



## KLİNİK ÇALIŞMA

# NEDENİ BİLİNMEYEN PALATAL PERFORASYONLARIN YÖNETİMİ

Dr. Mustafa ŞAHİN<sup>1</sup>, Dr. Raşit MİDİLLİ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Aydın, Türkiye <sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, İzmir, Türkiye

### ÖZET

Seyrek görülen bir klinik antite olan palatal perforasyon, konjenital ya da edinsel pekçok lokal ya da sistemik durum sonucunda ortaya çıkabilir. Etiyolojisindeki başlıca edinsel nedenlerin travma, iyatrojenik, sistemik granümatöz hastalıklar ve infeksiyonların olduğu bu durumun spontan gerçekleşmesi ise oldukça nadirdir. Bu derlemenin amacı nedeni bulunamayan palatal perforasyonların olası oluşum mekanizmaları ile ilişkili mevcut bilgileri aktarmaktır.

*Anahtar Sözcükler: Palatal perforasyon, idiyopatik*

### MANAGING PALATAL PERFORATIONS WITH UNKNOWN CAUSE

#### SUMMARY

As a rare clinical entity palatal perforation may be manifested because of congenital or acquired, local or systemic conditions. This entity occurs too rarely as spontaneously and most acquired etiological factors are trauma, iatrogenic, systemic granulomatosis diseases and infections. The aim of this review is to recount existing data about palatal perforation with unknown cause and its formation mechanisms.

*Keywords: Palatal perforation, idiopathic*

## GİRİŞ

### Tanım

Palatal perforasyon (PP) oral kavite ile nazal kavite ya da maksiller sinüs arasında anatomik olmayan bir bağlantı oluşmasıdır. Bu durum belirgin morbiditeye yol açmaktadır. Başlıca şikayet beslenme sırasında gıdaların nazal kaviteye kaçmasıdır. Diğer şikayetler ise; perforasyon bölgesinde kanama, kabuklanma, halitosis ve burun akıntısıdır.<sup>1</sup>

### Etiyoloji

PP'un etiyolojik spektrumu oldukça geniştir. Hastaların şikayetleri genellikle benzerdir fakat kesin etiyolojik tanıya ulaşmak oldukça komplike ve zor olabilir. Aslında hastanın şikayetleri ve fizik muayenesi ile perforasyon kolaylıkla saptanabilir bile altta yatan nedenler tam bir tanısal karmaşadır.<sup>1,2</sup> PP, konjenital yarık damak ve kronik granümatöz hastalıklar gibi izole bazı durumlara eşlik edebilir. Kokain kullanımı ve bazı rekreasyonel ilaçların inhalasyonu gibi sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları da bu durumun gelişmesine eğilim yaratabilmektedir. (Şekil 1)

Tablo 1'de PP'nun ayırıcı tanısında başlıca göz önünde bulundurulması gereken nedenler gösterilmektedir. Bu tabloda görüldüğü üzere spontan gelişim, geniş etiyoloji spektrumunun içerisinde oldukça sınırlı kalmaktadır. Sonuçta nedeni bilinmeyen PP diyebilmek için, öncesinde geniş ve ayrıntılı bir ayırıcı tanı ile tüm olası nedenlerin dışlanması gerekmektedir.<sup>2</sup>



**Şekil 1:** Kokain kullanımına bağlı geniş damak perforasyonu ve nazofarenkste enfeksiyon. (10 numaralı kaynaktan alınmıştır)

İletişim kurulacak yazar: Dr. Mustafa Şahin, Adnan Menderes Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Aydın, Türkiye, E-mail: mustafa.kbb@gmail.com

Gönderilme tarihi: 23 Şubat 2015, revizyonun gönderildiği tarih: 12 Haziran 2015, yayın için kabul edilme tarihi: 12 Haziran 2015

