

VAKA TAKDİMİ :

MANDİBULA OSTEOMYELITİ

Dr. Fuat YÖNDEMLİ *, Dr. Tolga ŞAHİNER *, Dr. Ersin BULUN *

* S.Ü.T.F. KBB Anabilim Dalı

ÖZET

Osteomyelit kemik ve kemik iliğinin piyojenik enfeksiyonudur. Yüz kemiklerinin osteomyeliti sık değildir. Bu yazıda posttravmatik mandibula osteomyeliti olan bir vaka sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mandibula osteomyeliti, posttravmatik.

SUMMARY

Osteomyelitis of Mandible

Osteomyelitis represents a pyogenic infection. Osteomyelitis of the facial bones is not usual. In this article, We present a case with posttraumatic osteomyelitis of mandible.

Key Words: Osteomyelitis of mandible, Posttraumatic.

GİRİŞ

Osteomyelit kemik ve kemikliliğinin piyojenik enfeksiyonudur (1). Mandibula osteomyelitinin en sık sebebi dental ve periodontal enfeksiyonların yayılımıdır (2,3). Ayrıca seyrek olarak hematogen ve travmatik kaynaklı osteomyelit görülmektedir. Maksillofasyal travmalarda osteomyelit gelişimi sık olmayan geç komplikasyonlardandır (4,5).

Osteomyelit akut, subakut ve kronik formları vardır (2,3). Vücuttaki diğer uzun kemikler gibi endokondral yapıdaki kemik olan mandibula, osteomyelit gelişimi için diğer yüz kemiklerinden daha elverişlidir. İntramembranöz kemikleşme özelliği gösteren maksilla ise bu yapıdan dolayı osteomyelit gelişimi için uygun değildir. Ayrıca maksillanın kanlanmasının daha fazla olması enfeksiyon için uygun olmayan bir ortam oluşturur (6).

Mandibulanın açık kırıklarında lokalize enfeksiyonun sık olmasına rağmen bunlar nadiren gerçek osteomyelite ilerler (5,6). Mandibula kırıklarından sonra bu şekilde gelişen bir enfeksiyon Posttravmatik osteomyelit olarak isimlendirilir.

Mandibulanın osteomyelitinde hastada ağrı, aralıklı yüksek ateş, yumuşak dokuda şişlik, kızarıklık ve Mental sinire ait duyu bozuklukları tespit edilir (2,6). Hastalığın subakut ve kronik formları ise daha sessiz bir seyir gösterir.

Mandibula osteomyelitinde en sık izole edilen etken S.Aureus'tur. Son dönemlerde anaerobik etkenlerin önemli rol oynadığı gösterilmiştir (2).

Bu makalede tedavi edilmemiş bir açık mandibula fraktürü sonucu gelişen mandibula osteomyeliti sunulmuştur.

VAKA TAKDİMİ

F.Y., 5 yaşında, bayan hasta, protokol No: 120/10. İki ay önce düşme sonucu travma geçiren hastanın bir haftadır çenesinin sol tarafında şişlik, kızarıklık ve ağrı meydana gelmiş. Üç gün öncede ağzından bir kemik parçası gelmesi üzerine polikliniğimize müracaat etmiş. Muayene sonucu mandibula osteomyeliti teşhisi konan hasta tedavi için kliniğe yatırıldı.

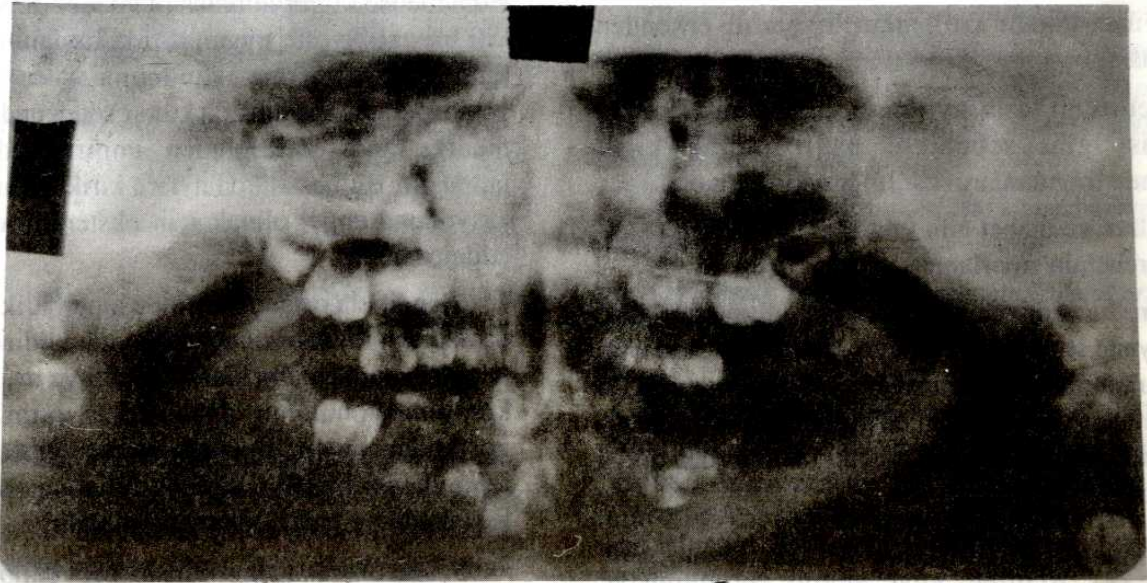
Sistem muayenesi normal bulunan hastanın KBB muayenesinde trismus, mandibula sol yarısının üzerinde bulunan deride hiperemi, ödem ve hassasiyet mevcuttu. Ağız muayenesinde mandibula sol tarafta kanin diş dışında dişlerin olmadığı, alveolar arkus üzerindeki mukozanın defektif olup 3 cm lik kısımda mandibulanın açıkta olduğu izlendi. Mandibula üzerinde pürülan mayi mevcuttu ve nekrotik kemik dokusu izleniyordu.

