



Diş kökenli derin boyun apselerine yaklaşımımız

Our approach to deep neck abscesses of dental origin

Muhammed Furkan Sökmen, Alper Nabi Erkan, Serkan Yılmaz, Fulya Özer, Cüneyt Yılmaz, Haluk Yavuz, Cem Özer, Fatma Çaylaklı, Can Alper Çağıcı, İsmail Yılmaz

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada diş kökenli derin boyun apselerine yaklaşımımız gözden geçirildi.

Hastalar ve Yöntemler: Temmuz 2008 - Temmuz 2014 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne diş kökenli derin boyun apsesi nedeni ile başvuran ve yatırılarak tedavi edilen sekiz hastanın (3 erkek, 5 kadın; ort. yaş 40.5±12.1 yıl; dağılım 22-59 yıl) dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, muayene ve görüntüleme bulguları ve ameliyat notları değerlendirildi.

Bulgular: Hastalardan ikisinde parafarengeal bölgede, birinde submandibüler bölgede, birinde sublingual bölgede, ikisinde mastikatör bölgede, birinde hem submandibüler hem sublingual bölgede ve birinde de hem mastikatör hem de submandibüler bölgede apse geliştiği görüldü. Apselerin kökenleri bir hastada üst molar diş, diğerlerinde alt molar diş idi. Medikal tedaviye yanıt vermeyen abseler cerrahi olarak tedavi edildi.

Sonuç: Diş enfeksiyonları yeterli tedavi edilmedikleri takdirde yaşamı tehdit edici derin boyun enfeksiyonu ve apselerine dönüşebilmektedir. Erken aşamalarda medikal tedavi ve hastalıklı diş tedavisi yeterli olabilirken komplikasyon gelişmesi halinde medikal tedaviye ilaveten cerrahiye gereksinim duyulabilir.

Anahtar sözcükler: Derin boyun apsesi; derin boyun enfeksiyonu; diş kökenli.

ABSTRACT

Objectives: This study aims to review our approach to deep neck abscesses of dental origin.

Patients and Methods: We retrospectively analyzed files of eight patients (3 males, 5 females; mean age 40.5±12.1 years; range 22 to 59 years) who admitted to Başkent University Adana Teaching and Research Center Ear-Nose-Throat Clinic between July 2008 and July 2014 due to deep neck abscess of dental origin and were administered in-patient treatment. We evaluated patients' demographical features, examination and imaging findings, and surgery notes.

Results: Of the patients, we observed that abscess developed in parapharyngeal zone in two, submandibular zone in one, sublingual zone in one, masticatory zone in two, submandibular and sublingual zones in one, and masticatory and submandibular zones in one. Origins of abscesses were upper molar tooth in one patient and lower molar tooth in others. Abscesses which did not respond to medical treatment were treated surgically.

Conclusion: Infections of the teeth may transform into life threatening deep neck infections and abscesses if not treated adequately. While medical treatment and treatment of the tooth with disease may be sufficient at early stages, surgery in addition to medical treatment may be required if any complication develops.

Keywords: Deep neck abscess; deep neck infection; dental origin.

Derin boyun enfeksiyonu medikal tedaviye yanıt veren, fakat önemli bir komplikasyonu olan derin boyun apsesi geliştiğinde yaşamı tehdit eden ciddi bir enfeksiyondur. Derin boyun enfeksiyonlarının en sık neden-

lerinden biri odontojenik enfeksiyonlardır.^[1] Kötü ağız hijyeni, yeterli tedavi edilmemiş diş sorunları, steril olmayan şartlarda yapılan diş tedavileri odontojenik enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır. Enfeksiyonun

Geliş tarihi: 21 Temmuz 2015 *Kabul tarihi:* 09 Ekim 2015

İletişim adresi: Dr. Muhammed Furkan Sökmen, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, 01250 Yüreğir, Ankara, Türkiye.

Tel: 0322 - 458 68 68 e-posta: drmf27@gmail.com

36. Ulusal KBB-BBC Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (5-9 Kasım 2014, Antalya).

© 2015 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

erken evrelerinde belirtiler göz ardı edilebilmektedir.^[2,3] Hastalarda sıklıkla ağrı, ateş, trismus ve boyun hareketlerinde kısıtlılık gibi semptomlar görülebilmektedir. Bu çalışmada diş kökenli derin boyun apsesi gelişen hastalara yaklaşımımız değerlendirildi.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne Temmuz 2008 - Temmuz 2014 tarihleri arasında diş kökenli derin boyun apsesi nedeni ile başvuran ve yatırılarak tedavi edilen sekiz hastanın (3 erkek, 5 kadın; ort. yaş 40.5±12.1 yıl; dağılım 22-59 yıl) kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, öyküleri, semptomları, fizik muayene bulguları, çekilen radyolojik görüntüleri, uygulanan tedavileri, ameliyat notları ve kültür sonuçları kaydedilerek değerlendirildi.

