademeli olarak değiştiğinden bahseder.

### 3.2.2 Disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı

#### Açıklama:

TME artritinin görülmediği hallerde, TME disk deplasmanının yol açtığı TME ağrısı. Bu

radaki TME ağrısı, eklem içerisindeki mekanik bozukluklardan kaynaklanıyor olabilir.

#### Yorum:

TME ağrısının redüksiyonlu veya redüksiyonsuz disk deplasmanı ile bağdaştırılmasında kullanılacak spesifik kriterler yoktur. Ancak, disk deplasmanının belirli hallerde çene hareketi sırasında TME ağrısına yol açabildiği bilinmektedir. Buda TME ağrısının sekonder nitelikte olduğuna işaret eder. Bu konuda ideal kriterlerin geliştirilmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar için başlangıç noktası olarak bazı öneriler sunulmaktadır.

### 3.2.2.1 Redüksiyonlu disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı

#### Tanı Kriterleri:

- A. 3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Redüksiyonlu TME disk deplasmanının aşağıdaki iki gözlem de kullanılarak teşhis edilmiş olması:
  1. Son 30 gün içerisinde ve/veya muayene sırasında çene hareketi veya fonksiyonu sonrasında TME sesinin/seslerinin duyulduğu bilgisi
  2. Aşağıda belirtilen durumlardan birinde üç tekrardan en azından bir tekrarda palpasyonla tespit edilen klik, pop, çattırtı sesi:
    - a) Çenenin hem açılmasında hem de kapanmasında
    - b) Hem çenenin hem açılmasında ve kapanmasında hemde sağ ve/veya sol lateral protruziv hareketlerde
- C. Aşağıdakilerin en azından ikisiyle ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
  1. Ağrının klik, pop, çattırtı sesiyle/sesleriyle paralel seyretmesi

2. Ağrının disk deplasmanından kısa bir süre sonra ortaya çıkmış veya disk deplasmanının teşhis edilmesini sağlamış olması
3. Aşağıdaki etkenlerden birinin veya tümünün karşılanması:
  - a) Ağrının disk deplasmanındaki kötüleşmeye paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>1</sup> kötüleşmesi
  - b) Disk deplasmanının tedavisiyle birlikte TME ağrısının belirgin bir şekilde<sup>1</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Hasta, hikayesinde ağrı yoğunluğunun kademeli olarak değiştiğinden bahseder.

### **3.2.2.1.1 Aralıklı kilitlenme ile seyreden redüksiyonlu disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.2.2.1 Redüksiyonlu disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini karşılayan TME ağrısı
- B. Son 30 günde sınırlı ağız açıklığı ile aralıklı çene kilitlemesi<sup>1</sup> ve ardından çenenin açılması

*Not:*

1. Bir anlık dahi olsa.

### **3.2.2.2 Redüksiyonsuz disk deplasmanı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı**

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Redüksiyonsuz TME disk deplasmanının aşağıdaki iki durumun gözlemlenmesi ile teşhis edilmiş olması:
  1. Çenenin tam açılmayı önleyecek şekilde kilitlenmesi veya tutulması
  2. Çene açılımının çiğneme hareketini engelleyecek kadar kısıtlanması
- C. Aşağıdakilerin biriyle veya daha fazlasıyla ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
  1. Ağrının disk deplasmanından kısa bir süre sonra ortaya çıkmış veya disk deplasmanı teşhis edilmesini sağlamış olması
  2. Ağrının disk deplasmanındaki kötüleşmeye paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>1</sup> kötüleşmesi
  3. Disk deplasmanının tedavisiyle birlikte ağrısının belirgin bir şekilde<sup>1</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Hasta, hikayesinde ağrı yoğunluğunun kademeli olarak değiştiğinden bahseder.

### **3.2.3 Dejeneratif eklem hastalığı ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı**

*Açıklama:*

TME artritinin söz konusu olmadığı vakada dejeneratif eklem bozukluğunun (osteoartroz, osteoartrit) yol açtığı ağrı.

*Yorum:*

TME'de "osteartroz" ve "osteoartrit" terimlerinin tanımları, diğer tüm eklemlerde olduğu gibi literatürde birbiriyle çakışmaktadır ayrımları net ve tam olarak yapılamamaktadır. Örneğin; osteoartroz bazı araştırmacılar tarafından kırıkta primer olarak inflamatuvar olmayan bir hastalık olarak seyreden ve alttaki kemik dokusunun yeniden modellenmesine yol açan bir rahatsızlık olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda osteoartroza (sıklıkla) artrit de eşlik edebilir Öte yandan, başka araştırmacılar bu koşulları bir arada osteoartrit olarak tanımlamıştır. Tarihsel olarak, bu tanımlar Avrupa ve ABD arasında dahi farklılık göstermiştir. Buna karşın, TME ağrısının artrit açısından çok kesin bir belirti olmadığı unutulmamalıdır. Sonuç olarak, TME ağrısı olmasa da artritten (yani eklem dokularında enflamasyonu izleyen kırıkta ve kemik dokusu yıkımı) mustarip olabilecek birçok hasta vardır. TME tutulumunun sıklığına rağmen, TME ağrısının ancak ender aralıklarla bildirildiği; juvenil idiyopatik artrit (JIA) buna örnektir. Öte yandan, ağrının tek semptom olduğu ve doku yıkımının görülmediği TME artrit hastaları da vardır.

Karmaşık inflamatuvar süreç sadeleştirilerek incelenirse, doku yıkımı olduğu ana kadar ağrı görülen her durumun altında enflamasyon olduğu düşünülebilir. Süreç tersine izlendiğinde de aynı durum geçerlidir. Önerilen ICOP kriterlerinde, bu konuya açıklık ve katkı sağlayacak araştırmaları desteklemek adına bu faktörler göz önünde bulundurulmaya çalışılmıştır

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan TME ağrısı
- B. Aşağıdaki gözlemlerin her ikisi de kullanılarak dejeneratif TME hastalığının teşhis edilmiş olması:

1. Son 30 gün içerisinde ve/veya muayene sırasında çene hareketi veya fonksiyonu sonrasında TME sesinin/seslerinin duyulduğu bilgisi
  2. Çenenin desteksiz veya destekli maksimum açılma hareketi, lateral ve/veya protruziv hareketler sırasında palpasyonla tespit edilen krepitasyon
- C. Aşağıdakilerin biriyle veya daha fazlasıyla ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
1. Ağrının TME hastalığından kısa bir süre sonra ortaya çıkmış veya hastalığın teşhis edilmesini sağlamış olması
  2. Ağrının dejeneratif TME artritindeki kötüleşmeye paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>1</sup> kötüleşmesi
  3. Dejeneratif TME hastalığının tedavisiyle birlikte ağrının belirgin bir şekilde<sup>1</sup> gerilemesi veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olması.

*Not:*

1. Hasta, hikayesinde ağrı yoğunluğunun kademeli olarak değiştiğinden bahseder.

### **3.2.4 Sublüksasyon ile ilişkili temporomandibüler eklem ağrısı**

*Açıklama:*

TME artritinin olmadığı bu vakalarda sublüksasyonun yol açtığı ağrı. Ağrı, genellikle akut ve büyük olasılıkla dokuların aşırı gerilmelerinden kaynaklanmaktadır.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 3.2 Sekonder temporomandibüler eklem ağrısı kriterlerini ve aşağıdaki C kriterini karşılayan ağrı
- B. Aşağıdaki gözlemlerin her ikisi de kullanılarak TME sublüksasyonunun teşhis edilmiş olması:

1. Son 30 gün içinde, tam açık pozisyon-  
dan kapanışı engelleyen çene kilitlen-  
mesi veya tutulması<sup>1</sup>
  2. Ağızın manipülatif manevra yapmadan  
açık halinden kapalı hale getirilememesi
- C. Aşağıdakilerin biriyle veya daha fazlasıyla  
ortaya koyulan nedensellik kanıtı:
1. Ağrının sublüksasyondan kısa bir süre  
sonra ortaya çıkmış veya sublüksasyo-  
nun teşhis edilmesini sağlamış olması
  2. Ağrının sublüksasyondaki kötüleşmeye  
paralel olarak belirgin bir şekilde<sup>2</sup> kötü-  
leşmesi
  3. Sublüksasyonun tedavisiyle birlikte ağ-  
rının belirgin bir şekilde<sup>2</sup> gerilemesi  
veya giderilmesi
- D. Başka bir ICOP tanısına daha uygun olma-  
ması.

*Not:*

1. Sadece anlık bile olsa.
2. Hasta, hikayesinde ağrı yoğunluğunun kade-  
meli olarak değiştiğinden bahseder.

## Kaynaklar

- Alstergren P, Pigg M and Kopp S. Clinical diag-  
nosis of temporomandibular joint arthritis. *J  
Oral Rehabil* 2018; 45: 269–281.
- Masuda M, Iida T, Exposto FG, et al. Referred  
pain and sensations evoked by standardized  
palpation of the masseter muscle in healthy  
participants. *J Oral Facial Pain Headache*  
2018; 32: 159–166.
- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Di-  
agnostic Criteria for Temporomandibular  
Disorders (DC/ TMD) for clinical and re-  
search applications: recommendations of  
the International RDC/TMD Consortium  
Network and Orofacial Pain Special In-  
terest Group. *J Oral Facial Pain Headache*  
2014; 28: 6–27.
- Svensson P, Michelotti A, Lobbezoo F, et al. The  
many faces of persistent orofacial muscle  
pain. *J Oral Facial Pain Headache* 2015; 29:  
207–208.
- Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classifica-  
tion of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;  
156: 1003–1007.

## 4. Kranial sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı

### *Diğer yayınlardaki sınıflandırması:*

Ağrının temel olarak orofasiyal bölgenin dışında ortaya çıktığı ve ICOP'ta sınıflandırılmamış, daha ender görülen aşağıdaki klinik durumlar ICHD-3'te ele alınmıştır:

13.3 *Nervus intermedius lezyonu veya hastalığı ile ilişkili ağrı*, 13.4 *Oksipital nevralsi*, 13.5 *Boyun-dil sendromu*, 13.6 *Ağrılı optik nörit*, 13.7 *İskemik oküler motor sinir felciyle ilişkilendirilen baş ağrısı*, 13.8 *Tolosa-Hunt sendromu*, 13.9 *Paratrigeminal okülosempatik (Raeder) sendromu*, 13.10 *Reküran ağrılı oftalmoplejik nöropati*, 13.13 *Santral nöropatik ağrı*

### *Genel Yorumlar:*

Bu bölümün büyük bir kısmı ICHD-3 ile Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) Hastalık Sınıflandırması 11. Baskısına (ICD-11) dayanmaktadır. Bazı küçük değişiklikler yapılmıştır. İdiyopatik rahatsızlıkların (ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı ve ağız yanması sendromu) her zaman nöropatik ağrı anlamına geldiğini gösteren yeterli kanıt bulunmadığından, bu rahatsızlıklar 6. İdiyopatik orofasiyal ağrı başlığına alınmıştır. Belirli bozukluklarda ICHD-3 ağrılı nöropati teriminin kullanımını desteklemekte iken, ağrı literatürünün çoğu ve IASP / ICD-11 nöropatik ağrı terimini kullanmaktadır. Burada IASP / ICD-11 kriterlerine uymak için ağrılı nöropatiden ziyade nöropatik ağrı terimi kullanılmıştır.

## 4.1 Trigeminal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı

### 4.1.1 Trigeminal nevralsi

#### *Daha önce kullanılan terim:*

*Yüz nevralsisi.*

#### *Açıklama:*

Başlangıcı ve bitişi ani olan, trigeminal sinirin bir veya birden fazla bölümüne yayılımla sınırlanan ve zararsız uyaranlarla tetiklenen tekrarlayıcı, tek taraflı, kısa elektrik şokuna benzer ağrılarla karakterize olan bir bozukluk. Görünür bir neden olmadan gelişebilir veya başka bir bozukluğun sonucunda ortaya çıkabilir. Buna ek olarak, etkilenen bölgede/bölgelerde orta şiddette ardışık sürekli ağrı görülebilir veya görülmeyebilir.

#### *Tanı Kriterleri:*

- A. Trigeminal sinirin bir veya birden fazla bölgesinde yayılım/yayımlar gösteren ve herhangi bir radyasyonla seyretmeyen<sup>1</sup> ve B ve C kriterlerini karşılayan reküran tek taraflı fasiyal ağrı paroksizmi
- B. Ağrı aşağıdaki özelliklerin tümünü karşılamalıdır:
  1. Bir anlık süreden 2 dakikaya kadar<sup>2</sup>
  2. Şiddetli yoğunluk<sup>3</sup>
  3. Elektrik şoku benzeri, nitelik açısından zonklayan, batan veya keskin ağrı
- C. Etkilenen trigeminal<sup>1</sup> dağılımda<sup>4</sup> zararsız uyaranlarla birlikte ortaya çıkması
- D. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

#### *Not:*

1. Birkaç hastada ağrı başka bir bölgeye yayılmakta ise de genellikle trigeminal dermatomların içerisinde kalır.
2. Süre zaman içerisinde değişebilir ve paroksizmler giderek uzayabilir. Hastaların

küçük bir kesiminde >2 dakika süren atakların baskın olduğu bildirilmektedir.

3. Ağrı zaman içerisinde daha şiddetli hale gelebilir.
4. Bazı ataklar spontane olabilir veya spontane görülebilir. Ancak, bu kriterin karşılanabilmesi için, zararsız uyararla provoke olan ağrı öyküsü veya bulgusu tespit edilmelidir. İdeal şartlarda muayeneden sorumlu klinisyen tetikleyici olguyu tekrarlayarak öyküyü doğrulamaya çalışmalıdır. Ancak, hastanın uygulamayı reddetmesi, tetikleyici olgunun anatomik pozisyonunun rahatsız olması ve/veya başka faktörlerden dolayı bu doğrulama her zaman mümkün olmayabilir.

*Yorum:*

Tetikleyici olguya ek olarak, 4.1.1 Trigeminal nevralsi hastalarının çoğunda trigeminal bölgede duyuusal anormallikler daha ileri yöntemler (örn. kantitatif duyuusal test) kullanılmadıkça tespit edilemez. Ancak, bazı hastalarda klinik nörolojik muayenede duyu yetersizlikleri görülebilmektedir. Bu yetersizliklerin tespit edilmesi halinde olası nedenin keşfedilebilmesi için nörolojik görüntüleme incelemelerine başvurulmalıdır. 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevralsi, 4.1.1.2 Sekonder trigeminal nevralsi veya 4.1.1.3 İdiyopatik trigeminal nevralsi gibi alt formlar böylece teşhis edilebilir.

Ağrı çok şiddetli olduğunda yüzün etkilenen taraftaki kaslarının kasılmasına (yüz nevralsisi) yol açar.

Lakrimasyon ve/veya ipsilateral gözde kızarıklık gibi hafif otonomik semptomlar görülebilir.

Ağrılı paroksizmden sonra, genellikle ağrının tetiklenemediği bir refrakter periyod izlenir.

#### 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevralsi

*Daha önce kullanılan terim:*

Primer trigeminal nevralsi.

*Açıklama:*

Nörovasküler kompresyon haricinde görünür bir neden olmadan gelişen trigeminal nevralsi.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 4.1.1 Trigeminal nevralsi kriterlerini karşılayan rekürren tek taraflı ağrı paroksizmleri
- B. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile veya cerrahi müdahale sırasında trigeminal sinir kökünde morfolojik değişimlerle birlikte (yalnızca nörovasküler temasın değil) nörovasküler kompresyonun ortaya koyulması.

*Not:*

1. Tipik atrofi veya deplasman.

*Yorum:*

Nörovasküler kompresyon kaynaklı sinir kökü atrofisi ve/veya deplasmanı, 4.1.1 Trigeminal nevralsi belirtileri ve semptomlarıyla bağımsız olarak ilişkilendirilir. Bu anatomik değişimlerin söz konusu olduğu hallerde rahatsızlık 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevralsi olarak teşhis edilir.

Yaygın olarak tutulan kompresyon bölgesi; kök giriş alanıdır. Bir atardamarın yarattığı kompresyonun semptomlarla olan bağlantısı, bir damarın yarattığı kompresyona göre daha açıkça görülebilir. Kökün hacmi ve kesitsel alanı MRI teknikleriyle ölçülebilir. Atrofik değişimler olarak demiyelinizasyon, nöron kaybı, mikrovasküler yapıdaki değişimler ve başka morfolojik değişimler ortaya çıkabilir. Trigeminal sinirdeki atrofik değişimlerin ağrı oluşumuna olan etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Eldeki bazı kanıtlara göre, bu değişimlerin preoperatif aşamada ortaya çık-



ması mikrovasküler dekompresyon ile iyi bir sonuç alınacağına işaret etmektedir.

#### 4.1.1.1.1 Tamamıyla paroksizmal klasik trigeminal nevroalji

*Açıklama:*

İsrarlı temel ağrı ile seyretmeyen klasik trigeminal nevroalji.

*Tanı Kriterleri:*

- 4.1.1.1.1 Klasik trigeminal nevroalji kriterlerini karşılayan tekrarlayıcı tek taraflı fasiyal ağrı paroksizmleri
- Etkilenen trigeminal dağılımda ataklar arasındaki periyodların ağrısız geçmesi.

*Yorum:*

4.1.1.1.1 Tamamıyla paroksizmal klasik terminal nevroalji en azından başlangıçta medikal tedaviye (özellikle karbamazepin veya okskarbazepine) çoğunlukla olumlu yanıt verir

#### 4.1.1.1.2 Ardışık sürekli ağrıyla seyreden klasik trigeminal nevroalji

*Daha önce kullanılan terimler:*

Atipik trigeminal nevroalji; trigeminal nevroalji tip 2.

*Açıklama:*

İsrarlı temel ağrı ile seyreden klasik trigeminal nevroalji.

*Tanı Kriterleri:*

- 4.1.1.1.1 Klasik trigeminal nevroalji kriterlerini karşılayan rekürren tek taraflı fasiyal ağrı paroksizmleri
- Ataklar arasındaki sürelerde ipsilateral trigeminal dağılımda sürekli veya sürekliye yakın ardışık ağrı.

*Yorum:*

Sürekli ağrı periferik veya santral sensitizasyonla açıklanabilir.

