

## Bölüm 3

# BAŞ BOYUN ENFEKSİYONLARINDA TEDAVİ İLKELERİ VE ANTİBİYOTİĞİN YERİ

Kübra ÖZTÜRK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tıp ve diş hekimliği alanındaki gelişmeler, örneğin su florlaması, antibiyotik kullanımının artması ve diş bakımındaki gelişmeler sayesinde baş ve boyun enfeksiyonlarının insidansı azalmaktadır. Bununla birlikte, ciddi ve yaşamı tehdit eden enfeksiyonlar gelişebilmektedir. Bu nedenle, hekimler, enfeksiyonlar için gelişen tanısal çalışmalara, cerrahi prensiplere ve tedavi tekniklerindeki gelişmelere sürekli güncel kalmalıdır. Baş ve boyun enfeksiyonlarının tedavi ilkeleri her hekime göre değişebilmektedir. Baş boyun enfeksiyonları her zaman tedaviye pozitif cevap vermeyebilir ve ciddi vakalardan doğabilecek davaların ve vicdani sorumlulukların olumlu sonuçlanabilmesi için tedavi prensiplerine temel ilkelerin oturtulması ve tedavi bakım standartlarının sağlanması gerekmektedir. <sup>(1-3)</sup>

### ENFEKSİYONLARIN ETİYOLOJİSİ

Şiddetli odontojenik enfeksiyonlar, çürük ve periapikal enfeksiyonlardan yani en sık dental problemlerden kaynaklanmaktadır, en sık da posterior dişlerden kaynaklandığı dental problemlerden tespit edilmiştir. Enfeksiyonların iki ana kaynağı vardır; biri pulpa nekrozu sonrası periapikal dokulara yayılım diğeri ise derin periodontal ceplerdir. Bir absenin yayılmasında farklı vardır ve abse direne olmak için, en az dirençli bölgeleri seçer. Enfeksiyon yayılması dişin apeksinin komşu kas lifleriyle ilişkisi tarafından belirlenir. <sup>(1-4)</sup>

### BAŞ BOYUN ENFEKSİYONLARINDAN GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR

Baş ve boyun enfeksiyonları vasküler kanallar ve venler yoluyla yayılabilir. Kavernoöz sinüs trombozu enfeksiyon alanındaki damarlardan yayılımla ortaya çıkabilir. Kavernoöz sinüs trombozu en sık nedeni sfenoid sinüzit olduğu belir-

<sup>1</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi , kozturk@nny.edu.tr

num değerleri, kalp atım hızı, vücut ısısı ölçülmüş. Crp değerleri, beyaz hücre sayımı takip edilmiş. Veriler postoperatif 24, 48. 72. saatlerde ve 7 günde ölçülmüş. Değerlendirmeler sonucunda iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmediği bildirilmiştir.<sup>(12)</sup>

Enfeksiyon tedavisinde ilk tercih penisilin, metranidazol de iyi bir kombinasyon olarak değerlendirilmektedir. Penisilin kullanılamayacak bir durum örneğinin etkisiz kalması veya alerji durumunda klindamisin türevi ikinci tercih olmaktadır.  
(2, 11-13)

Klindamisin etkisiz kaldığında son kullanılan moksifloksasin ise kinolon türü bir antibiyotiktir. İlk kinolon olan nalidiksik asit 1962 yılında kullanıma girmiş ve dar etki spektrumu ve yan etkileri gibi nedeniyle kullanımları gram negatif çomakların etkili olduğu üniner sistem enfeksiyonları ile sınırlı kalmıştır.<sup>(14)</sup> Nalidiksik asidin yapısındaki modifikasyonla ilk florokinolon norfloksasin geliştirilmiştir. Norfloksasin nalidiksik aside göre daha etkili olsa da kullanımı üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla sınırlı kalmıştır. 1980 lerde siprofloksasinin kullanımıyla kinolonlar üsye dışında da kullanılmaya başlamıştır.<sup>(14)</sup> Siprofloksasinin norfloksasine göre gram pozitif etkinliği daha fazladır. Son yıllarda penisiline dirençli pnömokok sıklığında artış görülmesi yeni antibiyotiklerin ve kinolonların geliştirilmesine neden olmuştur.<sup>(14)</sup>

## SONUÇ

Sağlık alanındaki gelişmeler hastalıkların oluşmasındaki insidansı azaltmaktadır. Yine de bu gelişmeler enfeksiyonların tanısı ve tedavisindeki zorlukları önlememektedir. Hekimin gelişmelere güncel kalması, kanıta dayalı yaklaşımlar ve kendi klinik tecrübesi doğrultusunda tedavi protokolü oluşturması klinik komplikasyonlarla başa çıkmasında yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Enfeksiyon, Baş-boyun enfeksiyonları, Tedavi, Antibiyotik

## KAYNAKÇA

1. Archer WH. (1975). *Oral and maxillofacial surgery* 5<sup>th</sup> ed. Philedelphia:WB Saunders Company..
2. Bagheri SC, Bell B and Khan HA.(2012) *Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery*. 1080-91.United States. Saunders, Elsevier Inc.
3. Miloro M, Ghali G, Larsen P, Waite P. (2004) Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. PMPH-USA.
4. DeAngelis AF, Barrowman RA, Harrod R, Nastri AL. Review article: Maxillofacial emergencies: oral pain and odontogenic infections. *Emergency Medicine Australasia*. 2014;26(4):336-342.
5. Fehrenbach MJ, Hering SW. Spread of dental infection. *Practical Hygiene*. 1997;6:13-19.

6. Seppänen L, Lauhio A, Lindqvist C, Suuronen R, Rautemaa R. Analysis of systemic and local odontogenic infection complications requiring hospital care. *Journal of Infection*. 2008;57(2):116-122.
7. Karaarslan A. (2008) Süt çocukluğu döneminde derin boyun enfeksiyonu olan çocukların çeşitli yönlerden incelenmesi. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi*, İstanbul
8. Peker E, Karaca İR. Odontojenik enfeksiyon kaynaklı fasyal alan apseleri. *Acta Odontologica Turcica*. 2012;29(2):129.
9. 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(9):1377-1380.
10. Farmahan S, Tuopar D, Ameerally PJ. The clinical relevance of microbiology specimens in head and neck space infections of odontogenic origin. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014;52(7):629-631.
11. Farmahan S, Tuopar D, Ameerally PJ, Kotecha R, Sisodia B. Microbiological examination and antibiotic sensitivity of infections in the head and neck. Has anything changed? *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014;52(7):632-635.
12. Bali R, Sharma P, Gaba S. Use of metronidazole as part of an empirical antibiotic regimen after incision and drainage of infections of the odontogenic spaces. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2015;53(1):18-22.
13. Gill Y, Scully C. Orofacial odontogenic infections: review of microbiology and current treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70(2):155-158.
14. Leblebicioğlu H. Yeni Kinolonlarda Mikrobiyolojik Ve Klinik Etkinlik. *Ankem Derg*. 2002;16(3):226-231.