

ENGELLİ BİR HASTADA ÜST ÜÇÜNCÜ MOLAR DIŞ ÇEKİMİ İLE İLİŞKİLİ TUBER MAKSİLLA KIRIĞI

MAXILLARY TUBEROSITY FRACTURE RELATED TO UPPER THIRD MOLAR EXTRACTION IN AN DISABLED PATIENT

Dr. Dt. Sara SAMUR ERGÜVEN,¹

¹75.Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Ameliyathane Birimi, Ankara, Türkiye

Geliş tarihi: 17/07/2017

Kabul tarihi: 19/10/2017

Yazarlar herhangi bir finansal destek kullanmamış olup yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

ÖZ

Fiziksel veya mental yetersizliği olan hastalarda ağız ve diş sağlığı işlemleri çoğunlukla sedasyon veya genel anestezi altında gerçekleştirilebilmekte olup, bu tür bireyler ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşım açısından yetersiz imkânlarla sahip olabilmektedir. Olumsuz ağız hijyeni, dişlerde çürük artışı, ağız kokusu şikâyetleri ve uzun dönemde dişlerin erken kaybına bağlı olarak fonksiyon eksikliği ile karşılaşılabilir. Bu makalede ataksik serabral palsi ve mental retardasyonun birlikte izlendiği 23 yaşındaki engelli erkek hastada üst üçüncü molar dişin çekimi esnasında maksillada gelişen tuber kırığı olgusu güncel literatür ışığında sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: engelliler için diş bakım hizmeti; diş çekimi; komplikasyonlar; maksiller kırıklar

ABSTRACT

Dental treatment for patients with a physical or mental disability is often performed under sedation or general anesthesia and this kind of patients have limited opportunity in order to access for dental services. Poor oral hygiene, high ratio of caries, halitosis and functional impairment in long-term due to early teeth loss can be encountered. This case report describes maxillary tuberosity fracture related to extraction of the upper third molar in 23 years old disabled male patient with ataxic cerebral palsy and mental retardation in the light of current literature.

Keywords: dental care for disabled; tooth extraction; complications; maxillar fractures

Yazışma adresi/Correspondence Address: Dr. Dt. Sara SAMUR ERGÜVEN, 75.Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Ulucanlar Ek Hizmet Binası, Ameliyathane Birimi, Ankara, Türkiye

Tel: 0312 595 97 38

e-mail: sara_samur@hotmail.com

GİRİŞ

Özel bakım ihtiyacı olan hastalara sunulacak diş hekimliği hizmetleri ağız ve diş sağlığına yönelik problemlerin tespit ve tedavisini kapsamakta olup; tedavi programı yaş, genel sağlık durumu, beklentiler ve ihtiyaçlar ışığında belirlenmelidir (1). Fiziksel ve mental yetersizliğe sahip hastalarda kronik hastalığa bağlı sistemik problemler, bedensel yetersizlikler, vücutta istemsiz hareketler gibi çeşitli problemler ve risk faktörleri ile karşılaşılabilen hastaların diş hekimliği hizmetlerine erişimi hasta ve yakınları açısından zorluk içermektedir (2). Mental yetersizliğe sahip bireylerin diş hekimliği gereksinimlerinin genel anestezi altında gerçekleştirildiği bir merkezde hastaların %67'sinin ciddi öğrenme güçlüğü, %19'unun engel ile birlikte izlenen mental rahatsızlık, %11'inin serebral palsi ve %3'ünün otizm hastası olduğu bildirilmiş olup, en sık rastlanan dental patoloji %86 oranla diş çürüğü ve %71 oranla dental plak olarak ifade edilmiştir. Hastaların %78'inde diş çekimi, %75'inde diş temizliği ve %67'sinde restoratif tedavi seçeneği tercih edilmiştir (3). Ohtawa ve arkadaşları diş hekimliği fakültesi bünyesinde fiziksel ve/veya mental yetersizliğe sahip hastalarda genel anestezi altında gerçekleştirilen diş hekimliği işlemlerinin retrospektif değerlendirildiği çalışmada gerçekleştirilen tedavileri; restoratif tedaviler, diş çekimi, kron uygulaması, üçüncü molar diş çekimi ve koruyucu uygulamalar olarak sıralamış olup, hastaların önemli bir bölümünün diş merkezlerden yönlendirildiğini bildirmiştir (4). Bu makalede ataksik serabral palsi ve mental retardasyon tablosunun birlikte izlendiği 23 yaşındaki engelli erkek hastada üst yirmi yaş diş çekimi esnasında maksillada gelişen tuber kırığı olgusu güncel literatür bilgileri ışığında sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