BULGULAR

Hastalardan ikisinde parafarengeal bölgede, birinde submandibüler bölgede, birinde sublingual bölgede, ikisinde mastikatör bölgede, birinde hem submandibüler hem sublingual bölgede ve birinde de hem mastikatör hem de submandibüler bölgede apse geliştiği görüldü. Bu apselerin, hastaların birinde üst molar diş, diğerlerinde alt molar diş kaynaklı geliştiği gözlemlendi. Hastaların sadece üçünde diyabet, hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı gibi komorbid hastalık öyküsü vardı. Tüm hastalara medikal tedavi (intravenöz ampicilin/sulbaktam + metronidazol) başlandı. Başlangıçta ileri düzeyde apsesi olan, ayrıca medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalara apse boşaltılması amacıyla cerrahi tedavi uygulandı. Drenaj esnasında tüm olgulardan kültür alındı ve yapılan mikrobiyolojik

incelemeler ve antibiyogram sonrası, ampirik başlanan antibiyotik tedavisi, apseye neden olan etkenin duyarlı olduğu antibiyotik ile değiştirildi. İleri düzeyde apsesi olan iki hastaya solunum yolunu emniyete almak amaçlı trakeostomi açıldı. Hastaların özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Mastikatör ve submandibüler bölgede apsesi olan bir hastanın ameliyat öncesi görüntüsü Şekil 1'de, sublingual apsesi olan bir hastanın ağız içi görüntüsü Şekil 2, 3'de ve mastikatör bölgede apsesi olan bir hastanın BT görüntüsü Şekil 4a, b'de sunulmuştur. Hastaların takibinde tedaviye yanıtları klinik olarak (semptomlarda gerileme, laboratuvar değerlerinde düşme) değerlendirildi. Tekrar radyolojik incelemeye ihtiyaç duyulmadı. Genel durumu düzelen hastalar (ayrıca trakeotomi açılan hastalar da solunum yolunun rahatladığı görüldükten sonra trakeotomisi kapatılarak) oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi. Hastaların kontrollerinde herhangi bir sorun saptanmadı.

TARTIŞMA

Odontojenik enfeksiyonlar derin boyun enfeksiyonlarının temel nedenlerinden biri olarak bilinir.^[2,4,5] Odontojen kaynaklı enfeksiyonların nedeni genellikle mandibuladaki 2. ve 3. molar dişlerdir.^[6] Bu dişlerin apekslerinin mylohyoid kasının mandibulaya yapışma yerinin altına uzanıyor olması bu dişlerden kaynaklanan enfeksiyonların kolaylıkla submandibüler bölgeye ulaşmasına olanak sağlar. Daha sonra enfeksiyon yukarı doğru kafa tabanına aşağı doğru toraks boşluğuna ve mediastene ilerleyerek derin boyun enfeksiyonu ve apsesine yol açar.^[7] Bizim olgularımızda enfeksiyona neden olan dişler literatürle uyumlu olarak, yedi hastada alt



Şekil 1. Hem mastikatör hem de submandibüler bölgede apsesi olan bir hastanın ameliyat öncesi görüntüsü.



Şekil 2. Sublingual apsesi olan bir hastanın ağız içi görüntüsü. (Yıldız apse alanını, ok apseye neden olan çürük dişi göstermektedir).



Şekil 3. Sublingual apse bilgisayarlı tomografi görüntüsü. Ağız tabanı komşuluğunda dilin hemen altında yaklaşık 47x26x25 mm boyutlarında apse oluşumunu düşündüren düzensiz şekilli, periferel kontrast tutan hipodens lezyon.

molar, bir hastada üst molar dişler idi. Buna bağlı olarak da iki hastada sublingual, üç hastada submandibüler apse saptandı. Hastalarımızın hiçbirinde enfeksiyon nedeniyle toraks, mediasten, kafa tabanı gibi bölgelerde etkilenme olmadı. Alotaibi ve ark.nın^[8] çalışmalarında da odontojenik kaynaklı boyun apselerinin daha çok mandibüler (%29) kaynaklı olduğu, maksiller (%7) kökenli apselerin çok daha nadir saptandığı belirtilmiştir.

