

Hemofili Hastalarında Ağız-Diş Sağlığı

DENTAL CARE OF PATIENTS WITH HEMOPHILIA

Gülsüm AK*, Meral ÜNÜR**, Bülent ZÜLFİKAR***

* Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları BD,

** Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları BD,

*** Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İSTANBUL

Özet

Oral dokular, pıhtılaşma sisteminde bozukluk olan hastaların operasyon sonrası kanama riskini arttıran birçok fizyolojik faktör taşıyır. Hemofili hastaları yaşamları boyunca birçok kanama riskiyle karşılaşabilirler. Oral dokulardan kaynaklanan kanamaların sıklığı yaklaşık %9'dur. Bu nedenle hemofili hastalarının ağız-diş sağlığına gereken önem verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemofili, Ağız hijyeni, Diş çürüğü

T Klin Tıp Bilimleri 1998, 18:141-144

Summary

The oral tissues present several physiologic concerns that increase the risk of postoperative bleeding in patients who have defects of the coagulation system. Hemophilic patients are under the risk of bleeding throughout their lives. The incidence of bleeding originating from oral tissues is 9%. Therefore these patients must keep up superior oral hygiene conditions.

Key Words: Hemophilia, Oral hygiene, Dental caries

T Klin J Med Sci 1998, 18:141-144

Hemofili hastalığı çok önceden bilinmesine rağmen ilk olarak sorunlar Endülüslü bilgin Ebu-l Kasım Zehravi (932-1132) tarafından literatüre geçirilmiştir. Güncel anlamda ise hastalık 1803 yılında Otto tarafından tanımlanmış ve hastalığın ailedeki geçiş şekli 1820 yılında Nasse tarafından yapılmıştır. 1839 yılında Schönlein tarafından hemofili terimi kullanılan hastalığın kalıtsal X-genine bağlı resesif geçiş gösteren bir hastalık olduğu bildirilmiştir (1-3,9).

Hemofilinin normal nüfusta görülme sıklığı 1/7.000-10.000 arasında değişmektedir. Hemofili A, faktör VIII; hemofili B, faktör IX'un yokluğuna, eksikliğine veya fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak gelişir. Kalıtsal kan pıhtılaşma bozuklukları içinde hemofili A %68-80 gibi oranla önemli bir

yer alır (1,7). Tüm hemofili olgularının %82'si kalıtsal iken kalan %20'ye yakın kısmı ise yeni mutasyonlara bağlı olarak gelişir (8).

Hemofili A'da belirgin klinik bulgu kanamadır ve hastalardaki ciddiyeti, faktör VIII'in kan seviyesine göre değişmek üzere, travmaya bağlı olarak gelişen kanamalardan, spontan olarak oluşan hemartroza kadar farklılık gösterir (1,2,7,9,10).

Gerek hemofili A; gerekse B klinik belirtilerin ağırlığına ve buna paralel giden plazma faktör düzeylerine göre ağır, orta ve hafif olmak üzere üç grupta toplanır:

1. Ağır hemofili: Pıhtılaşma faktör aktivitesi %1'in altındadır. Spontan kanamalar hayatın ilk aylarında başlar. Eklem ve kas içi kanamaları ve buna bağlı sakatlıklar oluşabilir.

2. Orta derecede hemofili: Pıhtılaşma faktör aktivitesi %1-5 arasındadır. Spontan kanamalar ve hemartrozlar görülebilir.

3. Hafif hemofili: Pıhtılaşma faktör aktivitesi %6-25 arasında değişir. Hastalar genellikle normal ve aktif bir yaşam sürer. Aşırı kanama eğilimi an-

Geliş Tarihi: 13.11.1996

Yazışma Adresi: Dr.Gülsüm AK

İstanbul Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları BD,

34390 Çapa, İSTANBUL

çak diş çekimleri ve küçük cerrahi girişimler sırasında ortaya çıkar (1,3,6,11).