#### 4.1.1.2 Sekonder trigeminal nevroalji

*Açıklama:*

Alta yatan bir hastalığın yol açtığı trigeminal nevroalji. Bu hastaların büyük çoğunluğunun klinik muayenesinde duyuşal değışimler gözlemlenir.

*Tanı Kriterleri:*

- 4.1.1.1 Trigeminal nevroalji kriterlerini karşılayan, ya tamamen proksizmal ya da sürekli veya sürekliye yakın ardışık ağrıyla bağlantılı oluşun rekürren tek taraflı ağrı paroksizmleri
- Nevroaljiye yol açabildiği ve nevroaljiyi açıklayabildiği bilinen ve tespit edilmiş<sup>1</sup> temel bir hastalığın<sup>2</sup> olması
- Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

- 4.1.1.2 Sekonder trigeminal nevroaljinin alta yatan nedeni en iyi MRI ile tespit edilebilir. İnceleme için bir alternatif olarak, MRI uygulanamayan hastalarda trigeminal refleksler ve trigeminal uyarılmış potansiyeller nörofizyolojik temelde kaydedilebilir.
- Bu ağrıya yol açtığı bilinen etkenler serebellopontin köşede tümör, arteriyovenöz malformasyon ve multipl skleroz olarak sayılabilir.

#### 4.1.1.2.1 Multipl skleroz ile ilişkili trigeminal nevroalji

*Açıklama:*

Pons veya trigeminal kök giriş alanındaki multipl skleroz (MS) plağı veya plaklarının yol açtığı, MS'in diğer semptomları ve/veya klinik ya da laboratuvar bulguları ile ilişkilendirilen trigeminal nevroalji.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 4.1.1 Trigeminal nevralji kriterlerini karşılayan rekürren tek taraflı fasiyal ağrı paroksizmleri
- B. Aşağıdaki etkenlerin tümü:
1. Multipl sklerozun (MS) teşhis edilmiş olması
  2. Trigeminal kök alanında veya ponsta intrapontin primer afferentleri etkileyen bir MS plağının, MRI ile tespit edilmesi veya trigeminal yollarda bozukluğun kaydedildiği rutin elektrofizyolojik çalışmaların<sup>1</sup> böyle bir plağın varlığına işaret etmesi
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması

*Not:*

1. Göz kırpmaya refleksi veya trigeminal uyarılmış potansiyeller.

*Yorum:*

4.1.1.2.1 Multipl skleroz ile ilişkili trigeminal ağrı, MS hastalarının %2-5'inde ortaya çıkar ve bazı vakalarda çift taraflı seyrederek. Buna karşın, 4.1.1 Trigeminal nevralji vakalarının yalnızca %2-4'ünde MS tespit edilmiştir. Trigeminal nevralji semptomları, ender olarak MS için bir başvuru şikayeti olarak bildirilmektedir.

Ponstaki lezyon, trigeminal afferentlerin trigeminal beyin sapı çekirdeklerine yansıyan intrapontin santral terminallerini etkiler. Trigeminal yollarda ikinci derece nöronlarını etkileyen pontin lezyonları genellikle paroksizmal olmayan ağrıya ve/veya disesteziye neden olur ve ICHD-3'te yer alan 13.13.1 Multipl skleroz ile ilişkili santral nöropatik ağrı tanısını almaktadır.

Bazı MS hastalarında trigeminal kökün nörovasküler kompresyonu gözlemlenmiştir. MS'in sinir kökünün kompresyonunun etkilerine karşı duyarlılığını artırarak, ağrılı paroksizm olasılığını yükselttiği düşünülmektedir.

4.1.1.2.1 Multipl skleroz ile ilişkili trigeminal nevralji hastaları, farmakolojik ve cerrahi müdahalelerden 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevralji hastalarına göre daha az fayda sağlar.

**4.1.1.2.2 Yer kaplayıcı lezyon ile ilişkili trigeminal nevralji***Açıklama:*

Etkilenen trigeminal sinir ve bir yer kaplayıcı lezyon arasındaki temasın yol açtığı trigeminal nevralji.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 4.1.1 Trigeminal nevralji kriterlerini karşılayan rekürren tek taraflı fasiyal ağrı paroksizmleri
- B. Aşağıdaki etkenlerin tümü:
1. Etkilenen trigeminal sinirle temas halinde bir yer kaplayıcı lezyonun görülmeyele tespit edilmiş olması
  2. Ağrının lezyonun tespitinden sonra gelişmesi veya lezyonun teşhis edilmesini sağlaması
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Yorum:*

4.1.1.2.2 Yer kaplayıcı lezyon ile ilişkili trigeminal nevralji hastalarında klinik ortamda tespit edilebilir duyu belirti görülebilir veya görülmeyebilir; ancak, trigeminal beyin sapı refleksleri gibi elektrofizyolojik testler neredeyse tüm vakalarda anormalliklerin tespit edilmesini sağlar.

**4.1.1.2.3 Başka bir neden ile ilişkili trigeminal nevralji***Açıklama:*

Yukarıda belirtilenlerden farklı bir temel hastalığın yol açtığı trigeminal nevralji.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 4.1.1 Trigeminal nevralsi kriterlerini karşılayan, ya tamamen proksizmal ya da sürekli veya sürekliye yakın konkomitan ağrıyla bağlantılı olan, ancak her zaman tek taraflı seyretmeyen reküran fasiyal ağrı paroksizmleri
- B. Aşağıdaki etkenlerin tümü:
  1. Trigeminal nevralsiye yol açabildiğı bilinen, ancak yukarıda sayılmayan bir bozukluğun<sup>1</sup> tanımlanmış olması
  2. Ağrının bozukluğun başlangıcından sonra gelişmiş veya bozukluğun tespit edilmesini sağlamış olması
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Literatürde kabul edilmiş nedenler; kafa tabanında kemik deformitesi, bağ doku hastalığı, arteriyovenöz malformasyon, dural arteriyovenöz fistül ve nöropati veya sinir hiperekzitabilitesinin genetik nedenleri olarak sayılabilir.

**4.1.1.3 İdiyopatik trigeminal nevralsi***Açıklama:*

Ektrofizyolojik testlerde ve MRI görüntüleme sonuçlarında anlamlı anormalliğın görülmediğı trigeminal nevralsi.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 4.1.1 Trigeminal nevralsi kriterlerini karşılayan, ya tamamen proksizmal ya da sürekli veya sürekliye yakın ardışık ağrıyla bağlantılı reküran tek taraflı ağrı paroksizmleri
- B. Yeterli düzeyde yürütölen incelemelerde<sup>1,2</sup>, 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevralsi veya 4.1.1.2 Sekonder trigeminal nevralsi tanısının doğrulanmamış olması
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Elektrofizyolojik testleri veya MRI'ı içerir.
2. Bir kan damarı ile trigeminal sinir ve/veya sinir kökü arasında temas hali, sağlıklı deneklerde nörolojik görüntülemelerde yaygın olarak tespit edilen bir bulgudur. Bu tür bir temasın 4.1.1 Trigeminal nevralsi ile birlikte tespit edildiğı, ancak sinir kökünde morfolojik değışimlere (örn. atrofi veya deplasman) işaret eden kanıtların bulunmadığı hallerde 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevralsinin kriterleri karşılanmamış olur ve vaka idiyopatik olarak değerlendirilir.

**4.1.1.3.1 Tamamıyla paroksizmal idiyopatik trigeminal nevralsi***Tanı Kriterleri:*

- A. 4.1.1.3 İdiyopatik trigeminal nevralsi kriterlerini karşılayan reküran tek taraflı fasiyal ağrı paroksizmleri
- B. Etkilenen trigeminal dağılımda ataklar arasındaki periyodların ağrısız geçmesi.

**4.1.1.3.2 Ardışık sürekli ağrıyla seyreden idiyopatik trigeminal nevralsi***Tanı Kriterleri:*

- A. 4.1.1.3 İdiyopatik trigeminal nevralsi kriterlerini karşılayan reküran tek taraflı fasiyal ağrı paroksizmleri
- B. Ataklar arasındaki sürelerde etkilenen trigeminal dağılımda sürekli veya sürekliye yakın ardışık ağrı

**4.1.2 Diğer trigeminal nöropatik ağrılar***Açıklama:*

Trigeminal sinirin bir veya birden fazla dalında yayılım gösteren, başka bir bozukluktan kaynaklanan ve nöron hasarının belirtisi olan fasiyal ağrı. Primer ağrı genellikle sürekli veya

yarı sürekli niteliktedir ve yaygın olarak yanma, sıkışma, acıma veya iğne batması şeklinde anlatılır. Rahatsızlığın üzerine kısa ağrı paroksizmleri eklenebilir, ancak baskın ağrı tipi değildir. Bu kombinasyon, 4.1.1 Trigeminal nevralliden farklıdır. Trigeminal yayılım içerisinde klinik ortamda tespit edilebilir somatosensoryal değişimler görülürken, IASP'nin nöropatik ağrı kriterlerini karşılayan mekanik allodini ve soğuğa karşı hiperaljezi/allodini yaygın olarak tespit edilir. Allodinik alanlar, 4.1.1 Trigeminal nevrallide oluşan kesintili tetikleyici bölgelerden çok daha geniş olabilir.

#### 4.1.2.1 Herpes zoster ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı

##### *Açıklama:*

Akut herpes zosterin diğer semptomları ve/veya klinik belirtilerinin yol açtığı veya bu semptom ve/veya belirtilerle ilişkilendirilen, trigeminal sinirin bir veya birden fazla dalında yayımlı, 3 aydan kısa bir süre devam eden tek taraflı fasiyal ağrı.

##### *Tanı kriterleri:*

- Trigeminal sinir dalında veya dallarında yayılım/yayımlar gösteren ve 3 aydan kısa süren tek taraflı fasiyal ağrı
- Aşağıdaki etkenlerden en az birinin karşılanması:
  - Ağrıyla aynı trigeminal yayımda herpetik erüpsiyonun oluşmuş olması
  - Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile serebrospinal sıvıda varisella-zoster virüsünün (VZV) tespit edilmiş olması
  - Lezyon tabanından alınan hücrelerde VZV antijenine yönelik direkt immünofluoresan eşeyin veya VZV DNA'sına yönelik PCR eşeyinin pozitif olması
- Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

##### *Yorum:*

Herpes zoster vakaların %10-15'inde trigeminal gangliyonu etkilerken, hastaların %80 kadarında oftalmik dalda tek başına tespit edilir.

Ağrıdan sonra bir erüpsiyonun veya kızarıklığın (zoster sine herpete) ortaya çıkmaması enderdir. Bu tür vakalarda tanı serebrospinal sıvıda VZV DNA'sının PCR ile tespit edilmesiyle doğrulanır.

4.1.2.1 Herpes zoster ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı genellikle; yanma, batma/zonklama, karıncalanma veya acıma ile karakterizedir ve kütanöz allodini ile birlikte ortaya çıkar. Oftalmik zostere üçüncü, dördüncü ve altıncı kranial sinir palsileri eşlik edebilir.

Herpes zoster, immün yetmezliği olan hastalarda yaygındır; lenfoma hastalarının yaklaşık %10'unda, Hodgkin hastalığı olanların ise yaklaşık %25'inde ortaya çıkar.

#### 4.1.2.2 Trigeminal postherpetik nevralli

##### *Daha önce kullanılan terim:*

Postherpetik trigeminal nöropati

##### *Açıklama:*

Trigeminal sinir dalında veya dallarında yayılım/yayımlar gösteren, en az 3 ay boyunca ısrarlı veya rekürren olarak devam eden ve herpez zoster sebebiyle ortaya çıkan farklılaşan duyuşal değişikliklerle seyreden tek taraflı fasiyal ağrı.

##### *Tanı Kriterleri:*

- Trigeminal sinir dalında veya dallarında yayılım/yayımlar gösteren, 3 aydan uzun süren ve C kriterini karşılayan tek taraflı fasiyal ağrı
- Herpes zosterin aynı trigeminal sinir dalını veya dallarını etkilemiş olması
- Ağrının akut herpes zoster enfeksiyonundan kısa bir süre sonra gelişmiş olması<sup>1</sup>
- Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

**Not:**

1. Ağrı genellikle döküntüler hala aktifken gelişmiş olur. Ancak, ağrı sonraki bir aşamada, döküntüler iyileştikten sonra da ortaya çıkabilir. Bu tür vakalarda, herpetik erüpsiyonun sekelleri olarak soluk veya açık mor yaralar görülebilir.

**Yorum:**

Uzun süre tercih edilen adına rağmen, “postherpetik nevralsi” aslında bir nöropati veya nöronopatidir: sinirde, gangliyonda ve sinir kökünde anlamlı anatomopatolojik değişimler tespit edilmiştir 4.1.2.2 Trigeminal postherpetik nevralside trigeminal beyin kökü kompleksine uzanan enflamasyon görüldüğü de bildirilmiştir.

Akut herpes zosteri izleyen postherpetik nevralsinin prevalansı yaşlılarda daha yüksektir. 4.1.2.2 Trigeminal postherpetik nevralside en yaygın etkilenen lokalizasyon; trigeminal sinirin ilk divizyonu olsa da ikinci ve üçüncü divizyonlar da tutulabilir.

Tipik olarak, postherpetik nevralsi ağrısı; yanma ve kaşınma olarak ortaya çıkar ve kaşınma, çok baskın ve aşırı derecede rahatsız edici bir hal alır. Tipik bir diğer özellik ise, postherpetik nevralsi hastalarında tutulan bölgede belirgin bir duyu yetersizliği ve bir fırçayla uyarılmış mekanik allodini gözlemlenir. Ancak birçok hastada kısıtlı duyu kaybı oluşur ve kaybı olan duyların yerine termal ve/veya hafif ağırlı uyarılara yönelik yanıtlarda artış gözlemlenir.

#### 4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı

**Daha önce kullanılan terimler:**

Anaesthesia dolorosa; ağırlı post-travmatik trigeminal nöropati.

**Açıklama:**

Trigeminal sinir disfonksiyonunun diğer semptomları ve/veya klinik belirtileri ile seyreden, 3 aydan uzun bir süre ısrarlı veya rekürren olan, trigeminal sinirin/sinirlerin maruz kaldığı bir travmanın ardından ve sonucunda ortaya çıkan tek veya iki taraflı fasiyal ya da oral ağrı.

**Tanı Kriterleri:**

- A. Trigeminal sinirin/sinirlerin birindeki veya her ikisindeki yayılım/yayımlar içerisinde nöroanatomik açıdan mantıklı bir alanda ortaya çıkan, 3 aydan uzun süreyle ısrarlı veya rekürren olan ve C ve D kriterlerini karşılayan ağrı
- B. Aşağıdaki etkenlerin tümü:
  1. Periferik trigeminal sinirin/sinirlerin tutulduğu mekanik, termal, radyasyon veya kimyasal yaralanma öyküsü
  2. Tanı testiyle doğrulanmış<sup>1</sup> periferik trigeminal sinirde/sinirlerde oluşan ve ağrıyı<sup>2</sup> açıklayan lezyon varlığı<sup>2</sup>
- C. Yaralanmadan sonraki 6 ay içerisinde başlaması<sup>3</sup>
- D. Aynı nöroanatomik açıdan mantıklı dağılımda somatosensöriyel semptomlar ve/veya belirtilerle<sup>4</sup> ilişkilendirilmesi
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

**Not:**

1. Trigeminal siniri etkileyen önemli bir lezyonun veya hastalığın doğrulanması için, örneğin sinir kompresyonu veya lezyonunun cerrahi veya radyolojik doğrulanması, sinir iletimi çalışması, lazerle uyarılmış potansiyeller, göz kırpmaya refleksi veya redükte sinir lifi terminallerinin deri biyopsisiyle doğrulanması sağlanabilir. Bu incelemelerde elde edilecek pozitif bulgular, ağrı kaynağı konusunda tanı açısından önemli ipuçları ve-

rebilir. Ancak, ağrının tüm klinik ve tanısal özelliklerinin değerlendirilmesi gerekir.

2. Sinir yaralanmalarının şiddet seviyesi hafif ile şiddetli olabilir. Lokal anestezi enjeksiyonları, kök kanal tedavileri, çekimler, oral cerrahi, dental implantlar, ortognatik cerrahi ve diğer invaziv prosedürler gibi dental tedavilerden kaynaklanan dış travma ve iyatrojenik yaralanmalar bu kapsamda değerlendirilir.
3. Özellikle radyasyon kaynaklı postgangliyonik yaralanmanın ardından, 3 aydan sonra nöropatik ağrı ortaya çıkabilir.
4. Somatosensoriyal semptomlar veya belirtiler negatif (örn. hipestezi ve/veya hipaljezi) ve/veya pozitif (örn. hiperaljezi ve/veya allodini) olabilir. Pozitif somatosensoriyal belirtilerin nöropatiye özel olmadığını not ediniz. Ağrı yayılımıyla tutarlı negatif veya pozitif somatosensoriyal belirtiler, trigeminal sinirde bir lezyonun prezansını tespit etmek için yeterli olabilir. Klinik muayene, kantitatif duyuşal test gibi laboratuvar testleriyle desteklenir.

*Yorum:*

4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrının tanı kriterleri, ICHD-3'te yer alan 13.1.2.3 Ağrılı post-travmatik trigeminal nöropatinin tanı kriterlerinden yapı ve içerik açısından bir miktar farklıdır.

Ağrı süresi; paroksizmal ağrı ve sürekli ağrı arasında geniş bir farklılık gösterir ve karışık da seyredebilir.

6.3.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı ile kısmi bir çakışma fark edilebilmekle beraber, bu rahatsızlıkta, 4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı kriterlerinin aksine, zamansal açıdan belirgin herhangi bir ilişki tespit edilmeyebilir ve somatosensoriyal değişimler nöroanatomik alanla sınırlı kalma-yabilir.

Trigeminal nevralsi için yürütölen, trigeminal gangliyonu veya sinir kökünü hedef alan nöroablatif prosedürler, bir veya birden fazla trigeminal divizyonu tutan nöropatik ağrıya yol açabilir ve 4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı olarak kodlanmalıdır. Bu ağrı, bazı vakalarda 4.1.1 Trigeminal nevralsi ile birlikte gözlemlenebilir. Bu durum, özellikle rahatsızlığın remisyondan sonra tekrarladığı haller için geçerlidir.

