

Anksiyetik Hastada İleri Boyutlardaki Odontojenik Keratokist için Anestezi Yaklaşımı

Anesthesia Management of an Anxious Patient with Huge Odontogenic Keratocyst

Mehmet Emin Toprak, Necmiye Şengel

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet: Odontojenik keratokist (OK); ağız epitelinin bazal hücrelerinden veya dental lamina artıklarından meydana gelen gelişimsel, benign, lokal agresif davranışta bir odontojenik kisttir. Mandibulada daha sık görülmektedir. Lezyonlar sıklıkla posterior mandibular angulusta görülmekte ve mezio-distal yayılım göstermektedir. Lokal agresif yayılımı, internal büyüme potansiyeli ve uydu kistlerin nükse meyilli olmasından dolayı WHO tarafından 2005-2017 yılları arasında 'keratokistik odontojenik tümör' olarak adlandırılmış ve neoplazm sınıfında değerlendirilmiş ancak günümüzde tekrar kist sınıflamasına dahil edilmiştir. Bu olgu sunumunda daha önce lokal anestezi altında opere edilmeye çalışılmış, kronik enfeksiyondan ve lezyonun sinirin yerini de değiştirmesinden dolayı lokal anestezi sağlanamamış anksiyetik hastanın anestezi yönetiminden bahsedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik keratokist, anestezi, sedasyon, Gow-Gates, biyopsi

Abstract: Odontogenic keratocyst (OKC); is a developmental benign, locally aggressive odontogenic cyst originating from remnants of the dental lamina or the basal cells from the oral epithelium. OKC affects the mandible more often. Most lesions are located in the posterior mandible and generally occur at the angle, show a predominant mesio-distal expansion. Due to local aggressive propagation, internal growth potential and satellite cysts being prone to recurrence, it was named as 'keratocystic odontogenic tumor' between 2005-2017, and was evaluated in the class of neoplasm but is still included in the classification of cysts. In this case report, we wanted to talk about the anesthetic management of an anxiety patient who was previously operated under local anesthesia, and local anesthesia could not be achieved due to the chronic infection and the location of the lesion.

Keywords: Odontogenic keratocyst, anesthesia, sedation, Gow-Gates, biopsy

ORCID ID of the authors: M.E.T. 0000-0003-4281-5913, N.Ş. 0000-0001-8591-3658

Received 20.07.2020

Accepted 20.08.2020

Online published 24.09.2020

Correspondence: Mehmet Emin TOPRAK - Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
e-mail: dt.mehmetemintoprak@gmail.com

Cite this article as:

Toprak ME, Sengel N, Anesthesia Management of an Anxious Patient with Huge Odontogenic Keratocyst, Ağız Kanserleri Özel Sayısı, Eylül 2020:205-210 **Doi:** 10.20515/otd.771893

1. Giriş

Odontojenik keratokist (OK) terimi ilk kez 1956 yılında epiteli keratinizasyon gösteren odontojenik kisti belirtmek için Philipsen tarafından kullanılmıştır (1). Agresiftir ve yüksek rekürrens oranıyla diğer kistlerden ayrılmaktadır (2). Keratokistler diğer kistler gibi kemikte ekspansiyon yapana kadar ya da enfekte olana kadar belirti vermeden seyredilmektedir (3). Belirgin ekspansiyon yapmadan kemiğin medullar kavitesinin içinde antero-posterior yönde büyümektedirler, bu özelliği kemikte ekspansiyona neden olan dentigeröz, radiküler kistler ile ayırıcı tanısında önemlidir (4). Kesin tanısı histolojik incelemeyle konulmaktadır. Histopatolojik olarak ince skuamöz epitel ve hiperkromatik bazal hücreler ve parakeratozis ile kaplıdır. Bütün odontojenik kistlerin %11'ini oluşturmakta, erkekleri kadınlardan daha sık etkilemektedir. İkinci dekattan itibaren görülme sıklığı artmaktadır.

