

Ekstraoral fistül: Bir olgu sunumu

Extraoral fistula: A case report

Yrd. Doç. Dr. Vasfiye Işık
Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Endodonti A.D., İstanbul

Doç. Dr. Handan Ersev
İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Endodonti A.D., İstanbul

Geliş tarihi: 19 Kasım 2017

Kabul tarihi: 11 Ocak 2018

doi: 10.5505/yeditepe.2018.19970

Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Vasfiye Işık
Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Endodonti Anabilim Dalı,
Tuzla Kampüsü, 34959 Akfırat-Tuzla/İstanbul
Tel:05368749950
E-posta: vasfiye86@hotmail.com

ÖZET

Odontojenik fistüller, pulpa nekrozuna bağlı olarak gelişen patolojik oluşumlardır. Fistülün intraoral veya ekstraoral bölgeye açılması dişin bulunduğu bölgeye, enflamasyon tarafından kortikal kemikte oluşan perforasyonun lokalizasyonuna bağlıdır. Özellikle ekstraoral fistüller deri lezyonları, tüberküloz, osteomyelit gibi birçok farklı oluşumla karıştırılmakta ve bunun sonucunda hastalara etkisiz tedaviler uygulanabilmektedir. Bu olgu sunumu, alt çene kesici dişlerden kaynak aldığı tespit edilen ve çene ucu bölgesinden drene olan 2 adet ekstraoral fistül vakasının kök kanal tedavisi uygulamasının ardından 1 senelik takiplerini içermektedir.

Anahtar kelimeler: Ekstraoral fistül, kök kanal tedavisi, kalsiyum hidroksit

SUMMARY

Odontogenic fistulas are pathological occurrences due to pulp necrosis. Intraoral or extraoral opening of the fistula depends on the localization of the perforation in the cortical bone by inflammation. In particular, extraoral fistulas are confused with many different types of skin lesions, such as tuberculosis and osteomyelitis, resulting in ineffective treatment of the disease. This case report includes 1 year follow-up after root canal treatment with 2 extraoral fistula cases, which were found to have been obtained from lower jaw incisor teeth and were drained from the jaw area.

Keywords: Extraoral fistulas, root canal treatment, calcium hydroxide

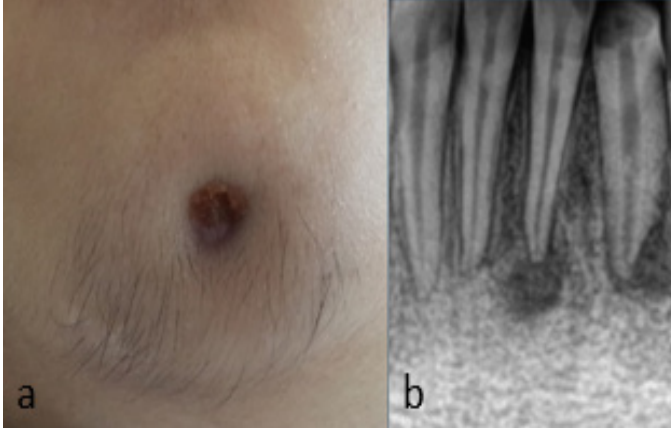
GİRİŞ

Odontojenik fistüller, pulpa nekrozuna bağlı olarak gelişen patolojik oluşumlardır. Fistülün intraoral veya ekstraoral bölgeye açılması dişin bulunduğu bölgeye, enflamasyon tarafından kortikal kemikte oluşan perforasyonun lokalizasyonuna bağlıdır.¹⁻⁴ Bakteriyel virülans, hastanın savunma mekanizması, fasiyal bölgedeki dokuların düşük direnci ve kas ataçmanları ile enfekte dişin ilişkisi de fistülün ilerleme miktarını ve yönünü etkilemektedir. Eğer dişlerin apikal kısımları maksiller kas bağlantılarının üstünde veya mandibuler kas bağlantılarının altındaysa enfeksiyon ekstraoral bölgeye doğru bir yayılma gösterebilmektedir.⁵⁻⁷ Ekstraoral fistüller, sıklıkla deri lezyonları, travmatik yaralanma, karsinom, osteomyelit, tüberküloz ve aktinomikoz gibi pek çok oluşumla karıştırılabilirler.⁸⁻¹² Teşhisin doğru konulamaması sebebiyle etkisiz ve yanlış tedavi seçeneklerinin uygulanabildiği bildirilmiştir.¹³ Ekstraoral fistüle sahip hastaların yarısının doğru teşhis konulmadan önce gereksiz cerrahi müdahalelere ve uzun dönem antibiyotik tedavilerine maruz kaldıkları belirlenmiştir.¹⁴

Bu vaka raporunda alt çene kesici dişlerinden kaynak alan 2 adet ekstraoral fistül oluşumunun tedavisi ve tedavi sonrası takibi anlatılmaktadır.

