

PRETERM EYLEMLE SONUÇLANAN ODONTOJEN KAYNAKLI ENFEKSİYON

ODONTOGENIC INFECTION ENDED WITH PRETERM ACTIVITY

İsmail Doruk KOÇYİĞİT¹

Alper TAŞKALDIRAN²

Yunus Emre ALP²

Umut TEKİN³

Fethi ATIL⁴

Hakan Hıfzı TÜZ⁵

Nevin SAĞSÖZ⁶

ÖZET

Preterm eylem ve doğum, tıp ve teknolojiadaki gelişmelere rağmen çağdaş obstetrikte halen güncelliğini korumakta ve perinatal morbidite ve mortaliteye neden olan sorunların başında gelmektedir. WHO (World Health Organization) tanımlamasına göre preterm doğum 37. gebelik haftası öncesinde doğum olarak tanımlanmıştır. Preterm eylem ise 20-37 gebelik haftaları arasında 10 dakikada 2 ya da 30 dakikada 3-4 kontraksiyon ve en az 30 saniye süren uterin kontraksiyonları ile birlikte servikal efasman ve dilatasyon olmasıdır. Çağdaş obstetrik anlayışının gelişmesi ile diğer obstetrik komplikasyonların oranında azalma meydana geldiği halde preterm eylem tedavisi için bugüne kadar geliştirilen tedavi yöntemleri ile preterm doğum ile preterm erken membran rüptürü insidansı azaltılamamıştır. Birçok farklı etyolojinin rol aldığı preterm eylem ve buna bağlı erken doğum riskinde anteneatal enfeksiyonun rolü çok büyüktür. Preterm eylem etiolojisinde birden çok faktör rol oynar. Klinik faktörler, düşük sosyoekonomik statü, annenin yaşı, doğum öncesi düşük kilo, sigara kullanımı, ikinci trimesterde düşük hikayesi, rahim hacminde artış, rahim anomalileri, travma ve rahim içi ve dışı enfeksiyon olarak sıralanabilir. Bu vaka raporunda hamileliğin 33. haftasında mukoza rensiyonlu alt çene sağ üçüncü azı dişe bağlı submandibuler ve yanak apsesi ve buna bağlı gelişen preterm eylem ve erken doğum sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Preterm doğum, preterm eylem, anteneatal enfeksiyon, submandibuler apse, bukkal apse

SUMMARY

Although many improvements already exist of medicine and technology, preterm birth is still a current problem in modern obstetric. Preterm birth is an issue of perinatal morbidity and mortality. Before 37 weeks' birth is described as preterm birth by World Health Organization (WHO) including contractions of 2 times at 10 min. or 3-4 times at 30 min. which are continues at least 30 sec. between 20-37 weeks' also cervical dilatation and effacement is observed at preterm activity. Complications rate reduce due to development of the modern obstetric. Development of preterm birth treatment dose not reduce preterm birth incidence. However anteneatal infection is a main etiologic factor that cause preterm birth other etiologic factors can cause preterm birth. Preterm birth has a multifactorial etiology. The clinical factors are low socioeconomic statu, maternal age, low pregnancy weight, smoking, previous history of a second trimester abortion, uterine volume increased, uterine anomalies, trauma, iner/outer uterine infections. In this case report, 33 weeks' gestation pregnant woman who had a submandibular and buccal abscess due to pericoronal infection from a semi-impacted mandibular third molar.

Key Words: Preterm birth, preterm activity, anteneatal infection, submandibular abscess, buccal

Makale Gönderiliş Tarihi : 01.12.2010

Yayına Kabul Tarihi : 21.03.2011

¹ Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları Anabilim Dalı, Dr

² Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları Anabilim Dalı, Dt.

³ Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları Anabilim Dalı, Dr.

⁴ Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

⁵ Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları Anabilim Dalı, Prof. Dr.

⁶ Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prof. Dr.

GİRİŞ

Erken membran rüptürü (EMR), fetal zarların doğum başlamadan en az bir saat önce yırtılması ve amniyon sıvısının açığa çıkması olup böylece fetüs ile dış ortam arasındaki bariyer yıkılmış olur. EMR, 37. gebelik haftasından önce meydana gelirse bu duruma, preterm erken membran rüptürü (PEMR) denir¹⁰. WHO (World Health Organization) tanımlamasına göre preterm doğum ise tanımlanmış 37. gebelik haftası öncesinde meydana gelen eylemdir. Gebeliğin 20-37. haftaları arasında 10 dakikada 2 ya da 30 dakikada 3-4 kontraksiyon ve en az 30 saniye süren uterin kontraksiyonları ile birlikte servikal efasman ve dilatasyona preterm eylem adı verilmektedir¹. PEMR'nin sebepleri arasında genital bazı mikroorganizmaların kolonizasyonu, mekanik zararlar, sigara ve alkol kullanımı, vitamin eksikliği, yetersiz beslenme, hamilelik esnasındaki cinsel birleşme, gebelik döneminde kanama, plazminojen aktivasyonu ve düşük sosyo-ekonomik durum nedeni ile yetersiz klinik takip sayılabilir¹⁰.