Olgu Bildirisi

42 yaşındaki ASA 1 erkek hasta, kliniğimize radyolojik olarak sol kondil boynundan başlayıp köklerini rezorbe ettiği alt ikinci azya kadar uzanan 3x7 cm boyutlarındaki, uniloküler, sınırları yer yer tam belirgin olmayan lezyon şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Yüzün sol yarısında hafif düzeyde şişlik ve sol alt dudak bölgesinde son 1 aydır parestezi görülmekteydi (Resim 2). Hasta ilgili bölgeden daha önce yirmilik diş çektirip çekmediğini hatırlamamaktaydı. Hastanın konik ışınli bilgisayarlı tomografisinde çenenin sol tarafında kemiğin kondil boynuna kadar tümüyle rezorbe olduğu görüldü (Resim 3). Hastanın alt çenede sadece basis bölgesinde 3-4 mm civarı rezidüel kemik kaldığı görüldü. Alveoler sinir trasesinin tomografide net olarak izlenemediği saptandı. Hastanın aşırı derecede anksiyetik olduğu görüldü. Biyopsi ve aspirasyon yapmak amacıyla lokal anestezi yapılmaya çalışılan

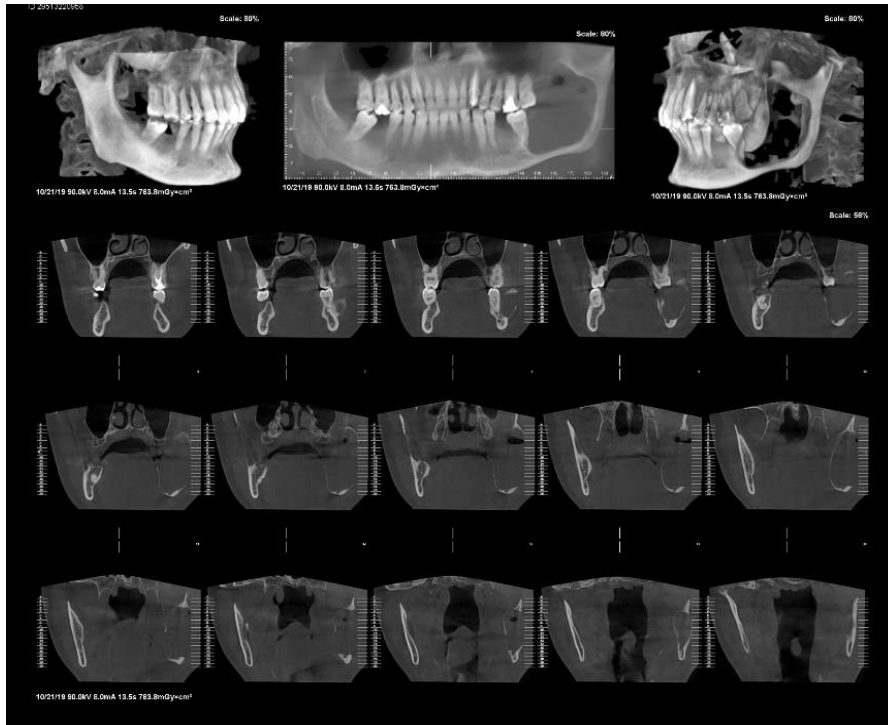
hastanın hem ileri derecedeki kaygısı hem de lezyonun muhtemel olarak sinir trasesinin yerini değiştirmesinden dolayı rahat çalışılmadı, standart direkt ve indirekt teknikle mandibular anestezi sağlanamadı. Hastanın cerrahi işleminin sedasyon altında yapılmasına karar verildi. Preoperatif teknikleri istenen hastanın beyaz küre yüksekliği dışında laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Bilinen ek hastalığı yoktu. 8 saat açlığı takiben hasta cerrahiye alındı. Hastaya EKG, SpO2 ve tansiyon monitörizasyonu yapıldı. Sol brakial venden damar yolu açıldı. Nazal kanül ile 2 L/dakikadan oksijen uygulanırken 2mg midazolam ve 50 mcgr fentanil intravenöz (iv) uygulandı. Ramsey sedasyon skalası 4 (uyuyor, yüksek sesli uyarana veya glabellar uyarıya ılımlı yanıt alınıyor) olan hastaya Gow-Gates tekniği ile alveoler siniri kondil boynundan itibaren daha yukarıdan uyuşturmayı sağlayacak şekilde lokal anestezi yapıldı. Aspirasyon materyalinde dökülmüş keratininler saptandı (Resim 4). Daha sonra bukkal bölgeden mukoperiostal flep kaldırılarak lezyona ulaşıldı. İnsizyonel biyopsi yapıldı ve patolojiye gönderildi. Kökleri rezorbe 37 nolu diş çekildi. Lezyonun epiteli ağız mukozasına dikildi ve hızlı dekompresyon için viskoelastik tüp takıldı, rezorbe olmayan dikişlerle ağız mukozasına sabitlendi (Resim 5,6). İşlem bitimini takiben 5. dakikada RSS:2 (koopere, oryante ve sakin) ile vital bulguları stabil olgu genel durumu iyi olarak servise gönderildi. Hasta derlendikten sonra işlemin kendisi için oldukça konforlu geçtiğini bildirdi. Hastaya tüp aracılığıyla lezyon bölgesinin serum fizyolojik ile bakımının nasıl yapılacağı anlatıldı. Hastanın histopatolojik tanısı parakeratinize odontojenik keratokist olarak geldi. Hasta rutin kontrole alındı. Takibinde cerrahiden 3 ay sonra parestezisinin geçmeye başladığı görüldü. 6 aylık marsupyalizasyon takibinde kist kavitesindeki küçülmenin ve yeni kemik oluşumundaki artışın oldukça iyi olduğu saptandı (Resim 7).



