

Fasiyal Sellülit Tablosuyla Başvuran Hastanın Acil Endodontik Tedavisi : Olgu Sunumu

Emergency Endodontic Treatment of a Patient Presenting with Facial Cellulitis: Case Report

Damla İLKGELEN , Emre İRİBOZ , Hesna SAZAK ÖVEÇOĞLU 

ÖZ

Odontojenik fasiyal sellülit; dişler ve yardımcı periodontal yapılardan kaynaklanan, akut, ağrılı, diffüz ve büyük alana yayılmış şişlikle karakterize tablodur. Etkeni aerop ve anaerop bakterilerin birleşiminden oluşan mikst bakteri kolonisidir; gram pozitif bakterilerden Streptococcus'lar, gram negatif bakterilerden de Porphyromonas, Prevotella, Fusobacterium'lar en sık rastlanan etken bakterilerdir. Hızla yayılarak ciddi tablolara yol açabilir. Tedavi zamanlamasında herhangi bir hata veya yöntemindeki herhangi bir yanlışlık; santral sinir sistemi enfeksiyonu ve sepsis gibi sistemik ve hayatı tehdit eden komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Bu olgu sunumunun amacı; acil kliniğimize başvurmuş, yüzün sol üst ve alt kadranını içine alan bir fasiyal sellülit tablosu bulunan hastanın acil endodontik tedavisi ve iyileşme sürecinin sunulmasıdır.

Anahtar Kelimeler: fasiyal sellülit, acil endodontik tedavi, drenaj, antibiyotikler

ABSTRACT

Odontogenic facial cellulitis is characterized by acute, painful, diffuse and large-area swelling caused by teeth and supportive periodontal tissues. The most common etiological bacteria are Streptococci from gram-positive bacteria; Porphyromonas, Prevotella, Fusobacterium from gram-negative bacteria. It can spread rapidly and lead to serious situations. Any mistake in the timing of treatment or any inaccuracy in its' method may result in systemic and life-threatening complications such as infection of the central nervous system and sepsis. The aim of this case report is to present the emergency endodontic treatment and recovery

process of a patient in our emergency clinic with a facial cellulitis table covering the upper left and lower quadrant of the face.

Keywords: facial cellulitis, emergency endodontic treatment, drainage, antibiotics

GİRİŞ

Fasiyal sellülit, enfeksiyon kaynağına göre odontojenik veya nonodontojenik olarak sınıflandırılır. Odontojenik olmayan sellülit genellikle travma, sinüs ya da cilt enfeksiyonları veya idiyopatik nedenlerden kaynaklanır (Israele&Nelson, 1988). Bu vaka raporunda bir olgusunu sunduğumuz odontojenik fasiyal sellülit ise; bir veya birden fazla dişin enfeksiyonundan ya da yardımcı periodontal dokularla ilişkili patolojilerden kaynaklanıp doku hücreleri arasındaki boşluklardan çeşitli anatomik bölgelere, vücut boşluklarına ve aponörotik düzlem boyunca deri altı bağ dokusuna yayılan akut, derin ve diffüz bir enflamasyondur (Ramirez&Cuchia, 2012). Bu tablonun etyopatogenezini iki şey belirler: etken maddenin büyük miktardaki virülansı ve hastanın bağışıklığının baskılanmış durumu. Tedavide temel amaç, etken olan ajanı kontrol altına almak ve ortadan kaldırmaktır (Zambrano ve ark., 2016). Odontojenik enfeksiyonlarda en sık görülen bakteriyel ajanlar Streptococcus mutans(%24.5), Porphyromonas gingivalis(%23.6) ve Porphyromonas endodontalis'tir(%18.2) (Acosta ve ark., 2017).

Atlanta'da yapılan bir çalışmaya göre bir hastanenin 10 yıllık bir süreç içinde incelenen toplam yüz enfeksiyonu vakalarının yaklaşık %50'sini odontojenik sellülitin oluşturduğu bulunmuştur (Biederman&Dodson, 1994). 2004'te yapılan bir çalışmaya göre Türkiye'deki nüfus için diş çürümesinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu; 30 genç erişkin erkekten sadece 1'inin diş çürümesinden etkilenmediği tespit edilmiştir (Ceylan ve ark., 2004).