Doğum öncesi meydana gelen enfeksiyonun erken doğum olayının başlıca nedeni olduğu düşünülmektedir. Erken doğumun sık rastlanan bir nedeni de anne ile bebek ara yüzeyindeki inflamasyondur. Amniyotik sıvının mikrobiyal invazyonunun lökositlerin bölgeye çekilmesini ve sitokin yapımını artırdığı düşünülmektedir; bu da nötrofilleri daha da aktive etmekte, servikal olgunlaşmayı ve açılmayı, fetal membranların açığa çıkmasını, zayıflamasını ve prostaglandin salınımını teşvik etmekte böylece uterusun kasılmasını uyarmaktadır. Uterusun artan kasılması doğum eylemini başlatmakta ve erken doğum meydana gelmektedir⁹.

Oral mikroflora zengin ve vücudun diğer bölgelerinden farklı bir yapıya sahiptir. Oral enfeksiyonların yayılımı genellikle anatomik bariyerler ya da kas ve kemik yapılar ile engellenmektedir. Buna rağmen üst çeneden ya da alt çeneden kaynaklanan enfeksiyonlar, pterigomandibular boşluktan lateral farengial boşluğa daha da ilerlerse retrofarengial boşluğa yayılıp kranyuma ve mediastunuma ulaşabilirler. Sonuç olarak oral enfeksiyon sonucu vena jugularis internada tromboflebit gelişimi buna bağlı olarak akciğer ve beyine kadar ulaşan enfeksiyonlar sonucu bu böl-

gelerde de apse gelişimi görülebilir. Ağız ciddi bir enfeksiyon kaynağıdır ve ağız içerisinde gelişen enfeksiyon bütün vücut sağlığını etkilemektedir¹².

Hamilelik esnasında da hamilelik gingiviti, hamilelik epulisi, periodontal sorunlu dişlerin mobilitesinde artma, diş yüzeylerinde ağız Ph'sının asidite yönünde artması nedeni ile diş yüzeylerinde erozyon görülmesine çok sık rastlanılır. Bu durum hassasiyet ve ağrıya neden olmaktadır. Ayrıca hamilelik gingivitinin hamilelik esnasındaki hormonal değişikliklerden kaynaklandığı ve hamilelikten sonra rahatsızlığın gerilediği bir diğer durumdur. Pyojenik granülomun bir tipi olan hamilelik epulisi de hamilelik esnasında sık görülen bir diğer periodontal doku reaksiyonu olup kesin olarak kanıtlanamasa da hamilelik epulisinin hamilelik esnasındaki yüksek kortikosteroid seviyesinden kaynaklandığı düşünülür. Dişlerde görülen mobilite artışı ise doğum olayına yardımcı olan relaksin hormonunun periodontal ligamentleri zayıflatmasından kaynaklanmaktadır.

Bu olgu bildiriminde hamileliğinin 33. haftasında olan hastada, perikoronar enfeksiyona bağlı gelişen submandibuler ve yanak apsesinin yol açtığı erken doğum eylemi aktarılacaktır. Ayrıca doğum öncesi ağız sağlığı açısından yapılması gerekenler ve bu konuda diş hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına düşen görevler sunulacaktır.

OLGU BİLDİRİMİ

Yirmialtı yaşında sistemik olarak sağlıklı bayan hasta yaygın abdominal ağrı ve yüzünün sağ tarafındaki şişlik şikayeti ile Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurdu. Hastadan alınan detaylı anamnezde, hastanın 2002, 2004 yıllarında iki defa abortus ile sonuçlanan gebelik dönemi geçirdiği ve ilk üç çocuğunu 2002, 2003, 2004 yıllarında term dönemde doğurduğu öğrenildi. Kliniğimize başvurduğunda ise hastanın 4. çocuğuna 33 haftalık hamile olduğu öğrenildi.

