

Noma (Bir Olgu Nedeniyle)!!

NOMA (A CASE REPORT)

Recep ORJBAK**, Zerrin ORBAK***, Adnan TEZEL****, Kamile ERCİYAS****

* Yrd.Doç.Dr.Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD,

** Yrd.Doç.Dr.Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD,

*** Araş.Gör.Dr.Dt.Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD, ERZURUM

Özet

Amaç: Noma (Gangrenous Stomatit, Cancrum Oris) dudanın, yanağın, yüzün veya mandibulanın yumuşak ve sert dokularının gangrenöz nekrozu ile sonuçlanan ve nedeni tam olarak bilinmeyen nadir bir hastalıktır. Daha çok çocuklarda görülmesine rağmen erişkinlerde de rapor edilmiştir. Noma tipik bir ANUG ile başlayıp hızla yayılarak bir kaç gün içinde doku nekrozuna kadar ilerleyebilir. Bu dönemde hastalar toksemi veya sekonder yan etkilerden ölmezlerse enfeksiyonel süreç immun cevabın oluşması ile genellikle kontrol altına alınır. Bu hastalarda toksemi ve sekonder yan etkiler riski nedeni ile dikkatli bir klinik gözleme gereği vardır. Bu çalışmada 4 yaşında bir kız çocuğundaki nomanın oral bulguları değerlendirilerek literatür tekrar gözden geçirildi.

Vaka raporu: 1992 doğumlu kız hasta 28 Şubat 1996 tarihinde Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalına konsültasyon amacı ile başvurmuştur. Hastanın tıbbi tetkiklerinin yanısıra ekstraoral ve intraoral muayene bulguları noma ile uyumlu bulunmuştur. Yapılan uygun tedaviyle vaka düzelmiştir.

Sonuç: Nomanın erken teşhis ve tedavisi prognoz yönünden önemlidir. Predispozan faktörlere sahip bu vakalarda ağız bakımı dikkatli takip edilip endotoksin üreten gram negatif mikroorganizmalar kontrol altına alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Noma, ANUG, Dental tedavi

TKlin Diş Hek Bil 1997, 1997,3:146-149

Geliş Tarihi: 14.08.1996

Yazışma Adresi: Dr.Recep ORBAK
Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji AD,
25240 ERZURUM

[^]Türk Periodontoloji Demeği 26. Bilimsel Kongresi 19-25 Mayıs 1996 Antalya 'da tebliğ edilmiştir

Summary

Purpose: Noma (Gangrenous Stomatitis, Cancrum Oris) is a rare disease of obscure origin, resulting in gangrenous necrosis of the hard and soft tissue of the lips, cheeks, face or mandible. Although it has been seen in adults, most of the reported cases have occurred in children. Noma, presenting initially as quite typical ANUG, spreads with extreme rapidity and within a matter of a few days widespread soft tissue necrosis may occur. At this stage, if the patient does not die of toxemia or of secondary effects, the infective process often ceases under control, presumably by belated operation of an immune response. The risk of toxemia of the secondary effects in the patients warrants careful clinical follow-up. In this study, we described a 4 years old female with noma, who had oral manifestation. Thus the literature on noma is reviewed.

Case report: A female case, born in 1992, admitted to the Department of Periodontology, Atatürk University for consultation in 28th February 1996. Medical examinations as well as extraoral and intraoral findings of the case were found to be consistent with noma. She improved with appropriate therapy.

Conclusion: Early diagnosis and treatment of noma is quite significant as to prognosis. In the cases who have predisposing factors, mouth care must be well-followed, and gram negative microorganisms producing endotoxin must be kept under control.

Key Words: Noma, ANUG, Dental treatment

TKlin J Dental Sei 1997,3:146-149

Noma, dudanın, yanağın, yüzün veya mandibulanın çok nadir olarak da vulvanın tutulduğu yumuşak ve sert dokuların gangrenöz ülseratif enfeksiyonu ile sonuçlanan, orijini bilinmeyen nadir görülen bir hastalıktır (1-6).

Noma daha çok çocuklarda görülmesine rağmen erişkinlerde de görülebilir (1-6). Keza

yenidoğanlarda perioral dokuları, burunu, göz kapakları ve anal bölgeyi tutan ölümle sonuçlanan vakalar bildirilmiştir (6).

Avitaminosis ve beslenme bozukluğunun imün sistemi baskılaması, oral hijyen yetersizliği ve muhtemelen akut enfeksiyonu başlatan stimulusların kombinasyonlarının bu hastalıkta önemli rol oynadığı bildirilmiştir (1,2,4).

