

## Çocuk Osteomyeliti ve Yeni Kemik Yapımı (\*)

Dr. Neclâ TİMOÇİN (\*)

Osteomyelitis genel genel anlamda, kemik ve kemik iliğinde meydana gelen iltihaplanmalardır.

(«Osteomyelitis, piyogenic mikroorganizmalar tarafından kemik ve kemik iliğinde meydana getirilen enfeksiyonlardır» şeklinde de tanımlanabilir).

Çocuk osteomyeliti iki kısımda incelenebilir :

I. Süt çocuğu osteomyeliti

II. Daimî diş germi taşıyan daha ileri yaşlardaki çocuk osteomyeliti (7).

### E t y o l o j i

İleri yaşlardaki çocuklarda, dişsel kaynaklıların yanısıra, çene kırıkları, burun (6), orta kulak, mastoid, tonsil, tifo, pnomoni enfeksiyonlarından, cilt yaralanmalarından kaynağını alıp, hematogen yayılma gösterenler de vardır. Bunlar genellikle organizmanın bir çok yerinde birden rastlanır (4, 7). Staphylococcus aureus, staphylococcus albus birinci derecede sorumlu olmakla beraber, streptococcus he-

(\*) II'nci İstanbul Uluslararası Dişhekimliği Haftası'nda tebliğ edilmiştir.

(\*\*) İ. Ü. D. H. Fakültesi, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Kürsüsü öğretim üyesi

moliticus, pneumococcus septicemia, basillus colli sorumlu mikroorganizmalardır (1, 2, 4, 5, 7).

#### Yaş ve Cinsiyet :

Süt çocuklarının osteomyelitine literatürde 3 haftalık bir bebekte rastlanmıştır. 1876 da Klementowsky (3), ilk olarak yeni doğmuşlarda osteomyeliti tarif etmiş, 1932 de Wilensky (9), süt çocuklarındaki osteomyelitin kompleks karakterini açıklamıştır. -

Daha ileri yaşlardaki çocuklarda, mevcut diş germi nedeniyle değişik tablo ortaya çıkmaktadır. Rastlanmada kız-erkek ayrımı yoktur.

#### Sıklık - Lokalizasyon :

Çok sık rastlanmasa da ender de değildir. Üst çenede alt çeneden fazla rastlanır.

#### Klinik Bulgular :

Hematogen olanların akut devrelerinde, titremeli ateş, ağrı, şiş, baş ağrısı, yerleşme yerine göre trismus, yutkunma zorluğu, dişlerde sallantı gösterir (1, 2, 5).

Odontogen osteomyelitin akut devresinde, çoğu kez ağrılı bir diş, dişeti hastalığı, çene kırığı, v.s. vardır.

#### Kronik devrede :

Dişeti ve deri fistülleri görülür, fistül ağızlarında granülasyon dokusu vardır. Dışarı kanla karışık cerahat akar. Gümüş sonda ile fistülden içeri girildiğinde çıplak kemiğe giriş hissedilir. Dişlerde sallantı, alt çenede olanlarda alt dudakta anestezi veya parestezi mevcuttur.

#### Radyografik Bulgular

Çene içinde daimî diş germelerinin varlığı nedeniyle, akut devrede ilk 1-2 haftada en alışkın gözün bile ayırabileceği pek önemli bir değişim saptanamaz.

Kronik devrede sekestrin oluştuğu ve hudutları ayırd edilir.

Diş germelerindeki harabiyet, ancak belirli zaman aralıkları ile alınmış radyografilerin karşılaştırılmalarıyla ortaya konulabilir.

## T e d a v i :

Başlangıçta bol ve derin drenajlarla irin boşaltılır, antibiyotik ve vitamin verilir.

Sekestr, hudutları radyografide saptandıktan sonra, cerrahi yollarla çıkartılır. Ateş'in düşmediği, iltihabın geçmediği hallerde, içerde var olan germelerin nekroze olduğu düşünülerek alınmaları gerekir (2).

Sekestr ve germelerin çıktıkları yerlerde kemikte görülen deformasyon ve diş dizisindeki düzensizlikler için bir ortodontist kontrolü ve tedav'si gereklidir.