4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı orta hattı ender olarak geçer, hatta hiç geçmez. Ancak, bazı vakalarda daha diffüz bir yayılım gösterebilir.

#### 4.1.2.3.1 Muhtemel post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı

*Tanı Kriteri:*

- A. 4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı için B2 kriteri haricindeki tüm kriterleri karşılayan ağrı.

#### 4.1.2.4 Başka bir bozukluk ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı

*Açıklama:*

Yukarıda belirtilenlerden farklı bir bozukluğun yol açtığı, 3 aydan uzun süreyle ısrarlı veya rekürren olan ve sinir disfonksiyonunun diğer semptomları ve/veya klinik belirtileriyle birlikte ortaya çıkan, trigeminal sinirin bir veya birden fazla dalındaki dağılımda/dağılımlarda tek veya çift taraflı yüz veya oral ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. Trigeminal sinirin/sinirlerin birindeki veya her ikisindeki yayılım/yayımlar içerisinde nöroanatomik açıdan mantıklı bir alanda ortaya çıkan, 3 aydan uzun süreyle ısrarlı veya rekürren olan ve C ve D kriterlerini karşılayan ağrı

- B. Trigeminal nöropatik ağrıya yol açabildiği veya bu ağrıyı açıklayabildiği bilinen, ancak 4.1.2.1 ila 4.1.2.3'te sayılmayan bir bozukluğun teşhis edilmiş olması
- C. Ağrının, ağrıya yol açtığı varsayılan bozukluğun başlangıcından sonra gelişmiş veya bozukluğun tespit edilmesini sağlamış olması
- D. Ağrının aynı nöroanatomik açıdan mantıklı dağılımda somatosensoriyal semptomlar ve/veya belirtilerle<sup>1</sup> ilişkilendirilmesi
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Somatosensoriyal semptomlar veya belirtiler negatif (örn. hipoestezi ve/veya hiperaljezi) ve/veya pozitif (örn. hiperaljezi ve/veya allodini) olabilir.

*Yorum:*

Trigeminal nöropatik ağrı; multipl skleroza, yer kaplayıcı lezyona veya sistemik hastalığa sekonder olarak gelişebilir ve 4.1.1.2 Sekonder trigeminal nevralji ve 4.1.2 Diğer trigeminal nöropatik ağrılar birbirinden yalnızca klinik özelliklere (spontane ağrı özelliği, uyarılmış ağrı ve duyu yetersizliği varlığı) dayanılarak ayırt edilebilir

4.1.2 Bağ doku hastalığının veya kalıtsal hastalığın yol açtığı diğer trigeminal nöropatik ağrı genellikle tek taraflı seyretse de asimmetrik başlayabilir ve zaman zaman temeldeki ağrıya eklenen paroksizmal ağrıyla birlikte görülebilir. Sürecin sonunda hastalarda iki taraflı duyu yetersizlikleri ve sürekli ağrı gelişir ki tanı bu özelliklerle kesin olarak tespit edilir. MRI normaldir, ancak her vakada trigeminal reflekslerde gecikme veya eksiklik görülür.

#### 4.1.2.4.1 Başka bir bozukluk ile ilişkili muhtemel trigeminal nöropatik ağrı

*Tanı Kriteri:*

- A. 4.1.2.4 Başka bir bozukluk ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrının C haricindeki tüm kriterlerini karşılayan ağrı.

#### 4.1.2.5 İdiyopatik trigeminal nöropatik ağrı

*Açıklama:*

Nöron hasarına işaret eden, 3 aydan uzun süreyle ısrarlı veya rekürren olan, ancak etiyojisi bilinmeyen, trigeminal sinirin bir veya birden fazla dalındaki dağılımda/dağılımlarda tek veya çift taraflı fasiyal ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. Trigeminal sinirin/sinirlerin birindeki veya her ikisindeki yayılım/yayımlar içerisinde nöroanatomik açıdan mantıklı bir alanda ortaya çıkan, 3 aydan uzun süreyle ısrarlı veya rekürren olan ve C kriterini karşılayan ağrı
- B. Aşağıdaki etkenlerin tümü:
1. Periferik trigeminal sinirde/sinirlerde oluşun ve ağrıyı açıklayan bir lezyonun teşhis edilmiş olması
  2. Periferik trigeminal sinir tutulumuna yol açabilecek travma veya bozukluk öyküsünün bulunmaması
- C. Ağrının aynı nöroanatomik açıdan mantıklı dağılımda somatosensoriyal semptomlar<sup>1</sup> ve/veya belirtilerle<sup>1</sup> ilişkilendirilmesi
- D. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Somatosensoriyal semptomlar veya belirtiler negatif (örn. hipoestezi ve/veya hiperaljezi) ve/veya pozitif (örn. hiperaljezi ve/veya allodini) olabilir.

## 4.2 Glossofaringeal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı

### 4.2.1 Glossofaringeal nevrалji

*Daha önce kullanılan terim:*

Vagoglossofaringeal nevrалji.

*Açıklama:*

Yalnızca glossofaringeal sinirde değil, aynı zamanda vagus sinirinin auriküler ve faringeal dallarındaki dağılımlarda başlangıcı ve bitişi ani seyreden, tek taraflı kısa batma ağrısıyla karakterize bir bozukluk. Ağrı; kulakta, dilin tabanında, tonsiller fossada ve/veya çenenin köşesinin altında hissedilir. Yaygın olarak yutma, konuşma veya öksürmeyle provoke olur ve 4.1.1 Trigeminal nevrалjide olduğu gibi remisyon ve relaps gösterebilir.

*Tanı Kriterleri:*

- A. Glossofaringeal sinirin yayılımında<sup>1</sup> B kriterini karşılayan reküran paroksizmal tek taraflı ağrı atakları
- B. Ağrı aşağıdaki özelliklerin tümünü karşılamalıdır:
  1. Birkaç saniyeden 2 dakikaya kadar sürer
  2. Şiddetli yoğunluk
  3. Elektrik şoku benzeri, nitelik açısından zonklayan, batan veya keskin ağrı
  4. Yutma, öksürme, konuşma veya esnemeyle tetiklenir
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Dilin posteriorunda, tonsiller fossada, farinkste veya alt çenenin köşesinde ve/veya kulağın içinde.

*Yorum:*

4.2.1 Glossofaringeal nevrалji, 4.1.1 Trigeminal nevrалjiyle birlikte ortaya çıkabilir.

Superior larengal sinir, vagusun bir dalıdır. Superior larengal sinirin nevrалjisi, lokalizasyonu açısından 4.2.1 Glossofaringeal nevrалjiye benzer bir görünüm sergiler ve bu rahatsızlıktan ayırt edilmesi zor olabilir.

Görüntülemelerde glossofaringeal sinir üzerinde nörovasküler kompresyon görülebilir.

4.2.1 Glossofaringeal nevrалjinin gelişiminden önce, etkilenen alanlarda haftalar ila aylar boyunca rahatsız edici hisler bildirilebilir.

4.2.1 Glossofaringeal nevrалji ağrısı, gözü, burnu, çeneyi veya omzu tutacak şekilde yayılabilir. Hastalarda kilo kaybına yol açacak kadar şiddetlenebilir. Nadir olarak, ağrı atakları öksürük, ses kısıklığı, senkop ve/veya bradikardi ile ilişkilendirilir. Bazı araştırmacılar, nevrалjinin faringeal, otaljik ve vagal alt formları arasında ayırım yapılmasını ve ağrıya asistol, konvülsiyon ve senkopun eşlik ettiği hallerde vagoglossofaringeal nevrалji teriminin kullanılmasını önermiştir.

Klinik muayenede, genellikle sinir dağılımında duyuşal değişimler tespit edilmez, ancak hafif duyu yetersizlikleriyle karşılaşırsa, bu bulgu tanıyı geçersiz kılmaz. Büyük değişimler veya öğürme refleksinin azalması/kaybolması halinde, etiyolojik incelemeler yapılmalıdır.

4.2.1 Glossofaringeal nevrалji, çoğunlukla başlangıçta ilaç tedavisine (özellikle karbamazepin veya okskarbazepine) yanıt verir. Tonsile ve farinegal duvara lokal anestetik uygulamasının, birkaç saat boyunca atakları önleyebildiği öne sürülmüştür.

#### 4.2.1.1 Klasik glossofaringeal nevrалji

*Tanı Kriterleri:*

- A. 4.2.1 Glossofaringeal nevrалji kriterlerini karşılayan reküran tek taraflı ağrı paroksizmleri



- B. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) sonucunda veya cerrahi sırasında glossofaringeal sinir kökünün nörovasküler kompresyonunun tespit edilmesi

#### 4.2.1.2 Sekonder glossofaringeal nevroalji

##### Açıklama:

Altta yatan bir hastalığın yol açtığı glossofaringeal nevroalji.

##### Tanı Kriterleri:

- A. 4.2.1 Glossofaringeal nevroalji kriterlerini karşılayan rekürren tek taraflı ağrı paroksizmleri
- B. Nevraljiye yol açabildiği ve nevroaljiyi açıklayabildiği bilinen bir temel hastalığın<sup>1</sup> tespit edilmiş olması.

##### Not:

1. Boyun travması, multipl skleroz, tonsiller veya bölgesel tümörler, serebellopontin köşe tümörleri ve Arnold-Chiari malformasyonu kaynaklı 4.2.1.2 Sekonder glossofaringeal nevroaljinin bildirildiği bireysel çalışmalar vardır.

#### 4.2.1.3 İdiyopatik glossofaringeal nevroalji

##### Tanı Kriterleri:

- A. 4.2.1 Glossofaringeal nevroalji kriterlerini karşılayan rekürren tek taraflı ağrı paroksizmleri
- B. İncelemelerde nörovasküler kompresyonun veya 4.2.1.2 Sekonder glossofaringeal nevroaljiye yol açabildiği bilinen temel bir hastalığın tespit edilmemiş olması
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

#### 4.2.2 Glossofaringeal nöropatik ağrı

##### Açıklama:

Glossofaringeal sinirin dağılımı (dilin posteriorunda, tonsiller fossada, farenkste veya alt çenenin köşesinin altında) içerisinde hissedilen ağrı. Buna ek olarak, ağrı yaygın olarak ipsilateral kulakta hissedilir. Primer ağrı genellikle sürekli veya yarı sürekli niteliktedir ve yaygın olarak yanma veya sıkışma veya iğne batması şeklinde betimlenir. Rahatsızlığın üzerine kısa paroksizmler eklenebilir, ancak baskın ağrı tipi olmazlar. 4.2.2 Glossofaringeal nöropatik ağrı, 4.2.1 Glossofaringeal nevroaljiden bu kombinasyon sayesinde ayrılır. Dilin ipsilateral kısmında ve tonsiller fossada duyuusal yetersizlikler görülebilir ve öğürme refleksi zayıf veya eksik olabilir.

#### 4.2.2.1 Bilinen bir neden ile ilişkili glossofaringeal nöropatik ağrı

##### Açıklama:

Tespit edilen başka bir bozukluktan kaynaklanan, glossofaringeal sinirin dağılımında ortaya çıkan, ilave kısa paroksizmler ile veya bu paroksizmler olmadan seyreden tek taraflı sürekli veya sürekli yakın ağrı.

##### Tanı Kriterleri:

- A. Glossofaringeal sinirin dağılımında ortaya çıkan ve C kriterini karşılayan tek taraflı sürekli veya sürekli yakın ağrı<sup>1</sup>
- B. Glossofaringeal nöropatik ağrıya yol açabildiği bilinen bir bozukluğun teşhis edilmiş olması<sup>2</sup>
- C. Aşağıdakilerin her ikisiyle doğrulanan nedensellik kanıtı
1. Ağrının bozukluğun etkilediği glossofaringeal sinirin ipsilateralinde ortaya çıkması
  2. Ağrının bozukluğun başlangıcından sonra gelişmiş veya bozukluğun tespit edilmesini sağlamış olması

D. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Rahatsızlığın üzerine kısa paroksizmler eklenebilir, ancak baskın ağrı tipi olmazlar.
2. Serebellopontin köşe tümörleri ile müdahale prosedürleri sırasında oluşan iyatrojenik yaralanma 4.2.2.1 Bilinen bir neden ile ilişkili glossofaringeal nöropatik ağrının nedenleri olarak bildirilmiştir.

#### 4.2.2.2 İdiyopatik glossofaringeal nöropatik ağrı

*Açıklama:*

Glossofaringeal sinirin dağılımında ortaya çıkan, ilave kısa paroksizmler ile veya bu paroksizmler olmadan seyreden, etiyojisi bilinmeyen tek taraflı sürekli veya sürekliye yakın ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. Glossofaringeal sinirin dağılımında ortaya çıkan tek taraflı sürekli veya sürekliye yakın ağrı<sup>1</sup>
- B. Herhangi bir nedenin tespit edilememiş olması
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Rahatsızlığın üzerine kısa paroksizmler eklenebilir, ancak baskın ağrı tipi olmazlar.

## Kaynaklar

### 4.1 Trigeminal sinir lezyonu veya hastalığı ile ilişkili orofasiyal ağrı

Benoliel R, Svensson P, Evers S, et al.; IASP Task-force for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for

ICD-11: chronic secondary headache or orofacial pain. *Pain* 2019; 160: 60–68.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.

Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al.; Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* 2019; 160: 53–59.

### 4.1.1 Trigeminal nevrалji

Benoliel R, Eliav E and Sharav Y. Self-reports of painrelated awakenings in persistent orofacial pain patients. *J Orofac Pain* 2009; 23: 330–338.

Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Trigeminal neuralgia: new classification and diagnostic grading for clinical practice and research. *Neurology* 2016; 87: 220–228.

Drangsholt M and Truelove E. Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder. *J Evid Base Dent Pract* 2001; 1: 41–50.

Fromm GH, Graff-Radford SB, Terrence CF, et al. Pretrigeminal neuralgia. *Neurology* 1990; 40: 1493–1495.

Haviv Y, Khan J, Zini A, et al. Trigeminal neuralgia (part I). Revisiting the clinical phenotype. *Cephalalgia* 2016; 36: 730–746.

Koopman JSHA, Dieleman JP, Huygen FJ, et al. Incidence of facial pain in the general population. *Pain* 2009; 147: 122–127.

Mueller D, Obermann M, Yoon MS, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. *Cephalalgia* 2011; 31: 1542–1548.

Obermann M, Yoon MS, Ese D, et al. Impaired trigeminal nociceptive processing in pa-

tients with trigeminal neuralgia. *Neurology* 2007; 69: 835–841.

Pareja JA, Cuadrado ML, Caminero AB, et al. Duration of attacks of first division trigeminal neuralgia. *Cephalalgia* 2005; 25: 305–308.

Rasmussen P. Facial pain. II. A prospective survey of 1052 patients with a view of: character of the attacks, onset, course, and character of pain. *Acta Neurochir (Wien)* 1990; 107: 121–128.

Rasmussen P. Facial pain. III. A prospective study of the localization of facial pain in 1052 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 53–63.

Rasmussen P. Facial pain. IV. A prospective study of 1052 patients with a view of: precipitating factors, associated symptoms, objective psychiatric and neurological symptoms. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 100–109.

#### 4.1.1.1 Klasik trigeminal nevrалji

Antonini G, Di Pasquale A, Cruccu G, et al. Magnetic resonance imaging contribution for diagnosing symptomatic neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia: a blinded case-control study and meta-analysis. *Pain* 2014; 155: 1464–1471.

Bowsher D, Miles JB, Haggett CE, et al. Trigeminal neuralgia: a quantitative sensory perception threshold study in patients who had not undergone previous invasive procedures. *J Neurosurg* 1997; 86: 190–192.

Leal PR, Barbier C, Hermier M, et al. Atrophic changes in the trigeminal nerves of patients with trigeminal neuralgia due to neurovascular compression and their association with the severity of compression and clinical outcomes. *J Neurosurg* 2014; 120: 1484–1495.

Maarbjerg S, Wolfram F, Gozalov A, et al. Significance of neurovascular contact in clas-

sical trigeminal neuralgia. *Brain* 2015; 48: 311–319.

#### 4.1.1.2 Multipl skleroz ile ilişkili trigeminal nevrалji

Cruccu G, Biasiotta A, Di RS, et al. Trigeminal neuralgia and pain related to multiple sclerosis. *Pain* 2009; 143: 186–191.

O'Connor AB, Schwid SR, Herrmann DN, et al. Pain associated with multiple sclerosis: systematic review and proposed classification. *Pain* 2008; 137: 96–111.

Truini A, Prosperini L, Calistri V, et al. A dual concurrent mechanism explains trigeminal neuralgia in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2016; 86: 2094–2099.

#### 4.1.1.2.2 Yer kaplayıcı lezyon ile ilişkili trigeminal nevrалji

Cheng TM, Cascino TL and Onofrio BM. Comprehensive study of diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia secondary to tumors. *Neurology* 1993; 43: 2298–2302.

Wei Y, Zhao W, Pu C, et al. Clinical features and longterm surgical outcomes in 39 patients with tumorrelated trigeminal neuralgia compared with 360 patients with idiopathic trigeminal neuralgia. *Br J Neurosurg* 2017; 31: 101–106.

#### 4.1.1.2.3 Başka bir neden ile ilişkili trigeminal nevrалji

Coffey RJ and Fromm GH. Familial trigeminal neuralgia and Charcot-Marie-Tooth neuropathy. Report of two families and review. *Surg Neurol* 1991; 35: 49–53.

De Paula Lucas C and Zabramski JM. Dural arteriovenous fistula of the transverse-sigmoid sinus causing trigeminal neuralgia. *Acta Neurochir* 2007; 149: 1249–1253.

Tanaka BS, Zhao P, Dib-Hajj FB, et al. A gain-of-function mutation in Nav1.6 in a case of trigeminal neuralgia. *Mol Med* 2016; 22: 338–348.

Yip V, Michael BD, Nahser HC, et al. Arteriovenous malformation: a rare cause of trigeminal neuralgia identified by magnetic resonance imaging with constructive interference in steady state sequences. *QJM* 2012; 105: 895–898.

#### 4.1.1.3 İdiyopatik trigeminal nevrалji

Lee A, McCartney S, Burbidge C, et al. Trigeminal neuralgia occurs and recurs in the absence of neurovascular compression. *J Neurosurg* 2014; 120: 1048–1054.

