

Genişletilmiş Özet

Kronik Kokain Kullanımına Bağlı Çift Taraflı Damak Perforasyonu: Vaka Raporu ve Literatür Taraması

Giriş

Damak perforasyonu konjenital ya da edinsel olabilir ve her iki durum da bir hastalıkla ilişkili olabilir. Ancak seyrek görülen bir durum olarak, kronik kokain kullanımına bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Burundan çekilen kokain, nazal epitelde birikerek oro-nazal bir perforasyona yol açabilir. Kokain tozu burun epiteli içine yerleştiğinde oro-nazal kominikasyona neden olabilir, bu da daha sonra yiyecek ve içeceklerin geri kaçmasına ve nazal konuşmaya neden olur.

Gereç ve Yöntemler

Bu makale, son 6 yıldır kronik kokain kullanımına bağlı olarak sert damakta iki damak perforasyonu olan 41 yaşında erişkin bir erkek hastanın nadir ve benzersiz bir vakasını sunmaktadır. Hasta, yutma gücü ve konuşma bozukluğu gibi ciddi ve rahatsız edici fonksiyonel sorunlar yaşamıştır. Hastaya kesin protez tedavisinin uygulanabilmesi için öncelikle kokain kullanımını bırakması önerilmiştir. Ayrıca, oro-nazal etkilerine açıklık getirmek için etiopatogenez, ayırıcı tanı ve tedavi yaklaşımını ele alan kısa bir literatür taraması da sunulmuştur.

Bulgular

Hastanın şikayetleri arasında ağız boşluğundan burun boşluklarına sıvı geçişi, burundan pürülan akıntı, son 6 aydır yiyeceklerin burundan geri gelmesi, hipernazal konuşma ve tat alma duyusunda azalma bulunmaktadır. Sosyal/kişisel öyküsünde 15 yıldır sigara içtiği, alkol bağımlılığının olduğu, 6 yıldır kokain kullandığı ve günde en az iki-üç kez kokain çektiği saptanmıştır.

Hastanın tıbbi öyküsünde belirgin bir anormallik saptanmazken, madde öyküsünde kronik kokain tüketimiyle dikkat çekmiştir. Dış muayenede yüz, temporomandibular eklem ve lenf nodları normal parametreler gösterirken fonksiyonel muayenede hipernazal ses saptanmış ancak eyer burun deformitesine dair bir bulguya rastlanmamıştır. Ağız içi muayenede, posteriorda yer alan 2×2 cm çapında büyük perforasyon ve kemik desteği olmayan bir mukozal ayrılma ile 0.5×0.5 cm çapında küçük bir anterior perforasyon olmak üzere iki palatal perforasyon gözlemlenmiştir.

Septal perforasyon ve palatal perforasyon kenarından alınan biyopsilerde sadece nekrozlu akut ve kronik inflamasyon saptanmış ancak maligniteyi ekarte etmek için vaskülit gözlemlenmemiştir. Rutin laboratuvar testleri normal sınırlarda olup VDRL ve romatoid faktör testleri negatif çıkmıştır. Kokain kaynaklı palatal perforasyon tanısı, hastanın klinik muayenesi ve sosyal öyküsüne dayanarak, displastik değişiklikleri ekarte etmek için alınan biyopsi ile konulmuştur. Hastaya, kokain bağımlılığını sonlandırdıktan sonra palatal obtüratör, ardından da cerrahi onarım önerilmiştir. Ancak hasta takip randevusuna gelmemiştir.

Tartışma

Kokain günümüzde beyin fonksiyonlarını değiştiren ve merkezi sinir sistemini daha aktif hale getiren uyarıcılara bağlı psikoaktif bir ilaç olarak kategorize edilmektedir. Kokain çeşitli şekillerde tüketilebilir, burun içi uygulama en yaygın yöntemlerden biridir. Teneffüs edildikten kısa bir süre sonra öfori başlar ve vücut metabolizmasına bağlı olarak bir saatten fazla sürer. Kokainin mukozal membran emilimi sistemik etkilere yol açar. Maddenin klinik etkileri taşikardi, midriyazis ve hipertermiyi içerir. İntranazal inhalasyon nazal ve oral mukozal irritasyon ve kuruluğa neden olabilir. Nazal septum ve nazal kanalların lateral duvarlarında hasar ve daha az sıklıkla oro-nazal fistül veya perforasyona yol açan orta hat perforasyonu da bildirilmiştir.