23 yaşında erkek hasta kliniğimize sağ üst çene bölgesinde lokalize şiddetli ağrı şikayeti gerekçesiyle ebeveynleri tarafından getirilmiştir. Hastada ağır mental retardasyon ve ataksik serabral palsi tablosu birlikte izlenmekte olup, ağız içi muayene kooperasyon eksikliği nedeniyle detaylı olarak yapılamamıştır. Radyolojik muayenede panoramik filmde üst yirmi yaş dişinde (18 numaralı diş) derin çürük saptanmıştır (Resim 1). Anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı ile birlikte değerlendirilen hastaya derin sedasyon eşliğinde çekim endikasyonu konulmuştur. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesini takiben anestezi öncesi rutin tetkik ve konsültasyonlar istenmiştir. Elde edilen tetkik ve konsültasyonlar ışığında hasta sistemik olarak değerlendirilmiş, hasta yakınlarına sedasyon işlemine ilişkin risk ve detayların anlatılmasını takiben derin sedasyon eşliğinde ilgili dişin çekimi amacıyla randevu verilmiştir. Randevu günü-

ne hasta 8 saatlik açlık sağlanarak getirilmiş, hasta yakınlarından cerrahi işlem ve sedasyon işlemine yönelik olarak bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Ameliyat odasına alınan hastada monitorizasyon yapılması ve damar yolu açılmasını takiben fentanil+propofol kombinasyonu ile derin sedasyon seviyesi elde edilmiştir. Lokal anestezi yapılmasını takiben üst sağ yirmi yaş dişinin çekim işlemine başlanmıştır. Diş çekimi amacıyla bein elavatorü ile dişin çevresindeki yumuşak dokular uzaklaştırılmış ve diş mobilize edilmeye çalışılmıştır. Çekim işleminin tamamlanması amacıyla üst yirmi yaş davyesi dişin kron kısmı palatinal ve vestibül yüzeyden kavranarak yerleştirilmiş, alveol kemik desteklenerek dişin socket dışına ekstrüzyonu amaçlanmıştır. Bu aşamada tuber kırığı meydana gelmiş, palatinal mukozada laserasyon oluşmuştur. İşlem durdurularak palpasyon ile kırık parçanın büyüklüğü ve palatinal mukozanın durumu incelenmiş; diş köküne yapışık kemik parçasının büyük olmadığı belirlenmiştir. Diş ve kemik parçanın birlikte çıkarılmasına karar verilmiştir. Diş olabildiğince atavmatik şekilde yumuşak dokulardan ayrılmasını sağlanarak socket dışına çıkarılmış olup diş kökünde yapışık olarak kemik izlendiği görülmüştür (Resim 2). Tuber kırığı teşhisi konulmuştur. Çekim socketinin değerlendirilmesi, palatinal bölgede yumuşak doku onarımı ve kanama kontrolü yapılmasını takiben hasta uyandırılarak servise alınmıştır. Kooperasyon eksikliği nedeniyle tampon uygulaması yapmak mümkün olmamıştır. Postoperatif dönemde antibiyotik, analjezik kullanımı ve oral hijyen sağlanması amacıyla ebeveyn kontrollü antiseptik gargara kullanımı önerilmiştir. Cerrahi işlem sonrası 1.,7.,10. Günler ve 1.ayda kontrol edilen hastada yumuşak doku iyileşmesinin başladığı izlenmiştir. Bölgede ağrı ve şişlik gelişimi operasyondan sonraki bir hafta içerisinde azalarak ortadan kalkmıştır. Hasta yakınları takip eden süreçte ağız ve diş sağlığı açısından düzenli takibin önemi konusunda bilgilendirilmiştir.