#### 4.1.2.1 Herpes zoster ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı

Dworkin RH and Portenoy RK. Pain and its persistence in herpes zoster. *Pain* 1996; 67: 241–252.

Haanpää M, Dastidar P, Weinberg A, et al. Characteristics of cerebrospinal fluid and magnetic resonance imaging findings in patients with acute herpes zoster. *Neurology* 1998; 51: 1405–1411.

Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus. Natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophthalmology* 2008; 115(2 suppl): S3–S12

#### 4.1.2.2 Trigeminal postherpetik nevrалji

Alvarez FK, de Siqueira SR, Okada M, et al. Evaluation of the sensation in patients with trigeminal post-herpetic neuralgia. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 347–350.

Truini A, Galeotti F, Haanpää M, et al. Pathophysiology of pain in postherpetic neuralgia: a clinical and neurophysiological study. *Pain* 2008; 140: 405–410.

Truini A, Haanpää M, Provitiera V, et al. Differential myelinated and unmyelinated sensory and autonomic skin nerve fiber involvement in patients with ophthalmic postherpetic neuralgia. *Front Neuroanat* 2015; 9: 105.

#### 4.1.2.3. Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrı

Benoliel R, Birenboim R, Regev E, et al. Neurosensory changes in the infraorbital nerve following zygomatic fractures. *Oral Surg* 2005; 99: 657–665.

Benoliel R, Zadik Y, Eliav E, et al. Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathy: Clinical features in 91 cases and proposal of novel diagnostic criteria. *J Orofac Pain* 2012; 26: 49–58.

Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016; 157: 1599–1606.

Jääskeläinen SK, Teerijoki-Oksa T and Forsell H. Neurophysiologic and quantitative sensory testing in the diagnosis of trigeminal neuropathy and neuropathic pain. *Pain* 2005; 117: 349–357.

Polycarpou N, Ng YL, Canavan D, et al. Prevalence of persistent pain after endodontic treatment and factors affecting its occurrence in cases with complete radiographic healing. *Int Endod J* 2005; 38: 169–178.

Queral-Godoy E, Figueiredo R, Valmaseda-Castellon E, et al. Frequency and evolution of lingual nerve lesions following lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 402–407.

Renton T and Yilmaz Z. Profiling of patients presenting with posttraumatic neuropathy

of the trigeminal nerve. *J Orofac Pain* 2011; 25: 333–344.

#### 4.1.2.4 *Başka bir bozukluk ile ilişkili trigeminal nöropatik ağrı*

Cruccu G, Penisi EM, Antonini G, et al. Trigeminal isolated sensory neuropathy (TISN) and FOSMN syndrome: despite a dissimilar disease course do they share common pathophysiological mechanisms? *BMC Neurol* 2014; 14: 248.

Klasser GD, Balasubramaniam R, Epstein J. Topical review—connective tissue diseases: orofacial manifestations including pain. *J Orofac Pain* 2007; 21: 171–184.

#### 4.2.1 *Glossofaringeal nevralkji*

Blumenfeld A, Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain and Headache Rep* 2013; 17: 343.

Huynh-Le P, Matsushima T, Hisada K, et al. Glossopharyngeal neuralgia due to an epidermoid tumour in the cerebellopontine angle. *J Clin Neurosci* 2004; 11: 758–760.

Kandan SR, Khan S, Jeyaretna DS, et al. Neuralgia of the glossopharyngeal and vagal nerves: long-term outcome following surgical treatment and literature review. *Br J Neurosurg* 2010; 24: 441–446.

Minagar A and Sheremata WA. Glossopharyngeal neuralgia and MS. *Neurology* 2000; 54: 1368–1370.

Patel A, Kassam A, Horowitz M, et al. Microvascular decompression in the management of glossopharyngeal neuralgia: analysis of 217 cases. *Neurosurgery* 2002; 50: 705–710.

Peet MM. Glossopharyngeal neuralgia. *Ann Surg* 1935; 101: 256–258.

Saman Y, Whitehead D, Gleeson M. Jugular foramen schwannoma presenting with glossopharyngeal neuralgia syncope syndrome. *J Laryngol Otol* 2010; 124: 1305–1308.

Tanrikulu L, Hastreiter P, Dorfler A, et al. Classification of neurovascular compression in glossopharyngeal neuralgia: three-dimensional visualization of the glossopharyngeal nerve. *Surg Neurol Int* 2015; 6: 189.

#### 4.2.2 *Glossofaringeal nöropatik ağrı*

Bakar B. The jugular foramen schwannomas: review of the large surgical series. *J Korean Neurosurg Soc* 2008; 44: 285–294.

Kalladka M, Nasri-Heir C, Eliav E, et al. Continuous neuropathic pain secondary to endoscopic procedures: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016; 122: e55–e59.

Shin HY, Park HJ, Choi YC, et al. Clinical and electromyographic features of radiation-induced lower cranial neuropathy. *Clin Neurophysiol* 2013; 124: 598–602.

## 5. Primer baş ağrılarına benzer belirtiler gösteren orofasiyal ağrılar

### Genel Yorumlar:

Klinik uygulamalarda genellikle baş ağrısı ile orofasiyal ağrı (OFA) arasındaki ayrımı temsil eden üç tip hastayla karşılaşırız.

Tip 1: Baş ağrısı atakları sırasında ve atakların ipsilateralinde ilave fasiyal ağrı şikayeti olan baş ağrısı hastaları.

Tip 2: Baş ağrısı atakları durmuş ve yerini asıl baş ağrısıyla ilişkili semptomlarla birlikte, aynı nitelikte, uzunlukta ve yoğunlukta fasiyal ağrı ataklarına bırakmış olan baş ağrısı hastaları.

Tip 3: Ağrı özelliği, süresi ve yoğunluğu açısından primer baş ağrısı tiplerinden birine benzeyen, ancak bu baş ağrısı tipleriyle ilişkili semptomları sergilemeyebilen yeni OFA atakları gelişen yeni baş ağrısı hastaları.

ICOP un bu kısmı, yalnızca yüz bölgesinde primer baş ağrılarına benzeyen bir ağrı yaşayan, ancak başta lokalize ağrı bildirmeyen üçüncü hasta kategorisine yöneliktir. Diğer tüm hastalara, ICHD-3'e uygun olarak tanı koyulmalıdır.

### 5.1 Orofasiyal migren

#### Açıklama:

ICHHD-3'te tanımlanan 1. Migren rahatsızlığının özellikleri ve ilişkili nitelikleriyle seyreden, baş ağrısına eşlik etmeyen ve yalnızca orofasiyal bölgede ortaya çıkan epizodik veya kronik ağrı.

#### Diğer yayınlardaki sınıflandırması:

Normal şartlarda aşağıdaki alt tiplerin veya alt formların hiçbirinin kriterlerini karşılamayan, ancak baş ağrısına eşlik eden orofasiyal ağrı,

ICHHD-3'te yer alan 1. Migren başlığına uygun olarak sınıflandırılmalıdır.

#### 5.1.1 Epizodik orofasiyal migren

##### Açıklama:

Baş ağrısıyla seyretmeyen, 4-72 saat süren rekürren orofasiyal ağrı (OFA) atakları. Ağrının tipik özellikleri tek taraflı lokalizasyon, zonklama özelliği, orta veya şiddetli yoğunluk, rutin fiziksel aktiviteyle artış ve bulantı ve/veya fotofobi ve/veya fonofobi ilişkisi olarak sayılabilir.

##### Tanı Kriterleri:

- A. B-D kriterlerini karşılayan en az beş atağın gerçekleşmesi
- B. Baş ağrısıyla seyretmeyen, 4-72 saat süren (tedavi edilmemiş veya edilememiş) yüz ve/veya oral ağrı
- C. Ağrının aşağıdaki dört özellikten en az ikisini taşıması:
  1. Tek taraflı lokalizasyon
  2. Zonklama özelliği
  3. Orta veya şiddetli yoğunluk
  4. Rutin fiziksel aktiviteyle (örn. yürüme veya merdiven çıkma) artış göstermesi veya aktiviteden kaçınma davranışına yol açması
- D. Ağrıya aşağıdakilerden en az birinin eşlik etmesi:
  1. Bulantı ve/veya kusma
  2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

##### Yorum:

5.1.1 Tanımlandığı şekliyle (baş ağrısıyla seyretmeyen) epizodik orofasiyal migren çok ender görülmektedir. İki taraflı orofasiyal migren henüz tanımlanmamıştır.

Bildiğimiz kadarıyla, aural orofasiyal migren henüz tanımlanmamıştır ve daha iyi kanıtlar elde edilene kadar ICOP'ta ele alınmayacaktır.

Atipik migren benzeri özellikler sergileyen değişken süreli intraoral ağrı ataklarının izlendiği bir hasta grubu tespit edilmiştir. Bu bulgular migrenle bağlantılı olmayabilir ve 5.4 Nörovasküler orofasiyal ağrı başlığının altında tanımlanmaktadır.

### 5.1.2 Kronik orofasiyal migren

#### Açıklama:

Ayda en az 8 gün migren özellikleri sergileyen, 3 aydan uzun bir süre boyunca ayda en az 15 gün boyunca devam eden yüz ve/veya oral ağrı.

#### Tanı Kriterleri:

- A. Baş ağrısı olmadan, en az 3 ay boyunca ayda 15 gün boyunca hissedilen ve aşağıdaki B ve C kriterlerini karşılayan yüz ve/veya oral ağrı
- B. 5.1 Epizodik orofasiyal migren altındaki B-D kriterlerini karşılayan en az beş atak geçirmiş olan bir hastada görülmesi
- C. Aşağıdaki koşullardan birinin karşılanması kaydıyla, en az 3 ay boyunca ayda 8 gün boyunca devam etmesi:
  1. 5.1.1 Epizodik orofasiyal migren başlığındaki C ve D kriterleri
  2. Hastanın ağrısı başlangıçta orofasiyal migren olarak kabul etmesi ve ağrının triptan veya ergot türeviyle dindirilmesi
- D. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

#### Yorum:

Sık rekürrens gösteren OFA'nin karakterizasyonu için genellikle ağrıya ve bağlantılı semptomlara ilişkin bilgilerin kaydedilmesi için bir ağrı günlüğü tutulması gerekir.

### 5.2 Gerilim tipi orofasiyal ağrı

#### Açıklama:

ICHD-3'te tanımlanan 2. Gerilim tipi baş ağrısı rahatsızlığının özellikleri ve ilişkili nitelikleriy-

le seyreden, baş ağrısına eşlik etmeyen ve yalnızca orofasiyal bölgede ortaya çıkan epizodik veya kronik ağrı.

#### Yorum:

ICHD-3'te 2. Gerilim tipi baş ağrısı başlığı altında tanımlanan bozukluklar ile ICOP'ta 2. Miyofasiyal ağrı başlığı altında tanımlananlar arasında semptomlar, belirtiler, epidemiyoloji ve tedavi yanıtı açısından birçok benzerlik söz konusudur. Mevcut durumda bunların arasında herhangi bir ilişkin kurulması için yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Temporomandibüler bozuklukla bağlantısı olmayan, "fasiyal kas gerilimi" olarak tanımlanan, yalnızca istirahatte ortaya çıkan ve çığneme gibi istemli kas aktivitesiyle dindirilen bir fasiyal ağrı görülebilir. Şu aşamada bu ağrının ayrı bir bütün oluşturduğunu ortaya koymak için yeterli kanıt bulunmamaktadır.

### 5.3 Trigeminal otonomik orofasiyal ağrı

#### Açıklama:

ICHD-3'te 3. Trigeminal otonomik sefaljiler başlığı altında tanımlanan bir bozukluğun özellikleri ve ilişkili nitelikleriyle seyreden, baş ağrısına eşlik etmeyen ve yalnızca orofasiyal bölgede ortaya çıkan ağrı atakları.

#### Diğer yayınlardaki sınıflandırması:

Normal şartlarda aşağıdaki alt tiplerin veya alt formların hiçbirinin kriterlerini karşılamayan, ancak baş ağrısına eşlik eden orofasiyal ağrı, ICHD-3'te yer alan 3. Trigeminal otonomik sefaljiler başlığına uygun olarak sınıflandırılmalıdır.

#### 5.3.1 Orofasiyal küme ağrıları

#### Açıklama:

Baş ağrısına eşlik etmeyen, 15–180 dakika süren ve iki günde bir ila günde sekiz kez ortaya çıkan şiddetli, yalnızca tek taraflı yüz ve/veya

oral ağrı atakları. Ağrı; ipsilateral konjunktival enjeksiyon, lakrimasyon, burun tıkanması, rinore, alın ve yüzde terleme, miyozis, ptozis ve/veya huzursuzluk veya gerginlik ile ilişkilendirilmektedir.

*Tanı Kriterleri:*

- A. B-D kriterlerini karşılayan en az beş atağın gerçekleşmesi
- B. 15–180 dakika süren (tedavi edilmediğinde) şiddetli veya çok şiddetli seyreden tek taraflı yüz ve/veya oral ağrı<sup>1</sup>
- C. Aşağıdaki etkenlerden birinin veya tümünün karşılanması:
  1. Aşağıdaki semptomlardan en az birinin ağrının ipsilateralinde izlenmesi:
    - a) Konjunktival enjeksiyon ve/veya lakrimasyon
    - b) Burun tıkanması ve/veya rinore
    - c) Göz kapağı ödemi
    - d) Alın ve yüzde terleme
    - e) Miyozis ve/veya ptozis
  2. Huzursuzluk veya gerginlik
- D. Ağrının iki günde bir ila günde sekiz kez ortaya çıkması<sup>2</sup>
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. 5.3.1 Orofasiyal küme ataklarının yarısından azında; aktif sürecinin bir kısmında yaşanan ataklar daha az şiddetli ve/veya daha kısa ya da uzun olabilir.
2. Orofasiyal küme ataklarının yarısından azında; aktif sürecinin bir kısmında yaşanan ataklar daha seyrek ortaya çıkabilir.

*Yorum:*

5.3.1 Orofasiyal küme ataklarındaki otonomik semptomlar, ICHD-3'te yer alan 3.1 Küme baş ağrısı başlığındaki özelliklerden daha belirsiz veya farklı olabilir. Küme benzer otonomik

özelliklerin eşlik ettiği yüz ve/veya oral ağrı görülen hastalar tespit edilmişse de bu hastalar için ayrı bir grup oluşturulması için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bu soruları yanıtlayacak kanıtların elde edilmesi için daha ileri araştırmalar yapılmalıdır.

**5.3.1.1 Epizodik orofasiyal küme atakları**

*Açıklama:*

7 gün ila 1 yıl süren ataklarla ortaya çıkan, aralarında en az 3 ay süren ağrısız periyodların izlendiği orofasiyal küme atakları.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 5.3.1 Orofasiyal küme atakları kriterlerini karşılayan ve nöbetler (küme periyodları) halinde ortaya çıkan ataklar
- B. 7 gün ila 1 yıl süren (tedavi edilmediğinde) ve aralarında 3 aylık ağrısız remisyon periyodları bulunan en az iki küme periyodunun yaşanması

**5.3.1.2 Kronik orofasiyal küme atakları**

*Açıklama:*

Remisyon görülmezsizin veya 3 aydan kısa süreli remisyon periyodlarıyla seyreden, 1 yıldan uzun süredir devam eden orofasiyal küme atakları

*Tanı Kriterleri:*

- A. 5.3.1 Orofasiyal küme atakları kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ataklar
- B. Ağrının remisyon periyodu olmadan devam etmesi veya günde 5 kez ortaya çıkan remisyonlarla seyretmesi<sup>1</sup>
- C. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Yorum:*

5.3.1.2 Kronik orofasiyal küme atakları tek başına ortaya çıkabileceği gibi, 5.3.1.1 Epizodik



orofasiyal küme ataklarının devamı olarak da görülebilir. Bazı hastalarda 5.3.1.2 Kronik orofasiyal küme atakları, 5.3.1.1 Epizodik orofasiyal küme ataklarına dönüşebilir.

### 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrı

#### Açıklama:

Günde birkaç veya birçok kez ortaya çıkan, 2-30 dakika devam eden, baş ağrısı olmadan görülen şiddetli, yalnızca hemifasiyal alanda lokalize ağrı atakları. Ataklar ipsilateral konjunktival enjeksiyon, lakrimasyon, burun tıkanması, rinore, alın ve yüz terlemesi, miyozis, ptozis ve/veya göz kapağı ödemi ile ilişkilendirilebilir.

#### Tanı kriterleri:

- A. B-D kriterlerini karşılayan en az 20 atak
- B. Baş ağrısı olmadan görülen, 2-30 dakika süren şiddetli tek taraflı fasyal ve/veya oral ağrı
- C. Aşağıdaki etkenlerden en az birinin karşılanması:
  1. Ağrının ipsilateralinde aşağıdaki semptom veya işaretlerin en az birinin görülmesi:
    - a) Konjunktival enjeksiyon ve/veya lakrimasyon
    - b) Burun tıkanması ve/veya rinore
    - c) Göz kapağı ödemi
    - d) Alın veya yüz terlemesi
    - e) Miyozis ve/veya ptozis
  2. Terapötik indometasin dozlarıyla mutlak olarak engellenmesi
- D. Görülme sıklığının günde en az 5 kez olması<sup>1</sup>
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

#### Not:

1. 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrının yarısından azında; aktif sürecinin bir kısmında ataklar daha seyrek ortaya çıkabilir.

#### Yorum:

Literatürde belirgin otonomik belirtiler olmadan ortaya çıkan paroksizmal hemifasiyal ağrı bildirilmiştir. Bazı kanıtlar, ağrının (5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrıda olduğu gibi) ikinci ve/veya üçüncü trigeminal divizyonların dağılımlarında veya (ICHD-3'te yer alan 3.2 Paroksizmal hemikrani başlığında tanımlandığı gibi) birinci divizyonun dağılımlarında ortaya çıkmasına göre otonomik semptomların sayısının ve niteliğinin farklılık gösterdiğini göstermektedir.

Buna ek olarak, 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrıda indometazine verilen cevabın kesinliği henüz net belirlenmemiştir.

Bu rahatsızlığın ayrı bir başlık olup olmadığını belirlemek için ilave kanıtlara ihtiyaç vardır.

