



VESTİBULOPLASTİ İŞLEMİ SONUCU GELİŞEN EKİMOZ VE ANORMAL PIHTI FORMASYONU

ECCHYMOSIS AND ABNORMAL CLOT FORMATION AFTER VESTIBULOPLASTY PROCESS

Yrd.Doç. Gülen KAMAK*

Makale Kodu/Article code: 1427
Makale Gönderilme tarihi: 03.12.2013
Kabul Tarihi: 21.05.2014

ÖZET

Vestibuloplasti işlemi sığ vestibül varlığında tercih edilen cerrahi bir yöntemdir. Bu işlem sonrası operasyon bölgesi sekonder iyileşmeye bırakılmakta, hastada herhangi bir sistemik problem olmadıkça, (gerekli tedbirler alındığı sürece) uzun süreli kanamalar oluşmamaktadır.

Warfarin, kronik kalp rahatsızlığı olan hastalarda sıklıkla kullanılan bir antikoagulan ilaçtır. Cerrahi öncesi bu ilacın kesilmesi mümkün olmayan durumlarda kanama riskinin daha düşük olduğu ifade edilen düşük doz heparin kullanılmaktadır. Periodontal cerrahi işlemler kanama problemi yaşayan hastalar için konsültasyon yapılan doktorlarca düşük risk grubu işlemler sınıfına girmekte, çoğunlukla kanama zamanı ile ilgili tahlillere operasyon öncesi gerek duyulmamaktadır.

Bu vaka raporunda düşük doz heparin kullanımı başlanan hastamızda vestibuloplasti işlemi sonrası gelişen yaygın bir ekimoz ve operasyon bölgesinde tespit edilen anormal pıhtı oluşumu anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vestibuloplasti, kanama bozukluğu, warfarin, anormal pıhtı oluşumu, ekimoz.

ABSTRACT

Vestibuloplasty is a surgical procedure that is preferred to use in the presence of shallow vestibular depth. After this surgical approach, the wound is allowed to heal by secondary intention and unless the patient has a medical problem, (when necessary precautions are taken) prolonged bleeding doesn't occur.

Warfarine is a commonly used anticoagulant agent in patients with chronic heart failure. Prior to surgery, if the cessation of this drug is impossible low dose heparine having a lower risk of bleeding is preferred to use. Periodontal surgical procedures for patients with bleeding disorders are classed as low-risk group processes by consultant doctors and prior to surgery generally bleeding time tests are found unnecessary.

In this case report, a large ecchymosis and abnormal clot formation, after vestibuloplasty procedure, in a patient who received low-dose heparin treatment is described.

Key words: Vestibuloplasty, bleeding disorder, warfarine, abnormal clot formation, ecchymosis.

GİRİŞ

Diş çekimi gibi işlemler sonrasında ilgili bölgede kanama görülebilmektedir.¹ Ancak özellikle periodontal cerrahi işlemlere bağlı olarak gerçekleşen kanamalara oldukça nadir rastlanmaktadır. Vestibuloplasti işlemi yapışık dişetinin yetersiz olduğu ve sığ vestibül bulunan vakalarda vestibül derinleştirmek amacıyla uygulanan cerrahi bir işlemidir. Özellikle protez öncesi hazırlık aşamasında gerek üst çenede, gerekse alt çenede sıklıkla tercih edilmektedir.

Bu işlem sonrasında dikkatli yapılan bir kompresyon işlemi ile kanama kısa bir süre içerisinde sıklıkla durdurulabilmektedir. Ancak, istenmeyen aşırı kanama durumları, hastadaki sistemik olarak görülebilen bir kanama bozukluğu ya da herhangi bir damara zarar verilmesi sonucu gerçekleşebilmektedir. Bu vaka raporunda preprotetik hazırlık aşamasında vestibuloplasti yapılan bir hastada operasyon bölgesinde görülen anormal bir pıhtı oluşumu ve ekimoz gelişimi anlatılmaktadır.

*Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, KIRIKKALE



OLGU SUNUMU

65 yaşında, alt anterior bölgede kanin kanin arası eksik dişleri bulunan kadın hasta protetik tedavi öncesi periodontal muayene amacıyla kliniğimize başvurmuştur. Hastanın ilgili bölgesinde vestibul derinliğinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Sağ olan vestibülün derinleştirilmesi için vestibuloplasti işlemi yapılmasına karar verilmiştir.

