

Süt dişi çekimi sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar



Prof. Dr. Gülsüm Ak
İstanbul Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Ağız-Çene Cerrahisi AD.
gulsamak@yahoo.com

Prof. Dr. Gamze Aren
İstanbul Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Pedodonti AD.
gamzearen@hotmail.com

Dişhekimliğinde, diş çekimleri önemli bir yer tutmaktadır. Her dişhekimisi meslek hayatı boyunca, aşırı madde kaybı, periodontal hastalıklar ve bunun gibi nedenlerle çok sayıda dişin çekimini yapmaktadır. Diş çekimlerinin artmasıyla birlikte karşılaşılan komplikasyonların sayısında da artış görülmektedir. Çocuk hastalarda diş çekimi ise, hasta üzerinde yaratabileceği stres düşünülecek olursa, uygulama sırasında sıklıkla güçlük yaşanabilecek bir uygulamadır. Ancak bu uygulama sırasında dikkat edilmesi gereken bazı önemli ayrıntılar göz önüne alındığında, yaşanabilecek sorunların azaltılabileceği bilinen bir gerçektir. Burada özellikle çocuk hastaların diş çekimleri sırasında dikkate alınması gerekli birkaç küçük uygulama ayrıntısı ve çekim sırasında karşılaşılabilecek olası komplikasyon riskleri ve atılacak doğru adımlar bir kez daha vurgulanmak istenmektedir.

Çocukta diş çekimi sırasında dikkat edilecek noktalar:

Çocukta diş çekimi öncesinde topikal anestezi rutin olarak kullanılmalıdır.

Çocukta diş çekimi öncesinde topikal anestezi rutin olarak kullanılmalıdır.

20'lik benzocaine yağı içeren krem şeklindeki preparatlar hızlı ve derin mukozal anestezi sağladıkları için oldukça yararlıdır. Uygulama, enjeksiyondan önce pamuk pelet ya da tampon yardımıyla bir dakika süreyle yapılmalıdır.

Çocukta anestezi yapılırken, lokalizasyon yerine göre dikkat edilmesi gereken birtakım özellikler bulunmaktadır:

Üst çenede lokal anestezi yapılırken,

İndirekt palatinal analjezi sırasında, bukkal infiltrasyon enjeksiyonu yapılan diş yaklaşık iki dakika sonra mezyal ve distalinden interdental papillanın bukkal yüzünden bir sondla test edilir.

İnterpapiller anestezi için interdental papillaya 1-2 ml girilir. Enjektör okluzal düzleme paralel ve ark çizgisine dik tutulur. Lokal

anestezi solusyonunun depolandığı alanı (bolus) gösteren damak mukozasındaki beyazlama dikkate alınır. İndirekt anestezi sağlandıktan sonra direkt palatal infiltrasyonla ağrısız anestezi sağlanabilir. Standart teknik kullanılarak nazopalaten blok ağrısız bir şekilde gerçekleştirilir, nazopalatinal papillanın anestezi indirekt palatal yaklaşımla önceden sağlanır.

Alt çenede lokal anestezi yapılırken,

Çocukta mandibuler foramen ramusunun iç yüzünde yetişkindeki yerine kıyasla daha alta ve daha önde bulunmaktadır. Hastadan anestezi jelin mukoza yüzeyine daha iyi penetrasyonu için ağzını kapatması istenir. Daha sonra hastadan ağzını açabildiği kadar açması istenir. Baş parmakla dış oblik kenar palpe edilir ve mukoza pterygomandibuler raphe ile dış oblik kenar arasında gerilir.

Bu uygulama için küçük çocuklarda iki aşamalı bir teknik kullanılabilir. Enjeksiyon bölgesine önce submukozal bir infiltrasyon anestezi yapılır. 1-2 dakika sonra, önceden

anestezi uygulanmış dokulara enjeksiyon yapılarak alt dental blokta anestezi sağlanır. Ancak bu teknikte dikkat edilmesi gerekli bazı özel durumlar bulunmaktadır:

- Bu teknik süt azılarında kullanıldığında, gelişmekte olan sürekli dişlerde, uygulanan basınca bağlı olarak bazı hasarlar oluşabileceği bildirilmiştir.
- Teknik bakteriyemi riskli hastalarda, hipertansiyon hastalarında, kardiyak aritmili hastalarda, periodontal hastalığı olanlarda, akut periodontal inflamasyon varlığında kullanımı kontrendikedir.

