

Kronik Osteomyelitis

CHRONIC OSTEOMYELITIS

Dr. Sinan TOZOĞLU,^a Dr. Ümit YOLCU,^a Dr. Metin GÜNGÖRMÜŞ^a

^aAğız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, ERZURUM

Özet

Amaç: Bu makalede, kemik iliği ve mineralize dokunun nekrozuyla birlikte, supurasyon, rezorbsiyon, sklerozis ve hiperplaziyi içeren kompleks enflamatuvar süreç ile karakterize kemiğin persiste enfeksiyonu olarak tanımlanan kronik osteomyelitis olgusunu sunmak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Çalışmamızda, 30 yaşındaki bayan hastada mandibular posterior bölgede meydana gelen kronik osteomyelitis tarif edilerek tartışılmıştır.

Sonuç: Kronik osteomyelitis hem medikal olarak hem de cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Osteomyelitis; diş çekimi; mandibula

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2006, 12:113-116

Abstract

Objective: To report a case of chronic osteomyelitis which is a persistent abscess of the bone that is characterized by the usual complex of inflammatory processes, including necrosis of mineralized and marrow tissues, suppuration, resorption, sclerosis, and hyperplasia.

Case Report: This article describes and discusses a chronic osteomyelitis in the posterior mandible of a 30-years-old woman.

Conclusion: Chronic osteomyelitis of the jaws usually requires both medical and surgical treatments.

Key Words: Osteomyelitis; tooth extraction; mandible

Kemiğin medullar boşluğunda ya da kortikal yüzeyinde meydana gelen enflamatuvar süreç olan osteomyelitis, akut veya kronik olabilir.¹ Kronik osteomyelitis, kemik iliği ve mineralize dokunun nekrozuyla birlikte, supurasyon, rezorbsiyon, sklerozis ve hiperplaziyi içeren, kompleks enflamatuvar süreç ile karakterize, kemiğin persiste enfeksiyonudur. Tedavi edilmeyen ya da yetersiz tedavi edilmiş akut osteomyelitis sonucunda veya akut bir seyir göstermeyen, uzun dönemde ve düşük seviyede meydana gelen enflamatuvar reaksiyon sonucu meydana gelir.²

Osteomyelitisler; kök kanalı, periodontal boşluk veya çekim kavitesi kaynaklı odontojenik

enfeksiyonlar, travma sonucu meydana gelen fraktürlerin enfeksiyonu ya da vücudun başka bölgesindeki enfeksiyonların hematojen yolla kemiğe ulaşmasıyla meydana gelirler.^{3,4} Çalışmamızda 30 yaşındaki bayan bir hastada diş çekimi sonrası gelişen kronik osteomyelitis olgusu sunulmuş, sekestr oluşum süreci ve olgunun tedavisi literatür ışığında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

30 yaşında bayan bir hasta sağ mandibular molar bölgede ağrı, pürülan akıntı ve dudakta parestezi şikayetiyle Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi kliniğine başvurdu. Hastanın yapılan klinik muayenesinde; ekstraoral olarak palpas-yonda sert, yüzünde hafif asimetri meydana getirmiş bir şişlik mevcuttu. İntraoral olarak sağ alt birinci molar dişin çekim soketinde pürülan enfeksiyon olduğu, soketteki alveol kemiğinin mu-koza ile örtülü olmadığı ve bölgede çıplak kemik

Geliş Tarihi/Received: 16.12.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 05.09.2006

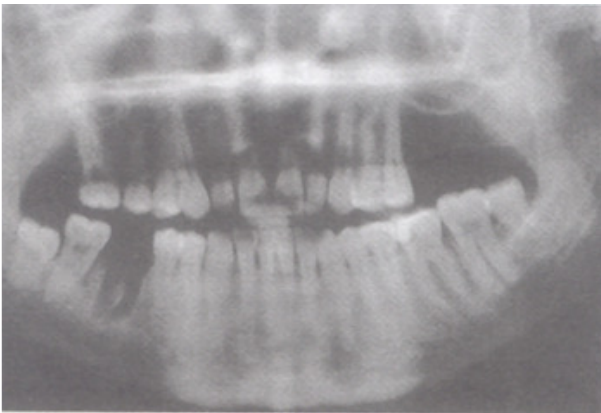
Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Sinan TOZOĞLU
Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, ERZURUM
stozoglu@hotmail.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

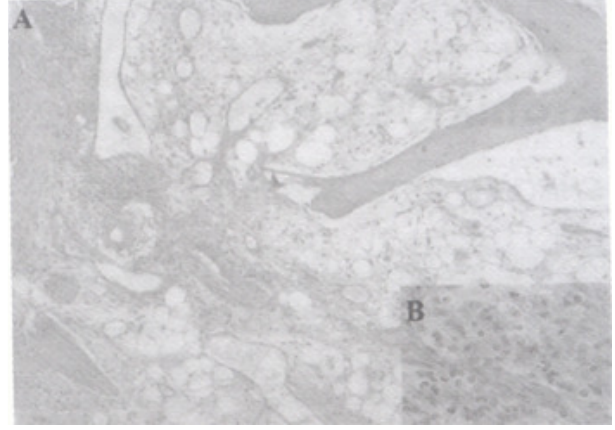
Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2006, 12