Çalışmamızda nötropenik 4 yaşında bir kız çocuğundaki nomamın oral bulguları değerlendirildi.

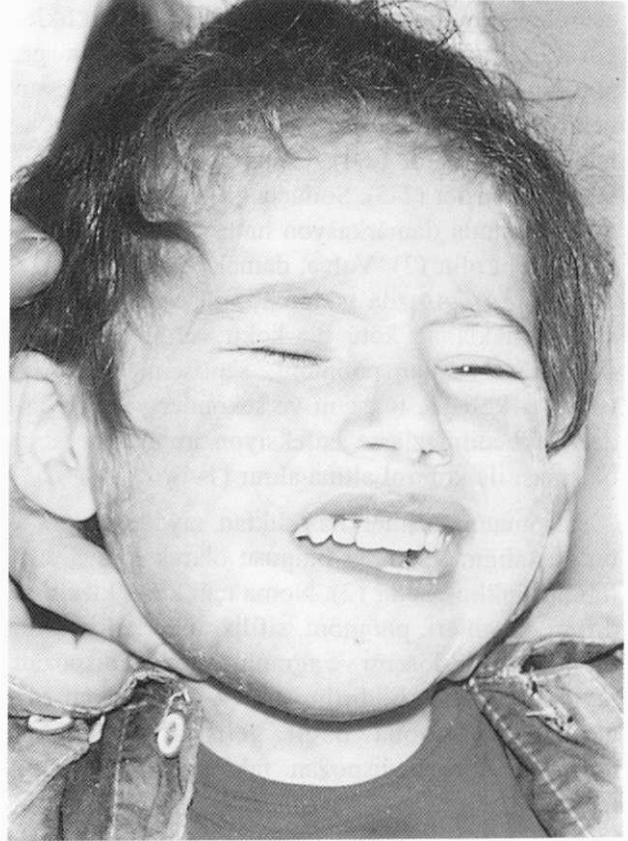
Vaka Takdimi

Hastamız Y.Y. Şenkaya doğumlu olup 4 yaşında kız çocuğu idi. Ailesinin ifadesine göre; vakamız tam bilinmemesine rağmen yaklaşık 1,5-2 ay önce dereceyle ölçülmeyen ateş ile birlikte muhtemelen gribal bir enfeksiyon geçirdiği bu dönemde ilaç kullanmadığı, 10 gün önce yüzünün sağ tarafında ileri derecede şişliğin olduğu, çevrede kabakulak salgını olduğu için önemsenmediği öğrenildi. Daha sonra bu şişliğin giderek sağ alt çene bölgesinde belirginleştiği, çenesini açamadığı, ağır ağız kokusunun olduğu yemek yiyemeyecek, konuşamayacak duruma geldiği ifade edildi. Mevcut şikayetlerle Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Pediatri kliniğine müracaat edildiği tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldığı belirlendi. Öz ve soy geçmişinin özellik arzemediği, oral bulguları dışında fizik muayenesinin normal olduğu, yapılan tetkiklerinde Hb: 11.8gr/dl, beyaz küre: 2700 mm³, periferik smear: %24 PMN, %2 monosit, %74 lenfosit olduğu, İg G düşüklüğü ve İg M yüksekliği dışında herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. Tedavi amacıyla hastaya 200.000 Ü/kg/gün dozda intravenöz kristalize penisilin başlanıldığı öğrenildi. Yapılan ilk ağız kültüründe *Fusobacterium nucleatum*, *Providencia stuarti*, ikinci kültürde *Bacteriodes intermedius*, *Enterobacter aerogenes* üretildi.

Oral bulguları nedeniyle kliniğimize konsültasyon için gönderilen hasta son derece halsiz ve bitkin bir görünümde idi. Ağzında ağır bir koku, yüzünün sağ tarafında şişlik mevcuttu (Resim 1). Oral muayenesinde sağ alt çeneden sol çenede lateral kesici dişe kadar uzanan ve pseudomembranla kaplı nekroze, ülserli lezyon tespit edilirken diğer bölgelerde diş ve diş çevreleyen dokularda herhan-

gi bir patolojiye rastlanılmadı. Lezyonun olduğu bölgede hiç bir süt dişi yoktu. Dokunmaya karşı hassas olan yanak ve ağız mukozası hastada şiddetli ağrılara sebep oluyordu (Resim 2). Hastaya fazla ızdırıp vermemek için azami dikkat gösterildi.