Hastadan alınan anamnezde hastanın kalp hastası olduğu ve warfarin sodyum (Coumadine 10 mg, Eczacıbaşı) kullandığı öğrenilmiştir. Kardiyoloji konsültasyonu yapılan hastanın kullanmakta olduğu Coumadine'ı 3 gün öncesinden kesmesi gerektiği ve ameliyat gününün sabahı ilk gün olmak üzere tek doz enoksaparin (Clexane 60 mg, Sanofi-Aventis) başlaması gerektiği söylenmiştir. Takip eden iki gün, günde iki defa olmak üzere Clexane'a devam etmesi ve ameliyattan 3 gün sonra da Coumadine'e tekrar başlaması konusunda hasta uyarılmıştır. Hastanın INR değeri 2,5 olarak tespit edilip, yapılacak cerrahi girişim düşük risk grubu olarak değerlendirildiğinden dolayı doktoru tarafından kanama zamanı ile ilgili detaylı tahlillere gerek olmadığı belirtilmiştir. Sonraki günlerde hastanın INR değerleri takip edilmemiştir. Operasyon tarihi belirlendikten sonra hasta üç gün öncesinden Coumadine'ı kesmesi, ameliyat günü de Clexane kullanmaya başlaması gerektiği konusunda uyarılmıştır.

Hastaya sabah saatlerine denk gelecek şekilde ameliyat randevusu verilmiştir. Operasyon günü sabah Clexane'ı kullandığı, 3 gün öncesinden de Coumadine'ı kullanmayı bıraktığı öğrenilerek, hasta ameliyathaneye alınmıştır. Operasyon öncesinde hastanın ağızını 60 saniye kadar klorheksidin gargara ile çalkalaması istenmiştir. İlgili bölgeye 1,5 cc adrenalinsiz lokal anestezi (Citanest forte®, Dentsply) yapıldıktan sonra uyuşukluk kontrol edilerek cerrahi işleme geçilmiştir. İlk işlem olarak sağ kanin bölgesinden sol kanin bölgesine kadar olacak şekilde mukogingival hattın 15 nolu bistüri ile insizyon yapılmıştır. İstenilen derinliğe kadar suprapariosteal diseksiyon yapılmıştır. Alveolar mukoza ise vermilion hatta yakın şekilde serbestleştirilmiştir. Bu bölgedeki mukoza, derinleştirilen vestibülün en apikal kısmına getirilerek 4-0 ipek sütürla devamlı sütür atılarak vestibülün dudak tarafı kapatılmıştır. Alveolar kemik tarafı ise periost ve bir miktar bağ dokusu ile sekonder iyileşmeye bırakılmıştır. Operasyon sonrasında bu bölgeye steril spançla basınç

uygulayarak kanama kontrolü sağlanmış ve hastanın tansiyonu tekrar ölçülmüştür.

Hastaya cerrahi sonrası tavsiyelerde (ameliyat bölgesini travmatize etmemesi, dudağını çekiştirmemesi, alt ön dişleriyle ısırma işlemi yapmaması vs) bulunularak reçete verilmiştir. (Naproksen sodyum 550 mg tab 2 x 1, Klorheksidin glukonat %0.12 + Benzidamin HCl %0.15 gargara 2 x 1) Fırçalama ve diş ipi kullanma yöntemi anlatılan hasta, sütürların alınması için 14 gün sonrasına çağırılmıştır.

Operasyondan sonraki gün hasta kliniğe ilgili bölgede 'çenede morluk ve ağızda kırmızı bir şişlik' şikayeti ile başvurmuştur. (Resim 1) Yapılan ağız içi muayenede kırmızı-mor renkte, vestibülün kemik tarafı ile ilişkili olan saplı, yumuşak bir kitle tespit edilmiştir. (Resim 2) Ağız dışı muayenede ise hastanın alt çenesinin ön tarafında yaygın bir ekimoz olduğu görülmüştür. Lezyonun alt vestibül bölgesinde hafif bir şişlik oluşturduğu gözlemlenmiştir. Lenfedeopatiye rastlanılmamıştır.

Radyografik olarak, ilgili bölgeden alınan periapikal röntgende hasta değerlendirilmiş ve herhangi bir patolojiye rastlanılmamıştır. Kitle küret yardımı ile kanamasız bir şekilde tek seferde çıkartılmıştır. (Resim 3,4) Hastaya çenesindeki ekimoz için kondroitin polisülfat jel (Hirudoid Fort® Sankyo 445 mg Gel, 3 x 1) reçete edilmiştir. Hasta dişlerini aldırarak için geldiğinde ekimozun kaybolduğu, (Resim 5) pıhtı formasyonunun olduğu bölgenin tamamen iyileştiği görülmüştür ve bu süre boyunca herhangi bir kanama olmadığı öğrenilmiştir. (Resim 6) Hastada başka herhangi bir komplikasyona rastlanılmamıştır.