## V a k a

4 yaşında bir kız. Beş ay önce döküntülü ve ateşli bir hastalık geçirmiş, kısa bir süre sonra alt çenesinin sağ tarafındaki diş ağrısı nedeniyle götürüldüğü dişhekimi, yaptığı muayenede çürük diş görmemiş, 1-2 gün sonra yüzünün sağ tarafı şişmeye başlamış, verilen bütün ilâçlara rağmen, iyileşme görülmemiş. Dört ay bekledikten sonra kliniğimize başvurmuş.

**A ğ ı z d ı ş ı g ö z l e m u a y e n e d e :** Yukarıda arcus zygomaticus'u aşan, altta alt çene alt kenarını geçen, önde commissura labiorum'a, arkada ramus mandibula'enin arka kenarına, kadar varan, pek renk farkı ve üzerinde hiçbir fistül veya enzisyon izi göstermeyen yaygın bir şişlik görüldü.

**E l l e m u a y e n e d e :** Şiş olan bu bölge oldukça sert submandibular ve submental lenf gangliyonları palpe edilebilmektedir.

Hasta ağzını normale yakın açabilmekte, ancak bu sırada ağrı duyduğundan açmaktan kaçınmaktadır.

**A ğ ı z i ç i m u a y e n e s i n d e :** Ağzın diğer bölgelerinde, yumuşak kısım?ve diş dizilerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Sağ tarafta V no'lu dişin distaline kadar olan ön bölge normal görünümdeyken, 6 no'lu dişin vestibulum orise atılmış bir şekilde processüs alveolaris üzerinde olduğu ve bunu taşıyan nekroze bir kemik parçasının da çıplak olarak bir ucunun buradan dışarı çıktığı görüldü. Pamuk pensi ile bu çıplak kemik tutulup hareket dere-



cesi ölçülmek istendiğinde, büyük bir kısmın hareket halinde olduğu saptandı.

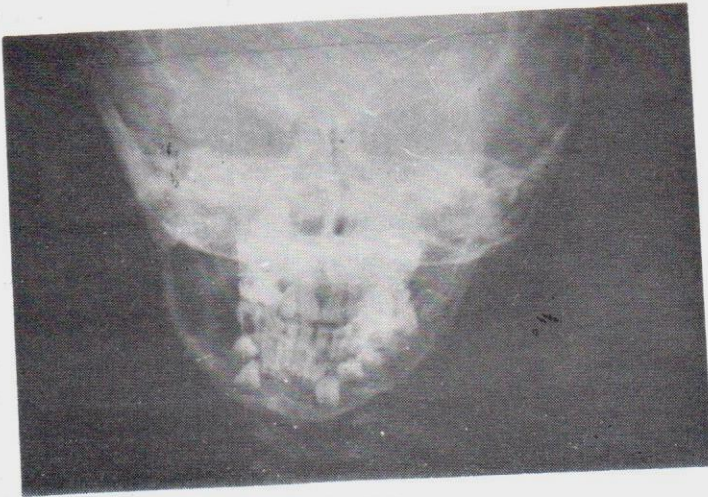
**Radyolojik bulgular :** Sağ V no'lu diş distalinden itibaren arkaya doğru corpus ve ramus mandibulae'nin normal görünümünü kaybettiği ancak arkada şerit şeklinde normal kemik görünümü veren bir kısmın varlığı dikkati çekti (Resim 1).