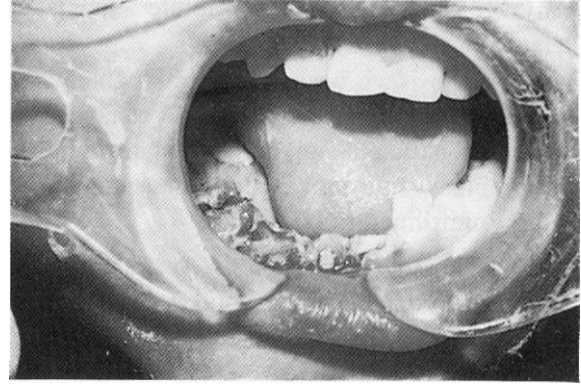
Bu klinik ve laboratuvar bulgularla noma teşhisi konan hastanın ANUG bulguları da olması nedeniyle kliniğimizde ağız hidrojen peroksit solüsyonu ile yıkayıp aspire edildi. Bu işleme belirli aralıklarla iki gün devam edildi. Rutin kullanım için CHX %0.1'lik ağız gargarası verildi. İlave olarak bol su içmesi, süt, yumurta sarısı gibi gıdaları içeren yumuşak diyet alması önerildi. Oral bulguları 7 günde düzelmeye başladı. Hastanın beyaz küresi 4200/ mm³'e yükseldi. Periferik smearda hücrelerin %46'sını PMN hücreler oluşturuyordu. Hasta ağız bakım önerileri ile eksterne edildi. 15 gün sonraki kontrolde hematolojik bulguları normal idi. Ağızda pseudomembranöz lezyon düzelmeye başlamış hastanın ağrıları azalmıştı (Resim 3). Hasta daha sonraki kontrol ziyaretlerine gelmedi.



Resim 1. Dıştan görünüm



Resim 2. Ağız içi görünüm



Resim 3. 15 gün sonraki oral bulgular

Tartışma

Uohara ve Knapp (7) Nekrotizan gingivostomatitisli (NG) vakaları üçe ayırmıştır: Nekrotizan ülseratif gingivitis (NUG), Nekrotizan ülseratif mukozitis, Noma. Noma cancrum oris olarak da bilinen gelişmemiş ülkelerde özellikle çocuklar için fatal olabilen bir orofasiyal gangrendir (8,9). Etkilenen bölgede ağrı ve ödem vardır. Ülseri çevreleyen mukozada ve deride derin değişiklikler görülür. Derinin akut iltihabik siyah veya gri pürülan sahaların formasyonunu hızlı ilerleyen nekroz takip eder. Subkutan ve bukkal yağ yastıkları nekroza uğrar (2,4). Gangrenöz saha hızlı bir şekilde genişler (2-5). Sonuçta ölü doku ile sağlıklı doku arasında damarkasyon hattı gelişir ve büyük kitle kaybı olur (2). Vulva, damak, dil nadir olarak etkilenir (4). Ağızda gangrenöz ülseratif dokulardan kaynaklanan kötü bir koku vardır (2-5). Bu dönemde hastalar pnömoni, septisemi, kardiyovasküler kollaps, toksemi ve sekonder yan etkilerden kaybedilmezlerse enfeksiyon immun cevabın oluşması ile kontrol altına alınır (1-4).

Nomanın primer hastalıktan ziyade sistemik bir hastalığın sekonder bulgusu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (2). Noma için kızıl, kızamık, difteri, dizanteri, pnömoni, sifiliz, tüberküloz, tifo, tifüs, kalaazar, lösemi ve agranülositoz predispozan faktörler olarak bildirilmiştir (2-4). Hastamızda gribal enfeksiyona bağlı geliştiği düşünülen nötropeni bir predispozan faktör olarak değerlendirildi.

Gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde 2-6 yaş grubu bireylerde NUG ve noma birlikte

görülebilir (10). Osuji (11) şiddetli seyreden NG ile orta derecedeki noma arasındaki bulguların ayrılmasının zor olacağını belirtmiştir. Fakat Dawson (12) yüzdeki deri nekrozunun noma için ayırıcı tanı olabileceğini vurgulamıştır. Noma, vakamızda olduğu gibi genellikle tipik bir ANUG ile başlayıp hızlı yayılım gösterip birkaç gün içerisinde doku nekrozuna kadar ilerleyebilir (1,2,11). Bu nedenle bu tip vakalarda müdahaleye ANUG'u tedavi ederek başlanılmalı ve nüks engellenmelidir. ANUG'un tekrarlanmasında iki husus önem arzeder. Birincisi önceki ANUG atağı sırasında bozulmuş ve hidrodinamik yapısı sağlanmamış gingival kontürün kötü ağız hijyeninden etkilenmesi ikincisi ise alta yatan sistemik bir hastalığın ve kalıcı immun defektin bulunmasıdır (1,9,13). Nüks görülen vakalar sistemik hastalık ve immun defektler yönünden araştırılmalıdır (1). Vakamızda tespit edilen Ig M yüksekliği ve Ig G'nin baskılanmış olması sekonder immun yetersizliğin sonucu olarak düşünüldü.

Araştırmalarda lezyonun belirli bölgelerden başladığı vurgulanmış, erişkinlerde yarı sürmüş 20 yaş dışı çevresi ile sabit kron ve köprü çevreleri çocuklarda ise süren süt dişleri çevresi başlama bölgesi olarak bildirilmiştir (2,4). Hastamızın süt dentisyon döneminde olduğu dikkate alınarak süt dişlerinin lokal etken olabileceği düşünüldü.

Noma da spesifik mikroorganizma bulunması şart olmamasına rağmen Vincent mikroorganizması tarafından spesifik bir enfeksiyon olarak orijin aldığı bildirilmektedir (2-5). Ayrıca tabloya sekonder olarak oral kavitenin streptokok, stafilokok, dif-

teri basili gibi yaygın mikroorganizmalarının yanısıra fusospiroketlerin ilave olduğu rapor edilmiştir (2,3,6,9). Keza vakamızda da *Fusobacterium nucleatum*, *Providance stuarti*, *Bacteriodes intermedins*, *Enterobacter aerogenes* tespit edildi.

Nomanın mortalite hızı antibiyotikler kullanılmadan önce %75-90 oranında idi Yoğun bakım ve antibiyotiklerden sonra bu oran %10'lara düşmüştür (4,6). Penisilin, sulfonamid ve diğer geniş spektrumlu antibiyotiklerin başarılı tedavi sonuçları rapor edilmiştir (1-6). İlâveten yoğun destekleyici bakımın gerekliliği vurgulanmıştır (3,5).

Sonuç olarak predispozan faktörlere sahip kişilerde ağız bakımına özen gösterilerek endotoksin oluşturan gram (-) mikroorganizmalar baskılanmalıdır. Nomanın erken teşhis ve tedavisi prognoz yönünden oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Tyldesley WR: Infection of the oral mucosa. Oral Medicin. 3rd ed, Oxford, Oxford University Press, 1989: 36
2. Shaffer WG, Hine MK, Levy BM : A Textbook of Oral Pathology. 3rd ed, Philadelphia, WB Saunders Co, 1983: 358
3. Mitchell DF, Standish SM, Fast TB: Recognition and of oral pathosis. Oral Diagnosis and Oral Medicine. 2nd ed, Philadelphia, WB Saunders Co, 1974: 322
4. Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA: Diagnosis of Diseases of the Mouth and Jaws. 2nd ed, Philadelphia, WB Saunders Co, 1978: 489
5. Borçbakan C, Erdem E: Stomatoloji. Ankara, A. Ü. Basımevi, 1992: 245
6. Hurtwitz S. Bacterial infection. Clinical Pediatric Dermatology. 2nd ed, Philadelphia, WB Saunders Co, 1993: 278
7. Uohara GI, Knapp MJ: Oral fusospirochetosis and associated lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 24: 113, 1967
8. Horning GM, Cohen ME: Necrotising ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis Clinical staging and predisposing factors. J Periodontol 66: 990, 1995
9. Carranza FA: Glickman's Clinical Periodontology. 7th ed, Philadelphia, WB Saunders Co, 1990: 657
10. Enwonwu CO: Epidemiological and biochemical studies of necrotizing ulcerative gingivitis and noma (cancrum oris) in Nigerian children. Arc Oral Biol 17: 1357, 1972
11. Osulji OG: Necrotizing ulcerative and cancrum oris (noma) in Ibadan, Nigeria. J Periodontol 61:769, 1990
12. Dawson J: Cancrum oris. Br Dent J 79: 151, 1945
13. Lindhe C: Necrotizing gingivitis. Textbook of Clinical Periodontology. 3rd ed, Philadelphia, WB Saunders Co, 1983: 202