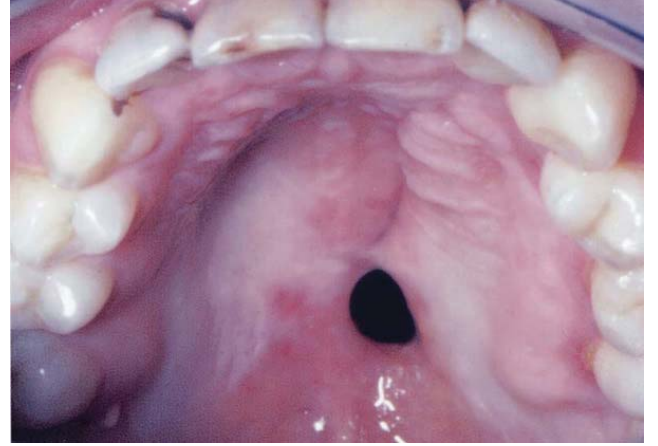


PP'a en sık neden olabilen enfeksiyon sifilizdir. Etkenin treponema pallidumun olduğu, konjenital ya da edinsel olabilen bu enfeksiyonda bulguların ortaya çıkmasına neden olan patofizyolojik mekanizma endarteritis obliteranstır. Tersiyer sifiliz safhasında özellikle yumuşak damak orta hattında ağrısız granülom olarak ortaya çıkan gumma adı verilen lezyonlar kronik nekroz ile temiz ve derin bir perforasyon yaratır.<sup>1,2</sup>(Şekil 2) Diyabet, immünyetmezlik ve kronik granümatöz hastalıklar gibi bazı sistemik patolojiler gerek enfeksiyon gelişimine eğilim yaratmaları, gerek vasküler dolaşım bozukluğuna yol açmaları ve gerekse de yara iyileşmesini olumsuz etkilemeleri nedeniyle PP gelişimine zemin hazırlamaktadırlar. Örneğin Bhowate ve Dubey bir diyabetik hastada sadece 4 gün süren nazotrakeal entübasyon sonucunda PP geliştiğini bildirmişlerdir.<sup>5</sup> Williams ve Ball genel anestezi altında ameliyat edilen bir hastada nedeni bulunamayan PP'nun videolarinoskopi işlemine bağlı olabileceğini bildirmişlerdir.<sup>6</sup> Yine Arici ve ark. postoperatif dönemde gelişen PP'nun olası nedeni olarak kullanılan videolarinoskopi cihazını işaret etmişlerdir.<sup>7</sup> Kokain ile indüklenen orta-hat destrüktif lezyonları, Tablo 1'de bahsedilen agresif patolojik nedenleri taklit edebilmektedir.<sup>2</sup>



**Şekil 2:** Tersiyer sifilize bağlı oluşan sert damak perforasyonu. (8 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

PP'a neden olabilecek başlıca kulak burun boğaz ve diş hekimliği cerrahileri şu şekilde özetlenebilir; septoplasti, rinoplasti, tonsillektomi, endoskopik sinus cerrahileri, maksilla rezeksiyonu, sublial antrostomi (Caldwel-Luc), diş çekimi, pulpa ve diş kökü cerrahileri.<sup>8,9</sup> (Şekil 3) Yine unutulmamalıdır ki herhangi bir nedenle yapılacak, özellikle de nazal yolla, entübasyon anestezisi her zaman PP'a yol açabilecek hiç te masum olmayan bir uygulamadır.<sup>6</sup>



**Şekil 3:** Endoskopik mediyal maksillektomi uygulanmış bir hastada postoperatif gelişen palatal perforasyon. (Kliniğimiz arşivinden alınmıştır)

### Hastanın Değerlendirilmesi

PP ile başvuran hastanın incelenmesinde belki de en esansiyel olan nokta ayrıntılı bir tıbbi özgeçmiş sorgulamasıdır. Hastanın özgeçmişinde sosyal yaşam alışkanlıkları da sorgulanmalı ve cinsel yolla ya da kan yoluyla geçen hastalıklar açısından dikkatli olunmalıdır.<sup>8,9</sup> Maalesef hastalar bu hastalıklar ve kokain kötüye kullanımı konularında bilgi verme konusunda isteksiz olabilmektedirler. Şüphe duyulan durumlarda ise idrarda kokain metabolitleri araştırılabilir fakat bunun için hastanın onamı gerekmektedir.<sup>10</sup> Ayrıca Tablo 1'de anılan diğer olası nedenlerin de elimine edilmesi gerekir. Bu amaçla yapılabilecek başlıca laboratuvar değerlendirme yöntemleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Kokain kullanıcılarında Wegener's granulomatosisindeki gibi c-ANCA pozitifliği olabilmesi tanıya ayrı bir zorluk yaratabilir.<sup>10</sup>

### Nedeni Bilinmeyen Palatal Perforasyon

İntraüterin yaşamın 6.-12.haftalarında palatal çatılar, sert damağı oluşturmak üzere bir araya gelirler. Bu integrasyonun bozulması, yarık damak ile sonuçlanır. Bu durum klinikte en çok karşılan gelişimsel etiyojilerdendir.<sup>11</sup> Yarık damak deformitesi, sadece uvulayı etkileyerek bifid uvulaya yol açabileceği gibi yumuşak ve sert damak boyunca da oluşabilir. Diğer yandan yine gelişimsel bir neden olarak impakte kalmış bir kanin dişin yarattığı uzun süreli rezorbsiyon, hayatın herhangi bir aşamasında PP ile sonuçlanabilen bir süreci tetikleyebilir.<sup>11,12</sup>