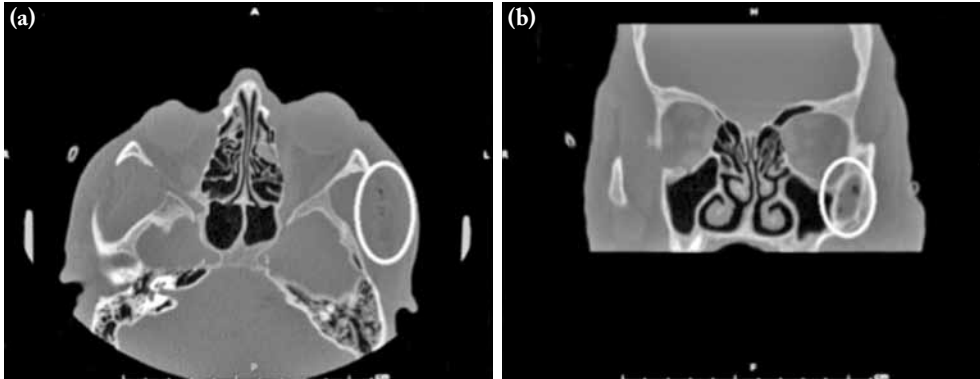
Odontojenik kaynaklı enfeksiyonlarda en sık etkenler stafilkoklar ve streptokoklardır. Bizim olgularımızın ikisinde koagülaz negatif stafilkoklar, ikisinde de

streptokok pyogenes ve d grubu streptokok etken olarak kültürde saptandı.

Diyabeti olanlar, böbrek yetmezliği olanlar, nakil hastaları, insan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonlu hastalar ve onkolojik tedavi alan hastalarda immün sistem zayıfladığı için enfeksiyonlara yatkınlık da artmaktadır.^[3-5] Özellikle diş sorunu olan hastalarda onkolojik tedaviye (radyoterapi/kemoterapi) başlamadan bu sorunların çözülmesi komplikasyon gelişimini önleyebilmektedir. Bizim diş kökenli boyun apseleri saptadığımız hastaların birinde diyabet, birinde hipertansiyon ve diyabet, birinde de kronik böbrek hastalığı gibi komorbid hastalıklar vardı. Bunların da hastalığın ilerlemesinde rolü olduğunu düşünmekteyiz.

Derin boyun enfeksiyonu ve apselerinin agresif tedavi edilmesi gerektiği birçok yazar tarafından vurgulanmıştır.^[2,4,9-11] Bu nedenle erken tanı konulması ve tedaviye erken başlanması, gelişebilecek komplikasyonların ve agresif tedavi gereksiniminin azalmasını sağlar. Derin boyun enfeksiyonu düşünülen hastalarda tanı koymak ve tedaviyi belirlemek amaçlı BT görüntülemesi yapılmalıdır. Birçok yazar hastalığın yaygınlığı ve drenaj gerekliliğini değerlendirmek için hastanın görüldüğü anda BT çekilmesi gerektiğini savunmaktadır. Freeman ve ark.^[12] hastanın klinik progresyonu, cerrahi gereksinimi ve ölümcül komplikasyonların önüne geçmek için 48-72 saat aralıklarla BT görüntülemesi yapılması gerektiğini vurgulamışlardır. Bizim olgularımızda da hasta görüldüğü anda BT istenerek cerrahi tedavi planlandı. Derin boyun apseleri gelişen hastalarda tedavi apsenin cerrahi drenajıdır. Bizim olgularımızda da (2 olguya daralmış hava yolunu garantiye almak amaçlı trakeostomi açılarak) cerrahi drenaj uygulandı. Hastalara cerrahi tedavi ile birlikte ya da önceden ikili antibiyotik tedavisi başlandı.

Literatürde baş ve boyun enfeksiyonlarından odontojenik kaynaklı tek boyun boşluğu ve çoklu boyun



Şekil 4. Mastikatoryör bölgede apse görüntüsü. Beyaz halkalar apse poşu. Solda orbitanın alt dış kesiminde retrobulber yağ dokusu içerisinde, içerisinde hava görünümleri izlenen ve infratemporal fossa ile ilişkili apseyi düşündüreren alan.