Vaka 1

Herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan 13 yaşındaki erkek hasta kliniğe çene ucunda bulunan fistül ağzı nedeniyle yönlendirilmiştir (Resim 1a).



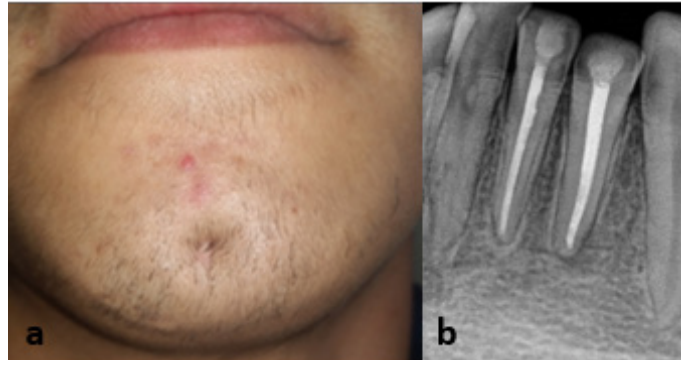
Resim 1a: Çene ucunda bulunan fistül ağzı **1b:** Periapikal teşhis radyografisinde 31 ve 32 numaralı dişlerde yaygın periapikal lezyon varlığı

Yapılan klinik muayenede 31 ve 32 numaralı dişlerde pulpayı içine almayan kuron kırığı tespit edilmiştir. İlgili dişler vitalometrik muayenede (-) sonuç vermiş olup palpasyon ve perküsyonda herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Radyografik muayenede 31 ve 32 numaralı dişlerde yaygın periapikal lezyon tespit edilmiştir (Resim 1b). Çene ucunda görülen ağız dışı fistülün dişlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Lokal anestezi ve rubber-dam uygulamasının ardından ilgili dişlerin kök kanalı şekillendirmesi K-tipi el aletleriyle step-back tekniğiyle tamamlanmıştır. Tedavi süresince yıkama solüsyonu olarak %2,5 NaOCl kullanılmıştır. İlk seansta kök kanal medikamenti olarak $\text{Ca}(\text{OH})_2$ uygulanmıştır. Hasta tedavinin ikinci seansına gelmemiş ve 8 ay sonra kliniğine tekrar başvurarak tedaviyi tamamlama talebinde bulunmuştur. Hastanın radyografik muayenesinde periapikal lezyonların büyük oranda iyileştiği (Resim 2a) ve ağız dışı fistülün kapandığı tespit edilmiştir (Resim 2b).



Resim 2a: 8 ay sonraki ikinci seansta alınan periapikal radyografide lezyonların büyük oranda iyileştiği **2b:** Ağız dışı fistülün kapandığı tespit edilmiştir **2c:** Kök kanal tedavisinin tamamlandığı seansta alınan periapikal radyografi

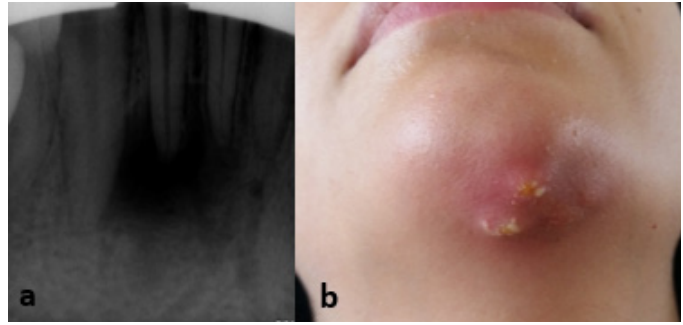
Kök kanal tedavisi AH Plus kanal patı kullanılarak lateral kondansasyon tekniği ile tamamlanmıştır (Resim 2c). Tedavilerin tamamlanmasının ardından 1 sene sonraki kontrolde herhangi bir semptomu rastlanmamıştır. Ağız dışı fistülün hafif bir iz bırakarak tamamen iyileştiği, ilgili dişlerdeki periapikal lezyonların küçüldüğü görülmüştür (Resim 3a, Resim 3b).



