

MANDİBULADA ODONTOJEN ÇOCUK OSTEOMYELITİ (Olgu Bildirimi)

Necla Timoçin* Ahmet Bülent Katiboğlu** Cüneyt Korhan Oral*** Sinan Horasan****

Yayın kuruluna teslim tarihi: 8.12.1993

Yayına kabul tarihi: 29.03.1994

ÖZET

Çene kemiği osteomyelitleri ya bölgedeki bir enfeksiyondan doğrudan olarak, ya da primer bir odaktan hematogen yolla mikroorganizmaların bölgeye ulaşması gibi hazırlayıcı etkenler nedeniyle oluşurlar. Çocuklarda ise osteomyelit kaynağı nadir olarak odontojen enfeksiyondur.

Bu yazıda altı yaşındaki bir çocuk hastada, primer enfeksiyon sonucu oluşmuş, bir kronik odontojen osteomyelit olgusunun, tanısı ve bir yıl takip sürecindeki tedavisi sunuldu.

Anahtar sözcükler: Odontojen osteomyelit, sekestr.

ODONTOGENIC OSTEOMYELITIS IN CHILD MANDIBLE (CASE REPORT)

ABSTRACT

Osteomyelitis of the jaw bone is produced by such predisposing factors as the arrival of microorganisms at the site either directly or hematogenously from a primary focus. Osteomyelitis in children rarely stems from an odontogenic infection.

In this paper, attempts have been made to present a case of chronic odontogenic osteomyelitis resulting from a primary infection in a child at six years by fully describing the diagnosis and his surgical and medical treatment within a duration of one year.

Key words: Odontogenous osteomyelitis, sequestr.

GİRİŞ

Osteomyelitis, kemik iliğinde piyogen mikroorganizmaların oluşturduğu enfeksiyondur. Ancak, enfeksiyon kemik iliğinde sınırlı kalmayıp kemiğin kompaktası, spongiozasi ve periostu da içine alıp bütün dokularını ilgilendirir (1, 5, 9, 10).

Çene kemiklerine gelip yerleşen ve osteomyelit oluşmasına yol açan mikroorganizmalar, hematogen, odontojen veya eksojen kaynaklıdır. Bunlar, stafilokoklar (St. Aereus, St. Albus), streptokoklar, koli bakterileri, pnömokoklar, thypus bakterileri yanında, sifilis, aktinomikoz, tuberkuloz gibi spesifik enfeksiyonlar da olabilir (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10). Çocuklardaki osteomyelit kaynağı nadir olarak odontojen enfeksiyondur. Sadece 2-4 yaşları arasında, geçici molar dişlerin kökleri, yayılma yolu olan mandibular kanala yakındırlar. Sürekli dişlerin gelişmesi ve buna bağlı olarak alveolar prosesin büyümesi kök ucu ve kanal arasındaki mesafeyi arttırır. Çocuk çağındaki çene kemiklerinin osteomyelitinin nedeni büyük çoğunlukla orta kulak iltihabı veya hematogen enfeksiyonlardan direkt yayılmadır (7, 9, 10).

Osteomyelit'in tedavisi alınan kültür ve antibiyograma göre uygun ve yüksek doz antibiyotiklerle yapılır. Akut dönemdeki drenajları takibeden veya fistülize olmuş kronik osteomyelit'in tedavisinde öncelikle etyolojik faktörler ortadan kaldırılır. Daha sonra ise hastanın takibe alındığı dönem içerisinde, iltihabi alan ve sekestr zamanlaması iyi yapılan ve gerekirse birden fazla operasyonlarla temizlenir (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9).