Resim 1: Panoramik film



Resim 2: İlgili diş ve yapışık olarak izlenen kemik dokusu

TARTIŞMA

Üst molar dişlerin çekimi ile ilişkili tuber maksilla kırıklarının değerlendirildiği literatür derlemesinde yazarlar tuber kırıklarının molar diş çekimi esnasında yaygın olarak meydana gelebilen bir komplikasyon olduğunu; meydana gelme durumunda yumuşak dokularda travma oluşmaması amacıyla çekim işleminin durdurulması ve palpasyon ile mobil fragmanın büyüklüğü hakkında bilgi sahibi olunmasını önermişlerdir. Yumuşak dokuların dikkatle ayrılmasını takiben ilgili diş ile birlikte küçük fragmanların çıkarılması, fragmanın büyük olması durumunda ise 4-6 hafta stabilizasyon sağlanarak sonrasında cerrahi çekim ile davye kullanmadan dişin çekimi önerilmektedir (5). Birinci molar diş çekimi esnasında oluşan tuber kırığının tedavisini gerçekleştirdikleri olgu sunumunda Polat ve arkadaşları tuber maksilla ve mobilize olmuş esktruze konumundaki üst molar dişleri repoze ederek 2 aylık intermaksiller fiksasyon uygulaması sonrası tedavi prosedürünü gerçekleştirmişlerdir (6).

Üst yirmi yaş diş çekim girişiminin neden olduğu palatinal bölgede laserasyon ve tuber kırığı ile sonuçlanan işlemde yazarlar dişi yerinde tutup 6 hafta boyunca bekleme sonrası cerrahi çekim prosedürü gerçekleştirdiklerini bildirmiştir (7). Diş hekimliği öğrencileri tarafından gerçekleştirilen üçüncü molar diş cerrahisi ile ilişkili komplikasyon oranlarının değerlendirildiği çalışmada yazarlar tuber kırığı gelişme riski oranını %1.9 olarak bildirmiş olup, bu oranın daha önceki literatürlerde deneyimli cerrahlar tarafından gerçekleştirilen üçüncü molar cerrahisine yönelik orandan (%0.6) yüksek olduğu ifade edilmiştir (8).

Maksillada ikinci molar diş çekimini takiben gelişen büyük boyutlu tuber kırığından kaynaklanan hayatı tehdit edici düzeyde kanama olgusunun bildirildiği bir diğer çalışmada

yazarlar 20 yaşındaki erkek hastada çekim sonrası gelişen ciddi kanama olgusunun tedavisi amacıyla genel anestezi uygulamasına başvurmuşlardır. Çekim soketinde arteriyel kanama, maksillada ciddi kemik kaybı ve oro-antral açıklığın belirlendiği hastada, kanama kontrolü sol antrum, burun ve defekt bölgesine tampon uygulaması ile sağlanabilmiştir. İki gün sonra tekrar genel anestezi uygulaması altında tampon çıkarılması ve oro-antral açıklığın kapatılması sağlanmıştır. Yazarlar geniş boyutlu tuber maksilla kırıklarında kemiğin periosteumdan ayrılmasına bağlı olarak posterior maksilla ve tuber bölgesindeki hassas damarların kolaylıkla ruptüre olabileceğini, bu durumda basit bir diş çekiminin ciddi ve hayatı tehdit edici kanamalara yol açabileceği konusunda bilgi vermektedir (9).