**Tablo 1.** Palatal Perforasyonun Ayırıcı Tanısı

Konjenital	Yarık damak ve dudak, Submüköz yarık damak, İmpakte dişler
İnfeksiyöz	Kronik dental infeksiyonlar, Tersiyer sifiliz, Tuberküloz, Tifoid, Difteri, Aktinomikozis, Lepra, Leishmaniazis, Histoplazmozis, * Aspergillozis *, Phycomycozis *, Paracoccidioidomycozis *, Noma
Kronik Granülomatöz ve Otoimmün Hastalıklar	Wegener's Granulomatozis, Sistemik Lupus Eritematozis, Sarkoidoz, Crohn Hastalığı
Travmatik ve Devaskularizan	Kaza sonucu oluşan yaralanmalar, Cerrahi, Posterior nazal tampon(3), Entübasyon, Videolarinoskopi, Rinolit, Takma diş kullanımı, Radyasyon arteriti
İlaç ilişkili	Kokain, Narkotikler, Toz eroin
Pirimer tümörler	Skvamöz hücreli karsinoma, Malign melanom, Mukoepidermoid karsinoma, Lemfoma(özellikle ektranodal NK/T hücreli (4))
Metastatik tümörler	Akciğer, Meme, Böbrek, Kolon, Tiroid
Sınıflandırılmayan	Maksillanın akut osteomyeliti, İdiyopatik Ortahat Destruktif Hastalığı, Dev Hücreli Reparativ Granulom

\*Özellikle immünyetmezlik durumlarında komplifiye olan durumlar

**Tablo 2.** Palatal Perforasyon Nedenlerine Yönelik Labaratuvar İnceleme Yöntemleri

ETKEN	TANISAL TESTLER
Sarkoidozis	Biyopsi
Wegener's Granulomatozis	c-ANCA, biyopsi
Mukormikozis	Biyopsi, kültür
Mikobakteriler	Biyopsi, mikroskopi
Sifiliz	VDRL, RPR, FTA-ABS, Karanlık saha mikroskopisi
Aktinomikozis	Kültür, biyopsi, mikroskopi
Ortahat Destruktif Hastalığı	Biyopsi, immunohistokimya, doku kültürü, c-ANCA
Aspergillozis	BT tarama, biyopsi, mikroskopi, kültür

ANCA: Antineutrophil Cytoplasmic Antibody; c-ANCA: cytoplasmic Antineutrophil Cytoplasmic Antibody; BT: Bilgisayarlı Tomografi; FTA-ABS: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption; RPR: Rapid Plasma Reagin; SS:Sjögren sendromu; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.



Konjenital yarık damak deformitesinin daha ılımlı bir tipi olan submüköz yarık damak iki formda ortaya çıkabilir: aşık ve gizli. Aşık submüköz yarık damağın üç klasik bileşeni bifid uvula, palatal kas diyastazisi ve sert damakta kemiksi bir çıkıntıdır. Diğer form olan gizli submüköz yarık damakta söz konusu olan durum ise aşık formun klasik triadı olmadan görülen kasların malpozisyonudur. Bahsedilen bu son durum, özellikle müphem velofaringeal yetmezlik olgularında göz önünde bulundurulmalıdır. Kaplan yarık damak veya dudağı olmayan 240 velofaringeal inkompetans vakasının 23'ünde gizli submüköz yarık damak saptamıştır.<sup>13</sup> Bu durumun klinikteki önemi ise; yapılan tüm araştırmalara rağmen nedeni bulunamayan PP vakaları değerlendirilirken çeşitli hipotezlerin ortaya çıkmasını sağlamış olmasıdır. Şöyle ki; hatırlanmayan minimal bir travma sonrasında bile (diş fırçalama gibi) gizli perforasyonu örten mukozanın zedelenmesi ile izole perforasyon, hayatın herhangi bir döneminde, ortaya çıkabilir.<sup>9</sup> Günümüzde nedeni ortaya konamayan PP'un oluşum mekanizmasını açıklamaya yönelik en popüler teori budur.