OLGU

Olgu, 19.11.1992 tarihinde kliniğimize başvuran çocuk hasta, 6 yaşında ve erkek idi (Resim I). Alt ön dişlerinde aşırı ağrı, sallanma ve ön bölgeden başlayıp sağ alt çenesinde arkaya doğru giderek artan şiş anamnezi vardı. Şikayetlerinin birkaç ay önceden beri mevcut olduğunu ve sağ alt çenesine ve kulağına vuran ağrılar nedeniyle diş hekimine gittiğini ve hekimin çürük olan sağ alt birinci büyük azı dişini çekmesi ve antibiyotik vermesine rağmen o bölgedeki ağrının azaldığını ancak tamamen geçmediğini ve çene ucundaki ağrılarının ise ilaçlarını devamlı kullanmasına rağmen çok az azaldığını anlattı. Detaylı anam-

* Prof. Dr. İ Ü Diş Hek Fak Ağız Diş Çene Hast. ve Cer. Anabilim Dalı

** Arş. Gör. Dr. İ Ü Diş Hek Fak Ağız Diş Çene Hast. ve Cer. Anabilim Dalı

*** Doç. Dr. İ Ü Diş Hek Fak Ağız Diş Çene Hast. ve Cer. Anabilim Dalı

**** Dok. Öğr. İ Ü Diş Hek Fak Diş Hast. ve Ted. A.D. Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı

nezinde iki sene önce alt çene ön bölgesinin travma geçirmiş olduğunu öğrendiğimiz hastanın, yapılan klinik ve radyolojik muayenesinde, alt ön orta ve yan keser dişlerin aşırı mobil olduğu, kötü ağız kokusu yanında sağ alt yan kesici diş marginalinde bir ucu görünmek üzere, sağ alt I. büyük azı dişinin çekim boşluğunun distaline kadar uzanan ve gümüş sonda ile muayenesinde çıplak kemik teması veren bir sekestr tespit edildi (Resim IA). Sağ alt çenede ödem ve alt ön kesici dişlerin vestibül mukozasında fistüller mevcuttu. Alt orta ve yan kesici dişlerin vitalite testi yapılarak canlı olmadıkları görüldü. Ayrıca alt ön kesici dişlerin köklerini tamamen içine alan ve semfiz bölgesini büyük ölçüde dolduran, yaklaşık 2.5 cm çapında radyolusent görüntü tespit edilerek kist tanısı kondu. Kist, sağ alt sürekli kanin dişinin germini de kısmen içine almaktaydı (Resim-IB). Antibiyogram yapılarak hasta uygun antibiyotikle medike edildi.

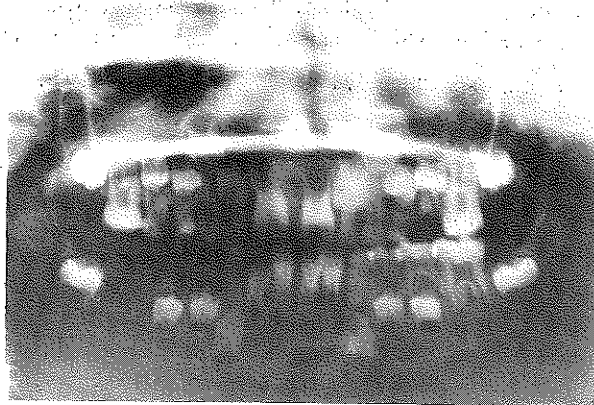
Resim 1. Hastanın ekstraoral görünümü



Resim IA. Hastanın ilk operasyon öncesi intraoral görünümü



Resim IB. İlk operasyon öncesi panoramik radyografik inceleme



Hastanın 17.12.1992 tarihinde, genel anestezi altında alt orta ve yan kesici dişleri çekime tabi tutuldu. Kistin kısmen içine aldığı sağ alt sürekli kanin dişinin germi çıkartıldı ve kist enükle edilip aynı seansta yapılan kemik biopsisi ile birlikte İ.Ü. Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü, Patoloji Birimi'ne gönderildi. Mikroskopik bulgu radiküler kist + nekrotik kemik lamelleri (Patoloji rapor no:2685/91) olarak belirlendi. Olgu primer olarak bir enfeksiyon sonucu oluşmuş kronik odontojen osteomyelitis olarak değerlendirilerek, hasta birer aylık klinik ve radyolojik kontrollere tabi tutuldu ve ölü kemik dokusunun sağlam dokudan ayrılması beklendi.