### 5.3.2.1 Episodik proksizmal hemifasiyal ağrı

#### Açıklama:

7 gün ila 1 yıl süreyle ortaya çıkan, aralarında en az 3 ay süren ağrısız periyodların izlendiği paroksizmal hemifasiyal ağrı atakları.

#### Tanı Kriterleri:

- A. 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrı kriterlerini karşılayan ve nöbetler halinde ortaya çıkan ataklar
- B. 7 gün ila 1 yıl süren (tedavi edilmediğinde) ve aralarında 3 aylık ağrısız remisyon periyodları bulunan en az iki nöbetin yaşanması.

### 5.3.2.2 Kronik proksizmal hemifasiyal ağrı

#### Açıklama:

Remisyon görülmezsizin veya 3 aydan kısa süreli remisyon periyodlarıyla seyreden, 1 yıldan uzun süredir devam eden paroksizmal hemifasiyal ağrı atakları.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrı kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ataklar
- B. Ağrının remisyon periyodu olmadan devam etmesi veya 4 saat süren remisyonlarla seyretmesi.

### **5.3.3 Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevrojji tipi fasiyal ağrı atakları (SUNA)**

*Açıklama:*

Günde en az bir kez ortaya çıkan ve genellikle belirgin lakrimasyon ve ipsilateral gözde kızarıklık ve/veya başka lokal otonomik semptomlar ve/veya işaretler ile ilişkilendirilen, saniyeler ile dakikalar süren, baş ağrısı olmadan görülen, orta veya şiddetli, yalnızca tek taraflı lokalize oral ve/veya fasiyal ağrı atakları.

*Tanı kriterleri:*

- A. B-D kriterlerini karşılayan en az 20 atak
- B. Baş ağrısı olmadan ortaya çıkan, 1-600 saniye boyunca devam eden ve tekli batma, seri batma veya testere dişi paterni olarak seyreden orta veya şiddetli tek taraflı fasiyal ve/veya oral ağrı
- C. Ağrının ipsilateralinde aşağıdaki kranial otonomik semptom veya işaretlerin en az birinin görülmesi:
  1. Konjunktival enjeksiyon ve/veya lakrimasyon
  2. Burun tıkanması ve/veya rinore
  3. Göz kapağı ödemi
  4. Alın veya yüz terlemesi
  5. Miyozis ve/veya ptosis
- D. Görülme sıklığının günde en az 1 kez olması<sup>1</sup>
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. 5.3.3 Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevrojji tipi fasiyal ağrı ataklarının yarısından azında; aktif sürecinin bir kısmında ataklar daha seyrek ortaya çıkabilir.

*Yorum:*

5.3.3 Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevrojji tipi fasiyal ağrı ataklarının otonomik semptom/işaretlerinin oluşumu ve yayılımı belirsizdir ve bu konuda araştırma yapılması gerekmektedir. ICHD-3'te tanımlanan 3.3.1 Konjunktival enjeksiyon ve yırtılma ile seyreden kısa süreli tek taraflı nevrojjiiform başağrısı atakları (SUNCT) vakalarında trigeminal yayılımın genelinde ağrı ve buna eşlik eden otonomik işaretler ortaya çıkabilir; otonomik özelliklerin lokasyonu ve niteliği ağrı lokasyonu ile bağlantılı olabilir.

#### **5.3.3.1 Epizodik SUNA**

*Açıklama:*

7 günden 1 yıla kadar devam eden, aralarında en az 3 ay devam eden ağrısız periyodların görüldüğü SUNA atakları.

*Tanı kriterleri:*

- A. 5.3.3 Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevrojji tipi fasiyal ağrı ataklarının kriterlerini karşılayan ve nöbetler halinde ortaya çıkan ataklar
- B. 7 gün ila 1 yıl süren ve aralarında 3 aylık ağrısız remisyon periyodları bulunan en az iki nöbetin yaşanması.

#### **5.3.3.2 Kronik SUNA**

*Açıklama:*

Remisyon olmaksızın veya 3 aydan kısa remisyon periyodlarıyla seyreden, 1 yıldan uzun süredir SUNA atakları.

*Tanı kriterleri:*

- A. 5.3.3 Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevralsi tipi fasiyal ağrı ataklarının kriterlerini ve aşağıdaki B kriterini karşılayan ataklar
- B. En az 1 yıl boyunca, remisyon periyodu olmaksızın veya 3 aydan kısa süren remisyonlarla ortaya çıkması.

**5.3.4 Otonomik semptomlarla seyreden hemifasiyal sürekli ağrı**

Şimdiye kadar, ICHD-3'te tanımlanan 3.4 Hemikrania kontinua'nın yalnızca fasiyal olarak gözlemlenen bir dengi belirlenmemiş olsa da hemikrania kontinua vakalarında ağrının yüzü kapsayacak şekilde ilerlediği vakalar bildirilmiştir. Dolayısıyla, oral ve/veya fasiyal yapılara ağrı yansımaları ve/veya radyasyon uygulanması tanıda zorluklarla karşılaşılmasına neden olabilir.

Hemikrania kontinua çok az sayıda otonomik semptomla tanımlanmıştır ve kronik idiyopatik fasiyal ağrı sendromları grubunda temsil edilebilir.

**5.4 Nörovasküler orofasiyal ağrı***Açıklama:*

Hafif otonomik ve/veya migren benzeri semptomlarla seyreden, sıklıkla diş ağrısı benzeri semptomların eşlik ettiği, baş ağrısı olmadan ortaya çıkan, değişken süreli orta veya şiddetli intraoral ağrı atakları. Atakların, kısa (1-4 saat) ve daha uzun (4 saatten uzun) sürdüğü hastalar bu başlığın iki alt formunu temsil eder.

*Tanı Kriterleri:*

- A. Baş ağrısı olmadan ortaya çıkan ve B-D kriterlerini karşılayan değişken süreli en az beş adet tek taraflı intraoral ağrı<sup>1</sup> atağı
- B. Ağrı aşağıdaki özelliklerin tümünü karşılamalıdır:

1. Orta veya şiddetli yoğunluk
2. Aşağıdaki özelliklerden birinin veya tümünün karşılanması:
  - a) Diş ağrısıyla benzerlik
  - b) Zonklama
- C. Ağrıya aşağıdakilerden en az birinin eşlik etmesi:
  1. İpsilateral lakrimasyon ve/veya konjunktival enjeksiyon
  2. İpsilateral rinore ve/veya burun tıkanması
  3. İpsilateral yanak şişkinliği
  4. Fotofobi ve/veya fonofobi
  5. Bulantı ve/veya kusma
- D. Ağrının lokal herhangi bir nedenle açıklanamaması ve klinik ve radyografik muayenelerin normal sonuç vermesi
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.

*Not:*

1. Buradaki ağrı temelde intraoral nitelikte olsa da özellikle ağrının şiddetli olduğu hallerde komşu bölgelere yansımaları ve/veya yayılma görülebilir. Bu olguların, dikkatle takip edilmesi ve belgelenmesi gerekmektedir.

*Yorum:*

Çeşitli çalışmalarda fenotip açısından 5.1. Orofasiyal migrene veya 5.3 Trigeminal otonomik orofasiyal ağrıya benzese de spesifik ve ayrı bir başlık olarak öne çıkan bir bozukluğa işaret edilmiştir. Literatürde 1997 yılından bu yana yer alan bu başlığın geleceği öngörerek, titizlikle incelenmesi gerekmektedir.

Hem ataklar sırasında hemde ataklar arasında soğuca anormal bir hassasiyetin oluştuğu bildirilmiştir. Faydalı bir test sonucu vereceği ve bu başlığı ataklar sırasında mekanik alodini ile seyreden migrenle ilişkilendirebileceğinden, bu bulgunun ayrıntılarıyla incelenmesi gerekmektedir.

Tanı için gerekli olan tüm özelliklerin kayıt altına alınabilmesi için, ağrı günlüklerinin tutulması önemlidir.

#### 5.4.1 Kısa süreli nörovasküler orofasiyal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 5.4 Nörovasküler orofasiyal ağrı kriterleri ile aşağıdaki B kriterini karşılayan ataklar
- Ağrının (tedavi edilmediği veya tedavini başarısız olduğu) 1-4 saat sürmesi

#### 5.4.2 Uzun süreli nörovasküler orofasiyal ağrı

*Tanı Kriterleri:*

- 5.4 Nörovasküler orofasiyal ağrı kriterleri ile aşağıdaki B kriterini karşılayan ataklar
- En az 4 saat.

## Kaynaklar

### 5.1 Orofasiyal migren

- Alvarez M, Montojo T, de la Casa B, et al. Unilateral nasal pain with migraine features. *Cephalalgia* 2013; 33: 1055–1058.
- Daudia AT and Jones NS. Facial migraine in a rhinological setting. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2002; 27: 521–525.
- Debruyne F and Herroelen L. Migraine presenting as chronic facial pain. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 235–237.
- Dodick DW. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1199–1200.
- Eross E, Dodick D and Eross M. The Sinus, Allergy and Migraine Study (SAMS). *Headache* 2007; 47: 213–224.
- Gaul C, Sandor PS, Galli U, et al. Orofacial migraine. *Cephalalgia* 2007; 27: 950–952.

Hussain A, Stiles MA and Oshinsky ML. Pain remapping in migraine: a novel characteristic following trigeminal nerve injury. *Headache* 2010; 50: 669–671.

Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 638–645.

Obermann M, Mueller D, Yoon MS, et al. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1278–1282.

Penarrocha M, Bandres A, Penarrocha M, et al. Lower-half facial migraine: a report of 11 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 1453–1456.

Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ, et al. Prevalence of migraine in patients with a history of self-reported or physician-diagnosed ‘sinus’ headache. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1769–1772.

Yoon MS, Mueller D, Hansen N, et al. Prevalence of facial pain in migraine: a population-based study. *Cephalalgia* 2010; 30: 92–96.

### 5.3.1 Orofasiyal küme ağrıları

Bahra A and Goadsby PJ. Diagnostic delays and mismanagement in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 175–179.

Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354–361.

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Bittar G and Graff-Radford SB. A retrospective study of patients with cluster headaches.

- Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 519–525.
- Cademartiri C, Torelli P, Cologno D, et al. Upper and lower cluster headache: clinical and pathogenetic observations in 608 patients. *Headache* 2002; 42: 630–637.
- Gaul C, Gantenbein AR, Buettner UW, et al. Orofacial cluster headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 903–905.
- Gross SG. Dental presentations of cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 126–129.
- Larner AJ. Unnecessary extractions. *Br Dent J* 2007; 203: 442.
- Sanchez Del Rio M, Leira R, Pozo-Rosich P, et al. Errors in recognition and management are still frequent in patients with cluster headache. *Eur Neurol* 2014; 72: 209–212.
- Van Alboom E, Louis P, Van Zandijcke M, et al. Diagnostic and therapeutic trajectory of cluster headache patients in Flanders. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 10–17.
- Van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, et al. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1123–1125.
- 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrı**
- Bahra A and Goadsby PJ. Diagnostic delays and mismanagement in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 175–179.
- Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354–361.
- Bartsch T, Knight YE and Goadsby PJ. Activation of 5-HT<sub>1B/1D</sub> receptor in the periaqueductal gray inhibits nociception. *Ann Neurol* 2004; 56: 371–381.
- Benoliel R and Sharav Y. Paroxysmal hemicrania. Case studies and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 285–292.
- Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.
- Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.
- Cademartiri C, Torelli P, Cologno D, et al. Upper and lower cluster headache: clinical and pathogenetic observations in 608 patients. *Headache* 2002; 42: 630–637.
- Cittadini E, Matharu MS and Goadsby PJ. Paroxysmal hemicrania: a prospective clinical study of 31 cases. *Brain* 2008; 131: 1142–1155.
- Delcanho RE and Graff-Radford SB. Chronic paroxysmal hemicrania presenting as toothache. *J Orofac Pain* 1993; 7: 300–306.
- Gaul C, Gantenbein AR, Buettner UW, et al. Orofacial cluster headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 903–905.
- Graff-Radford SB. Paroxysmal hemicrania. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 138.
- Gross SG. Dental presentations of cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 126–129.
- Larner AJ. Unnecessary extractions. *Br Dent J* 2007; 203: 442.
- May A. The exceptional role of the 1st division of the trigeminal nerve. *Pain* 2018; 159: S81–S84.
- Moncada E and Graff-Radford SB. Benign indomethacin-responsive headaches presenting in the orofacial region: eight case reports. *J Orofac Pain* 1995; 9: 276–284.
- Sanchez Del Rio M, Leira R, Pozo-Rosich P, et al. Errors in recognition and management are still frequent in patients with cluster headache. *Eur Neurol* 2014; 72: 209–212.

Van Alboom E, Louis P, Van Zandijcke M, et al. Diagnostic and therapeutic trajectory of cluster headache patients in Flanders. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 10–17.

Van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, et al. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1123–1125.

### **5.3.3 Kranial otonomik semptomlarla seyreden kısa süreli tek taraflı nevrojenik tip 1 fasiyal ağrı atakları (SUNA)**

Benoliel R and Sharav Y. SUNCT syndrome: case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 158–161.

Brown RS and Pass B. Orofacial pain due to trigeminal autonomic cephalgia with features of shortlasting neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 114: e13–e19.

Goadsby PJ, Cittadini E and Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania continua. *Semin Neurol* 2010; 30: 186–191.

### **5.3.4 Otonomik semptomlarla seyreden hemifasiyal süreli ağrı**

Benoliel R, Robinson S, Eliav E, et al. Hemicrania continua. *J Orofac Pain* 2002; 16: 317–325.

Goadsby PJ, Cittadini E and Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: par-

oxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania continua. *Semin Neurol* 2010; 30: 186–191.

Hryvenko I, Cervantes-Chavarria AR, Law AS, et al. Hemicrania continua: Case series presenting in an orofacial pain clinic. *Cephalalgia* 2018; 38: 1950–1959.

Prakash S, Shah ND and Chavda BV. Unnecessary extractions in patients with hemicrania continua: case reports and implication for dentistry. *J Orofac Pain* 2010; 24: 408–411.

Rossi P, Faroni J, Tassorelli C, et al. Diagnostic delay and suboptimal management in a referral population with hemicrania continua. *Headache* 2009; 49: 227–234.

Viana M, Tassorelli C, Allena M, et al. Diagnostic and therapeutic errors in trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua: a systematic review. *J Headache Pain* 2013; 14: 14.

Ziegeler C and May A. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. *Neurology* 2019; 93: e1138–e1147.

### **5.4 Nörovasküler orofasiyal ağrı**

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Czerninsky R, Benoliel R and Sharav Y. Odonalgia in vascular orofacial pain. *J Orofac Pain* 1999; 13: 196–200.

## 6. İdiyopatik orofasiyal ağrı

### Açıklama:

Trigeminal sinirin bir veya birden fazla dalındaki dağılımda/dağılımlarında ortaya çıkan, etiyojisi bilinmeyen, tek veya çift taraflı ağız içi veya fasiyal ağrı. Ağrı genellikle ısrarlı, orta şiddette ve zayıf lokalize seyrederek ve baskı veya yanma olarak hissedilen künt bir ağrı olarak tanımlanır.

### Diğer yayınlardaki sınıflandırması:

4.1.1.3 İdiyopatik trigeminal nevralsi, 4.1.2.5 İdiyopatik trigeminal nöropatik ağrı, 4.2.1.3 İdiyopatik glossofaringeal nevralsi, 4.2.2.2 İdiyopatik glossofaringeal nöropatik ağrı.

### 6.1 Ağız yanması sendromu (Burning Mouth Syndrome- BMS)

#### Daha önce kullanılan terimler:

Stomatodini; glossodini (dille sınırlı olduğu hallerde); primer ağız yanması sendromu.

### Açıklama:

Klinik muayene ve incelemede rahatsızlığa yol açacak herhangi bir lezyonun görülmediği, 3 aydan uzun bir süre günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen intraoral yanma veya disestezi hissi.

#### Tanı Kriterleri:

- A. B ve C kriterlerini karşılayan oral ağrı
- B. En az 3 ay boyunca günde 2 saatten uzun rekürrens<sup>1</sup>
- C. Ağrının aşağıdaki iki özelliği de taşıması:
  1. Yanma özelliği
  2. Oral mukozada yüzeysel olarak hissedilmesi
- D. Oral mukozanın görünümünün normal olması ve lokal veya sistemik nedenlerin elenmiş olması
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması<sup>2</sup>.

### Not:

1. 3 aylık süre dolmadan önce diğer tüm kriterler karşılanırsa, 6.1.3 Muhtemel ağız yanması sendromu olarak kodlayınız.
2. 6.1 Ağız yanması sendromu tanısının koyulması, kantitatif duyuşal testin yapılmadığı anlamına gelir. Bu test yapıldıktan sonra, 6.1.1 Somatosensoriyal değişimlerle seyretmeyen ağız yanması sendromu veya 6.1.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden ağız yanması sendromu alt tiplerinden birinin tanısı koyulmalıdır.

### Yorum:

Kantitatif duyuşal test genellikle anormal sonuç verir (ve iki alt tipin birbirinden ayrılmasını sağlar), ancak hafif duyuşal yetersizlikler klinik duyuşal muayenede ender olarak tespit edilebilmektedir.

6.1 Ağız yanması sendromundaki ağrı, genellikle iki taraflıdır, ancak nadiren tek taraflı da olabilir. Yoğunluğu dalgalanır. En yaygın lokalizasyonu dilin ucudur. Bildirilen vakaların üçte ikisinde sübjektif kserostomi, disestezi ve tat değişikliği görülmektedir.

Menopozal kadınlarda görülmeye sıklığı yüksektir. Bazı çalışmalarda diğer ısrarlı ağrı koşullarında olduğu gibi, psikososyal komorbiditeler ile de tanımlanmaktadır. Yakın zamanda elde edilen veriler, 6.1 Ağız yanması sendromu hastalarında somatosensoriyal fonksiyonun farklı düzeylerde değiştiğini göstermektedir. Son bulgular, bu bozukluğın muhtemel bir nöropatik ağrı rahatsızlığı olarak daha ayrıntılı bir şekilde araştırılmasını önerir niteliktedir.