Damla İlkelen (✉)

Dt. Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.
ilk gelen@hotmail.com

Emre İriboz

Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Hesna Sazak Öveçoğlu

Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Submitted / Gönderilme: 06.12.2022 **Accepted/Kabul:** 01.03.2023

Bu durum da ülkemizde odontojenik enfeksiyonlar ve bunlardan kaynaklanabilecek ileri tabloların risk ve tedavi yönetimlerinin hekimler tarafından iyi bilinmesi gerektiği sonucunu doğurmaktadır. Bu olgu sunumunda fasiyal sellülit tablosuyla kliniğimize başvuran bir hastanın acil endodontik tedavi yaklaşımı ve uzun dönem takip süreci sunulmaktadır.

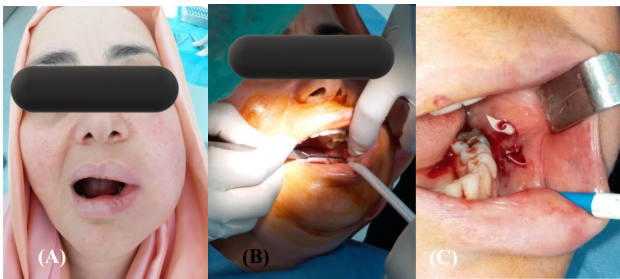
OLGU SUNUMU

Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Kliniği'ne başvuran 47 yaşında kadın hastanın yüzünün sol alt ve üst kadranında yaygın şişlik, şiddetli ağrı ve ağız açıklığında ileri derece kısıtlılık (orta dereceli trismus) şikayetleri mevcuttu. Yapılan klinik ve radyografik muayene sonucu hastanın sol alt ikinci premolar dişine irreversible pulpitis tanısı koyuldu (Resim 1A,B) ve tedavi süreci planlandı. Hastaya bilgilendirilmiş onam formu imzalatılıp tedavi sürecine başlandı.



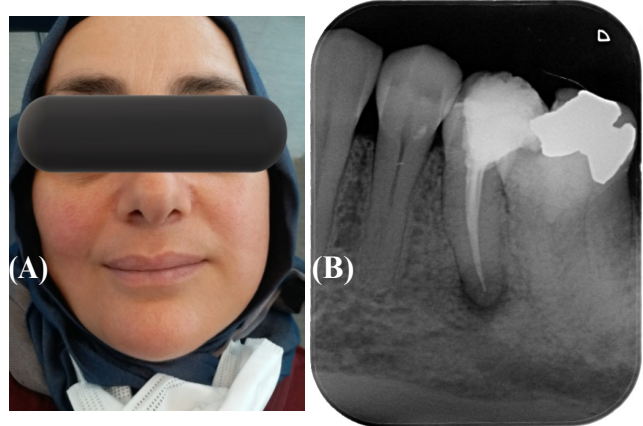
Resim 1. A) Hastanın panoramik radyografi görüntüsü. **B)** Teşhis radyografisi.

İlk başvuru gününde ağız açıklığındaki kısıtlılık sebebiyle kanal tedavisine başlanamadı (Resim 2A), cerrahi kesi ile intraoral drenaj sağlandı (Resim 2B) ve ilgili bölgeye dren yerleştirildi (Resim 2C). Hastaya antibiyotik (Klindan 600 mg/4ml flakon IM, 4 adet) ve antienflamatuvar (Brufen 600 mg film tablet) reçete edildi.



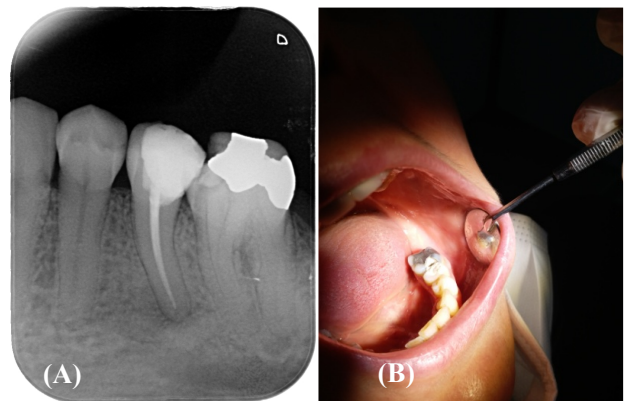
Resim 2. A) Teşhis günü hastanın ekstraoral görünümü, ağız açıklığında kısıtlılık. **B)** İntraoral drenaj. **C)** Dren yerleştirilmesi.