İdiyopatik olarak değerlendirilen başlıca üç antite ise; maksillanın akut osteomyeliti, idiyopatik ortahat destrüktif hastalığı ve dev hücreli reparativ granuloz.<sup>8</sup> Maksillanın akut osteomyeliti sendromu, genelde yenidoğanları etkileyen ve orbital tutulumun da olduğu, sinüzitle karışabilen nedeni bilinmeyen bir hastalıktır ve oldukça agresif seyredebilmektedir. Özellikle Afrika'da malnütrisyondan sık olduğu kesimlerinde rastlanan bu hastalığın penisiline dirençli staphylococcus aureus suşları ile oluşabileceği öne sürülmüştür. Tedavisi erken dönem kemoterapi olan bu sendrom, septisemi ve ölüme sonuçlanabilir.<sup>14</sup> İdiyopatik orta hat destrüktif hastalığı, üst hava yolu ve midfasial destrüksiyonla seyreden bir sendromdur. Bu patoloji enfeksiyöz, neoplastik ve bazı otoimmün süreçlerle ayırımının yapılmasının zor olduğu nadir bir durumdur ve bu yüzden de çok iyi bir ayırıcı tanı çalışması gerektirir.<sup>15</sup> Dev hücreli reparativ granuloz, paranasal bölgenin çeşitli inflamatuvar süreçleri ile tetiklenen immünregülasyon bozukluğu olarak ortaya çıktığı varsayılan, sıklıkla kraniofasial kemikleri tutan benign kitleler olarak görülür. Bildirilen vakalar genelde dördüncü dekattadırlar ve kadın cinsiyet predominantır. Tedavide kitlenin cerrahi eksizyonu önerilir. Büyük ve rekürren kitlelerde ise radyoterapi ve antianjiyogenik terapi cerrahiye eklenebilir.<sup>16</sup>

## Tedavi Seçenekleri

Tedavi iki ayaklıdır. Birisi eğer saptanabilirse altta yatan nedene, diğeri ise perforasyonun lokal onarımına yöneliktir. Örneğin sifilizde uygun penisilin rejimleri, mukormikoziste cerrahi debridman ve antifungal terapi önceliklidir.<sup>9,13</sup> Kokain kullananlarda tedavi, hastaların isteksiz ve zayıf kooperasyonları nedeniyle oldukça zor olabilir. Entübasyona bağlı PP'u önlemek için tüpün çevre dokulara baskı yapmayacak şekilde rahat bir şekilde sabitlenmesi, destekleyici aletler kullanılması ve entübasyonun özenli yapılması gibi önlemler alınabilir.<sup>5,6</sup> Tüm dünyaca kabul görmüş sabit bir tedavi yönteminin olmamasıyla birlikte analjezi, antibiyotik, nekrotik dokuların debridmanı ve salin ile irrigasyon konservatif olarak önerilmektedir.<sup>3,8</sup> Palatal defektin spesifik yönetiminde uygulanabilecek yöntemler; müdahalesiz izlem, defektin üzerinin kapatılması, cerrahi dışı konservatif yaklaşımlar ve cerrahi olarak rekonstrüksiyondur. Bu seçenekler arasında defektif sahanın obturatorlar ile kapatılması, hem konuşma hem de mastikatör fonksiyonların düzeltilmesi açısından oldukça etkili ve cerrahi rekonstrüksiyon yöntemlerine nazaran daha az invazif bir seçenektir.<sup>8-10,17</sup> Diğer bir seçenek olan cerrahi onarımda ise çevre dokudaki skar, fibrozis ve olası progresif nekroz nedeniyle başarısızlık riski yüksektir. Bazı etiyojilerde ise cerrahi rekonstrüksiyon kontrendikedir. Kokain kullanımına bağlı PP'da cerrahi müdahale yapılacaksa hastanın, cerrahiden en az altı ay hatta bir yıl önce kokain kullanımını kesmiş olması ve buna yönelik toksikolojik çalışmaların yapılması önerilmektedir.<sup>10</sup> Bu nedenle pek çok palatal perforasyonun yönetiminde cerrahi dışı konservatif yaklaşımlar daha rasyonel olabilir.<sup>10,13</sup> Eğer cerrahi onarım yapılacaksa defektin büyüklüğüne ve yerine göre çeşitli flep ya da greftler kullanılabilir. Mümkünse lokal doku fleplerini kullanmak en iyi seçenektir. Çoğu vakada palatal ve nazal taban defektleri, klasik yarık damak cerrahi flep ve greftleme teknikleri kullanılarak onarılabilmektedirler. PP onarımında mümkünse, özellikle de büyük olmayan defektlerde lokal mukoperiostal flepler ya da yoğun kanlanmaları nedeniyle dil flepleri öncelikli tercih olmalıdırlar. Vasküler desteğin güçlü ve donör sahanın yakın olduğu durumlarda daha iyi sonuçlar alınmaktadır. Geniş defektlerin onarımında ise uzak nonpediküllü, genellikle ön koldan hazırlanan, flepler kullanılabilir.<sup>10</sup> Cerrahi onarımın başarısız olduğu vakalarda obturator protezleri kullanmak daha akılcı olacaktır. Defektin boyutlarına göre akrilik tıkaç şeklinde hazırlanan obturatorlar komplet kapama