Resim 1

**Ameliyat :** Lokal anestezi altında enzisyon yapıldı, nekroze kemik hiç bir dirençle karşılaşmadan alındı.

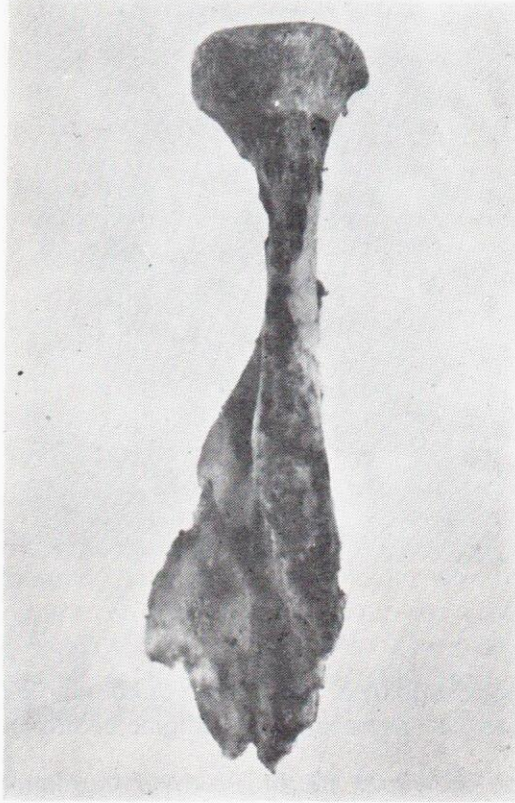
Sekestr çıktıktan sonra, hasta ağzını normal açıp kapatabiliyordu. Ameliyat sonrası alınan radyografide alt çene kenarının hiçbir açıklık göstermeksizin bütünlüğünü koruduğu görüldü (Resim 2).



Resim 2

### Makroskopi :

Çıkan sekestrin büyüklüğü ilginçti. Corpus mandibulae'nin büyük bir kısmı ile ramus mandibulae'nin tamamı sekestr halinde çıkmıştı, rengi grimse sarı, üzeri delikliydi (Resim 3), 4).



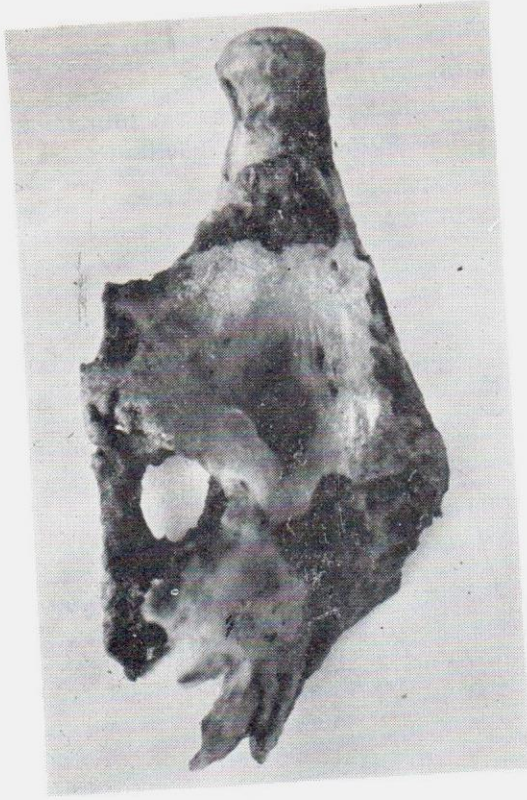
Resim 3

### Tartışma :

Önce bu osteomyelit vak'asının yerel nedenlerle oluşan bir osteomyelit mi, yoksa hemotojen bir osteomyelit mi oluşu üzerinde tartışabiliriz. Yapılan klinik ve radyolojik muayenede çürük bir diş rastlanmamıştır. Dört yaşında olması nedeniyle bir diş sürmesi de söz konusu değildir.

Anamnezinde çarpma, vurma, düşme gibi bir trauma etkisinde





Resim 4

kalmadığını, boğaz ağrısıyla başlayan döküntülü bir hastalıktan sonra çene ağrısı ve şişmesinin başladığını bildirmiştir.

Bu durumda iki yapıcı faktör üzerinde durmamız gerekmektedir.

1. Peritonsiller bir abses'in bu osteomyelite neden oluşudur. Literatürde buna benzer vak'a vardır. Tonsillit ve difteriden sonra Ramus mandibulae da meydana gelmiş bir osteomyelit vak'ası bildirilmiştir (7).
2. Geçirdiği ateşli ve döküntülü hastalık nedeniyle bu osteomyelitin meydana gelişidir. Bu durumda da H e m a t o - g e n bir osteomyelit söz konusudur; ancak hematogen osteomyelitler birçok kemikte birden görülürler.

Vak'amız kültür seviyesi çok düşük, evvelce geçirdiği hastalı-

ğın adını bilemeyen bir ailenin çocuğu olduğundan ve bize de çok geç baş vurduklarından, daha falza aydınlatıcı bilgi edinme olanağı bulamadık.