Tablo 1
Hastaların özellikleri

No	Yaş/cinsiyet	Şikayet	Ek hastalık	Kaynak diş	Apsenin yeri	Tedavi
1	59/K	Boyunda şişlik	HT, DM	Alt molar	Submandibüler	Eksternal drenaj
2	52/K	Yüzde şişlik, ağız açamama	–	Alt molar	Mastikatör	Eksternal drenaj
3	35/E	Boyunda şişlik	–	Alt molar	Sublingual ve submandibüler	İntraoral drenaj
4	39/K	Yüzde şişlik	KBH	Üst molar	Mastikatör	Eksternal drenaj
5	22/K	Yüzde şişlik	–	Alt molar	Parafarengeal	İntraoral drenaj
6	49/E	Boğaz ağrısı	DM	Alt molar	Parafarengeal	Eksternal drenaj
7	37/E	Ağız içinde şişlik	–	Alt molar	Sublingual	Eksternal drenaj
8	31/K	Boyun ve çenede şişlik	–	Alt molar	Mastikatör ve submandibüler	Eksternal drenaj

HT: Hipertansiyon; DM: Diyabetes mellitus; KBH: Kronik böbrek hastalığı.

boşluğu apseleri sırasıyla %38.8 ve %61.2 olarak bildirilmiştir.^[13,14] Her iki grupta da en sık etkilenen alan submandibüler boşluktur. Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak altı hastada (%75) tek boyun boşluğu etkilenirken iki hastada (%25) çoklu boyun boşluğu etkilenimi görüldü. Literatürle uyumlu olarak çoklu boyun boşluğu etkilenen hastalarda en sık submandibüler alan etkilenirken, literatürden farklı olarak tek boyun boşluğu etkilenen hastalarda parafarengeal ve mastikatör alan etkilenimi daha fazla görüldü.

Sonuç olarak, diş enfeksiyonları yeterli tedavi edilmedikleri takdirde yaşamı tehdit edici derin boyun enfeksiyonu ve apselerine dönüşebilmektedir. Başlangıçta medikal tedavi ve hastalıklı diş tedavisi yeterli iken komplikasyon gelişmesi halinde medikal tedaviye ilaveten cerrahi tedaviye gereksinim duyulmaktadır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Oliver ER. Deep Neck Space Infections. In: Cummings WC, Flint WP, Haughey HB, Lund JV, Niparko KJ, Richardson AM, et al. Otolaryngology head and neck surgery. 5th ed. M. Boyd Gillespie: Elsevier Mosby; 2010. p. 202-8.
2. Boscolo-Rizzo P, Stellan M, Muzzi E, Mantovani M, Fuson R, Lupato V, et al. Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. Eur Arch Otorhinolaryngol 2012;269:1241-9.
3. Marioni G, Staffieri A, Parisi S, Marchese-Ragona R, Zuccon A, Staffieri C, et al. Rational diagnostic and therapeutic management of deep neck infections: analysis of 233 consecutive cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 2010;119:181-7.
4. Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 2001;110:1051-4.
5. Bakir S, Tanriverdi MH, Gün R, Yorgancılar AE, Yıldırım M, Tekbaş G, et al. Deep neck space infections: a retrospective review of 173 cases. Am J Otolaryngol 2012;33:56-63.
6. Fliss DM, Tovi F, Zirkin HJ. Necrotizing soft-tissue infections of dental origin. J Oral Maxillofac Surg 1990;48:1104-8.
7. Reed JM, Anand VK. Odontogenic cervical necrotizing fasciitis with intrathoracic extension. Otolaryngol Head Neck Surg 1992;107:596-600.
8. Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, Bois E, Chirat M, Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2015 Sep 4. [Epub ahead of print]
9. Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Huang KJ. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. Am J Otolaryngol 2003;24:111-7.
10. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. Head Neck 2004;26:854-60.
11. Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Salvadori L, Staffieri A. Deep neck infection: a present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998-2001). Eur Arch Otorhinolaryngol 2003;260:576-9.

12. Freeman RK, Vallières E, Verrier ED, Karmy-Jones R, Wood DE. Descending necrotizing mediastinitis: An analysis of the effects of serial surgical debridement on patient mortality. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;119:260-7.
13. Rega AJ, Aziz SR, Ziccardi VB. Microbiology and antibiotic sensitivities of head and neck space infections of odontogenic origin. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1377-80.
14. Storo W, Haug RH, Lillich TT. The changing face of odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:739-48.