Üç gün sonra hastanın akut belirtileri ortadan kalktı ve yüzündeki şişlik azaldı, ağız açıklığı normal sınırlara ulaştı (Resim 3A), dren çıkartıldı, etken olan sol alt 2. premolar dişin kanal tedavisine başlandı. Giriş kavitesi açılan dişte kök kanalının bukkal ve lingualde konumlanan 2 ayrı kanal şeklinde başlayıp kökün apikal üçlüsünde tek kanalda birleştiği tespit edildi. Kök kanalları %5.25'lik NaOCl irrigasyonu altında Protaper Next NiTi eğeler ile 30.04 boyutuna kadar genişletildi ve kalsiyum hidroksit ile pansuman yapıldı. 12 gün sonra kök kanalları son yıkama işlemi için sırasıyla %5.25'lik NaOCl, serum fizyolojik, %17'lik EDTA, serum fizyolojik ve tekrar NaOCl ile yıkayıp steril kurutma kağıtları ile kurulandı. Güta-perka ve rezin esaslı kanal patı kullanılarak soğuk lateral kondensasyon tekniği ile dolduruldu (Resim 3B).



Resim 3. A) 4. gün hastanın ekstraoral görünümü. **B)** Bitim radyografisi.

6 aylık takip sonucunda ilgili bölgede klinik ve radyografik olarak başarılı bir iyileşme gözlemlendi. Etken dişin sorunsuz ve semptomsuz olarak fonksiyonda olduğu görüldü (Resim 4A, B).



Resim 4. A) 6 aylık takip radyografisi. **B)** 6 ay sonra ilgili bölgenin intraoral görünümü.

TARTIŞMA

Sellülit aşamasında enfekte bölgede insizyonla drenaj sağlanması hakkında; bazı araştırmacılar bu uygulamanın enfeksiyonun derin dokulara ilerlemesine sebep olduğu, tedavinin daha konservatif olması gerektiği görüşünde olmakla birlikte (Kara ve ark., 2014 ; Oliva ve ark., 2021) bir başka görüş ise; drenajın, enfeksiyonun yayılmasını engellediği ve gerekli olduğu yönündedir. Crescente ve arkadaşları, püy içeriğinin akışının ve drenajın sağlanmasının, tedavi için ve enfeksiyonun tekrarlamaması amacıyla şart olduğunu düşünmüştür (Crescente ve ark., 2014). Bizim de uyguladığımız tedavide ilgili bölgeden intraoral drenaj sağlanması, bu çalışmada önerilen tedavi sonucuna benzer şekilde başarılı sonuç vermiştir.

Fasiyal sellülitte başvuran bir hastanın akut odontojenik enfeksiyon durumunu çözümledikten sonra kesin tedaviye karar verilmelidir; ya bir kanal tedavisi ardından kalıcı restorasyonla diş ağızda tutulmalı ya da çekilmelidir. Karar klinik ve radyografik bulgulara bağlı olarak alınır (Nishimura ve ark, 2008). Bizim vakamızda da dişin restore edilebilirliği ve periodontal dokularının durumu iyi; radyografik bulgular da elverişli olduğu için ilk önce akut enfeksiyon tablosunu giderip ardından kanal tedavisi ile etken olan dişi ağızda tutmaya karar verdik.

Bir diğer karar verilmesi gereken unsur ise tedavide antibiyotik kullanımının gerekliliği ve gerekliyse hangi ajanın kullanılacağıdır. Fasiyal sellülit olguları genellikle sistemik tutulumlu ileri vakalardır, bu yüzden tedavide bir medikasyon eşliği gerekmektedir. Tercih edilen antimikrobiyal ajanın gram-pozitif ve anaerob bakterilere etkili olması gerekir. Bunun için de beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonlu penisilinler(Ampisilinsulbaktam, Amoksisilin-klavulanik asit) diş kaynaklı sellülitlerde iyi bir seçenektir. Fakat penisilin alerjisi riski olan hastalarda kullanılmak üzere beta-laktamaz dışındaki antibiyotikler önerilir. Özellikle ayaktan izlenen hastalarda bu durumda klindamisin iyi bir seçenektir (Dodson ve ark., 1989 ; Holmes&Pellecchia, 2016). Rush ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada komplike dental enfeksiyonların ampisilin artı beta-laktamaz inhibitörü veya klindamisin ile cerrahi drenaj şeklindeki kombine tedavisinin çok etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Rush ve ark., 2007). Biz de bu literatürlere uygun olarak vakamızda antibiyotik olarak intravenöz klindamisin kullandık. İntravenöz kullanım, oral yolla alıma göre daha hızlı etki ettiği ve hastanın sistemik tutulumlu tablosunu daha çabuk iyileştirdiği için tercih edilmiştir. Ayrıca yanında

ağrı ve ödem kontrolüne yardımcı olacak bir non-steroid antienflamatuvar ilaç da tedaviye eklenmiştir.