Hemofilide pıhtılaşma zamanı çok uzamıştır. Bu nedenle en küçük travmalarda bile uzun süren kanamalar olur. Bunlarda göbek kordonunun kesilmesi, sünnet, diş sürmeleri, diş çekimleri, hatta dişlerin fırçalanması sırasında anormal uzun süren kanamalar olur. Hastalar bu nedenle ağız bakımını ihmal ederler, sonuç olarak geniş çürük kaviteleri oluşur. Spontan ve provoke kanamalar sebebiyle dişlerin etrafında pıhtı oluşur. Bu ise ağız ortamında fena kokuya sebep olur (1,5,7).

Hemofilik hastalar bütün hayatları boyunca değişik organ ve dokularda gelişen birçok kanama olayına maruz kalır. 1982 yılında yapılan bir çalışmada faktör VIII eksikliği olan hastalarda %29.1 oranında kanama sıklığı tespit edilmiştir. Araştırmalar bunun %9'unun oral yapılardan kaynaklandığını bildirmişlerdir (12).

Ağız içindeki kanamalarda lokalizasyon, bölgeyi şöyle dağılmıştır: Labial frenulum %60, dil %23, bukkal mukoza %17, gingiva ve sert damakta %0.5. Kanamalar en sıklıkla ağır hemofiliklerde, daha az olarak orta hemofiliklerde, çok az olarak da hafif hemofiliklerde meydana gelir (5,12). Kanada ve arkadaşlarının 1981 yılında yaptığı diğer bir araştırmada, faktör VIII ve faktör IX eksikliği olan hastalarda oral kanamaların sıklığı lokalizasyon bölgelerine göre; gingivada %64, pulpada %13, dilde %7.5, dudakta %7, damakta %2, bukkal mukozada %1 oranında tespit edilmiştir (13).

Ağızdaki dokular ve mukoza, pıhtılaşma sistemi bozukluğu olan hastaların operasyon sonrası kanama riskini artıracak biçimde birçok fizyolojik faktör taşır. Bunlardan biri ağız dokularının damarlanmasının deridekinden çok daha fazla olması, bir diğer faktör de fizyolojik olarak önemli fibrinolitik aktivite göstermesidir (3,4).

Hemofilik hastalarda, çoğu diş tedavileri mutlaka hastane ortamında ve hastanın doktoru ve konu ile ilgili uzmanların yakın işbirliği halinde gerçekleştirilmelidir.

Bu hastalarda ağrı durumunda trombosit fonksiyonlarını bozarak kanama yapabileceğinden ya da mevcut kanamayı arttırabileceğinden aspirin ve diğer non-steroid antienflamatuar ilaçlar kesin-

likle kontrendikedir. En uygun analjezik ağızdan veya rektal yolla kullanılan parasetamol türü ilaçlardır (4,11,14,15).

Hematom tehlikesi nedeniyle analjezik veya diğer ilaçların kas içi enjeksiyonlarından kesinlikle kaçınılmalıdır. Hemofilik hastaların yaşamları boyunca sağlam venalara ihtiyacı olduğundan faktör VIII transfüzyonları ve damar içi (IV) tedaviler sırasında venalar hassasiyetle korunmalıdır (14,18).

Hemofilik hastalarda zaten mevcut olan anksiyete, diş tedavileri nedeniyle daha da artmış olabilir. Anksiyete artışı fibrinolitik aktiviteyi etkileyebilir. Bu gerçekten hareket edilerek, hemofilik hastalara diş tedavileri sırasında daha nazik davranılmalı ve sıkıntı hissettirilmemelidir. Ayrıca hastaya antihistaminikler veya diazem ile premedikasyon yapılması faydalı olabilmektedir (10,14,18).

Genel anestezi veya lokal anestezinin uygulanması ancak operasyon öncesi yeterli miktarda faktör VIII veya IX tedavisinin yapılmasına bağlıdır. Eğer bu uygulama yapılmadan genel anestezi uygulanırsa, uygulama sırasında endotrakeal tüp trakea'yı tahriş ederek ciddi kanamalara sebep olabilir. Aynı şekilde lokal anestezi sırasında da iğnenin mukozayı ya da kılcak damarları zedelemesi sonucu kanamalar meydana gelebilir. Özellikle mandibuler anestezi, enjeksiyon bölgesinin zengin damar ağna sahip olması ve sızan kanın glottisi etkilemesi riski nedeniyle çok tehlikelidir (3,14,18).