Resim 1. Vestibuloplasti işlemi sonrası gelişen yaygın ekimoz



Resim 2. Vestibuloplasti işlemi sonrası gelişen anormal pıhtı oluşum



Resim 3. Küret yardımı ile alınan pıhtı formasyonu



Resim 4. Pıhtı çıkartıldıktan sonraki ağız içi görüntü



Resim 5. Vestibuloplasti işleminden sonraki 14. gün ağız dışı görüntü



Resim 6. Vestibuloplasti işleminden 14 gün sonraki ağız içi görüntüsü

TARTIŞMA

Periodontal cerrahi işlemler sonrası hastada pıhtılaşma sorunu oluşturacak herhangi bir sistemik durum veya ilaç kullanımı olmadığı durumlarda çoğunlukla kanama bir süre sonra kendiliğinden durmaktadır. Ancak bu durum serbest dişeti grefti, vestibuloplasti gibi yara yerinin sekonder iyileşmeye bırakıldığı prosedürlerde farklılık gösterebilmektedir. Bu tür prosedürlerde de hastada herhangi bir kanama problemi olmadığında ve operasyon bölgelerindeki anatomik yapılara saygılı davranıldığı sürece yara bölgesine steril nemli spançla yapılacak olan 5-10 dk'lık basınçla kanama kontrolü sağlanabilmektedir. ²

Kanamamanın durması 4 ayrı safhada gerçekleşmektedir. Yaralanmanın hemen akabinde gelişen vasküler fazda geçici vazokonstriksiyon oluşmaktadır. Bu durumdan küçük damarlardan salgılanan vazokonstriktör bir madde olan tromboksan A₂ sorumludur. Bu vazokonstriksiyonu vazodilatasyon takip etmektedir. İkinci safha olarak trombosit faz gerçekleşmektedir. Trombositlerin sorumlu olduğu bu safhada gelişen reaksiyonlar 3 adımda gerçekleşmektedir. 1.) adezyon 2.) salınım 3.) agregasyon. Adezyon trombositlerin damar bölgesine yığılmasını ifade eder. ³ Plazma protein, von Willebrand faktörü ve koagülasyon faktörü (faktor VIII) adezyon safhasında rol oynarlar. Von Willebrand hastalığı ve Bernard Soulier sendromu gibi rahatsızlıklarda trombositlerin adezyon fonksiyonunda anormallik bulunmaktadır. ^{4,5} Bir dizi reaksiyonla gerçekleşen trombosit reaksiyonları ile oluşan pıhtı zayıftır. Bu pıhtının stabil hale dönüşmesi için koagülasyon aşaması ile fibrin oluşumu sağlanmaktadır. Proenzimler, kofaktörler, fibrinojen ve inhibitörler koagülasyon safhasında rol oynarlar. Koagülasyon safhasından sonra ise damar sisteminin trombusün ilerlemesini durdurmak ve dolaşan kanı sıvı halde tutmak için kurduğu denge mekanizması olan fibrinoliz fazı gerçekleşmektedir. Tromboplastin ve kalsiyum dışındaki pıhtılaşma faktörleri karaciğerde sentez edilmektedir. Faktör II, VII, IX ve X sentezi için ise K vitamini gerekmektedir. ^{6,7}

Kan damarlarının tromboembolik ve trombotik tıkanması; kalp, akciğer ve beyindeki iskemik olayların başlıca nedenidir. Ayrıca trombositler, arterial tromboziste kilit rol oynarlar ve periferik arterial, serebral iskemi ve miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde ve

engellenmesinde cazip hedeftirler. Antitrombosit ve antikoagulan tedavi yaklaşımları operasyon sonrası gelişen kanamalar ve kanama zamanının uzaması ile ilişkili bulunmuştur. En sık kullanılan K vitamini antagonistleri; warfarin ve anesokumaroldur. ⁸ Yarılanma ömürleri en az 48 saattir ve uzun süreli etkileri vardır. Coumadine, K vitaminine bağlı kanın pıhtılaşmasını sağlayan faktörlerin (faktör II, VII, IX, X ve protein C) karaciğerde üretimini bloke eder. ⁹ Coumadine alındıktan yaklaşık 24 saat sonra etki etmeye başlar ve tamamen etkili olması için 72-96 saat zaman ihtiyaç vardır. ¹⁰ Bu tür antikoagulan ilaç kullanan hastalarda kanama riskini azaltmak için hastanın halihazırda kullandığı antikoagulanı 2-3 gün öncesinden keserek hastaya düşük molekül ağırlıklı heparinler başlanabilmektedir. ^{11,12} Bizim hastamızda da kalp doktorunun tavsiyesi üzerine Coumadine 3 gün öncesinde kesilmiş, ameliyat gününden itibaren enoksaparin (60 mg/0.6 ml) başlanmıştır. Alınan tedbire rağmen hastanın operasyon sonrası kanaması olmuş, operasyon bölgesinde anormal bir pıhtı oluşumu gerçekleşmiş, yaygın bir ekimoz oluştuğu görülmüştür.