Yapılan laboratuvar incelemelerinde özellik bulunmayan hastanın panoramik mandibula grafisinde sol alveolar arkus ve korpus seviyesinde defekt

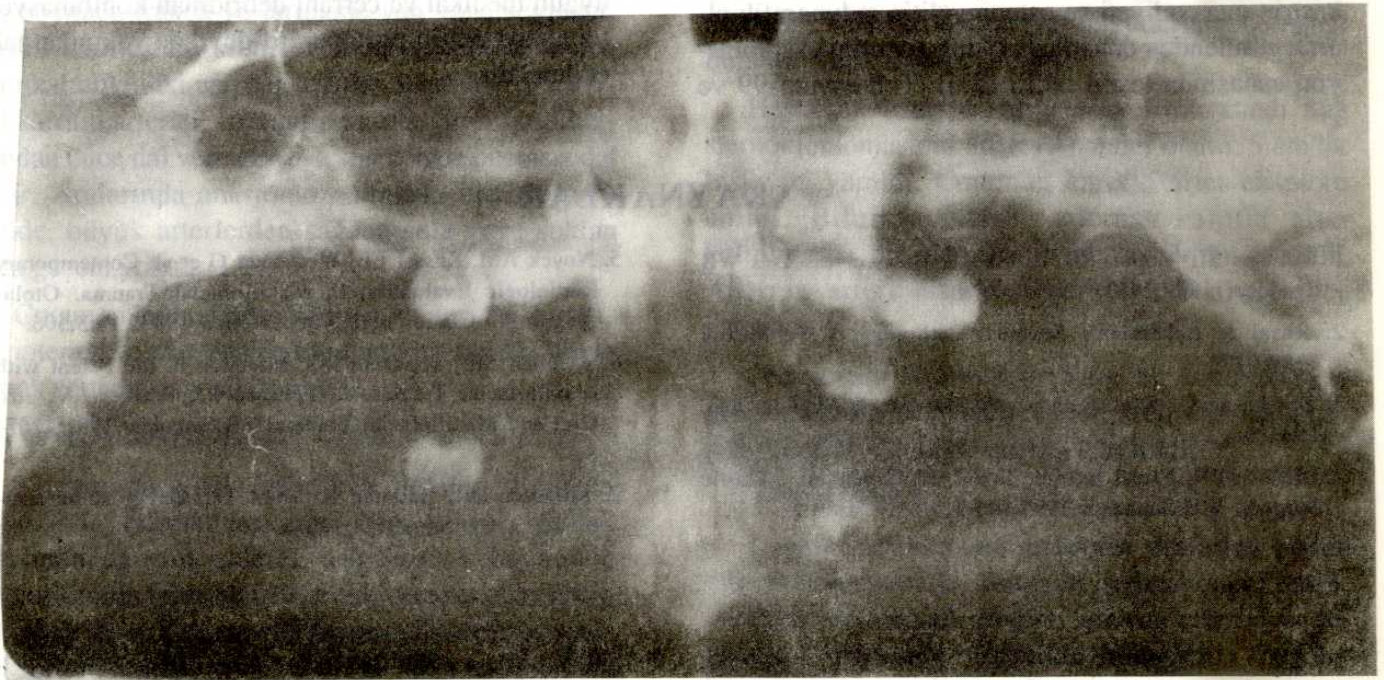
görünümü mevcuttu. Bu defektif alanın içerisinde sekestre kemik olduğu rapor edildi (Resim 1).