Lokal anestezi için infiltratif, intraligamentar ve intrapulpal enjeksiyonlar önerilir (4). Bazı hastalar anestezisiz tedavi edilmelidir. Vazokonstriksiyonlu lokal anestetikler (ör: epinefrinli) mümkünse kullanılmamalıdır. Lokal anestezi çok yavaş yapılmalı ve enjeksiyon bölgesine 3-4. dakika basınç uygulanmalıdır. Eğer bir hematoma meydana gelirse buz uygulaması yapılmalıdır (5,7,16,17).

Hemofilik hastalar diş fırçalarken meydana gelen kanama nedeniyle ağız bakımlarını ihmal ederler. Bu nedenle bu hastalarda diş çürüklerinde artış vardır. Ayrıca tedavi edilmemiş diş çürüğü sayısında da artış vardır. Yine bu hastalarda daha ciddi dişeti hastalıkları görülmektedir. Hemofilik hastalarda diş ve dişeti hastalıklarının fazlalığı tam bir

ağız hijyeni ve uygun diş bakımı noksanlığı nedeniyle oluşmaktadır (3,5).

Dişeti sağlığı hemofilik hastalar için 2 sebepten dolayı önemlidir:

1. Hiperemik dişeti spontan olarak kanamaya müsaittir.
2. Periodontitis ve dişlerin sallanması, diş çekimlerine neden olan ana etkidir.

Diştaşı temizliği (el aletleri veya kavitrone ile) yapılırken dikkatli olunmalıdır. Gerekirse faktör VIII replasmanı ile yapılmalıdır (1,5,14,15).

Hemofilik hastalarda lokal anestezi riski ve yumuşak doku zedelenme riski gözönünde tutulmak kaydıyla konservatif diş tedavileri yapılabilir. Bu tedaviler sırasında rubber dam kullanılması ve matris uygulanırken dikkatli olunması yumuşak doku yaralanmalarını en aza indirir. Protez yapımında da bunlara dikkat edilmelidir (5,14,18).

Ortodontik tedaviler de ağız mukozasına basınç gelmeyecek ve mukozayı zedelemeyecek şekilde olmak üzere uygulanabilir (5,10,14,18).

Çocuk hastalarda süt dişlerinin kendi kendine dökülmesi sırasında sızıntı şeklinde kanamalar görülebilir. Çocuklara ağız bakımı uygulamaları en iyi şekilde öğretilmeli ve dişlerinde çürüğün oluşumunu engelleyici çalışmalar yapılmalıdır. Bu tedaviler erken dönemde başlanan topikal flor uygulaması ve fissür örtücülerin uygulanmasıdır (5,7,10,14).

Taze dondurulmuş plazma (TDP), kriyopresipitat ve faktör konsantreleri diş çekimleri sırasında kullanılabilen ve faktör seviyesini istenilen şekilde yükseltilebilen maddelerdir. Bunlardan kriyopresipitat ve konsantreler şırınga ile IV olarak verilebilir. TDP ise IV infüzyon suretiyle verilebilir (5,10,11,15,17).

Diş çekiminde faktör VIII seviyesinin %50-75 arasında olması arzu edilir. Faktör VIII sadece 8-14 saat etkili olduğundan büyük operasyonlarda günde 2 defa verilmeli, ihtiyaca göre 1,3 veya 7 gün süreyle kullanılmalıdır. Antifibrinolitiklerin kullanımı ile faktör VIII ihtiyacı önemli ölçüde azaltılabilir. Epsilon aminocaproic acid veya traneksamic acid bu amaçla kullanılmaktadır (4,5,10,14,18).

Bunlardan traneksamik asit ilk günden itibaren 3 veya 7 gün süreyle 25 mg/kg dozda, günde 4 kez oral olarak kullanılır (3,10).