Diş apsesi ve preterm eylem ön tanısı ile acilen Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne yatırılan hastanın preterm eylem takibine başlanmış olup, bu arada diş apsesi nedeni ile Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene, Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniği'ne konsültasyon için gönderilen

hastadan alınan anamnezde, son 3 gündür alt çene sağ alt bölgesinde ve yanakta şişlik olduğu öğrenilmiştir. Yapılan klinik muayenesinde sağ alt üçüncü büyük azı dışından kaynaklanan submandibuler ve yanak apsesi tespit edildi (Resim 1). Hasta radyolojik muayene için ilgili birime yönlendirilmiş fakat yoğun uğraşıya rağmen hasta bebeğe ve kendine zarar vereceğini öne sürerek radyografi alınmasına izin vermemiştir. Preterm eylem takibi altında ekstraoral drenaj ve diş çekimi planlanan hastaya (Ampisilin + Sulbaktam 4 x 1 (1gr) IM) ampirik tedavi başlandı.

Antibiyotik ve analjezik baskısı altında iken kontraksiyonları başlayan ve geç deselerasyonları gelişen, açıklığı ise 4 cm'e ulaşan hasta acil olarak sezeryan için operasyona alındı.

Doğumdan yaklaşık 12 saat sonra hastanın ekstraoral apse drenajı ve diş çekimi için bilinçli sedasyon altında tekrar operasyona alınmasına karar verildi. Cerrahi prosedüre uygun olarak hasta hazırlandı. Hazırlıkları takiben ekstraoral olarak şişliğin en belirgin olduğu 2 farklı noktadan submandibuler loja ve yanak lojuna ulaşılarak drenaj sağlayabilmek için 1.5 cm uzunluğunda iki cilt insizyonunu takiben lojlara hemostatik pensler yardımıyla girilerek apsenin drenajı sağlandı. Drenajı takiben iki bölgeye de



Resim 1. Submandibuler ve yanak apsесinin ağız dışı görünümü

dren yerleştirdi. Dren iki köşesinden cilt üzerine 4.0 ipek suture ile tespit edildi. Drenin üzeri steril tamponla kapatıldı. Aynı seansta sağ alt çene 3. büyük azı dişin çekimi yapıldı, bölge kürete edildi. Bir hafta süre ile ilgili bölgeye yara pansumanı yapıldı. Ayrıca antibiyotik, analjezik, antienflamatuvar, antiseptik ağız gargarası reçete edildi. 48 saat dren takibinin ardından enfeksiyon akışını durması ile birlikte yerleştirilen drenler çekildi ve insizyon hattı sekonder olarak iyileşmeye bırakıldı. Operasyondan bir hafta sonra interinsizal ağız açıklığının normale döndüğü, ekstraoral ve intraoral şişliğinin ciddi bir şekilde azaldığı ve herhangi bir sekonder enfeksiyonun bulunmadığı görüldü. Sosyo-ekonomik nedenlerden dolayı hastanın takibi yapılamadı.

TARTIŞMA

Hamilelik dental tedavi açısından bir kontrendikasyon taşımasa da birinci trimesterde özellikle dental müdahaleden kaçınılması önerilmektedir. Çünkü fetüste fetal organ gelişimi ve annenin hızlı, ani hormonal değişimleri yapılacak birçok cerrahi girişim gibi ağız cerrahisi açısından da fetüs ve anne sağlığı için risk oluşturur. Ayrıca hamileliğin ilk dönemleri bulantı kusma, ağrılar yönünden de anneyi fazlası ile etkilemektedir. İkinci trimester rutin dental tedavilerin uygulanmasında en uygun dönemdir. Üçüncü trimesterin erken dönemleri de uygulanacak rutin dental tedaviler için güvenli bir dönem olmasına karşılık üçüncü trimesterin son dönemlerinde yine dental tedavi prosedürünün uygulanmasından kaçınılması tavsiye edilmektedir¹³. Aşırı stres, oturma pozisyonunun hamileler için çok elverişli olmaması ve yine hormonal değişimlerin hızlanması bu dönemi riskli hale getirir.

Gebeliğin 28. haftasından önce doğuran kadınların % 80'inde intrauterin enfeksiyona ilişkin kanıtlar bulunmaktadır; hamilelik eylemini rutin olarak tamamlayan kadınlarda ise bu oran % 10-15'tir⁹.