Pü kültüründe üreme olmayan hastaya Klindamisin 2x300 mg başlandı. Hasta genel anestezi altında ameliyata alınarak ağız içindeki mukoza defekti eksplore edildi. Bu kısımdaki kemiğin nekroze görünümde olduğu ve üstte lamel tarzında sekestre kemik olduğu izlendi. Mandibulanın sol koronoid çıkıntısını da tutan 3 cm. uzunluğundaki sekestre

fragman çıkarıldı. Takiben sağlam kemik yapısı ortaya çıkıncaya kadar kemik kürete edildi. Kaviteye gaz iodoform yerleştirilerek insizyon kapatıldı. Post-op Seftriakson 1x1 gram ve Ornidazol 2x250 mg. uygulanan hastada gaz iodoform tedrici olarak çıkarıldı ve kontrol panoramik mandibula grafisinde osteomyelit görünümü bulunmayan (Resim 2) hasta ayaktan kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.



Resim 1



Resim 2

TARTIŞMA

Mandibula kırıklarından sonra enfeksiyon insidansında artışa yol açan başlıca faktörler şunlardır (6).

1. Tespit, redüksiyon ve immobilizasyonun iyi olmaması,
2. Tedaviye geç başlanması, (eski kırık)
3. Antibiyotik tedavisinin gecikmesi veya yetersiz antibiyotik tedavisi uygulanması,
4. Fraktürün diş hattından geçmesi,
5. Fiksasyonda kullanılan araçların erkenden çıkarılması,
6. Periostun fazla sıyırılması, turla kemiğin fazla ısıtılması gibi sebeblere bağlı olarak kırık bölgesinde fragmanların canlılığını kaybetmesi,
7. Alkol ve diabet gibi faktörlere bağlı olarak ko-nakçı direncinin zayıflaması.

Bizim hastamızda kırık redükte edilmediği gibi, oral hijyene itina gösterilmeyip antibiyotik tedavisi de uygulanmamıştı. Transvers seyirli olan fraktür aynı zamanda diş hattından da geçiyordu. Hastada enfeksiyonu kolaylaştıran yukarıdaki faktörlerden dördü mevcuttu.

Osteomyelitin tespitinde radyolojik bulgular açık değildir (2). Kemikte güve' yeniği görünümü ve canlılığını kaybetmiş kemik adacıklarının oluşturduğu sekestr görünümü olabilir (6). Fakat sekestrin mevcudiyeti ve osteomyelitin radyografik olarak görülenden daha fazla olduğu cerrahi eksplorasyon esnasında tespit edilir (2,6). Teknisyum-99 ve

Galyum kombine edilerek yapılan sintigrafi ile lezyonun genişliği hakkında daha ayrıntılı bilgi sağlandığı hakkında yayınlar bulunmaktadır. Ayrıca tedavinin takibi ve iyileşmenin derecesi de konvansiyonel metotlardan daha kolay anlaşılmaktadır (5,6).

Fraktür sonucu oluşan osteomyelit medikal+cerrahi tedavi kombinasyonu ile tedavi edilmektedir (4,6). Canlılığını kaybetmiş dokular, yabancı cisimler ve enfeksiyon sahasında sulunan dişler temizlendikten sonra drenaj sağlanmaktadır. Medikal tedavide ise kültür alınmasını takiben S.Aureus a etkili bir antibiyotik uygun dozda başlanmakta, gerekirse antibiyogram sonucuna göre değişiklik yapılmaktadır. Vakamızda kültür sonucunda üreme olmadığı rapor edildiğinden ampirik tedavi uygulanmıştır. Bu hastalarda ayrıca kırık hattının mobilizasyonuna engel olmak için eksternal tespit ihmal edilmemelidir.

Mandibula osteomyelitinde hiperbarik oksijen tedavisinden faydalı sonuçlar alındığı bildirilmekle beraber (7) bu metodun klasik cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonundan daha fazla yarar sağladığı gösterilememiştir. Bununla birlikte hiperbarik oksijen tedavisi klasik tedaviyle iyi sonuç alınamayan hastalarda bir tedavi alternatifi olabilir.

Sonuç olarak, tedavi edilsin veya edilmesin bütün mandibula kırıklarında osteomyelit gelişmesi riskinin bulunduğu hatırdan çıkarılmamalı, bu hastalar uygun medikal ve cerrahi debridman kombinasyonu ile tedavi edilip postoperatif devrede yakından takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Robbins SL, Cotran RS. Pathologic Basis of diseases WB Saunders 1979;1483.
2. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. C.V. Mosby 1989; 199.
3. Borçbakan C. Ağız, çene ve diş hastalıkları Ayyıldız mat. 1981;98.
4. Manson PN. Facial Injuries, In JG. McCarthy ed. , Plastic Surgery, WB Saunders 1990;996-7.
5. Noyek AM, Kassel EE, Wortzman G et al. Contemporary Radiologic Evaluation in Maxillofacial Trauma. Otolaryngologic Clinics of North America 1983; 16:3,506.
6. Liebllich SE., Topazian RG, Infection in the Patient with Maxillofacial Trauma. In Fonseca RJ, Walker RV. eds. Oral and Maxillofacial Trauma WB Saunders 1991;1167-8.
7. Knightan DR, Halliday B., Hunt TK. Oxyge as an antibiotic. Arch. Surg. 121: 1986, 191.