SONUÇ

Endodontide acil durumların teşhis ve tedavileri, hastalar için hayati olabilecek derecede önem taşımaktadır. Her klinisyen diş hekimi acil durumlarda hastaya nasıl teşhis koyacağı ve hangi tedaviyi uygulayacağı konusunda dikkatli ve bilgi sahibi olmalıdır. Bu olgu sunumunda acil kliniğimize odontojenik enfeksiyon kaynaklı fasiyal sellülit tablosuyla başvuran hastamızın ilk müdahalesi yapılmış ve etken olan sol alt ikinci premolar diş tedavi edilmiştir. Hastanın uzun dönem takibi sonucunda ilgili bölgede başarılı bir iyileşme gözlenmiş olup etken dişin sorunsuz ve semptomsuz olarak fonksiyonda olduğu görülmüştür.

Çıkar Çatışması İlişkisi

Bu makalede herhangi bir yazar tarafından olası bir çıkar çatışması belirtilmemiştir.

Teşekkür

Bu olgu sunumunda herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Bu vaka 19-22 Mayıs 2022 tarihleri arasında Mardin’de düzenlenen 9. Uluslararası Endodonti Sempozyumu’nda poster olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Acosta MG, Bolívar M, Nuñez N. Manejo de infecciones odontogénicas en niños. Revisión de la literatura. Rev AMOP. 2017;29(2):52-58.
2. Biederman GR, Dodson TB. Epidemiologic review of facial infections in hospitalized pediatric patients. J Oral Maxillofac Surg. 1994;52:1042-1045.
3. Ceylan S, Açikel CH, Okçu KM, Kılıç S, Tekbaş OF, Ortakoğlu K. Evaluation of the dental health of the young adult male population in Turkey. Military Medicine. 2004;169(11):885-889.
4. Crescente CG, Facchin MS, Acevedo Rodríguez AM. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. Arch Argent Pediatr. 2018;116(4):548-553.
5. Dodson TB, Perrott DH, Kaban LB. Pediatric maxillofacial infections: a retrospective study of 113 patients. J Oral Maxillofac Surg. 1989;47:327-330.
6. Grandas Ramírez AL, Velásquez Cuchia S. Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 18 años que

- asistieron a la Fundación HOMI-Hospital de la Misericordia de Bogotá entre Febrero de 2009 a Febrero de 2011. *Acta Odontol Col.* 2012;2(1):71-85.
7. Holmes CJ, Pellecchia R. Antimicrobial therapy in management of odontogenic infections in general dentistry. *Dent Clin North Am.* 2016;60:497-507.
 8. Israele V, Nelson JD. Periorbital and orbital cellulitis. *Pediatr Infect Dis J.* 1988;6:404.
 9. Kara A, Ozsurekci Y, Tekcicek M, Karadag Oncel E, Cengiz AB, Karahan S, Ceyhan M, Ozkan Celik M, Ozkaya-Parlakay A. Length of hospital stay and management of facial cellulitis of odontogenic origin in children. *Pediatr Dent.* 2014;36:389-392.
 10. Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O’Gara PT, O’Rourke RA, Shah PM, Bonow RO, Carabello BA, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, Gaasch WH, Lytle BW, Nishimura RA, O’Gara PT, O’Rourke RA, Otto CM, Shah PM, Shanewise JS, Smith SC Jr, Jacobs AK, Buller CE, Creager MA, Ettinger SM, Krumholz HM, Kushner FG, Lytle BW, Nishimura RA, Page RL, Tarkington LG, Yancy CW Jr. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(8):676-685.
 11. de Oliva AH, Lemos CAA, Santiago-Junior JF, Masocatto DC, de Deus CBD, Hassumi JS, Jardim ECG, Pellizzer EP. Surgical drainage vs conservative treatment of odontogenic cellulitis in pediatric patients: A systematic review. *RSD Journal.* 2021;10(9).
 12. Rush DE, Abdel-Haq N, Zhu JF, Amar B, Malian M. Clindamycin Versus Unasyn in the Treatment of Facial Cellulitis of Odontogenic Origin in Children. *Clin Pediatr.* 2007;46(2):154-159.
 13. Zambrano G, Rondón R, Guerra ME. Diente más afectado por la celulitis facial de origen odontogénico en niños venezolanos. *Rev Odontopediatr Latinoam.* 2016;6(2):81-89.