Yapılan çalışmalar da periodontal dokularda enfeksiyona sebep olan patojen mikroorganizmaların hematogen yolla plasenta ve fetüse ulaştığı düşünülmektedir¹¹. Literatürde, periodontal hastalık görülen annelerde erken doğum ve düşük kiloda gerçekleşen doğum arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır⁴. Altıyüz dokuz hamile kadın takip

edilerek yapılan bir çalışmada periodontal açıdan sağlıklı olanlar, periodontal açıdan problemlilerle karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda periodontal hastalıkları olanlarda erken doğum ve düşük ağırlıkta doğum görülme oranının periodontal açıdan sağlıklı kadınlara oranla üç kat daha fazla olduğu görülmüştür⁶.

Bin üç yüz on üç hastanın dahil edildiği prospektif bir çalışmada periodontal problemlilerle olan kadınlarda erken doğum oranının periodontal açıdan sağlıklı kadınlara oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada periodontal dokulardaki enfeksiyonun 37. haftadan önce erken doğum oranını 4.45 kat, 35. haftadan önce erken doğum görülme oranını 5.28 kat, 32. haftadan önce erken doğum görülme oranını ise yaklaşık 7 kat artırdığı bildirilmiştir⁷. Periodontal hastalıklar preterm eylem ve düşük doğum kilosu yönünden potansiyel risk faktörü olarak belirtilmiştir^{4,6}. Meydana gelen preterm doğum ve düşük doğum kilosu yönünden sebebi net olarak belirlenememiş vakaların % 50'sinde periodontal hastalıkların sorumlu olduğu düşünülmektedir^{6,13}. Bununla beraber oral kaynaklı enfeksiyonların da bu döngünün içinde yer aldığını kabul edebiliriz. Vakamızın son iki hamileliğinin de preterm eylemle sonlanması, literatür bilgilerinin ne kadar isabetli olduğunu göstermektedir.

Odontojenik enfeksiyon hamileliğin hangi evresinde olursa olsun tedavi edilmelidir. Çünkü odontojenik enfeksiyonun hızlı bir şekilde derin dokulara yayılma potansiyeli vardır. Gerekli durumlarda apse drenajı, diş çekimi, pulpa ekstirpasyonu enfeksiyonun kontrolü amacıyla yapılabilir. Akut dental ağrısı bulunan hastaların da tedavilerinin yapılması, tedavi yerine uzun süreli analjezik ve antibiyotik ilaç kullanımını tavsiye edilmemelidir³.

Hormonal sistemdeki değişiklikler diş eti dokusunun hamilelik döneminde daha kolay zarar gören yapıya sahip olması, bu dönemde hastalarda orta seviyede immünsüpresyon oluşması, hamile bayanların maksillofasial enfeksiyon gelişmesi açısından daha riskli bir konuma gelmelerine sebep olmaktadır. Hamile bayanlarda meydana gelen orta şiddetteki enfeksiyonlar antibiyotik baskısı altında, lokal anestezi uygulaması yapılarak tedavi edilmelidir. Böylece enfeksiyonun fasiyal boşluklara yayılması engellenmiş

olur. Fasiyal boşluklara yayılan şiddetli enfeksiyonlar ise ameliyathane ortamında, hava ve damar yolu açılarak tedavi edilmelidir. Operasyon sonrasında hasta oral yolla beslenemiyorsa paranteral yoldan beslenmelidir⁸. Kendi vakamızın kliniğe müracaatı enfeksiyon şiddetinin artması ile olmuştur. Vakit kaybetmeden muayenesi ve konsültasyonu tamamlanan hastanın ampirik tedavi başlanmış ve yataklı serviste takip altına alınmıştır. Apsenin drenajı ve diş çekimi bilinçli sedasyon altında yapılmış olup kısa süreli operasyon sonrası takibini ardından tüm enfeksiyon tablosunun bitmesi ile beraber taburcu edilmiştir.

B grubu streptokokların ve Chlamydia trachomatis, Gardnerella vaginalis ve Ureaplasma türlerinin intrauterin enfeksiyon açısından önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bununla beraber ağız florasının büyük kısmını oluşturan, stafilokok ve streptokoklarında intrauterin enfeksiyona yol açma riski de çok büyüktür². Erken doğum eylemi başladığında antibiyotik tedavisine gidilmesinin erken doğumun önüne geçemediği ve yeni doğanın akıbetinde değişikliğe neden olmadığı yapılan bir çalışmayla ortaya konmuştur⁵. Buradan çıkarılacak sonuç erken doğum eylemi başlamadan mevcut enfeksiyonu kontrol altına almak için antibiyotik tedavisi başlanması gerektiğidir. Enfeksiyonun kontrol altına alınması geciktiği takdirde mevcut enfeksiyon preterm eylem olayını tetikleyebilir. Vakamızda ilk başvuruda şiddetli karın ağrılarından önce yüzde şişlik oluşması da bizi bu sonuca yönlendirmiştir. Çünkü hasta dişine bağlı enfeksiyonu ciddiye almamış ve ilgili kliniklere çok geç başvurmuştur. Ekstraoral apselerin hızlı yayılım gösterdiğini de dikkate alırsak hasta ilk yüzünde şişlik hissettiğinde kliniğe başvurmuş ve gerekli müdahale yapılmış olsaydı, sonuç preterm eylemin önüne geçilebilirdi. Fakat hastanın yüzündeki şişliğin artması ve kliniğe başvurmak yerine durumun ciddileşmesini beklemesi ayrıca kısa sürede karın ağrılarının başlaması ve bununla beraber kontraksiyonlarının artması, durumu preterm doğuma çevirmiştir.