Resim 3a: 1 sene sonraki kontrolde ağız dışı fistülün iyileşme görüntüsü **3b:** İlgili dişlerdeki lezyonların periapikal radyografide iyileşme görüntüsü

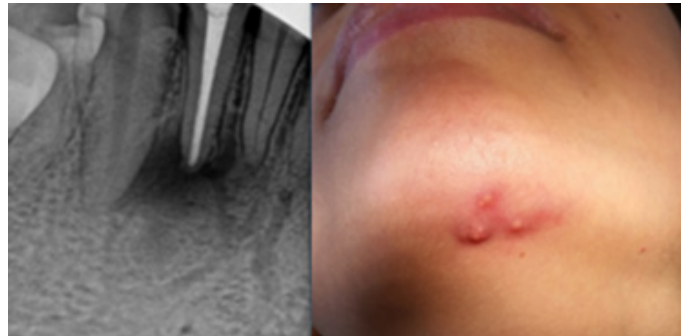
Vaka 2

Herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan 30 yaşındaki kadın hasta çene ucunda oluşan fistül nedeniyle yönlendirilmiştir. Yapılan klinik muayenede 42 numaralı dişte renklesme tespit edilmiştir. Palpasyon ve perküsyon testlerinde (+) yanıt alınmıştır. İlgili diş vitalometrik muayenede (-) sonuç vermiştir. Radyografik muayenede 42 numaralı dişte periapikal lezyon görülmüştür (Resim 4a).



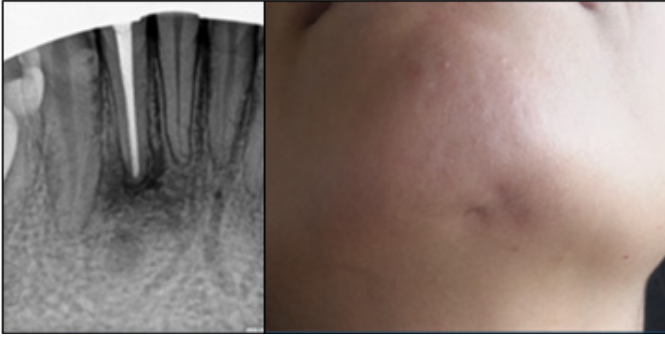
Resim 4a: Periapikal teşhis radyografisinde 42 numaralı dişte periapikal lezyon varlığı **4b:** Çene bölgesinde yaygın iltihap odakları

Çene bölgesinde yaygın iltihap odakları gözlemlenmiştir (Resim 4b). İlgili dişin kök kanalı şekillendirmesi K-tipi el aletleriyle step-back tekniğiyle tamamlanmıştır. Tedavi süresince yıkama solüsyonu olarak %2,5 NaOCl kullanılmıştır. 10 gün ara ile iki seans $\text{Ca}(\text{OH})_2$ uygulanmış ve kök kanal tedavisi AH Plus kanal patı kullanılarak lateral kondansasyon tekniği ile tamamlanmıştır (Resim 5).



Resim 5: 20 gün sonra kök kanal dolgusunun tamamlandığı seansta alınan periapikal radyografi ve ağız dışı fistülün görüntüsü

Tedavilerin tamamlanmasının ardından 1 sene sonraki kontrolde hastada herhangi bir semptomu rastlanılmamış olup, ağız dışı fistülün hafif iz bırakarak tamamen iyileştiği ve 42 no'lu dişteki periapikal lezyonun küçüldüğü tespit edilmiştir (Resim 6).



Resim 6: 1 sene sonraki kontrolde ilgili dişte periapikal lezyonun periapikal radyografide iyileşme görüntüsü ve ağız dışı fistülün iyileşme görüntüsü

TARTIŞMA

Yüz bölgesinde görülen lezyonların endodontik kökene sahip olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır.¹⁵ Gupta & Hasslegren¹⁶ endodontik tedavi görmesi gereken 393 diş üzerinde yapılan incelemede periapikal lezyon görülen dişlerin %20'sinde fistül oluşumunun izlendiğini tespit etmişlerdir. Fistüller genellikle intraoral bölgede görülmektedir. Ekstraoral olarak konumlanan fistüllerin %80'i mandibular dişlerden kaynak alınırken, bunların da yarısından fazlası keser dişlerden kaynaklanmaktadır Bundan dolayı genellikle alt çene ve çene ucunda konumlanırlarken, yanakta, burun çevresinde veya boyun bölgesinde de görülebilmektedirler.¹⁰ Ekstraoral fistül gibi bir deri lezyonu kronik bir abseden kaynak aldığından dolayı genellikle diş ağrısı gibi belirleyici bir semptom göstermez.^{14,17} Doğru teşhisin yapılabilmesi için klinik ve radyolojik muayenenin dikkatle yapılması gerekmektedir. Çürükler, yetersiz restorasyonlar, diş renklemeleri, periodontal durum incelenmelidir. Vitalometrik muayene mutlaka yapılmalıdır. Gerek görülmesi durumunda ağız dışı fistüle güta-perka veya lacrimal probe yerleştirilerek, ya da radyopak madde zerk edilerek kaynağın tespit edilmesi sağlanabilir.^{14,17-20} Diş kaynaklı ekstraoral fistülün tedavisi, sorunlu diş eğer restore edilebilecekse kök kanal tedavisidir. Eğer, periradiküler patolojinin ortadan kaldırılmasında kök kanal tedavisi başarılı olmazsa, diğer tedavi şekilleri düşünülmelidir (apikal küretaj, kök rezeksiyonu vb).²¹ Kök kanal tedavisini takiben 5 -14 gün sonra fistülün kendiliğinden kapanması beklenmektedir.^{13,18} Bu bölge genellikle zamanla azalacak şekilde hafif bir çukur ve hiperpigmentasyonla iyileşmektedir.²²

