

Diş Çekimi Sonrasında Gelişen Pnömomediastinum *Cervicofacial and Mediastinal Emphysema Developing After Tooth Extraction*

Öz

Pnömomediastinum, mediasten içinde serbest hava bulunması olarak tanımlanmaktadır. Nadir olarak görülmekte ve çoğunlukla genç kişilerde kendi kendini sınırlamaktadır. Genellikle pnömomediastinuma neden olabilecek kolaylaştırıcı bir neden bulunmamaktadır. Sıkıştırılmış hava donanımlarının kullanılarak gerçekleştirilen diş çekimi sonrasında nadir bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz nadir görülen bu olgu sunumunda, diş çekimi sonrasında mediastinal ve servikofasiyal amfizem gelişen bir olguyu bildirmeyi amaçladık.

Abstract

Pneumomediastinum, defined as the presence of free air with in the mediastinum. Are rarely seen and mostly in young people is self-limiting. A facilitator usually is not that is causing pnömomediastinum. Equipment using compressed air is a rare complication after the extraction of performed. We are rare in this case we aimed to report a case of cervicofacial and mediastinal emphysema developing after tooth extraction.

Olgu

33 yaşında erkek hasta acil bölümüne yüzde, boyunda şişlik ve nefes darlığı ile baskılayıcı tarzda göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinden 2,5 saat önce 20 yaş dişinin çekildiği ve acile gelmeden 1 saat öncede boyunda ve yüzde başlayan hızla artan şişliğin olduğu ve ciddi nefes darlığı ile baskılayıcı tarzda göğüs ağrısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; nabız 138/dk, kan basıncı 90/50 mm Hg, solunum sayısı 28/dk, ateş 37,3 °C ve oksijen saturasyonu %93 idi. Palpasyonla yüzde, boyunda, aksiller bölgede, göğüs ön duvarı boyunca cilt altında krepitasyonlar alınıyordu. Bilateral servikofasiyal şişlik vardı. Hastamız çocuk hastalıkları uzmanı bir doktor idi. Toraks tomografisinde pnömomediastinum ve pnömotoraks ile subkutan amfizem izlendi (Resim 1).

Hastaya semptomatik tedavi ile destek ve yakın izlem açısından monitorizasyon uygulandı. Yatak istirahati, öksürük ve efordan kaçınma önerilip uygulandı. Analjeziklerle ağrı kontrolü sağlanarak spontan rezolasyon beklendi. Genel durumunda 4. günden sonra belirgin düzelme saptandı. Yüzde ve boyunda bulunan şişlikler azaldı ve palpasyonla alınan krepitasyonlarda belirgin gerileme oldu. Subkutan amfizem ve pnömomediastinumun; 10 gün sonra çekilen kontrol toraks tomografisinde tamamen kaybolduğu görüldü.

Tartışma

Pnömomediastinum ilk kez 1819 yılında Laennec tarafından travmatik yaralanma sonrası bildirmiştir. Spontan pnömomediastinum ise 1939 da Hamman tarafından bildirilmiştir (1). Mediastinal amfizem, ilk kez Turnbull tarafından 1900'de bildirilmiş, sıkıştırılmış hava sağlayan araçların dişle ilgili uygulamalarda kullanılmasıyla ilişkili olduğunu vurgu-

Uzm. Dr. Suat KONUK¹,
Doç. Dr. Abidin ŞEHİTOĞULLARI²
¹ Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Özel Dal
Merkezi. Düzce
²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi Kliniği

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

Uz. Dr. Suat KONUK
Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Özel Dal
Merkezi. Kültür mahallesi
Akçam Sokak daire 1-2
Düzce-Merkez

Tel/phone: +90 507 341 0126
E-mail: suatkonukk@windowslive.com

Anahtar Kelimeler:

Pnömomediastinum, diş
çekimi

Keywords:

Pneumomediastinum, to-
oth extraction.



Resim 1. Toraks tomografisinde pnömo mediastinum ve pnömotoraks ile subkutan amfizem