Resim 1: Hastanın işlem öncesi panoramik filmi



Resim 2. Hastanın işlem öncesi ağız içi görüntüsü



Resim 3. Hastanın bilgisayarlı tomografisi



Resim 4. Aspirasyon materyali



Resim 5. Cerrahi işlem esnasında lezyonun görüntüsü



Resim 6. Marsupyalizasyon için kullanılan viskoelastik tüp



Resim 7. Altı ay sonraki panoramik görüntü ve iyileşme

Tartışma ve Sonuç

Dental işlemlerin büyük bir kısmı ofis ortamında sedasyon ya da genel anestezi gerektirmeden lokal anestezi altında yapılabilmektedir. Dental korku ve kaygı sadece çocuklarda değil, yetişkinlerde de yüksek ağrı yoğunluğu nedeniyle yaygındır. Erişkin hastalarda çoklu işlemlerin ve ilaç kullanımının getirdiği kaygı ve korku, önceki kötü deneyimler, lokal anesteziye ek sedasyon ya da genel anestezi ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır. Monitörize anestezi bakımı ile sedoanaljezi, genel anesteziye kıyasla daha az fizyolojik değişikliğe yol açması, sağladığı hasta konforu, memnuniyeti, güvenliği ve hızlı derlenme sağlaması ile operasyon odasının verimliliğini arttıran uygulamadır (5,6). Biz de hastamıza genel anestezi yerine anksiyolitik, hipnotik, analjezik ve amnezik özelliklere sahip ilaçların tek başlarına ya da lokal veya rejyonal anesteziye ek, intravenöz yolla uygulanmasını içeren gününbirlik anesteziyi tercih ettik. Bu uygulamada ilaç ya da ilaçlarla merkezi sinir sistemi deprese edilerek tedavi boyunca sedasyon sağlanmakta; sedasyon sırasında ise hastayla sözlü kontak devam ettirilmektedir (7). Hastanın kendi hava yolunu sürekli ve bağımsız olarak koruma yeteneğinin devam etmesi sağlanmaktadır. Hasta sözlü uyarılara kendiliğinden ya da hafif dokunsal uyarılarla yanıt verebilmektedir. Hastanın spontan solunumu korunur (8). Sedasyonun derinliği hastanın yaşına, ek hastalıklarına ve kişisel faktörlere, ilaç dozlarına bağlı olarak değişebilmektedir. Bu nedenle ilaçları yavaş