1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanmış olan INR değeri (International Normilized Ratio) hastanın Prtortombin zamanının kontrol protrombin zamanı değerine bölünmesi ile belirlenmektedir. ¹³ Normal koagülasyon profiline sahip hastaların INR değerinin 1.0 olarak belirlenmiştir. Antikoagulan tedavi gören hastalarda INR değerinin birçok endikasyon için 2.0-3.0 arasında olması önerilmektedir. Invaziv yöntemler için 1,5-2.0 arasındaki bir değer güvenilir olarak değerlendirilmektedir. ¹³ Bununla birlikte INR nin 2,5 olması hemoraji ve tromboembolizm riskini en aza indirmektedir. ¹⁴ INR değerinin dental işlemlerden (en ideal olarak) 24 saat önce ölçülmesi gerektiği bildirilmiştir. ¹⁵ Fakat stabil INR si bulunan hastalarda operasyondan 72 saat önce INR ölçümünün de kabul edilebilir olabileceği ifade edilmiştir. ¹⁶ Bizim hastamızda da INR değeri operasyon dan 3 gün önce 2,5 olarak ölçülmüştür. Ancak uygulayacağımız periodontal cerrahi işlem, hastanın doktoru tarafından düşük risk grubunda bir işlem olarak tanımlandığı için günlük INR ölçümleri tekrarlanmamış, hasta 3 günlük düşük doz heparin uygulamasının ardından INR değeri ölçümü tekrarlanmaksızın ameliyata alınmıştır.

Anormal pıhtı formasyonu ; kırmızı, pelte benzeri, karaciğer benzeri bir görüntüde olarak ifade edilen, hemoglobinden zengin pıhtı oluşumu şeklindedir. Bu oluşumun nedenlerinden birisi olarak, nabızsal karakterde olmayan, venöz hemoraji gösterilebilmektedir. Bu tarz pıhtı oluşumlarında kan akışı daha yavaş olmakta, daha koyu kırmızı, morumsu bir renk almaktadır.

Hematom; damar duvarında oluşan herhangi bir yaralanma sonucu damar içerisindeki kanın doku içi ile doku dışı basınç eşitlenene kadar damar dışına çıkışı ile karakterize dışardan bakıldığında morluk olarak görülen renk değişimini ifade etmektedir. Ekimoz; çapı 1 cm den daha geniş olan hematomu ifade ederken 3 mm den daha dar çaplı renk değişimleri peteşi olarak adlandırılmaktadır. Hastamızda venöz hemoraji sonucu gelişen yaygın ekimoz bulunmaktadır.

Herhangi bir cerrahi tedavi gerektiren ve antikoagulan ilaç kullanımı zorunlu olan hastalarda protrombin zamanı, parsiel tromboplastin zamanı, trombin zamanı, kanama zamanı gibi biyokimyasal tetkiklere mutlaka bakılmalı, özellikle INR değerleri takip edilmelidir. Nitekim hastamız düşük risk olarak belirlenen periodontal cerrahi yöntemine ve düşük molekül ağırlıklı heparin olan Clexane'ı kullanmaya başlamasına rağmen operasyon sonrası kanama problemi yaşanmış, sonrasında ise ekimoz ve anormal pıhtı formasyonu geliştiği görülmüştür.

Kanama problemi bulunan hastalarda cerrahi operasyon esnasında oldukça hassas davranılmalıdır ve mümkün olduğunca ameliyat bölgesine suture atılarak primer iyileşmeye bırakılmalıdır. Primer kapanmanın mümkün olmadığı bizim vakamızdaki gibi vakalarda cerrahi prosedürden hemen sonra bölgeye 5-10 dakika boyunca steril nemli spançla basınç uygulanmalıdır. Bu yöntem dışında operasyon bölgesine rezorbe olabilen jelatin sünger (Gelfoam®), okside selüloz (Surgicel®), mikrofibriler kollajen (Avitene®), topikal trombin uygulaması ya da traksenamik asit ile antifibrinolitik tedavi uygulanarak operasyon sonrası istenmeyen kanama kontrol altına alınabilmektedir. ¹⁷ Ayrıca hastaya operasyon bölgesi bakımı ile ilgili detaylı bilgi yazılı ve sözlü bir şekilde ifade edilmelidir. Bununla birlikte bizim de cerrahi sırasında ve sonrasında uyguladığımız bu yöntemler kanama zamanı normal değerlerde olan, kanama kontrolü sağlanmış bireylerde fayda sağlamaktadır.