lanmıştır. Özellikle endodontal, periodontal tedavilerde, diş çekimlerinde ve daha yoğun cerrahi uygulamaları içeren temporomandibular eklem ve fasiyal kırık operasyonları sonrasında görülebileceği bildirilmiştir. Subkutan amfizem, rutin diş çekimlerinden sonra görülen oldukça nadir bir komplikasyondur (2-7). Havanın subkutan, fasiyal ve mediastinal alana doğru zorlandığı varsayılmaktadır. Ağız içi cerrahi uygulamalarda basınçlı hava kullanımı uygun bir yöntem değildir. Bu uygulamalarla hava ile birlikte su ve yağ içeren steril olmayan karışımlar yumuşak doku içine itilir. Hava dermis altına doğru itildiğinde subkutan amfizem meydana gelir. Eğer büyük miktarda hava geçişi olursa mediastinum ve perikardiyum gibi daha uzak ve derin dokularda amfizem gelişebilir, hatta pnömotoraks oluşabilir. Müdahale sırasında yüksek hızda havanın subkutan doku içine geçişiyle intraoral ve intratorasik basınç artar. Bu nedenle diş uygulamaları sırasında olan sık kusma, öksürük, ağlama ve aşırı valsava gelişebilecek subkutan amfizem için risk faktörleridir. Subkutan amfizemin daha sık olarak 3. molar diş çekimi sonrasında geliştiği bildirilmiştir (8). Eğer basınçlı hava retrofaringeal alan boyunca yayılırsa pnömomediastinum gelişebilir. Pnömomediastinum genellikle iyi seyirlidir, ancak nadiren pnömotoraks, pnömoperikardiyum, hava embolisi ve mediastenit gibi komplikasyonlar da görülebilir. Pnömoperikardiyum aynı zamanda basınçlı havanın derin fasiyal alandan perikardiuma doğru geçmesiyle de görülebilir. Subkutan amfizem sıklıkla iyi seyirlidir ve kendi kendini sınırlar, ancak pnömomediastinum veya pnömotoraks gibi durumlarda hayatı tehdit edebilir. Subkutan amfizemin hafif formlarında az miktarda hava lokal doku içine geçer. Bunun sonucunda hafif şişlik, hafif rahatsızlık ve palpasyonda hafif krepitasyona neden olabilir. Oysa büyük miktarda hava doku içine geçerse ağrı belirgin olarak artar, şişlik daha fazla olur ve daha fazla krepitasyon alınır. Hava miktarının fazla olması normal fonksiyonları bozabilir. Hava yoluna baskı yapabilir veya disfajiye neden olabilir. Orbital amfizem sonrasında görme kaybı olabileceği bildirilmiştir (9). Çoğu olguda fizik muayene bulgularının des-

tekleyici tedavinin 2 ve 3. günlerinden sonra azalmaya başladığı görülmüş ve artakalan şişliğin ise 7-10. günden sonra minimale indiği gözlenmiştir (10). Yoğun amfizemde cerrahi dekompresyon rutin olarak kullanılmamalıdır. Havayolu obstrüksiyonu olan birkaç hastada endotrakeal entübasyon hatta trakeostomi açılması gerekmiştir. Komplike olmayan olgularda spesifik tedavi gerekmez. Yatak istirahati, öksürük ve efordan kaçınma önerilir. Analjeziklerle ağrı kontrolü sağlanarak spontan rezolusyon beklenir (11). Şayet pnömomediastinum, intratorasik nedenli patolojiler sonucunda oluşmuş ise efordan kaçınılması sonucunda serbest hava miktarında artış olacak bu durum siyanoz, kollaps, dispne ve büyük damarlarda hava kompresyonuna bağlı doku perfüzyonu bozuklukları görülme riskini arttıracaktır (12). Bizim olgumuzda pnömomediastinum ve pnömotoraks ile subkutan amfizem tablosu yaklaşık 10 gün sonra klinik ve radyolojik olarak tama yakın geriledi. Tanı sonrasında semptomatik tedavinin uygun düzenlenmesi, efordan kaçınılması ve hastanın bilgilendirilip yakın izlem yapılması hastanın yaşam kalitesine ve sağlığına daha erken dönemde kavuşması nedeniyle önem arz etmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak diş çekilmesi sonrasında gelişen nefes darlığı ya da göğüs ağrısı şikayetinde pnömomediastinum klinisyen tarafından akla getirilmelidir. Pnömomediastinum yaşamı tehdit edebilen ve dental müdahaleler sonrasında görülebilen önemli bir komplikasyondur.

Kaynaklar

1. Akay H, Enön S. (Mediastinal emphysema). *Türkiye Klinikleri J Surg MedSci* 2006;2(11): 65-8
2. Lloyed RE. *Surgical emphysema: a complication in endodontics. Br Dent J* 1975; 138: 393-394
3. Andberg V, Axell T. *Mediastinal emphysema as a complication of dental treatment. Odontol Res* 1972; 23:21-26
4. Snyder MD, Rosenberg ES. *Subcutaneous emphysema during periodontal surgery: report a case. J Periodontol* 1977; 48: 790-791
5. Chuong R, Boland TJ, Piper MA. *Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema associated with temporomandibular joint surgery. Oral Med Oral Surg Oral Pathol* 1992; 74: 2-6
6. Piecuch JF, West RA, Wash S. *Spontaneous pneumomediastinum associated with orthognathic surgery. A casereport. Oral Med Oral Surg Oral Pathol* 1979; 48: 506-508
7. Carmichael-F, Ward-Both-RP, Banks-JM. *Pneumo mediastinum after fasiyal trauma. Oral Med Oral Surg Oral Pathol* 1988; 66: 540-542
8. Cardo VA, Money JW, Stratigos GT. *Iatrogenic dental-aiemphysema: Report a case. J AmDentAssoc* 1972; 85: 144-147
9. Buckley MJ, Turvey TA, Schumann SP, et al. *Orbital emphysema causing vision loss a dental extraction. J AmDentAssoc* 1990; 120: 421-424
10. Pterson LJ. *Emphysema and dental drill (comment) J AmDentAssoc* 1990; 120: 42
11. Yang SC, ChiuTH, Lintj, Chan HM. *Subcutaneous emphysema and pneumomediastinum secondary to dental extraction: a case report and literatu rereview. Kaohsiung J MedSci* 2006;22(12):641-5
12. Pousios D, PanagiotopoulosN, Sioutis N, Piyis A, Gourgios S. *Iatrogenic pneumomediastinum and facial emphysema after surgical tooth extraction. AnnThoracSurg* 2010;89(2):640