bir şekilde titre ederek vermek önemlidir. Anestezist ve diş hekimi arasında; hava yolunun paylaşımı en büyük zorluk olmaktadır. Dental koltukta bacakların pozisyonundan dolayı vazovagal senkop riski bulunmaktadır. Hastanın bilinç kaybı, solunum ve kardiyovasküler depresyon riski bulunmaktadır. Bu nedenlerle anestezist karşılaşabileceği problemlere hazırlıklı olmalı, gereğinde gerekli müdahaleyi yapabilmelidir. Hastaların preoperatif muayeneleri ve anamnezleri özenli bir şekilde yapılmalı gerekirse konsültasyon istenmelidir. Monitörize anestezi bakımı ile sedoanaljezi sağlanırken; damar yolu, kardiyak resusitasyonun sağlanması için gereken ilaçlar ve ekipmanlar, oksijen uygulanmasını sağlayıcı ekipmanlar (nazal kanül, oksijen maskesi), aspirator, hava yolu ekipmanları (ambu, LMA, buji, laringoskop, değişik boyutlarda airway ve endotrakeal tüp), geri döndürücü ajanlar; opioidler (fentanil) için naloksan ve benzodiazepinler (midazolam) için flumazenil, monitör ekipmanları; pulse oksimetre, kan basıncı monitörizasyonu, EKG, EtCO2 önerilmektedir (9). Sedoanaljezide kullanılacak ideal ajanın, sedatif, analjezik ve amnestik özellikleri olmalı; hızlı etkili olması ve hızlı, güvenli derlenmeyi sağlaması için de kısa yarı ömürlü olmalıdır. Bu amaçla sıklıkla kullanılan ajanlar midazolam (benzodiazepin) ve fentanil (opioide) dir (10). Sedasyon derecesini değerlendirmek için farklı değerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir. Bunlardan biri de

Ramsey ölçeğidir. Ramsey ölçeği, Ramsey ve arkadaşları tarafından 1974 yılında tanımlanan, uygulanabilirliği kolay bir ölçektir. Biz de hastamızda dormicum ve fentanili tercih ettik. Hastamıza rutin anestezi monitörizasyonunu uyguladık. Nazal kanülden oksijen desteği verdik. GOW-GATES tekniği (standart mandibuler anesteziye daha derin ve etkili bir anestezi sağlanabilmekte ek olarak Bukkal sinirin de %75 oranında anesteziyi sağlanabilmektedir) ile lokal anesteziyi gerçekleştirdik. Hastamızla koopere olarak sürekli taktik ve

sözel uyarılarla ilaçlarımızı titre ederek verdik.

Dental işlemlerde kooperasyon kurulamayan erişkin hastalarda, kısa etki süreli anestezi ajanları titre ederek monitörize anestezi bakımı ile sedoanaljezi uygulamanın; hızlı derlenme ve erken taburculuk ile hasta ve cerrah memnuniyetini arttırdığı vurgulanmaktadır. Çene cerrahları ve anestezi uzmanları arasında bilgi paylaşımı, vakaya özel anestezi tekniklerinin seçilmesi, hasta ve hekim konforunu oldukça yükseltmektedir.

KAYNAKLAR

1. Eyre J, Zakrzewska J. The conservative management of large odontogenic keratocysts. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1985;23:195-203.
2. Lee CA, Damm DD, Neville BW et al. (2008), Oral and maxillofacial pathology. 3th ed. St. Louis: Saunders.
3. Cawson RA, Odell EW. (1998), Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 6th ed. Churchill Livingstone:Edinburgh.
4. White SC, Pharoah MC. (2013), Oral radiology: principles and interpretation. 6th ed. St. Louis: Mosby.
5. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ. et al., (2015), Clinical Anesthesiology. 5th ed. New York: Mc Graw Hill.
6. Das S, Ghosh S. Monitored anesthesia care: an overview. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2015;31:27-9.
7. Craig DC. Conscious sedation for dentistry: An update. *Br Dent J.* 2007;203:629-31.
8. Galeotti A, Garret Bernardin A, D'Antò V, et al. Inhalation conscious sedation with nitrous oxide and oxygen as alternative to general anesthesia in preoperative, fearful, and disabled pediatric dental patients: a large survey on 688 working sessions. *Biomed Res Int.* 2016;72:89-93.
9. Benzoni T, Cascella M. (2019), Procedural sedation. Treasure Island: Stat Pearls.
10. Tobias JD, Leder M. Procedural sedation: A review of sedative agents, monitoring, and management of complications. *Saudi J Anaesth.* 2011;5:395-410.