T a n ı o l a r a k bu vak'a, ya tonsillit sonucu meydana gelmiş bir yerel osteomyelittir veya bir rastlantı olarak yalnız alt çenenin bu kısmında lokalize olmuş hemotogen bir osteomyelittir.

Bizce etiyojik tanıdan falza, ilginç olan esas konu, çıkan sekestrin büyüklüğü ve hiçbir bilinçli bakım görmediği halde meydana gelen kemik tabutu ile çene bütünlüğünün korunmasıdır.

Literatürde şimik osteomyelitler haricinde bu kadar büyük bir osteomyelite rastlamadım (Literatürde fosfor nekrozu sonucunda bütün bir alt çenenin sekestr halinde çıktığı vardır) (1, 2, 7).

Bilindiği gibi kemik tabutunun oluşması periostun sağlam kalması ile olabilir. Bunun için de cerahatin boşaltılması, böylece periostu nekrozdan kurtarmak gereklidir. Başlangıçta yumuşak, kireçsiz, bol kanlı olan bu kemik tabutu bir süre sonra, nisbeten yumuşak bir kemiğe dönüşür. Bir süre beklenmeden yapılan sekestrektömiler (sekestr büyükse) her zaman patolojik fraktüre neden olurlar.

Kemik tabutunun tam olarak oluşmasını izleyen sekestr çıkarılmalarından sonra, ölü kemikten boşalan yer yeni kemikle dolar, kavitenin yeni kemikle dolma işi bittikten sonra da vücudun kendi kendini düzenleyici mekanizması ile bu kaba şiş, koruyucu oluşum ortadan kalkar.

Vak'amızda ne ağız çinden, ne de ağız dışından hiçbir açım yapılmadığı, dışardan fistülüze de olmadığı halde, periostun canlılığını koruyabilmesi tabiatın hasta lehinde durumunu göstermektedir.

Sonuç olarak osteomyelitte en iyi tedavinin (süt çocuklarında özellikle üst çenedeki osteomyelitler bunun dışında tutulmaktadır) irinin dışarı boşaltılmasını sağladıktan sonra « S a b ı r l a b e k l e m e » olduğunu, büyük hoca Kantorowicz'in «tıbbi tedavinin mükemmel olmadığı, yani hastaların kendi kendilerine kaldıkları yerlerde büyük çene kısımları mucizevi bir şekilde iyi olabilirler» sözünün ne kadar gerçeğe uyduğunu bir kez daha hatırlatmak isterim.

## Ö Z E T

Sağ ramus mandibulae'nin tamamının, corpus mandibulae'nin da bir kısmının sekestr halinde çıktığı halde, yeni kemik yapımı ile alt çenenin bütünlüğünün korunduğu 4 yaşındaki bir kız çocuğuna ait osteomyelit vakası tanıtıldı.

## L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Dechaume, M.** : Stomatologie, Quatrième édition revue et augmentée, Masson et Cie, Editeurs, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris (6 e), 1966.
- 2 — **Kantorowitz, A.** : Ağız Boşluğu Patoloji ve Şiurgisi, İstanbul.
- 3 — **Klementowsky** : Osteogingivitis gangraen, neonat, Ber. d. Moskauer Fındelanstalt, 1876 (Lif 8 Thoma'dan alınmıştır).
- 4 — **Kruger, O. G.** : Oral Surgery, Third edition, The C. V. Mosby Comp., Saint Louis, 1968.
- 5 — **Mead, S.** : Oral Surgery, Third edition, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1946.
- 6 — **Paunz, M.** : Ueber die necrose des Oberkiefers bei Neugeborenen :ind im Frühesten Säuglingsalter, Ztschr. Hals-,Nasen-,Ohrenh. 13: 155, 1926 (Lit. No 7 'Thoma' dan alınmıştır).
- 7 — **Thoma, H. Kurt.** : Oral pathology, Fourt edition, The C. V. Mosby Company St. Louis, 1954.
- 8 — **Thoma, H. Kurt.** : Oral Surgery, Fourt Edition, The C. V. Mosby Company Saint Louis, 1963.
- 9 — **Wilensky, A. O.** : Osteomyelitis of the jaws in nurslings and infants, Ann. Surg, 95: 33, 1932 (Lit. 7 'Thoma'dan alınmıştır).