SONUÇ

Yüz ve boyun bölgesinde görülen deri lezyonlarının dişlerden kaynak alabileceği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Dikkatli bir klinik ve radyografik muayene sonrasında lezyonla ilişkili dişler tespit edilebilir. Böylece uygun tedavi gerçekleştirilerek gereksiz ilaç kullanımı ve cerrahi müdahalelerden kaçınılmış olur.

KAYNAKLAR

1. Nakamura Y, Hirayama K, Hossain M, Matsumoto K. A case of an odontogenic cutaneous sinus tract. *Int Endod J* 1999; 32: 328-331.
2. Cohenca N, Karni S, Rotstein I. Extraoral sinus tract misdiagnosed as an endodontic lesion. *J Endod* 2003; 29: 841-843.
3. Gupta R, Hasselgren G. Prevalence of odontogenic sinus tracts in patients referred for endodontic therapy. *J Endod* 2003; 29: 798-800.
4. Assery M, Al Shamranit S. Cutaneous facial sinus tract of dental origin: a clinical case report. *Saudi Dent J* 2011; 13: 37-39.
5. Javid B, Barkhodar RA. Chronic extraoral fistulae of dental origin. *Compendium* 1989; 10: 108-114.
6. Kayahan MB, Kaptan F, Altundal H, Bayirli G. The management of an odontogenic sinus tract: a case report. *OHDMBSC* 2003; 2: 60-63.
7. Brown RS, Jones R, Feimster T, Sam FE. Cutaneous sinus tracts (or emerging sinus tracts) of odontogenic origin: A report of 3 cases. *Clin Cosmet Investig Dent* 2010; 2: 63-67.
8. Held JL, Yunakov MJ, Barber RJ. Cutaneous sinus of dental origin: a diagnosis requiring clinical and radiologic correlation. *Cutis* 1989; 43: 22-24.
9. Cohen PR, Eliezri YD. Cutaneous odontogenic sinus simulating a basal cell carcinoma: case report and literature review. *Plastic and Reconstruction Surgery* 1990; 86: 123-127.
10. Foster KH, Primack PD, Kulild JC. Odontogenic cutaneous sinus tract. *Journal of Endodontics* 1992; 18: 304-306.
11. Fatouris PN. A cautionary tale: case report. *Australian Dental Journal* 2000; 45: 53-54.
12. Yasui H, Yamagushi M, Ichimiya M, Yoshikawa Y, Hamamoto Y, Muto M. A case of cutaneous odontogenic sinus. *Journal of Dermatology* 2005; 32: 852-855.
13. Johnson BR, Remeikis NA, Van Cura JE. Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tracts of dental origin. *Journal of the American Dental Association* 1999; 130: 832-836.
14. Cantore JL, Klein PA, Lieblich LM. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature. *Cutis* 2002; 70: 264-267.
15. Wilson SW, Ward DJ, Burns A. Dental infections masquerading as skin lesions. *Br J Plast Surg* 2001; 54: 358-360.
16. Gupta R, Hasselgren G. Prevalence of odontogenic sinus tract in patients referred for endodontic therapy. *J Endod* 2003; 29: 798-800.
17. Witherow H, Washan P, Blenkinsopp P. Midline odontogenic infections: a continuing diagnostic problem. *British Journal of Plastic Surgery* 2003; 56: 173-175.

- 18.** Al-Kandari AM, Al-Quound OA, Ben-Naji A, Gnanasekhar JD. Cutaneous sinus tracts of dental origin to the chin and cheek. *Quintessence International* 1993; 24: 729-733.
- 19.** Soares JA, de Carvalho FB, Pappen FG . Conservative treatment of patients with periapical lesions associated with extraoral sinus tracts. *Australian Endodontic Journal* 2007; 33: 131-135.
- 20.** Pasternak-Júnior B, Teixeira CS, Silva-Sousa YT, Sousa-Neto MD. Diagnosis and treatment of odontogenic cutaneous sinus tracts of endodontic origin: three case studies. *Int Endod J* 2009; 42: 271-276.
- 21.** Sotiropoulos GG, Farmakis ET. Diagnosis and conservative treatment of extraoral submental sinus tract of endodontic origin: a case report. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: 10-11.
- 22.** Spear KL, Sheridan PJ, Perry HO. Sinus tracts to the chin and jaw of dental origin. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 486-489.