6 ay sonra yapılan klinik ve radyolojik inceleme sonunda sekestr'in ağızda iyice belirginleşerek lükse olduğu (Resim 2A), mandibula içindeki sınırlarının ise alt I. ve II. küçük azı dişlerinin germelerini de içine alacak şekilde kesinleştiği saptandı (Resim 2B). 1.6.1993 tarihinde hasta ameliyata alınarak sekestr diş germeleri ile birlikte tamamen çıkartıldı.

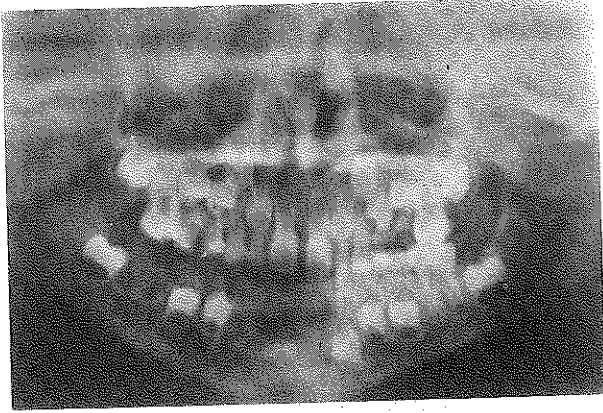
Mandibulada Odontojen Çocuk Osteomyeliti (Olgu Bildirimi)

Hastanın 3 ay sonra (3.6.1993) yapılan radyolojik incelemesinde sekestr'den kalan boşluğun kemikle dolmakta olduğu gözlemlendi (Resim 3).

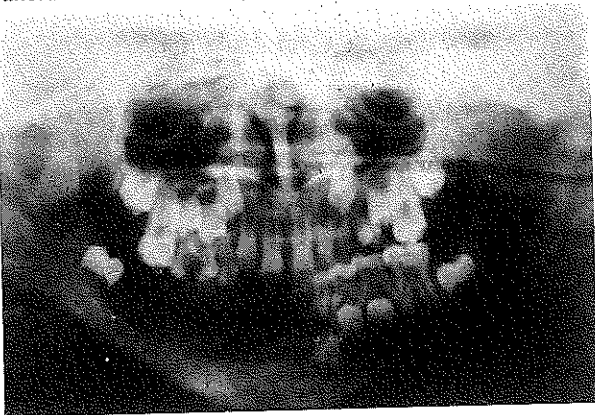
Resim 2A. Hastanın ikinci operasyon öncesi intraoral görünümü



Resim 2B. İkinci operasyon öncesi radyografik panoramik inceleme



Resim 3. İkinci operasyondan 3 ay sonra radyografik panoramik inceleme

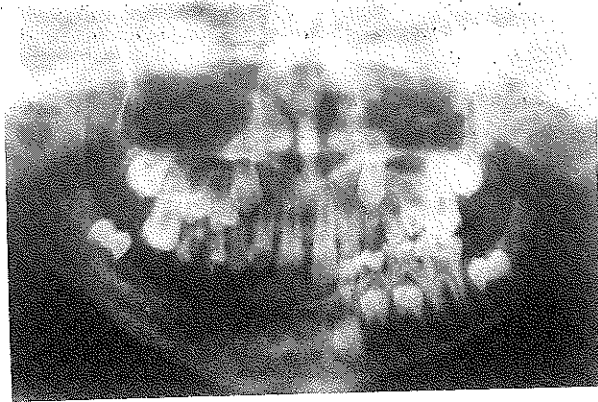


Hastanın operasyon sonrası 6 aylık dönem sonunda (1.12.1993) yapılan klinik muayenede dokuların sağlıklı olduğu (Resim 4A), radyolojik incelemede ise sağ alt çenede sekestr çıkması sonucu oluşan boşluğun kemikle tamamen dolmuş olduğu gözlemlendi (Resim 4B).