Hamilelik dönemindeki enfeksiyonlar vakit kaybı olmadan tedavi edilmelidir. Enfeksiyonun anne ve fetus arasındaki geçişi kadar enfeksiyonun daha derin dokulara yayılması trajik sonuçlar doğurabilir. Bu vakada da odontojenik enfeksiyon sonucu erken doğum meydana gelmiştir. Hasta kliniğimize çok geç

başvurmasına rağmen tedavisi geciktirilmeden yapılmıştır. Bu gibi olumsuz durumlardan anne ve bebeğin korunması için hamilelik öncesi dönemde ailelerin oral sağlık açısından eğitilmeleri ve bilinçlendirilmeleri en faydalı tedavi prosedürü olacaktır. Bu aşamada üç temel yol izlenmelidir bunlar; hamile bireyleri ve ailelerini ağız hijyeni yönünden bilgilendirmek, kendi ağız hijyenlerinin doğmamış çocukları üzerinde etkili olacağını anlatmak ve doğum öncesi alınacak basit önlemlerle ileride hem sağlıklı hem de ağız hijyeni açısından stabil bireyler yaratmak. Ayrıca bu koşulların sağlanması ile indirekt yolla ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır. Bununla birlikte Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinin gerek hamilelik isteyen bireyleri gerekse hamilelik başlangıcındaki bireyleri ağız sağlığı yönünden bilgilendirmesi ve mutlaka diş hekimlerine yönlendirerek genel ağız bakımının sağlanmasını ve koruyucu önlemlerin alınmasını talep etmeleri olası riskleri de en aza indirecektir.

KAYNAKLAR

1. Gelisen O. Erken Doğum. Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji CG. (e.d.)/Beksac MS, Demir N, Koc A. In: Obstetrik; Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara: Medikal Network, 2001: 1149-55.
2. Gibbs RS, Schrag S, Schuchat A. Perinatal infections due to group B streptococci. Obstet Gynecol 104: 1062-1076, 2004.
3. James AG, Susan ML, Daniel ML. Oral health care for pregnant patient. JCDA 1: 43-48, 2009.
4. Jessamyn RM, Ranjitha K, Valerie R. Oral health during pregnancy. J Women Health 10: 880-882, 2005.
5. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W. Broad Spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: The ORACLE 1 randomized trial. Oracle collaborative Group. Lancet 357: 991-996, 2001.
6. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. J Dent Res 81: 58-63, 2002.
7. Marjorie KJ, Nico CG, Michael SR, Suzanne PC, Robert LG, John CH. Periodontal infection and preterm birth result of a prospective study. J Am Assoc 132: 875-880, 2001.
8. Michael T, Shaid RA. Management of the pregnant oral and maxillofacial surgery patient. J Oral Maxillofacial Surg 60: 1479-1488, 2002.
9. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. Intrauterine infection and preterm delivery. N Engl J Med 342:1500-1507, 2000.
10. Owen J, Goldenberg RL, Davis RO, Kirk KA, Copper RL. Evaluation of a risk scoring, system as a predictor of preterm birth in an indigent population. Am J Obstet Gynecol 163:873-879, 1990.
11. Pralhad K, Gurpreet K, Meena AK, Betsy T. Periodontal infection women low birth weight neonates. Int J Gynaecol Obstet 101: 296-298, 2008.
12. Rautemaa R, Lauhio A, Cullinan MP, Seymour GJ. Oral infection and systemic disease and emerging problem in medicine. Clin Microbiol Infect 13: 1041-1047, 2005.
13. Sevi BC. The pregnant patient: Consideration for dental management and drug use Quintessence Int 171: 133-142, 2007.

Yazışma Adresi

Dr. İsmail Doruk Koçyiğit

Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş Çene Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale
e-posta: dorukkocyiigit@gmail.com