Üst ikinci molar diş çekimini takiben gelişen bir diğer tuber kırığı olgusunda ise segmentin medial ve lateral pterigoid kaslarla bağlantısı nedeniyle diş ve segmenti çıkarmak diş hekimi ve ağız cerrahı tarafından mümkün olmamış, hasta maksillofasiyal cerrahi departmanına yönlendirilmiştir. Genel anestezi altında cerrahi makaslar kullanılarak kas ataşmanları ayrılmış diş segment ile birlikte çıkarılabilmektedir. Yazarlar rutin diş çekim işleminden kaynaklanabilecek ciddi komplikasyonların önemini ifade etmiş, tuber kırıklarında hemoraji riski, segmentin infratemporal fossa, medial ve lateral pterigoid kaslarla ilişkili olabileceği durumlarda işlemin durdurularak hastanın uzman departmana yönlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (10).

Altuğ ve arkadaşları çekim sonrası komplikasyonun tedavisi amacıyla bir diş merkezden yönlendirilen 22 yaşındaki erkek hastada, üst birinci molar diş çekimini takiben tüm molar dişlerin tuber kırığı ile birlikte segment olarak çıkarıldığını saptamış, tedavi yaklaşımı olarak yumuşak doku onarımı yapılmış, segment primer stabilizasyonun sağlanamaması nedeniyle yerine yerleştirilememiştir. Hasta oro-antral fistül oluşmaması amacıyla sümkürme işlemi yapmaması hakkında bilgilendirilmiştir. Yazarlar etkin preoperatif muayene ve cerrahi planlama ile bu tür komplikasyonların önlenmesinin en doğru seçenek olduğunu belirtmiş, komplikasyonlar ile karşılaşılması durumunda ise diş hekimlerinin hastaları ağız cerrahisi uzmanına yönlendirmesini önermişlerdir (11).

Bell, tuber kırığı için anatomik zorlukla ilişkili risk faktörlerini; genişlemiş maksiller sinüs, kalın bukkal korteks,

sürmemiş üçüncü molar diş, çok köklü dişler, açılı kökler, hipersementoz, büyük restorasyonlar olarak sıralanmış; palatinal mukozada meydana gelen laserasyonun diş hekimine işlemi durdurması için uyarıcı olduğunu, böyle bir durumun gelişmesi durumunda değerlendirme yapılarak tedavi yaklaşımına karar verilmesini önermektedir (12).

Üçüncü molar diş çekimi sonrası gelişen komplikasyonların retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmada yazarlar üst yirmi yaş diş çekimlerine ilişkin komplikasyon oranlarını lokal anestezi altında gerçekleştirilen işlemler için %2, genel anestezi altında gerçekleştirilen işlemler için %1.5 olarak bildirmiş olup, en sık meydana gelen komplikasyonları tuber kırığı ve oro-antral açıklık oluşumu olarak bildirmişlerdir (13). Prospektif planlanmış bir diğer çalışmada gömülü üst yirmi yaş dişlerinin çekimleri ile ilişkili komplikasyon oranları %6.8 olarak ifade edilmiş olup, meydana gelen komplikasyonlar sırasıyla tuber maksilla kırığı, flepte laserasyon, yumuşak doku abrazyonu, komşu dişte yaranma, kök kırığı, oro-antral açıklık oluşumu ve kron kırığı olarak bildirilmiştir (14).

SONUÇ

Genel olarak maksillada molar diş çekimi esnasında herhangi bir hareketlenmenin olması durumunda çekim prosedürünün sonlandırılması, eğer fragman küçükse diş ile birlikte çıkarılması, yumuşak dokularda laserasyon meydana gelmesi durumunda gerekli onarımın yapılması, kanama kontrolü sonrası postoperatif enfeksiyon veya oro-antral açıklık gelişme riskine karşı düzenli kontrol önerilmektedir. Fragmanın büyük olması durumunda yerinde bırakılarak stabilizasyon amacıyla sabitlenmesi, 4-6 haftalık bekleme dönemi sonrası ilgili dişin kök ayırma işlemi ile davye kullanmadan çıkarılması tercih edilen tedavi yaklaşımıdır.