113

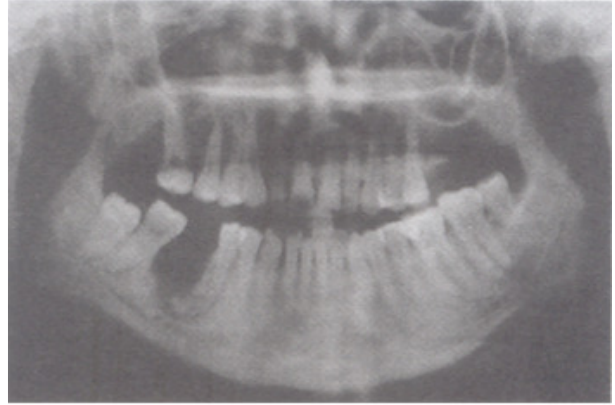
mevcudiyeti tespit edildi. Hastadan alınan anamnezde; hasta yaklaşık 1 ay önce sağ alt 1. molar dişini çektirdiğini, çekimden sonra ağrılarının devam ettiğini ve tekrar hekimine müracaat ettiğinde çekim bölgesinin lokal anesteziyi takiben kürete edilip serum fizyolojikle yıkandıktan sonra soket içerisine hastanın tam olarak bilmediği patlar konulduğunu, bu işlemlerin 2 hafta içerisinde birkaç kez tekrarlandığını ifade etti. Ayrıca bu periyotta düzensiz olarak amoksisilin, siprofloksasin ve eritromisin grubu antibiyotik, naproksen sodyum ve flurbiprofen grubu analjezik kullandığını belirtti. İlerleyen zamanla birlikte hasta, şikayetlerinde hiçbir değişme olmadığını, ağrı ve pürülan akıntının devam ettiğini ve sağ alt dudağında uyuşukluğun geliştiğini söyledi. Hastadan alınan radyografide çekim soketi haricinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı ve sekestr görülmedi (Resim 1). Yapılan vitalite kontrolünde sağ alt kanin ve 1. premoların teste geç cevap verdiği, 2. premolar dişin ise hiç cevap vermediği görüldü. Öncelikle kültür antibiyogram yapıldı ve *Staphylococcus aureus* izole edildi. Bu doğrultuda hastaya penisilin verildi. Daha sonra lokal anestezi altında sekestr teşekkülü olmadığından ve bölgedeki dişlerle ilgili radyografik herhangi bir patolojik bulgu bulunmadığından dolayı çekim soketi kürete edilerek kısmi dekortikasyon yapıldı. Çıkarılan materyale histopatolojik tetkik yapıldı ve neticede osteomyelitis tanısı kondu (Resim 2). Hastanın daha sonraki kontrollerinde sağ



Resim 1. Diş çekiminden 1 ay sonraki radyografik görüntü.

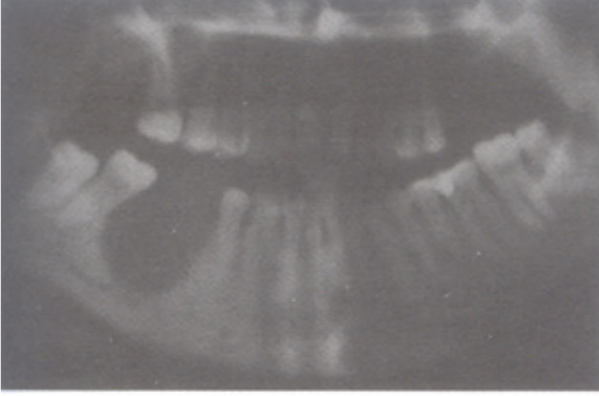


Resim 2. Lezyonun histopatolojik görüntüsü. Kemiğin lamelleri arasında iltihabi hücreler izlenmektedir (A. 10 x 10, B. 40 x 10).



Resim 3. Diş çekiminden 26 hafta sonra meydana gelen sekestrin radyografik görüntüsü.

alt kanin ve 1. premolar dişin vitalite testine pozitif cevap verdiği ve parestezi şikayetlerinin geçmiş olduğu görüldü. İlk diş çekiminden 26 hafta sonra yapılan radyografik muayenede sağ mandibular 1. molar bölgede, 2. premoları da kapsayacak şekilde sağlam kemikten radyolüsent bir hatla ayrılmış sekestr bölgesi tespit edildi (Resim 3). Daha sonra hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Operasyon esnasında sekestrin, çekim soketini ve 2. premoların apeksini de içine aldığı görüldü ve bu ölü kemik alanı tamamen



Resim 4. Postoperatif 1 hafta sonraki radyografik görüntü.

kürete edilerek 2. premoların çekimi yapıldı. Operasyon bölgesi primer olarak kapatıldı. Hastaya 1 hafta süreyle intravenöz, 3 hafta süreyle oral penisilin uygulandı. Daha sonraları yapılan hasta takiplerinde iyileşmenin problemsiz olduğu görüldü (Resim 4).