Ağız yanması semptomları, sırasıyla 1.1.3 Diş eti ağrısı ve 1.2.1 Oral mukozaya ağrısı alt formlarında olduğu gibi lokal veya sistemik bir rahatsızlığa sekonder olarak ortaya çıkabilir. Daha önce "Sekonder Ağız Yanması Sendromu" olarak bilinen olgular, artık bu bozukluklarla kodlanmalıdır. 6.1 Ağız yanması sendromu

mu, ancak tüm lokal ve sistemik nedenlerin elenmesiyle teşhis edilir (ve bu nedenle, daha önce “primer ağız yanması sendromu” olarak adlandırılmıştır).

### 6.1.1 Somatosensoriyal değişimlerle seyretmeyen ağız yanması sendromu

#### Açıklama:

Klinik muayene ve incelemede rahatsızlığa yol açacak herhangi bir lezyonun ve somatosensoriyal değişimlerin görülmediği, 3 aydan uzun bir süre günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen intraoral yanma veya disestezi hissi.

#### Tanı Kriterleri:

- 6.1 Ağız yanması sendromu kriterlerini karşılayan oral ağrı
- Kalitatif veya kantitatif somatosensoriyal testlerinde somatosensoriyal değişimin tespit edilmemiş olması.

### 6.1.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden ağız yanması sendromu

#### Açıklama:

Klinik muayene ve incelemede rahatsızlığa yol açacak herhangi bir lezyonun görülmediği, 3 aydan uzun bir süre günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen ve negatif ve/veya pozitif somatosensoriyal değişimle seyreden intraoral yanma veya disestezi hissi.

#### Tanı Kriterleri:

- 6.1 Ağız yanması sendromu kriterlerini karşılayan oral ağrı
- Kalitatif veya kantitatif somatosensoriyal testlerde somatosensoriyal değişimin tespit edilmiş olması.

#### Not:

- Negatif (örn. hipoestezi ve/veya hipoaljezi) ve/veya pozitif (örn. hiperaljezi ve/veya alodinini) duyuusal semptomlar ve/veya belirtiler.

### 6.1.3 Muhtemel ağız yanması sendromu

#### Açıklama:

Klinik muayene ve incelemede rahatsızlığa yol açacak herhangi bir lezyonun görülmediği, 3 aydan kısa bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen intraoral yanma veya disestezi hissi.

#### Tanı Kriteri:

- Süre kriteri hariç olmak üzere 6.1 Ağız yanması sendromu kriterlerini karşılayan, ancak en az 3 ay boyunca günde 2 saat süren oral ağrı<sup>1</sup>

#### Not:

- 3 ay geçtikten sonra, tanı 6.1 Ağız yanması sendromu (veya alt tiplerinden biri) ile değiştirilir.

#### Yorum:

Alt formları resmi olarak sınıflandırılmasa da yukarıdaki kriterlere dayanarak 6.1.3.1 Somatosensoriyal değişimlerle seyretmeyen muhtemel ağız yanması sendromu veya 6.1.3.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden muhtemel ağız yanması sendromu olarak kodlanabilir.

## 6.2 Israrlı idiyopatik fasiyal ağrı (PIFP)

#### Daha önce kullanılan terim:

Atipik fasiyal ağrı.

#### Açıklama:

Klinik nörolojik yetersizlik veya önceden başlamış bir neden olmaksızın, 3 aydan uzun bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen, değişken özellikli ısrarlı fasiyal ağrı.



*Tanı Kriterleri:*

- A. B ve C kriterlerini karşılayan fasiyal ağrı
- B. En az 3 ay boyunca günde 2 saatten uzun rekürrens<sup>1</sup>
- C. Ağrının aşağıdaki iki özelliği de taşıması:
  1. Ağrının zayıf lokalize edilmesi ve periferik sinirin dağılımını izlemesi<sup>2</sup>
  2. Kunt, acılı veya rahatsız edici özellik<sup>3</sup>
- D. Klinik ve radyografik muayenelerin normal sonuç vermesi<sup>4</sup> ile ağrının lokal herhangi bir nedenle açıklanamaması<sup>5</sup>
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.<sup>6</sup>

*Not:*

1. 3 aylık süre dolmadan önce diğer tüm kriterler karşılanırsa, 6.2.3 Muhtemel ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı olarak kodlayınız.
2. Ağrı; derin veya yüzeysel bir ağrı olarak tanımlanabilir ve yüzden ağıza veya ağızdan yüze yayılabilir. Zaman içerisinde kranioservikal bölgede daha geniş bir alana yayılabilir.
3. Ağrı özelliğini tanımlamak için çok çeşitli kelimeler kullanılmaktadır ve ani şiddetlenmeler ve stres ile birlikte ağrıda artış gözlemlenebilir.
4. İğneleme veya hafif dokunuş algısı konusunda yürütülen klinik somatosensoriyal değerlendirmede nadiren hafif somatosensoriyal değişimler tespit edilebilir. Somatosensoriyal sistemdeki işleyişin değiştiğini gösteren nosioplastik ağrı izlenebilir ve bu ağrı, modülasyon (ağrı önleme) sistemindeki bir değişiklik ile bağlantılıdır.
5. Hastalar, yüzlerinde, maksillalarında, dişlerinde veya diş etlerinde küçük bir operasyon veya yaralanma geçirdiklerini ifade edebilir, ancak klinik ve radyografik muayenelerde kanıtlanabilir lokal bir neden tespit edilemez.
6. İki alt tip birbirinden kantitatif duyuşal test ile ayrılır. 6.2 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı

tanısının koyulması, kantitatif duyuşal testin yapılmamış olduğu anlamına gelir. Bu test yapıldıktan sonra, 6.2.1 Somatosensoriyal değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı veya 6.2.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı tanısı koyulmalıdır.

*Yorum:*

ICHD-3'te, iki bozukluk tek bir başlık altında ele alınmaktadır. Bu başlık, olası alt tipi atipik odontalji olan, 13.12 İsrarlı İdiyopatik Fasiyal Ağrıdır. ICOP kriterlerinde ise, iki başlık bir birinden ayrı tanımlanmaktadır. Bu başlıklar, 6.2 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı ve 6.3 İsrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrıdır. Bu rahatsızlıklar sırasıyla fasiyal veya dentoalveolar ağrıya yol açar. Her iki rahatsızlıkta da ağrı, oldukça sabit bir düzeyde seyrederek ama yine de şiddetlenmelere yatkındır. 6.2 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı, kronik yaygın ağrı ve huzursuz bağırsak sendromu gibi diğer ağrı rahatsızlıklarına eşlik edebilir. Buna ek olarak, diğer ısrarlı ağrı durumlarında olduğu gibi psikososyal durumlarla birlikte ortaya çıkabilir.

### **6.2.1 Somatosensoriyal değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı**

*Açıklama:*

Klinik nörolojik yetersizlik veya önceden başlanmış bir neden olmaksızın, 3 aydan uzun bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen, somatosensoriyal değişimlerin eşlik etmediği, değişken özellikli ısrarlı fasiyal ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 6.2 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı kriterlerini karşılayan fasiyal ağrı
- B. Kalitatif veya kantitatif somatosensoriyal testlerde somatosensoriyal değişimin tespit edilmemiş olması.

### 6.2.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı

#### Açıklama:

Klinik nörolojik yetersizlik veya önceden başlamış bir neden olmaksızın, 3 aydan uzun bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen, negatif ve/veya pozitif somatosensoriyal değişikliklerin eşlik ettiği, değişken özellikli ısrarlı fasiyal ağrı.

#### Tanı Kriterleri:

- 6.2 Israrlı idiyopatik fasiyal ağrı kriterlerini karşılayan fasiyal ağrı
- Kalitatif veya kantitatif somatosensoriyal testlerde somatosensoriyal değişimin tespit edilmiş olması

#### Not:

- Negatif (örn. hipoestezi ve/veya hipoaljezi) ve/veya pozitif (örn. hiperaljezi ve/veya alodini) duyuşal semptomlar ve/veya belirtiler.

### 6.2.3 Muhtemel ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı

#### Açıklama:

Klinik nörolojik yetersizlik veya önceden başlamış bir neden olmaksızın, 3 aydan kısa bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen, değişken özellikli fasiyal ağrı.

#### Tanı kriteri:

- Süre kriteri hariç olmak üzere 6.2 Israrlı idiyopatik fasiyal ağrı kriterlerini karşılayan, ancak en az 3 ay boyunca günde 2 saat süren fasiyal ağrı<sup>1</sup>.

#### Not:

- Ağrı 3 aydan uzun sürdüğünde tanıyı 6.2 ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı (veya alt tiplerinden biri) olarak kodlayınız.

#### Yorum:

Alt formları resmi olarak sınıflandırılmamakla beraber 6.2.3.1 Somatosensori değişimlerle seyretmeyen olası ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı veya 6.2.3.2 Somatosensori değişimlerle seyreden olası ısrarlı idiyopatik fasiyal ağrı olarak kodlanabilir.

### 6.3 Israrlı idiyopatik dentoalveolar ağrı

#### Daha önce kullanılan terimler:

Atipik odontalji; primer ısrarlı dentoalveolar ağrı bozukluğu (PDAP); hayalet diş ağrısı.

#### Açıklama:

Ender olarak birden fazla alanda ortaya çıkan, özellikleri değişen, ancak 3 aydan uzun süreyle her gün günde 2 saatten uzun süreyle tekrarlayan ve öncesinde ağrıya neden olacak herhangi bir olayın gerçekleşmediği ısrarlı tek taraflı intraoral dentoalveolar ağrı.

#### Tanı Kriterleri:

- B ve C kriterlerini karşılayan intraoral dentoalveolar ağrı
- 3 aydan uzun süreyle günde 2 saatten uzun süreyle tekrarlama<sup>1</sup>
- Ağrının aşağıdaki iki özelliği de taşıması:
  - Dentoalveolar bir bölgede (dişte veya alveolar kemikte) lokalize<sup>2</sup>
  - Derin, künt, baskı benzeri özellik<sup>3</sup>
- Ağrının lokal herhangi bir nedenle açıklanamaması ve klinik ve radyografik muayenelerin normal sonuç vermesi<sup>4</sup>
- Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.<sup>5</sup>

*Not:*

1. 3 aylık süre dolmadan önce diğer tüm kriterler karşılanırsa, 6.3.3 Muhtemel ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı olarak kodlanınız.
2. Ağrı, ender olarak birden fazla ısrarlı bölgede ortaya çıkar. Zaman içerisinde krani-oservikal bölgede daha geniş bir alana yayılabilir.
3. Ağrının özelliğini ve niteliğini tanımlamak için çok çeşitli kelimeler kullanılmaktadır. Derin veya yüzeysel olarak tanımlanabilir. Bu bozuklukla ilişkilendirilen karmaşık hisleri açıklamak için ilave semptom tanımlarından yararlanılabilir. Buna ek olarak, ağrıda şiddetlenmeler ve stres ile birlikte artış gözlemlenebilir.
4. Klinik somatosensoriyal değerlendirmede ender olarak duyuşsal anormallikler, iğneleme veya hafif dokunuş algısı tespit edilebilir. Somatosensoriyal sistemdeki işleyişin değiştiğini gösteren nosiplastik ağrı izlenebilir ve bu ağrı, modülasyon (ağrı önleme) sistemindeki bir değişiklik ile bağlantılıdır.
5. İki alt tip birbirinden kantitatif duyuşsal test ile ayrılır. 6.3 İsrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı tanısının koyulması, kantitatif duyuşsal testin yapılmamış olduğu anlamına gelir. Bu test yapıldıktan sonra, 6.3.1 Somatosensoriyal değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı veya 6.3.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı tanısı koyulmalıdır.

*Yorum:*

ICHD-3'te, iki bozukluk tek bir başlık altında ele alınmaktadır. Bu başlık, olası alt tipi atipik odontalji olan, 13.12 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrıdır. ICOP kriterlerinde ise, iki başlık bir birinden ayrı tanımlanmaktadır. Bu başlıklar, 6.2 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı ve 6.3 İsrarlı idiyopatik

patik dentoalveolar ağrıdır. Bu rahatsızlıklar sırasıyla fasiyal veya dentoalveolar ağrıya yol açar. Her iki rahatsızlıkta da ağrı oldukça sabit seyreder ama yine de şiddetlenmelere açıktır.

### **6.3.1 Somatosensoriyal değişimlerle seyretmeyen ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı**

*Açıklama:*

Klinik nörolojik yetersizlik veya önceden başlamış bir neden olmaksızın, 3 aydan uzun bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen, somatosensoriyal değişimlerin eşlik etmediği, ender olarak birçok bölgede ortaya çıkan değişken özellikli ısrarlı tek taraflı intraoral dentoalveolar ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 6.3 İsrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı kriterlerini karşılayan intraoral ağrı
- B. Kalitatif veya kantitatif somatosensoriyal testlerde somatosensoriyal değişimin tespit edilmemiş olması.

### **6.3.2 Somatosensoriyal değişimlerle seyreden ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı**

*Açıklama:*

Klinik nörolojik yetersizlik veya önceden başlamış bir neden olmaksızın, 3 aydan uzun bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen, negatif ve/veya pozitif somatosensoriyal değişikliklerin eşlik ettiği, ender olarak birçok bölgede ortaya çıkan değişken özellikli ısrarlı tek taraflı intraoral dentoalveolar ağrı.

*Tanı Kriterleri:*

- A. 6.3 İsrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı kriterlerini karşılayan intraoral ağrı
- B. Kalitatif veya kantitatif somatosensoriyal testlerde somatosensoriyal değişimin tespit edilmiş<sup>1</sup> olması.

*Not:*

1. Negatif (örn. hipoestezi ve/veya hipoaljezi) ve/veya pozitif (örn. hiperaljezi ve/veya alodini) duyuşsal semptomlar ve/veya belirtiler görülür, ancak 4.1.2.3 Post-travmatik trigeminal nöropatik ağrının aksine, lokalizasyon açısından nöroanatomik açıdan tutulan alanla sınırlı değildir.

### 6.3.3 Muhtemel ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı

*Açıklama:*

Klinik nörolojik yetersizlik veya önceden başlamış bir neden olmaksızın, 3 aydan kısa bir süreyle günde 2 saatten uzun rekürrens sergileyen, somatosensoriyel değişimlerin eşlik etmediği, ender olarak birden fazla bölgede ortaya çıkan değişken özellikli ısrarlı tek taraflı intraoral dentoalveolar ağrı.

*Not:*

1. Ağrı 3 aydan uzun sürdüğünde tanıyı 6.3 Persistan idiyopatik dentoalveolar ağrı (veya alt tiplerinden biri) olarak kodlayınız.

*Yorum:*

Alt formları resmi olarak sınıflandırılmamışsa da 6.3.3.1 Somatosensori değişimlerle seyretmeyen olası ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı veya 6.3.3.2 Somatosensori değişimlerle seyreden olası ısrarlı idiyopatik dentoalveolar ağrı olarak kodlanabilir.

### 6.4 İlave ataklarla seyreden sürekli tek taraflı fasiyal ağrı (CUFPA)

*Açıklama:*

Aynı lokasyonda 10-30 dakika süren, belirgin orta ila şiddetli ağrı ataklarının eşlik ettiği, hafif ila orta şiddette, sürekli (remisyonuz) kunt tek taraflı fasiyal ağrı. Sürekli ağrıya veya ilave ağrı ataklarına eşlik eden herhangi bir

tipik otonomik ve/veya migren benzeri özellik yoktur.

*Tanı kriterleri:*

- A. C kriterini karşılayan şiddetlenmelerin görüldüğü, B kriterini karşılayan sürekli ve yalnızca tek taraflı fasiyal ağrı
- B. Geri planda aşağıdaki özelliklerin her ikisini de karşılayan ağrı:
  1. Hafif ila orta yoğunluk
  2. 3 aydan uzun süreyle sürekli olarak ortaya çıkması
- C. Aşağıdaki üç özelliğin tümü de karşılanmak üzere, günde 6 kereye kadar ortaya çıkan belirgin ataklar halinde gözlemlenen şiddetlenmeler:
  1. Temeldeki ağrıya aynı lokalizasyon
  2. Orta ila şiddetli yoğunluk
  3. 10-30 dakika süre
- D. Ağrının lokal herhangi bir nedenle açıklanamaması ile beraber klinik ve radyografik muayenelerin normal sonuç vermesi
- E. Başka bir ICOP veya ICHD-3 tanısına daha uygun olmaması.<sup>1</sup>

*Not:*

1. Şiddetlenmeler temeldeki ağrıdan ayrı ve belirgin ataklar olarak ortaya çıkmalıdır. Hastalar, ağrıyı bu iki özellikte tanımlar. Bu iki özelliğin geçerli olmadığı hallerde 5.3.2 Proksimal hemifasiyal ağrı veya 6.2 İsrarlı idiyopatik fasiyal ağrı değerlendirilmelidir. İndometasine yanıt alınıyorsa, 5.3.2 Paroksizmal hemifasiyal ağrı tanısı koyulmalıdır.

*Yorum:*

Otonomik semptomlar görülmemelidir. Ancak, bu semptomların görülmesi 6.4 İlave ataklarla seyreden sürekli tek taraflı fasiyal ağrı tanısının elenmesine yol açmaz. Mevcut durumda 6.4 İlave ataklarla seyreden sürekli tek taraflı fasiyal ağrının epizodik ve kronik alt formlarını tanımak için yeterli veri bulunmamaktadır.