Kronik kokain kullanımının belirtileri literatürde raporlandığı üzere çeşitlilik göstermektedir. Kokainin neden oldukları orta hatta destrüktif lezyonlar, oral yaralar şeklinde oral ülserler, pemfigus benzeri lezyonlar, kulak kepçesi/yüz/nasal nekroz ve subkutan amfizemidir. Oral semptomlar genellikle başta diş eti iltihabı olmak üzere periodontal hastalığa daha fazla yatkınlık, ağız dokularında hasar, çürük varlığı, yüz orta hattında destrüktif lezyonlar, kserostomi ve ageusia'yı içerir.

Bir hasta diğer sistemik hastalıklara benzeyen spesifik olmayan belirti ve semptomlar sergilediğinde, idrarda, kanda veya saçta kokain metabolitleri için yapılan pozitif bir test yararlı bir ipucu olabilir ve Kokain kaynaklı damak perforasyonu şüphesini artırabilir. Dolaylı immüno Floresan mikroskopisi, Kokain kaynaklı damak perforasyonu lezyonlarında sıklıkla anti-nötrofil sitoplazmik antikorları tespit eder. Lezyonun dış kenarlarından alınan çoklu biyopsi örnekleri histopatolojik inceleme için gönderilmelidir. Kokain kaynaklı damak perforasyonu (CIPP) tanısı, CIPP'li hastaların radyografik değerlendirmesi ile kesin olarak konulamaz. Ağır vakalarda, BT taraması kemik ve kırıldak hasarının boyutunu ve bozulmanın santrifüj ilerlemesini gösterebilir. Kontrast maddeli MR, kokaine bağlı palatal perforasyon lezyonlarında daha fazla bilgi verir.

Tedaviye başlamadan önce maddeden tamamen uzak durulması gerektiğinden, tedavinin psikiyatrik destek içermesi şarttır. Kokainle ilişkili septal perforasyonların çoğu küçük ve asemptomatiktir ve tedavi gerektirmez. Damak perforasyonları için tedavi seçenekleri oldukça fazladır. Herhangi bir rekonstrüktif cerrahiye başlamadan önce, bazı cerrahlar serum ve idrar toksikoloji testleri ile onaylanan en az bir yıllık maddesiz bir dönem önermektedir. Kokain tüketildikten sonra 48 ila 72 saat boyunca idrarla atıldığından, hastanın gidişatını izlemek için metabolitlere yönelik ardışık idrar testleri önerilebilir. İyileşme aşamasında analjezikler, antibiyotik tedavisi, cerrahi debridman, salin solüsyonu lavajı ve hatta bir obturatör implantasyonunu içeren multidisipliner ve konservatif bir tedavi yaklaşımının uygulanması önerilir.

Tanımlanmış çok sayıda cerrahi yöntem vardır. Sadece küçük perforasyonlar lokal fleplerle kapatılabilir. Bunlar arasında pediküllü mukoperiosteal flepler, direkt sütür, yarı damak prosedürleri, ters mukozal flepler ve palatal flepler yer alır. Damak dokusu, altta yatan kemik yapısı ve perforasyon boyutu gibi faktörlerden doğrudan etkilenir. Lokal fleplerle az miktarda doku sağlanır. Küçük ve orta dereceli problemler için dil, bukkinatör, bukkal yağ yastığı veya temporal kas flepleri gibi bölgesel flepler kullanılabilir. Bölgesel pediküllü fleplerin kısıtlamaları vardır ancak güvenilirlerdir. Temporalis kas flebi maksiller tünel gerektirir ve estetik görünümü etkileyebilir, dorsal pediküllü dil flebi üç haftalık intermaksiller sabitleme gerektirir, ardından flebi dilden ayırmak için ikinci bir ameliyat aşaması gerekir. Son olarak, defekti onarmak için uzak flepler ve daha sıklıkla radyal önkol serbest flebi kullanılabilir. Bu flepler geniş alanları kapsayabilir, ancak ortaya çıkan estetik bozuklukların çok kritik olduğu donör bölgeyi kapatmak için bir deri greftine ihtiyaç duyarlar.