Çekim sırasında karşılaşılabilen bazı komplikasyonlar ise şu şekilde sıralanabilir:

- Komşu dişte harabiyet; çekilecek dişe uygun davye seçilmediyse veya yanlış uygulandıysa ve elevatörün desteksiz kullanılması sonucunda komşu dişler zarar görebilir. (1, 2)
- Yanlış dişin çekilmesi; örneğin süt azısı çekimi sırasında, kıvrık kök yapısından ötürü alttaki sürekli diş germi çekilebilir. Kök ucu gelişmesi tamamlansın/tamamlanmasın yanlış çekim yapılan diş özellikle uygulama sırasında fark edildiğinde alveole doğru itilmeli veya replantasyon denenmelidir. Kök gelişimi tamamlanmamış dişlerde sürvi daha başarılı olacaktır. (1, 2)

• Dişin kırılması; en sık karşılaşılan durumlardan birisidir. Madde kaybı fazla olan dişlerle, uzun, eğri, açılı ve yoğun kemik içinde bulunan kökler kırılmaya müsaittir. (1, 2)

• Dişin veya kırık parçanın başka bir bölgeye kaçması. (3)

• Mukoza ve dişeti komplikasyonları; aletlerin tam yerleştirilememesi, çekim tekniğinin yanlış seçilmesi veya kullanılan aletlerin kayması sonucunda dişeti ve mukozalarda yaralanmalar görülebilir. (1, 2)

• Çenenin kırılması; genellikle 3. molar dişlerinin çekimi sırasında ve atrofik çenelerde gömük kanin çekimi sırasında görülür. (1, 4)

• Alveol kemiğin kırılması; kortikal kemiğin yoğun olduğu bölgelerde davyeyle diş çekimi sırasında kontrolsüz aşırı kuvvet uygulanmasıyla görülebilir. (1, 2, 5)

• Tüber maksillanın kırılması; genellikle posterior maksillada molar dişlerin çekimi sonrası görülür. (1)

• Nervus inferior mandibularisin zarar görmesi; özellikle 3. molar dişin çekiminde elevatörün kontrolsüz kullanılmasıyla ya da kontrolsüz küretaj yapılması sırasında zarar görebilir ve parestezi gelişebilir. (6, 7)

• Nervus lingualisin zarar görmesi; nervus lingualis, 2. ve 3. mandibular molar dişler böl-



gesinde yüzeysel mukozanın içinde kalması nedeniyle bu dişlerin çekimi sırasında zarar görebilir. (6)

- Nervus mentalisin zarar görmesi; premolar dişlerin çekilmesi sırasında ya da mandibular kanin dişinin bölgesinden flep kaldırılacağı zaman zarar görebilir. (1, 2)

- Lojlara diş/kök kaçması; alt 3. molar dişlerin arktaki yerleşiminin daha lingualde olması ve lingualdeki kemiğin çok ince olması nedeniyle özellikle 3. molar dişlerin çekimi sırasında diş ya da kökler lojlara kaçabilir. (8)

- Subkütanöz amfizem; özellikle tüber anestezi yapılırken kaslar arasındaki veya fasya boşluklarındaki bağ dokusu arasına hava girmesi sonucu görülür. (1, 2)

- Maksiler sinüs perforasyonu; posterior maksillada molar dişlerin çekimleri sonucunda görülür. (2, 4)

- Maksiler sinüse kök/diş kaçması; posterior maksillada molar dişlerin çekimleri sonucunda maksiler sinüse kök ya da diş kaçabilir. (1, 9)

- Temporomandibular ekleme ait komplikasyonlar; alt çene dişleri çekilirken eklem üzerine fazla yük gelmesi sonucunda kısmi ya da tam dislokasyon görülebilir. (1, 2, 3)

- Kanama; diş çekimi sırasında periosttaki ve kemik içindeki besleyici damarların zedelenmesi, granülasyon dokusunun bulunmaması ve arterlerin veya venlerin zarar görmesi sonucu karşılaşılabılır. (1, 2, 10, 11)

- Süt dişi çekimlerinde daimi dişe ya da folikülüne zarar verilmesi. (1, 2)

Çekimden sonra karşılaşılanlar:

- Kanama; hastanın pıhtılaşmayı engelleyen sistemik bir hastalığının olması, dilin çekim bölgesinde sürekli travma oluşturarak pıhtıyı bozması, ağız hijyeninin iyi olmaması sonucu enfeksiyon oluşması, yüksek kan basıncı ve hastanın kendisini fiziksel olarak zorlaması gibi nedenlerle çekim sonrası kanama görülebilir. (4, 8, 10)

- Ekimoz ve hematoma; postoperatif kanama sonucu kanın özellikle deri altına kaçması sonucu, çekim sonrası görülür. (1, 10, 11)

- Şişlik; cerrahi uygulamalar sonucunda komşu dokularda ödem görülür. (3, 8)

- Ağrı; çekim sırasında travmatik çalışılması, kavitede yabancı cisim bırakılması, kök kalması, sivri kemik kenarları bırakılması gibi nedenlerden dolayı ağrı görülebilir. (2, 8, 10)

- Parestezi, anestezi; sinirlerin zedelenmesi sonucu alt dudak ve dilde his kaybı ortaya çıkabilir. (1, 4)

- Alveolar osteitis; önceden enfekte olan dişlerin çekimi sonucu pıhtı oluşmaması, lokal anestetik solüsyon içindeki vazokonstriktör maddenin beslenmeyi azaltması, çekim sonrası socketin enfekte olması, kemiğin fazla kompakt olması gibi nedenlerden ötürü çekim sonrası görülebilir. (1, 13)

- Enfeksiyon; hastanın ağız hijyeninin iyi olmaması nedeniyle socket enfekte olabilir. (1, 2, 14)

Sonuç olarak, diş çekimi sırasında olası komplikasyonların ve bu komplikasyonlarla karşılaşıldığında yapılması gerekli olan işlemlerin bilinmesi, doğru uygulama yapılması açısından büyük önem taşımaktadır. ■

Kaynaklar:

1. Türker M, Yücetaş Ş. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. 3. Baskı. Özyurt Mat.2004.
2. Sailer HF, Pajarola GF. Color Atlas of dental medicine- oral surgery for the general dentist. Çeviri: Kişnişçi R, Tüz HH. Palme ya. Ankara 2004
3. Gbotolorun OM, Arotiba GT, Ladeinde AL. Assessment of factors associated with surgical difficulty in impacted mandibular third molar extraction. J Oral Maxillofac Surg. 2007 Oct;65(10):1977-83.
4. Sağlam AA, Tüzüm MS. Clinical and radiologic investigation of the incidence, complications, and suitable removal times for fully impacted teeth in the Turkish population. Quintessence Int. 2003 Jan;34(1):53-9.
5. Jansma J, Schoen PJ, Raghoobar GM, Vissink A. Dentoalveolar surgery for the dentist: removal of teeth and root tips. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2004 Apr;111(4):128-32.
6. Akadiri OA, Obiechina AE, Arotiba JT, Fasola AO. Relative impact of patient characteristics and radiographic variables on the difficulty of removing impacted mandibular third molars. J Contemp Dent Pract. 2008 May 1;9(4):51-8.
7. Jansma J, Schoen PJ, Raghoobar GM, Vissink A. Dentoalveolar surgery for the dentist: removal of third molar. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2004 Apr;111(4):133-40.
8. Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004 Jun;42(3):209-14.
9. Mehra P, Murad H. Maxillary sinus disease of odontogenic origin. Otolaryngol Clin North Am. 2004 Apr;37(2):347-64.
10. Carter G, Goss AN, Lloyd J, Tocchetti R. Current concepts of the management of dental extractions for patients taking warfarin. Aust Dent J. 2003 Jun;48(2):89-96; quiz 138.
11. Moghadam HG, Caminiti MF. Life-threatening hemorrhage after extraction of third molars: case report and management protocol. J Can Dent Assoc. 2002 Dec;68(11):670-4.
12. Al-Khateeb TH, Alnahr A. Pain experience after simple tooth extraction. J Oral Maxillofac Surg. 2008 May;66(5):911-7.
13. Oginni FO, Fatusi OA, Alagbe AO. A clinical evaluation of dry socket in a Nigerian teaching hospital. J Oral Maxillofac Surg. 2003 Aug;61(8):871-6.
14. Rajasuo A, Perkki K, Nyfors S, Jousimies-Somer H, Meurman JH. Bacteremia following surgical dental extraction with an emphasis on anaerobic strains. J Dent Res. 2004 Feb;83(2):170-4.