## Kaynaklar

- Baad-Hansen L. Atypical odontalgia – pathophysiology and clinical management. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 1–11.
- Baad-Hansen L, Leijon G, Svensson P, et al. Comparison of clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia and temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2008; 22: 7–14.
- Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, et al. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia – a controlled multicenter quantitative sensory testing study. *Pain* 2013; 154: 1287–1294.
- Benoliel R and Gaul C. Persistent idiopathic facial pain. *Cephalalgia* 2017; 37: 680–691.
- Durham J, Exley C, John MT, et al. Persistent dentoalveolar pain: the patient's experience. *J Orofac Pain* 2013; 27: 6–13.
- Forssell H, Ja" a" skela" inen S, List T, et al. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 300–322.
- Forssell H, Tenovuo O, Silvoniemi P, et al. Differences and similarities between atypical facial pain and trigeminal neuropathic pain. *Neurology* 2007; 69: 1451–1459.
- Gre´meau-Richard C, Dubray C, Aublet-Cuvellier B, et al. Effect of lingual nerve block on burning mouth syndrome (stomatodynia): a randomized crossover trial. *Pain* 2010; 149: 27–32.
- Hagelberg N, Ja" a" skela" inen SK, Martikainen IK, et al. Striatal dopamine D2 receptors in modulation of pain in humans: a review. *Eur J Pharmacol* 2004; 500: 187–192.
- Häggman-Henrikson B, Alstergren P, Davidsson T, et al. Pharmacological treatment of oro-facial pain – health technology assessment including a systematic review with network meta-analysis. *J Oral Rehabil* 2017; 44: 800–826.
- Jääskeläinen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clin Neurophysiol* 2012; 123: 71–77.
- Jääskeläinen SK and Woda A. Burning mouth syndrome. *Cephalalgia* 2017; 37: 627–647.
- Kolkka-Palomaa M, Jääskeläinen SK, Laine MA, et al. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome with special focus on taste dysfunction: a review. *Oral Dis* 2015; 21: 937–948.
- Lang E, Kaltenhäuser M, Seidler S, et al. Persistent idiopathic facial pain exists independent of somatosensory input from the painful region: findings from quantitative sensory functions and somatotopy of the primary somatosensory cortex. *Pain* 2005; 118: 80–91.
- List T, Leijon G and Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia: A case-control study. *Pain* 2008; 139: 333–341.
- McMillan R, Forssell H, Buchanan JA, et al. Interventions for treating burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD002779.
- Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettlin DA, et al. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil* 2012; 39: 161–169.
- Puhakka A, Forssell H, Soinila S, et al. Peripheral nervous system involvement in primary burning mouth syndrome – results of a pilot study. *Oral Dis* 2016; 22: 338–344.
- Scala A, Checchi L, Montecvecchi M, et al. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 275–291.
- Ziegeler C and May A. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. *Neurology* 2019; 93: e1138–e1147.

## 7. Orofasiyal ağrı yaşayan hastaların psikososyal değerlendirilmesi

### Giriş

Biyopsikososyal modelde hem hastalığın (genel medikal faktörlerle bağlantılı olan) ve rahatsızlığın zaman ve koşullar içerisinde daha kapsamlı bir şekilde anlaşılması ve yönetilmesi için psikososyal ve sosyal faktörler göz önünde bulundurulur. Ağrı bozukluklarıyla ilişkilendirilen önemli psikolojik faktörler; anksiyete, felaketleştirme, depresyon, fiziksel semptom bildirim ve korkudan kaçınma olarak sayılabilir. Önemli sosyal faktörler ise; medikal bakıma erişim, damgalama ve aile ve arkadaş desteği şeklinde tanımlanır. Bu faktörlerin her birinin ağrı bozukluklarıyla olan ilişkisi kapsamlı empirik kanıtlarla desteklenmektedir. Eldeki kanıtlar biyopsikososyal modelin genel olarak karmaşık ağrı sürecinin (1) yanı sıra, orofasiyal ağrı (OFA) bozukluklarının (2-6) da anlaşılması açısından büyük önem taşıdığını göstermektedir. Biyopsikososyal model hem araştırmalara hem de klinik ağrı tıbbi uygulamalarına değişken derecelere yansıtılmaktadır. Bu konuda ayrıntılı bilgi mevcuttur (7-9). Ayrıca, tüm kronik ağrı tiplerindeki yeni taksonomilerde hem bozukluklara ilişkin fiziksel kriterlere hem de psikososyal faktörlere yönelik değerlendirmelerin önemi açıkça vurgulanmaktadır (10).

Bu yayın bağlamında geniş ölçüde OFA alanına yönelik olarak ICOP taksonomisinin kullanım amacını destekleyen en iyi araştırma uygulamaları sunulmakta ve muskuloskeletal ağrının (örn. ağrılı temporomandibüler bozuklukların (TMB)) değerlendirilmesinde kullanılacak yapıların ve araçların sunulduğu Temporomandibüler Bozukluklar Araştırma Tanı Kriterleri (RDC/TMD) (11) ve TMB Tanı Kriterleri (DC/TMD) kapsamında daha önce tanımlanmış olan tavsiyeler takip

edilmektedir. Bu tavsiyeler, OFA'ların bir alt kümesi olan TMB'lere ilişkin kapsamlı araştırmaların sonucunda ortaya koyulmuş olsa da, mevcut durumda, TMB haricindeki OFA bozuklukların ağrı süreç modelleri açısından TMB'lerle ilişkilendirilen ağrıdan herhangi bir açıdan farklı olduğunu gösterecek herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Sonuç olarak, ICOP geliştirme çalışmasının bu aşamasında yürütülen araştırmalarda biyopsikososyal model bir bütün olarak ele alınmalı ve böylece, tavsiye edilen psikososyal yapıların değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Gelecekteki araştırmalarda elde edilecek yapılandırılmış ve sistematik kanıtlar sayesinde TMB haricindeki OFA'lar için daha fazla empirik veriyle desteklenen bir değerlendirme modeli oluşturulabilecek ve bu ilk tavsiyeler gözden geçirilecektir.

### Psikososyal değerlendirme seviyeleri

DC/TMD'de (13) psikososyal değerlendirme için iki seviye belirlenmiş, spesifik klinik talep karşısında bir seviye daha geliştirilmiştir (özet için Tablo 1'e bakınız). Kısa tarama versiyonu, yalnızca en az sayıda soruyla gerçekleştirilen en kısa psikososyal değerlendirmenin tercih edildiği klinik ortamlara uygun bir araştırma metodudur.(14). Bu kısa taramadaki unsurların, başka meslektaşlarımız tarafından psikososyal değerlendirme alanları için temel bir küme olarak bütünleştirilmesi ilginçtir. Standart tarama versiyonunda iki ek araç yer almaktadır. Her iki tarama formunun çok kısıtlı olduğu unutulmamalıdır.

Kapsamlı değerlendirme, özellikle de klinik araştırmacıların önem taşıyan tüm yapıları daha güvenilir bir şekilde ölçebilmesi ve böylece, örneklemelerini psikososyal profile göre tam olarak katmanlarına ayırabilmesini sağlamak üzere hazırlanmıştır. Bu araçların tümü, puanlamada kullanılacak yorumlama kılavuzlarıyla birlikte [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) adre-

sinde ücretsiz olarak sunulmaktadır. Buna ek olarak, değerlendirilmesi tavsiye edilen birkaç başka araç da aşağıda açıklanmaktadır.

### **OFA hastaları için ağrı ve fonksiyonla ilgili yapı ve araçlar**

**Ağrı yayılımı.** Ağrı çizimi ("vücut mankeni" olarak da bilinir), ağrı kronikliği açısından önemli bir risk belirleyicisi olduğu bilinen ağrı lokalizasyonunun/lokalizasyonlarının kısa süre içerisinde tespit edilmesini sağlar (15). Ağrıya yol açtığı düşünülen nosiseptif mekanizma ne olursa olsun, tüm ağrı bozuklukları ağrı yayılımı açısından benzer bir etkilenme sergilemektedir.

**Ağrı yoğunluğu ve ağrı ile ilişkili kısıtlanma.** *Kademeli Kronik Ağrı Skalası (GCPS v2.0)* ağrının ısrarlılığı, ağrı yoğunluğu ve ağrı ile ilişkili kısıtlılığı veya bir bütün olarak dereceli kronik ağrı durumunu ele almak için yaygın olarak kullanılan, onaylanmış bir araçtır ve hastaların bakım düzeylerinin belirlenmesi için belirli gruplara ayrılmasını sağlar (16-18). Kademeli kronik ağrı statüsünün daha yüksek olması, ağrıda kroniklik ihtimalinin yüksek olduğu öngörüsünü sağladığından, kademeli kronik ağrı durumu prognozda bir göstergesidir (19).

**Fonksiyonel kısıtlanma.** Bireyin fonksiyon kabiliyetindeki bozulmaya ilişkin deneyimi fonksiyonel kısıtlanma olarak tanımlanır. Çene Fonksiyon Kısıtlanma Skalası (JFLS) iki versiyona ayrılır. 8 maddelik versiyonu tek bir puanla sonuçlanırken, 20 maddelik versiyonunda üç alanda (çiğneme, çene açılmasında ve sözlü ve duygusal ifade kısıtlanma) ölçüm sağlar (21,22). Her iki versiyon da eşit ölçüde güvenilirdir, geçerlidir ve değişime hassasiyet gösterir. Fonksiyonel kısıtlanma muskuloskeletal ağrı (ve dolayısıyla tabii ki TMB'ler) açısından büyük bir önem taşıırken, fonksiyonel değişimlerin TMB haricindeki OFA'lara bir yanıt olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır; bu

sonuçların doğası şüphelidir (22) ve bu nedenle, orofasiyal bölgedeki ağrının tüm boyutlarının anlaşılması için daha ileri incelemelerin yapılması gerekmektedir.

**Aşırı kullanım davranışları.** Oral Davranış Kontrol Listesi (OBC) ile bireylerin oral bölgedeki; diş sıkma, dişlerin birbirine temas etmediği mandibula hareketlerindeki kas kasılması veya konuşma gibi aktiviteleri 21 maddelik bir listede toplanmıştır. Psikometrik özellikler güçlüdür (23-25) ve OBC değerleri, TMB'lerle ilişkilendirilmektedir (15,26-30). Bu davranışların OFA'larla spesifik olarak ilişkili olup olmadığı henüz bilinmemekle beraber, koruma davranışlarının muskuloskeletal olmayan sırt ağrısına yol açtığı bilindiğinden, bu davranışların TMB haricindeki OFA'lar için de geçerli olduğu düşünülmektedir.

### **OFA hastalarına yönelik psikososyal yapı ve araçlar**

**Depresyon ve anksiyete.** PRIME-MD (birinci basamak sağlık hizmetlerinde Ruhsal Bozukluk Değerlendirmesi) projesi (32); başlangıçta psikiyatrik bozukluklara dayandırılmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaşılan en yaygın akıl sağlığı sorunlarından beşinin değerlendirilmesine yönelik psikososyal araçların geliştirilmesi amacını taşımıştır (33). Ağrı bozuklukları açısından özellikle önem taşıyan araçlar; depresyona yönelik 9 maddelik Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) ve anksiyeteye yönelik 7 maddelik Generalize Anksiyete Bozukluğu skalasıdır (GAD-7). Bu araçların her biri, ilgili temel yapıların güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçülmesine imkan tanır. Her araçtan alınan ikişer soru ile kısa PHQ-4 depresyon ve anksiyete tarama aracı oluşturulur. Bu aracın, Kuzey Amerika ve Avrupa genelinde yaygın olarak kullanılan bir kavram olan "sıkıntı"yı değerlendirdiği düşünülmektedir. Depresyon; (PHQ-9 ve PHQ-4 ile ölçüldüğü şekilde), hem ısrarlı

**Tablo 1.** Farklı psikososyal değerlendirme seviyeleri (ayrıntılar için metine bakınız).

Araç	Madde sayısı	Kapsamlı değerlendirme	Standart tarama	Kısa tarama
Ağrı çizimi	1	4	4	4
GCPS v2.0	8	4	4	4
JFLS (uzun formu)	20	4		
JFLS (kısa formu)	8		4	
PHQ-4	5a		4	4
PHQ-9	10a	4		
GAD-7	8a	4		
PHQ-15	15	4		
OBC	20	4	4	

<sup>a</sup> Bildirilen herhangi bir semptomun fonksiyonel etkisine ilişkin yansıtma sorusu da madde sayısına dahildir.

GAD: Generalize Anksiyete Bozukluğu, GCPS: Kademeli Kronik Ağrı Skalası; JFLS: Çene Fonksiyon Kısıtlanma Skalası; PHQ: Hasta Sağlık Anketi; OBC: Oral Davranış Kontrol Listesi.

ağrı ortaya çıkışından etkilenen hemde ağrı sürecini etkilediği bilinen bir duygu durumudur ve OFA'lar açısından oldukça önemli olduğu görülmektedir (34). Medikal olarak değerlendirildiğinde anksiyete (GAD-7 ve PHQ-4 ile ölçüldüğü şekilde) endişe ve genel sempatik sinir sisteminde aktivasyon olarak ortaya çıkar ve ağrı algısı (35) aşırı uyanıklık hali ile ilişkilendirilir (36). Anksiyete medikal ortamlarda sık sık karşılaşılan bir durumdur ve OFA'lar açısından çok önemli olduğu düşünülmektedir (37).

**Somatoform bozukluklar.** PRIME-MD projesi sonucunda somatik semptom şiddetinin belirlendiği Hasta Sağlık Anketi-15 (PHQ-15) de geliştirilmiştir. Bir hastalık tanısını destekleyecek geçerli belirtilerin eşlik etmediği fiziksel semptomlar, tüm medikal alanlarda önemli bir zorluk olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bulgular uygun şekilde somatik semptom bozukluğu, fonksiyonel bozukluk, medikal açıdan açıklanamayan semptom ve medikal açıdan faydası olmayan semptom olarak adlandırılır (38, 39),

ancak bu terimlerin hiçbiri varsayıldığından daha karmaşık bir yapı olan bu olguyu tam olarak karşılamamaktadır. Fiziksel semptom bildiriminin temelinde öne sürülen mevcut birçok mekanizma vardır ve (39-41). Bu mekanizmaların tümü ısrarlı OFA'lara eşlik eden çeşitli semptomlarla tutarlıdır (37,42). Bu durumun bir uzantısı olarak, oklüzal disestezi (43) ortaya çıkabilir ve bu rahatsızlığın, ICOP kapsamında ele alınan en azından birkaç OFA açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

**Felaketleştirme.** Ağrının felaketleştirilmesi "bireyin ağrı uyarısının tehdit değerini büyütmesi ve ağrı açısından kendisini çaresiz hissetmesi ve buna bağlı olarak, ağrılı bir epizod öncesinde sırasında veya sonrasında ağrıyla ilgili düşünceleri durduramaması" olarak tanımlanmaktadır (44). Felaketleştirme daha yüksek seviyelere ulaştığında bireyin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığı, ağrıyı ve tedavinin daha şiddetli sonuçlarını daha çok dile getirdiği gözlemlenir (45-47). DC/TMD Axis II önerileri hazırlanırken, felaketleştirmenin TMB'lerle



olan bağlantısına işaret eden kanıtlar yeterince güçlü olmadığından, felaketleştirme, DC/TMD çerçevesinde standart bir ölçüt olarak ele alınmamıştır. Günümüzde bu durum değişmiş ve felaketleştirmenin ağrı bozuklukları açısından önem taşıdığı nedeniyle ICOP kapsamında incelenmesi gereken bir alan olarak yer almasına karar verilmiştir. Bu durum için uygun görülmüş onaylanmış ölçekler; Ağrı Felaketleştirme Skalası (48) ve Başa Çıkma Stratejileri Anketi (49) olarak sayılabilir.

**Korkudan kaçınma.** Ağrıdan kaçınma modeli; bel ağrısına ve özel olarak, bireylerin fiziksel bulgularla tutarsız ağrılar bildirdiği davranış gözlemlerine yönelik operan modellerden temel almıştır (50). Ağrıdan kaçınma modeli o dönemden bu yana kapsamlı destekleyici araştırmalarla güçlendirilmiştir (51). Modelde bireyin ağrıyla ilgili yeni ağrı başlangıcından korkmamasının, yaralanmanın iyileşmesini sağlayacak doğru davranışlarda bulunmasını sağladığı görülmektedir. Bireyin ağrıdan korkması ise ağrıyı felaketleştirmesine, ağrıya yol açabilecek koşullardan kaçınmasına ve sonuçta, ilgili bölgeyi kullanmamasına, depresyona girmesine ve kısıtlanma yaşamasına yol açmaktadır. Sonuç olarak ortaya çıkan kısıtlanma, ağrı deneyiminin ve kaçınma davranışının ilerlemesine ve iyileşmenin görülmemesine yol açar. Dolayısıyla, bu modelin motor davranışlar açısından büyük önem taşıdığı açıktır ve TMB bağlamında bu yapıya yavaş yavaş daha fazla destek verilmektedir. Ancak, bu model davranışın ve inançların merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinin bireysel düzeyde ele alındığı bir modeldir ve dolayısıyla, ağrı süreciyle bağlantılı olduğu varsayılmaktadır. Sonuç olarak, çiğneme sisteminde hasar görülen hastalarda hareket korkusunun iyileşmeyle ve bu bireylerin bazılarında muhtemel kronik ağrı oluşumu ile bağlantılı olduğunu ifade eden oldukça mantıklı hipotezler bu konunun daha ayrıntılı

bir şekilde incelenmesi gerektiğini göstermekte (52) ve elde edilen veriler, bu bakış açısının OFA'lar için de geçerli olduğuna işaret etmektedir.

Ağrı korkusu çeşitli araçlarla ölçülür. Bu araçların en iyi tanınanı, sırt ağrısı konusunda büyük fayda sağlayan (54) Tampa Kinezyofobi Skalası'dır (TSK) (53). TSK çiğneme sistemine uyarlanarak, TSK-TMD (55) geliştirilmiştir. Bu skalanın, hem somatik deneyimi hem de OFA'ların yol açabileceği kaçınma davranışlarını ele alabildiği görülmektedir.

### **Çıkarımlar ve gelecekte izlenebilecek yönler**

Biyopsikososyal model ve modelin kliniğinin, OFA'lar ile ilgili yapılan araştırmalarda taşıdığı önemi açık bir şekilde gösterilmesi ile daha ayrıntılı bir şekilde araştırılması gerekliliği görülmektedir. ICOP'ta bozukluklar için sunulan kriterler daha fazla geliştirilip ayrıntılandırıldıkça, bu ağrı bozukluklarından mustarip bireylere ilişkin kavrayışımızda da benzer bir ilerleme görülecektir. Sonuç olarak, taksonomi ve tanı geliştikçe, ağrı mekanizmaları daha iyi anlaşılacak ve kesin tedavi önerileri geliştirilebilecektir. Farmakolojik veya cerrahi yaklaşımlar gibi standart biyomedikal tedavilerin tedavi sonuçlarının iyileştirmek için multimodal yaklaşımlara ihtiyaç olduğu görülmektedir (56). Mevcut durumda ICOP'ta bozukluklar için tanımlanan kriterlerin (ve araştırmalar için bu kriterlerin uzantılarının) kullanılmasıyla birlikte, OFA'lı bireyin psikososyal değerlendirmesine yönelik standart bir şablonun kullanılması şiddetle tavsiye edilmektedir.