Hemofili hastalarında diş çekimi travmasız yapılmalı ve dişeti çekimden önce sağlıklı olmalıdır. Bu nedenle dişetinde lokal enfeksiyonlar varsa, çekimden önce bunların tedavisi gereklidir. Ayrıca bakteri plakları temizlenmeli ve klorheksidin gibi antiseptik gargaralar ile ağız temizliği düzenli olarak hergün yapılmalıdır. Diş çekiminden sonra yara uçları arasına dikiş konması genellikle tavsiye edilmez. Çünkü, iğnenin battığı yerde de kanama olur. Dikiş konma mecburiyeti olursa bunun lokal iltihaba neden olmaması için, operasyondan itibaren 4. günde alınması gerekir (7,10,15,19). Son yıllarda fibrin yumaklar (faktör emdirilmiş) diş çekim boşluğuna konularak kanamanın önlenmesi ve yaranın erken kapanmasını sağlamak için başarıyla kullanılmaktadır (1,10).

Sonuç olarak hemofilik hastaların ağız ve diş problemlerinin giderilmesi ve önlenmesinde en önemli faktör, hastanın ve ailesinin bu konuda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesidir. İlk aylardan itibaren ağız temizliği koruyucu flor verilmesi, yumuşak fırçalarla dişlerin fırçalanması sağlanmalıdır. Gelişen sorunlar erken dönemde faktör veya antifibrinolitik ilaç desteği ile diş hekimlerinin gözetiminde gerekli girişimlerde bulunularak çözümlenmelidir. Nitekim gerek hastalar, gerekse aileleri bilinçli olduğu takdirde diş sorunları daha kolay, problemsiz ve faktör konsantresi alımına gerek olmadan daha ucuz olarak çözülebilir.

KAYNAKLAR

1. Hoyer LW. Hemophilia A. N Engl J Med 1994; 330:38-47.
2. Berk Ö. Kan Hastalıkları. 1.baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1989.
3. Bloom AL. Inherited Disorders of Blood Coagulations. In: Bloom AL, Thomas DP, eds. Haemostasis and Thrombosis. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987:393-436.
4. Johnson WT, Leary JM. Management of dental patients with bleeding disorders: review and update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 66:297-303.
5. Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. Burket's Oral Medicine, Diagnosis and Treatment. 9th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1994:554.
6. Abaoğlu C, Aleksanyan V. Semptomdan teşhise. 7.baskı. İstanbul: Nebioğlu Matbaası, 1974.
7. Kelley L. Raising Child with Hemophilia. A Practical guide for parents. In: Weinstein, SJ, ed. New York: Ass, 1993.

8. Gitsehier J. The molecular genetics of hemophilia. In: Zimmerman TS, Ruggeri ZM, Marcel Dekker, eds. Coagulation and Bleeding Disorders. New York, 1989:23-46.
9. GedikoĐlu G, Zlfikar B, DevecioĐlu , Ovalı F, Ayan I. An approach to hemophilia A, Presenting with intracranial hemorrhage. Med Bull İstanbul, 1991; 24:169-76.
10. Nilsson IM. The coise of treatment. In: Nilsson IM, ed. Hemophilia. Sweeden: Pharmacia Prod, 1994.
11. Lusher JM. Consideration for current and future management of hemophilia and its complications. Haemophilia 1995; 1:2-10.
12. Sonis AL, Musselman RJ. Oral bleeding in classic hemophilia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1982; 53:363.
13. Kaneda T, Shikimori I, Watanabe F, et al. The importance of local hemostatic procedures in dental extractions and oral mucosal bleeding of hemophiliac patients. Int J Oral Surg 1981; 10:266.
14. Scully C, Cawson RA. Medical problems in dentistry. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd, 1993:92-8.
15. Seremetis SV. Modern treatment of haemophilia: choice of products for the treatment of haemophilia A and B. Haemophilia 1995; 1(suppl 1):21-5.
16. Geffner I, Porteous JR. Haemorrhage and pain control in conservative dentistry for haemophiliacs. Br Dent J 1981; 151:256.
17. Zlfikar B, AkkuŐ A. Çocuklarda Hemofili Hastalığı. İstanbul: Emin Matbaacılık, 1995.
18. Cawson RA. Essentials of Dental Surgery and Pathology. 5th ed. Hong Kong: Churchill Livingstone, 1991.
19. Vinckier F, Vermeylen J. Dental extractions in hemofilia: Reflections on 10 years experience. Oral Surg 1985; 59:6-9.