Kliniğimize başvuran, bu tarz sistemik problemleri ve ilaç kullanımı olan hastalarda istenmeyen komplikasyonlardan korunmak için detaylı bir kanama zamanı testi istenmelidir. Özellikle INR değeri günlük takip edilmeli, işlemden en az 1 gün önceki INR değeri öğrenilmelidir. Alınan tedbirlere rağmen periodontal cerrahi sonrası bu tarz istenmeyen anormal pıhtı oluşumları görülebilmektedir. Bu durum venöz hemoraji sonucu fibrin pıhtının tam anlamıyla oluşmıyıp, yavaş gelişimi sonucu kırmızı-kahverengi pıhtı oluşumuna neden olabilmektedir. Böyle bir durumdaki hastada, eğer hastanın bizim hastamızdaki gibi kardiyolojik bir problemi yoksa, ilgili bölgeye 1/50000 epinefrin uygulanarak bölge küretle temizlendikten sonra kanama aktif bir şekilde devam ediyorsa sutur atılmalı, yukarıda bahsedilen antikoagulan ajanlardan birisi bölgeye uygulanmalıdır.¹⁸ Alternatif olarak bölgeye koter veya diode lazer uygulanarak koagülasyon ve hemostaz sağlanabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Richard F. Post-surgical hemorrhage: Formation of a "liver clot" secondary to periodontal plastic surgery. *J Contemp Dent Pract* 2001; 2:1-6.
2. Pertson LJ. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*, 3 ed. St. Louis; C.V. Mosby: 1998. p. 48-9.
3. Gyton AC, Hall JG. *A textbook of medical physiology*. 11 ed. Jaypee Brothers Medical Publishers; Philadelphia: 2006. p. 461-2.
4. Rodeghiero F, Castaman G, Dini E. Epidemiological investigation of the prevalence of von Willebrand's disease. *Blood* 1987;69:454-9.
5. Werner E. Willebrand disease in children and adolescents. *Peridatr Clin North Am*. 1996; 43:684-707.
6. Little J, Falace D. *Dental Management of the medically compromised patient*. 6 ed. St. Louis; Mosby:2002. p. 42.
7. Tekin U, Efeoğlu C, Sürtekin E. Antikoagulan Kullanan Hastalarda Dental Yaklaşım Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. Supplement: 2012; 6: 92-8.
8. Little JW, Miller CS, Henry RG, Mcintosh BA. Antithrombotic agents: implications in dentistry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93:544-51
9. Johnson-Leong C, Rada RE. The use of low-molecularweight heparins in outpatient oral surgery for patients receiving anticoagulation therapy. *J Am Dent Assoc* 2002;133: 1083-7.
10. Wynn R. *Drug information handbook for dentistry*. 10 ed. Hudson; OH Lexi Comp: 2004. P. 23-5
11. Hirsh J. Anticoagulants: the old and the new. In: *Hematology 1996. The education book of the American Society of Hematology*. Orlando, FL, 1996: 74-8.
12. Goodnight SH, Feinstein DI. Update in hematology. *Ann Intern Med* 1998; 128: 545-51.
13. Hirsh J, Poller L. The International Normalized Ratio: a guide to understanding and correcting its problems. *Arch Intern Med* 1994; 154: 282-8.
14. Hirsh J, Dalen J, Anderson DR, Poller L, Bussey H, Ansell J. Oral anticoagulants:mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. *Chest* 2001; 119: 18-21.
15. Evans IL, Sayers MS, Gibbons AJ, Price g, Snooks H, Sugar AW. Can warfarine be continued during dentaş extraction? Results of a randomized controlled trial. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002; 40: 248- 52.
16. Scully C, Wolff A *Oral Surgery in Patients On Anticoagulant Theraphy*. *Oral Surger Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 57-64.
17. Toscano LCNJ, Mumford CJ, Turner CB. Dental management of the anticoagulant patient. *Clinical update*. 2006; 28: 9-10.
18. Fonseca RJ. *Aneasthesia/ dentoalveolar surgery/ office management*. 1 ed. Philadelphia; Saunders: 2000. p. 67-8.

Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Gülen KAMAK
Kırıkkale Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Periodondoloji AD
KIRIKKALE
e-mail: dtglen@gmail.com