### **Teşekkür**

Bu bölüm Ohrbach ve Durham' dan bir uyarlamadır (8).

## Kaynaklar

1. Campbell CM and Edwards RR. Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. *Transl Res* 2009; 153: 97–101.
2. Ceusters W, Michelotti A, Raphael KG, et al. Perspectives on next steps in classification of orofacial pain – part 1: role of ontology. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 926–941.
3. Greene CS, Mohl ND, McNeill C, et al. Temporomandibular disorders and science: a response to the critics. *J Prosthet Dent* 1998; 80: 214–215.
4. Greene CS and Obrez A. Treating temporomandibular disorders with permanent mandibular repositioning: is it medically necessary? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 489–498.
5. Michelotti A, Alstergren P, Goulet JP, et al. Next steps in development of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD): Recommendations from the International RDC/ TMD Consortium Network workshop. *J Oral Rehabil* 2016; 43: 453–467.
6. Ohrbach R and Greene C. Temporomandibular joint diagnosis: striking a balance between the sufficiency of clinical assessment and the need for imaging. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 116: 124–125.
7. Durham J and Ohrbach R. Commentary on disability and dental education. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 490–494.
8. Ohrbach R and Durham J. Biopsychosocial aspects of orofacial pain. In: CS Farah, R Balasubramaniam and MJ McCullough (eds) *Contemporary oral medicine*. Heidelberg: Springer Meteor, 2018, pp.1–21.
9. Ohrbach R and Dworkin SF. The evolution of TMD diagnosis: past, present, future. *J Dent Res* 2016; 95: 1093–1101.
10. Fillingim RB, Bruehl S, Dworkin RH, et al. The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): an evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *J Pain* 2014; 15: 241–249.
11. Dworkin SF and LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992; 6: 301–355.
12. Schiffman E and Ohrbach R. Executive summary of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for clinical and research applications. *J Am Dent Assoc* 2016; 147: 438–445.
13. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 6–27.
14. Ohrbach R and Michelotti A. Psychological considerations. In: S Kandasamy, CS Greene, DJ Rinchuse, et al. (eds) *TMD and orthodontics: A clinical guide for the orthodontist*. Cham, Switzerland: Springer, 2015, pp.49–61.
15. Ohrbach R, Fillingim RB, Mulkey F, et al. Clinical findings and pain symptoms as potential risk factors for chronic TMD: descriptive data and empirically identified domains from the OPPERA case-control study. *J Pain* 2011; 12(11, Suppl 3): T27–T45.
16. Durham J, Shen J, Breckons M, et al. Healthcare cost and impact of persistent orofacial pain: The DEEP Study Cohort. *J Dent Res* 2016; 95: 1147–1154.
17. Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L, et al. A randomized clinical trial using research

- diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. *J Orofac Pain* 2002; 16: 48–63.
18. Dworkin SF, Turner JA, Mancl L, et al. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2002; 16: 259–276.
  19. Von Korff M and Dunn KM. Chronic pain reconsidered. *Pain* 2008; 138: 267–276.
  20. Ohrbach R. Disability assessment in temporomandibular disorders and masticatory system rehabilitation. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 452–480.
  21. Ohrbach R, Granger CV, List T, et al. Pain-related functional limitation of the jaw: preliminary development and validation of the Jaw Functional Limitation Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 228–236.
  22. Ohrbach R, Larsson P and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. *J Orofac Pain* 2008; 22: 219–230.
  23. Kaplan SEF and Ohrbach R. Self-report of waking-state oral parafunctional behaviors in the natural environment. *J Oral Facial Pain Headache* 2016; 30: 107–119.
  24. Markiewicz MR, Ohrbach R and McCall WD Jr. Oral Behaviors Checklist: reliability of performance in targeted waking-state behaviors. *J Orofac Pain* 2006; 20: 306–316.
  25. Ohrbach R, Markiewicz MR and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 438–444.
  26. Carlsson GE, Egermark I and Magnusson T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. *J Orofac Pain* 2003; 17: 50–57.
  27. Glaros AG and Burton E. Parafunctional clenching, pain, and effort in temporomandibular disorders. *J Behav Med* 2004; 27: 91–100.
  28. Glaros AG, Marszalek JM and Williams KB. Longitudinal multilevel modeling of facial pain, muscle tension, and stress. *J Dent Res* 2016; 95: 416–422.
  29. Glaros AG and Williams K. Tooth contact versus clenching: oral parafunctions and facial pain. *J Orofac Pain* 2012; 26: 176–180.
  30. Ohrbach R, Bair E, Fillingim RB, et al. Clinical orofacial characteristics associated with risk of first-onset TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain* 2013; 14(12, Suppl 2): T33–T50.
  31. O’Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther* 2005; 10: 242–255.
  32. Spitzer RL, Kroenke K and Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282: 1737–1744.
  33. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 345–359.
  34. Durham J, Raphael KG, Benoliel R, et al. Perspectives on next steps in classification of orofacial pain – part 2: role of psychosocial factors. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 942–955.
  35. Robinson ME, Wise EA, Gagnon C, et al. Influences of gender role and anxiety on sex differences in temporal summation of pain. *J Pain* 2004; 5: 77–82.
  36. Cioffi I, Michelotti A, Perrotta S, et al. Effect of somatosensory amplification and trait anxiety on experimentally induced orthodontic pain. *Eur J Oral Sci* 2016; 124: 127–134.

37. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, et al. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol* 2006; 35: 468–476.
38. Kirmayer LJ and Robbins JM. Functional somatic syndromes. In: LJ Kirmayer and JM Robbins (eds) *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991, pp.79–106.
39. Rief W and Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms—models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 821–841.
40. Craig AD. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci* 2002; 3: 655–666.
41. Craig AD. A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends Neurosci* 2003; 26: 303–307.
42. Peters S, Goldthorpe J, McElroy C, et al. Managing chronic orofacial pain: a qualitative study of patients', doctors', and dentists' experiences. *Br J Health Psychol* 2015; 20: 777–791.
43. Melis M and Zawawi KH. Occlusal dysesthesia: a topical narrative review. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 779–785.
44. Quartana PJ, Campbell CM and Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother* 2009; 9: 745–758.
45. Brister H, Turner JA, Aaron LA, et al. Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *J Orofac Pain* 2006; 20: 115–124.
46. Litt MD and Porto FB. Determinants of pain treatment response and nonresponse: identification of TMD patient subgroups. *J Pain* 2013; 14: 1502–1513.
47. Turner JA, Brister H, Huggins KH, et al. Catastrophizing is associated with clinical examination findings, activity interference, and health care use among patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2005; 19: 291–300.
48. Sullivan MJL, Bishop SR and Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524–532.
49. Harland NJ and Georgieff K. Development of the Coping Strategies Questionnaire 24, a clinically utilitarian version of the coping strategies questionnaire. *Rehabil Psychol* 2003; 48: 296–300.
50. Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St Louis, MO: CV Mosby, 1976.
51. Vlaeyen JW and Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85: 317–332.
52. Wall PD. On the relation of injury to pain. *Pain* 1979; 6: 253–264.
53. Kori SH, Miller RP and Todd DD. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag* 1990; 3: 35–43.
54. Boersma K and Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. *Eur J Pain* 2006; 10: 551–557.
55. Visscher CM, Ohrbach R, van Wijk AJ, et al. The Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK-TMD). *Pain* 2010; 150: 492–500.
56. Spencer CJ, Neubert JK, Gremillion H, et al. Case reviews in pain: toothache or trigeminal neuralgia: treatment dilemmas. *J Pain* 2008; 9: 767–770.

## ICOP'ta kullanılan terimlerin tanımları (1)

**Allodini:** Normal şartlarda ağrıyı provoke etmeyen bir uyarının yol açtığı ağrı (qv). Bu klinik terim, bir mekanizmanın var olduğu anlamına gelmez.

**-e ile ilişkili:** ICOP'ta kullanılan bu terim ICHD-3'e (2) uygundur ve sekonder ağrı (qv) ile ağrıya yol açtığı düşünülen bozukluk arasındaki ilişkiyi tanımlar. Burada kabul edilebilir düzeydeki nedensellik kanıtını sağlayan kriterlerin karşılanması gerekir.

**Santral nöropatik ağrı:** Santral somatosensoriyel sinir sisteminin bir lezyonunun veya hastalığının yol açtığı nöropatik ağrı (qv).

**Santral sensitizasyon:** Merkezi sinir sistemindeki nosiseptif nöronları tutan sensitizasyon (qv).

**Kronik:** Ağrı terminolojisinde, kronik terimi uzun süreli ve özellikle 3 aydan uzun bir süreyle devam eden rahatsızlığı ifade eder. Baş ağrısı terminolojisinde, genellikle epizodik seyreden primer baş ağrısı bozuklukları (qv) için kronik terimi, 3 aydan uzun bir süre içerisinde, baş ağrısının (qv) görüldüğü günlerin, görülmediği günlerden fazla olduğunu ifade eder. Trigeminal otonomik sefaljiler istisnadır: bu bozukluklarda kronik terimi, bozukluk, en fazla 3 aylık ataksız periyodla, 1 yıldan uzun süredir remisyonlu seyretmediği sürece kullanılmaz. Bu tanımların orofasiyal ağrı açısından ne derecede geçerli olduğu, ICOP'a dayalı araştırmalarla tespit edilecektir (3).

**Atak süresi:** Belirli bir ağrı tipinin veya alt tipinin kriterlerini karşılayan bir ağrı atağının (qv) başlangıcından bitişine kadar olan süre. Hasta bir atak sırasında uyuyabilir ve uyanıldığında ağrının geçtiğini görürse, atağın hasta uyanana kadar sürdüğü kabul edilir.

**Dizestezi:** Spontane olarak veya uyarımla ortaya çıkan, rahatsız edici, anormal bir his. Özel dizestezi durumları; hiperaljezi (qv) ve

allodini (qv) olarak sayılabilir. Dizestezinin yol açtığı rahatsızlık hissi parestezinin (qv) aksine süreklidir. Ancak, bu iki rahatsızlık arasındaki sınırın tespitinde zorluklar yaşanabilir.

**Epizodik:** Sürekli devam eden veya süresi değişken olan ağrı ataklarının düzenli veya düzensiz aralıklarla reküransı ve remisyonu. Bu terim uzun süredir kullanıldığından epizodik küme baş ağrısı bağlamında özel bir anlam kazanarak, birbirinden ataklardan ziyade, küme remisyon periyodlarıyla ayrılan küme periyodlarının ortaya çıkmasını ifade edecek şekilde kullanılmaya başlanmıştır. 5.3 Trigeminal otonomik orofasiyal ağrı alt tiplerinde de benzer bir kullanım benimsenmiştir.

**Fasiyal ağrı:** Orbitomeatal hattın altında kulak kepçesinin önünde ve boynun üstünde olan ağrı (qv).

**Atak sıklığı:** Belirli bir süre (yaygın olarak 1 ay) içerisinde atakların veya ağrının görülme oranı.

**Baş ağrısı:** Başta, orbitomeatal hattın üstünde ve/veya nokal çıkıntıda lokalize ağrı (qv).

**Hipoestezi:** Özel duyu haric olmak üzere, uyarana karşı hassasiyetin azalması. Uyarın ve lokus belirlenmelidir.

**Hipoaljezi:** Normal şartlarda ağrıyı provoke eden bir uyarının daha az ağrıya (qv) yol açması. Bu klinik terim, bir mekanizmanın var olduğu anlamına gelmez.

**Hiperestezi:** Özel duyu haric olmak üzere, uyarana karşı hassasiyetin artması. Uyarın ve lokus belirlenmelidir. Hiperestezi, hem ağrısız dokunma ve termal his dahil olmak üzere çeşitli kütanöz sensibilitelere hem de ağrıya işaret edebilir ve hem herhangi bir uyarana karşı eşğin düşmesini hem de normal şartlarda karşılaşılan uyarılara yönelik yanıtın artmasını ifade etmek için kullanılabilir.

**Hiperaljezi:** Normal şartlarda ağrıyı provoke eden bir uyarının daha fazla ağrıya (qv) yol açması. Bu terim, eşğin aşan uyarımın ağrıyı

arttırdığını ifade eden klinik bir terimdir ve bir mekanizmanın var olduğu anlamına gelmez. Genellikle ağrılı olmayan uyarıların sebep olduğu ağrıdan farklıdır. Bu ağrıda allodini (qv) tercih edilir.

**Yoğunluk (ağrıda):** Ağrı (qv) düzeyi. Ağrısızlık ile hafif, orta ve şiddetli ağrı olmak üzere dört maddenin değerlendirildiği sayısal bir derecelendirme skalasında (0-3) veya görsel analog skalada (yaygın olarak 10 cm) puanlanabilir. Ya 0 ila 10 arasında bir sözlü derecelendirme skalasında ya da fonksiyonel sonucuna (0, ağrısız; 1: olağan aktiviteleri etkilemeyen hafif ağrı, 2: olağan aktiviteleri etkileyen ama tam olarak engellemeyen orta şiddette ağrı, 3: tüm aktiviteleri engelleyen şiddetli ağrı) göre de puanlanabilir.

**Nevralji:** Bir veya birden fazla sinirin dağılımında görülen ağrı (qv). Özellikle Avrupada olmak üzere, yaygın kullanımında sıklıkla paroksizmal bir niteliğe işaret etse de terim paroksizmal ağrılarla sınırlı tutulmamalıdır.

**Nörit:** Bir veya birden fazla sinirin enflamasyonu.

**Nöropatik ağrı:** Somatosensoriyal sinir sisteminin bir lezyonunun veya hastalığının yol açtığı ağrı (qv). Bu terim, tanıda kullanıldığında ilgili nörolojik tanı kriterlerini karşılayan, tespit edilebilir bir lezyonun veya hastalığın var olduğu anlamına gelen klinik bir açıklamadır.

**Nöropati:** Bir sinirdeki fonksiyon bozulması veya patolojik değişim. Nörit (qv) nöropatide özel bir durumdur ve bir terim olarak, sinirleri etkileyen inflamatuvar süreçleri ifade etmek için kullanılır.

**Nosisepsiyon:** İncitici uyarıların kodlandığı nöral proses.

**Nosiseptif ağrı:** Nöral olmayan bir dokuya yönelik fiili bir hasardan veya hasar tehdidinden kaynaklanan ve nosiseptörlerin aktivasyonu ile ortaya çıkan ağrı (qv). Somatosensoriyal sinir sisteminin normal fonksiyon gösterdiği ağrıyı açıklamak için kullanılan bu terim, nö-

ropatik ağrıda (qv) görülen anormal fonksiyondan farklılığını ortaya koymak için geliştirilmiştir.

**Nosiseptör:** Periferik somatosensoriyal sinir sisteminin incitici uyarıların dönüşürebilen ve kodlayabilen bir yüksek eşikli duyuşal reseptör.

**Nosiplastik ağrı:** Periferik nosisepsiyonun aktivasyonuna yol açan fiili bir doku hasarının veya hasar tehdidinin veya ağrıya yol açan somatosensoriyal sistem hastalığının veya lezyonunun kanıtlanmamasına rağmen, nosisepsiyon değişimiyle ortaya çıkan ağrı (qv).

**İncitici uyarı:** Normal dokulara zararlı olan veya normal dokuları tehdit eden bir uyarı.

**Ağrı:** Fiili veya potansiyel doku hasarıyla ilişkilendirilen veya bu tür bir hasar bağlamında tanımlanan rahatsız edici bir duyuşal ve duyuşal deneyim.

**Parestezi:** Spontane veya uyarılmış, anormal bir his. Parestezinin rahatsız edici, anormal bir hissi, disestezinin (qv) ise rahatsız edici olabilen anormal bir hissi ifade etmek için kullanılması tavsiye edilmektedir.

**Periferik nöropatik ağrı:** Periferik somatosensoriyal sinir sisteminin bir lezyonunun veya hastalığının yol açtığı nöropatik ağrı (qv).

**Periferik sensitizasyon:** Periferideki nosiseptif nöronları tutan sensitizasyon (qv).

**İsrarlı:** ICHD'de belirli sekonder baş ağrıları bağlamında kullanıldığında bu terim başlangıçta akut olan ve başka bir bozukluktan kaynaklanan ve bozukluk giderildikten sonra belirli bir süre (genellikle 3 ay) içerisinde remisyon göstermeyen baş ağrısını ifade eder. Bu vakaların birçoğunda bu baş ağrısı ayrı bir alt tip veya alt form olarak kabul edilmekte, nedensellik kanıtının akut tipin tanı kriterlerinin daha önce karşılanmasına ve aynı baş ağrısının ısrarlı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak, ICOP'ta 6. İdiyopatik orofasiyal ağrı tipleri bağlamında kullanılan ısrarlı terimi, 3

aydan uzun bir süreyle var olan veya rekürrens gösteren kronik (qv) niteliği ifade eder. Bu kullanım ICHD'de de görülmektedir.

**Fonofobi:** Normal düzeylerde de olsa sese karşı aşırı oluşan ve genellikle kaçınma davranışına yol açan aşırı hassasiyet.

**Fotofobi:** Normal düzeylerde de olsa ışığa karşı aşırı oluşan ve genellikle kaçınma davranışına yol açan aşırı hassasiyet.

**Primer ağrı (bozukluk)** Başka bir bozukluğun yol açmadığı ve ilişkili olmadığı ağrı (qv) (orofasiyal ağrı veya baş ağrısı). Sekonder ağrı bozukluğundan (qv) farklıdır.

**Refrakter periyod:** Bir ağrı atağının (qv) bitişiinden sonra başlayan ve ilave bir atağın tetiklenemediği süre.

**Sekonder ağrı (bozukluk):** Başka bir bozukluğun yol açtığı veya ilişkili olduğu ağrı (qv) (orofasiyal ağrı veya baş ağrısı). Primer ağrı bozukluğundan (qv) farklıdır.

**Sensitizasyon:** Nosiseptif nöronların normal etkiye olan yanıtının artması ve/veya normalde eşik altında kalan girdilere yeni bir yanıtın geliştirilmesi.

**Tek taraflı:** Ya sağ ya da sol tarafta olan, orta hattı geçmeyen. Migren aurasının duyuşal veya motor bozuklukları bağlamında kullanıldığında terim tam veya kısmi dağılımı kapsar..