Resim 4A. Hastanın ikinci operasyondan 6 ay sonra intraoral görünümü



Resim 4B. İkinci operasyondan 6 ay sonra panoramik radyografik inceleme



TARTIŞMA

Antibiyotiklerin ve doğru antibiyotik kullanımının devreye girmesi ile birlikte osteomyelit, hayatı tehdit eden bir hastalık olmaktan çıkmıştır. Ancak hayatın ilk aylarında ve çocukluk döneminde rastlandığında erken tanı, hayati tehdidi ve fiziksel özür oluşumunu engellemesi açısından çok önemlidir (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Hastalığın seyri her ne kadar yaklaşık olarak aynı ise de çocuk osteomyelit'ini, erişkin osteomyelit'inden ayrı değerlendirmek gerektiği gibi, çocuk oste-

omyelitini de süt çocuklarının osteomyelitisi ve karışık dişlenme devrinin osteomyelitisi olarak iki şekilde incelemek gerekir. Çünkü hastalık karışık dişlenme dönemine rastlamışsa cerahatlanma diş germelerini de içine alacaktır ve cerrahi işlem sırasında irinleşmeye maruz kalan tüm germeleri çıkartmak gerekecektir. Özellikle üst çenede anatomik yapıdan dolayı drenaj zordur ve eğer sinüs henüz oluşmamış ve germlerle dolu ise oluşabilecek bir cerahatlanma retrobulber abselere kadar gidebilir (1, 2, 4, 6, 7, 9, 10).

Olgumuzun karışık dişlenme devresinde olması ve bir kist ile birlikte seyretmesi diş kaybının artmasına neden oldu. Hasta kliniğimize başvurduğunda yeterince geç kalınmıştı ve cerahat sağ alt çenedeki sürekli premolar gemlerini de içine almıştı. Ancak yine de hastalığın doğru antibiyotik kullanılarak kontrol altına tutulması ve sekonder enfeksiyon olasılığının önüne geçilerek, yerinde cerrahi müdahale ile oluşabilecek başka komplikasyonlara fırsat verilmemiş olması iyi bir sonuçtur ve vaka seyir açısından literatüre uymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Archer WH. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 1975. Volume two, fifth edition, 1630-44.
2. Asmar BI. Osteomyelitis in the neonate. *Infectious Disease Clinics of North America*. 1992; 6: 117-30.
3. Calhoun KH, Shapiro RD, Stiernberg CM, Calhoun JH, Mader JT. Osteomyelitis of the Mandibula. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1988; 114: 1157-62.
4. Cole WG, Dalziel RE, Leif S. Treatment of acute osteomyelitis in childhood. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 1982; 64: 218-23.
5. Ertürk S, Gomel M, Seçtin T. Osteomyelitis, *Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, 1989; 10: 1-10.
6. Fisher AD. Osteomyelitis of the mandible in a child. *J Oral Surgery*, 1977; 35: 60-4.
7. Lamont RL, Anderson PA, Dajani AD, Thirumoorthi MC. Acute Hematogenous Osteomyelitis in Children, *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 1987; 7: 579-83.
8. Merkesteyn JPRV, Groot RH, Bras J, Bakker DJ. Diffuse Sclerosing Osteomyelitis of the Mandible: Clinical Radiographic and Histologic Findings in Twenty-Seven Patients, *J Oral Maxillofac Surg*, 1988; 46: 825-9.
9. Timoçin N. Osteomyelit ders teksti. 1984.
10. Timoçin N. Çocuk Osteomyelitisi ve Yeni Kemik Yapımı, *İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 1976; 2: 101-8.

Yazışma adresi

Dr. A. Bülent Katiboğlu
İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi Anabilim Dalı
34390 Çapa - İstanbul