Sonuç

Günümüzde koruyucu ve önleyici diş hekimliğindeki gelişmelerle birlikte, anestezi ve antibiyotik tedavisi alanlarındaki ilerlemeler sonucu osteomyelitise, geçmiş dönemlere nazaran daha az rastlanılmaktadır.⁵

Osteomyelitis; çenelerde, sıklıkla mandibulada, mandibulanın da angulus ve korpus bölgelerinde görülür.⁴⁻⁶ Etiyolojide %70'den fazla odontojenik veya travmatik nedenler öne sürülmekle birlikte, vakaların %17'si radyasyonun etkisiyle meydana gelmiş osteorad-yonekrozisten kaynaklanmıştır.⁵ Olgumuzda osteomyelitin; diş çekimi sonrası görülen enfeksiyon ve bu enfeksiyon için periferde gitmiş olduğu hekimlerce uygulanan yanlış veya eksik tedaviler neticesinde meydana gelmiş olduğunu düşünüyoruz.

En sık rastlanan semptomlar, olgumuzda da gördüğümüz gibi; şişlik, ağrı, fistül, sekestr, ateş, trismus ve açık kemik mevcudiyetidir.⁵ Kronik sistemik hastalıklar, immün sistemin

baskılandığı durumlar ve kemiğin kanlanmasının bozulduğu rahatsızlıklarda osteomyelitis oluşumuna eğilim artar. Sigara kullanımı, alkol bağımlılığı, intravenöz ilaç bağımlılığı, diabetes mellitus, malarya, anemi, beslenme bozukluğu, malignite ve AIDS'te osteomyelit sıklığı artmıştır.^{1,5,7}

Radyografik bulgular ve sekestr oluşumu genellikle 2,3 hafta içinde ortaya çıkar.^{1,4,8} Ancak olgumuzda bu durumun yaklaşık 26 hafta sürdüğü görülmüştür. Hastamızın çeşitli ve çok sayıda antibiyotik kullanmış olması kemikteki harabiyeti, nekrozu ve radyografik bulguların oluşumunu geciktirmiş olabilir.

Kronik osteomyelitte genellikle medikal ve cerrahi tedavinin kombinasyonu uygulanmakta, medikal tedavinin nadiren başarılı olduğu bildirilmektedir.^{2,9} Kronik osteomyelit; sekestrektomi ya da dekontikasyonla birlikte 1 hafta süreyle intravenöz, 3 hafta süreyle oral antimikrobiyal kullanımından ibaret olan basit bir protokolle tedavi edilir.¹⁰ Olgumuzda hastaya daha önce antibiyotik ve analjezik gibi medikal tedavi uygulanmasına rağmen, hastanın başlıca şikayetlerinden olan şişlik, ağrı, ateş, açık kemik yüzeyi ve fistül mevcudiyeti geçmemiş, devam etmiştir. Hasta kliniğimize müracaat ettiğinde cerrahi olarak yapılan sekestrektomi ve medikal tedavi uygulanmasıyla olumlu sonuç alınabilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology, Philadelphia, WB Saunders Company, 1995, p.114
2. Ertas U, Tozoglu S, Gursan N: Chronic osteomyelitis: 20 years after mandible fracture. Dental Traumatology 20: 106, 2004
3. Goaz PW, White SC: Oral Radiology, Principles and Interpretation. 2nd ed. St.Louis, The CV Mosby Co, 1987. p.471
4. Akça S, Or S, Güven O: Odontojenik kaynaklı çene osteomyelitisi üzerine klinik araştırma. A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 4: 1, 1977
5. Koorbusch GF, Fotos P, Goll KT: Retrospective assessment of osteomyelitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 74: 149, 1992;

6. Güngörmüş M, Bocutoğlu Ö: Alt çene kronik osteomyeliti (bir olgu nedeniyle). Atatürk Üni Diş Hek Fak Derg 2: 25, 1993
7. Taher AAY: Osteomyelitis of the mandible in Tehran, Iran. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 76: 28, 1993
8. Türker M, Yücesat Ş: Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. Ankara, Atlas Kitapçılık, 1997. s.281
9. Güngörmüş M, Yavuz MS, Gürsan N: Mandibulanın kronik diffüz skleroze osteomyeliti (bir olgu raporu). Atatürk Üni. Diş Hek Fak Derg 2: 36, 2002
10. van Merkesteyn JP, Groot RH, van den Akker HP: Treatment of chronic suppurative osteomyelitis of the mandible. Int J Oral Maxillofac Surg 26: 450, 1997