Maksillada molar dişlerin çekimi esnasında tuber kırığı meydana gelmesi sık rastlanan bir komplikasyondur. Ancak engelli hastalarda bu tür komplikasyonların meydana gelmesi hastanın kendini ifade edememesi ve postoperatif dönemde kontrollerin yapılmasındaki güçlük nedeniyle hekimler açısından zorlayıcı olabilmektedir. Bu hastada bilinçli hasta yakınları sayesinde yeterli oral hijyen seviyesi sağlanmış olup, ilaçlar doğru zaman ve dozda kullanılmıştır. Postoperatif dönemde sorunsuz yumuşak doku

iyileşmesi elde edilmiştir. Bununla birlikte tüm hastaların klinik ve radyolojik değerlendirmelerinin özenle gerçekleştirilmesi, olası risklerin tespit edilmesi, ayırıcı tanıların yapılması ve klinik takip açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- 1) Sancaklı Şar H. Özel bakım ihtiyacı olan bireylerde ağız ve diş sağlığı uygulamaları. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2009; 43: 39-43.
- 2) Mochizuki K, Tsujino K, Ohtawa Y, Yakushiji M, Nomura K, Ichinohe T et al. Dental care for physically or mentally challenged at public dental clinics. Bull Tokyo Dent Coll. 2007; 48: 135-42.
- 3) Escibano Hernández A, Hernández Corral T, Ruiz-Martín E, Porteros Sánchez JA. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12: 492-5.
- 4) Ohtawa Y, Tsujino K, Kubo S, Ikeda M. Dental treatment for patients with physical or mental disability under general anesthesia at Tokyo Dental College Suidobashi Hospital. Bull Tokyo Dent Coll. 2012; 53: 181-7.
- 5) Chrcanovic BR, Freire-Maia B. Considerations of maxillary tuberosity fractures during extraction of upper molars: a literature review. Dent Traumatol. 2011; 27: 393-8.
- 6) Polat HB, Ay S, Kara MI. Maxillary tuberosity fracture associated with first molar extraction: a case report. Eur J Dent. 2007; 1: 256-9.
- 7) McKernon SL, Reid S, Taylor KH, Balmer MC. A fractured tuberosity following attempted extraction. BMJ Case Rep. 2015.
- 8) Azenha MR, Kato RB, Bueno RB, Neto PJ, Ribeiro MC. Accidents and complications associated to third molar surgeries performed by dentistry students. Oral Maxillofac Surg. 2014; 18: 459-64.
- 9) Bertram AR, Rao AC, Akbiyik KM, Haddad S, Zoud K. Maxillary tuberosity fracture: a life-threatening haemorrhage following simple exodontia. Aust Dent J. 2011; 56: 212-5.
- 10) Shah N, Bridgman JB. An extraction complicated by lateral and medial pterygoid tethering of a fractured maxillary tuberosity. Br Dent J. 2005; 198: 543-4.
- 11) Altuğ HA, Sahin S, Sencimen M, Dogan N. Extraction of upper first molar resulting in fracture of maxillary tuberosity. Dent Traumatol. 2009; 25: 1-2.
- 12) Bell G. Oro-antral fistulae and fractured tuberosities. Br Dent J. 2011; 211: 119-23.
- 13) Christiaens I, Reyckers H. Complications after third molar extractions: retrospective analysis of 1,213 teeth. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2002; 103: 269-74.
- 14) Carvalho RW, Araújo-Filho RC, Vasconcelos BC. Adverse events during the removal of impacted maxillary third molars. Int J Oral Maxillofac Surg. 2014; 43: 1142-7.