sağlayarak uygun oral fonksiyonların devamlılığına önemli ölçüde yardımcı olurlar. Ayrıca defektin büyüme ihtimali olan progresif hastalıklarda da tekrar hazırlanabilmeleri nedeniyle bu tür patolojilerde tercih edilirler.<sup>13</sup> Fakat obturatorların da kenarlarından sızdırma, tat kaybı ve özellikle dişi olmayan kişilerde stabilite sorunları gibi kullanım zorlukları vardır.<sup>18</sup> PP onarımından önce hastaya özgü olarak başlanılan konuşma ve yutma rehabilitasyonunun, onarım sonrasında da devam edecek şekilde hasta yönetimine eklenmesi sonuçları olumlu yönde etkiler.<sup>17</sup>

### Sonuç

Pek çok hastalık benzer semptom ve bulgularla ortaya çıktığından, palatal perforasyonda allta yatan nedene ulaşmak oldukça zor olabilmektedir. Tanı çok detaylı bir tıbbi ve sosyal anamnez, detaylı klinik testlerin yanısıra şüphecilik gerektirir. Saptanabilmişse öncelikle etiyojiye yönelik uygun terapinin ardından, perforasyonu kapatmaya yönelik seçeneklerin arasında obturatorlar kolay uygulanabilmeleri ve oldukça etkili olabilmeleri nedeniyle ilk planda düşünölmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Bagri NK, Gupta V. Palatal perforation due to late congenital syphilis. *Indian J Pediatr.* 2014;81(2):216-217
2. Alamino RP, Espinoza LR. Vasculitis mimics: cocaine-induced midline destructive lesions. *Am J Med Sci.* 2013;346(5):430-1
3. Streitmann MJ, Frable MA. Soft palate perforation: a complication posterior nasal packing. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996;114(6):806-7.
4. Patel V, Mahajan S, Kharkar V, Khopkar U. Nasal extranodal NK/T-cell lymphoma presenting as a perforating palatal ulcer: a diagnostic challenge. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2006;72(3):218-21.
5. Bhowate R, Dubey A. Nasotracheal intubation: an unusual cause of palatal perforation in an insulin dependent diabetes mellitus patient. *J Clin Pediatr Dent.* 2004;29(1):79-81.
6. Williams D, Ball DR. Palatal perforation associated with McGrath videolaryngoscope. *Anaesthesia.* 2009;64(10):1144-5.
7. Arici S, Dogru S, Karaman S. Palatal perforation with McGrath Series 5 videolaryngoscope. *J Anesth.* 2014;28(2):317.
8. Bains MK, Hosseini-Ardehali M. Palatal perforations: past and present. Two case reports and a literature review. *Br Dent J.* 2005;199(5):267-9.
9. Von Arx DP, Cash AC. Spontaneous palatal fenestration: review of the literature and report of a case. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000;38(3):235-7.
10. Silvestre FJ, Perez-Herbera A, Puente-Sandoval A, Bagán JV. Hard palate perforation in cocaine abusers: a systematic review. *Clin Oral Investig.* 2010;14(6):621-8.
11. Wang KH, Heike CL, Clarkson MD, Mejino JL, Brinkley JF, Tse RW, Birgfeld CB, Fitzsimons DA, Cox TC. Evaluation and integration of disparate classification systems for clefts of the lip. *Front Physiol.* 2014;5:163
12. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet.* 2011;12(3):167-78.
13. Kaplan EN. The occult submucous cleft palate. *Cleft Palate J.* 1975;12:356-68.
14. Loh FC, Ling SY. Acute osteomyelitis of the maxilla in the newborn. *J Laryngol Otol.* 1993;107(7):627-8.
15. Bianchi FA, Gerbino G, Tosco P, Tanteri G, Gatti G, Ramieri G. Progressive midfacial bone erosion and necrosis: case report and differential diagnosis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014;42(8):1698-703.
16. Karlı R, Uğur MB, Bahadır B, Gül A, uzun L. Dev Hücreli Reperatif Granüloma: Olgu Sunumu. *KBB-Forum.* 2009;8(2):39-43.
17. Smith B, Guyette TW. Evaluation of cleft palate speech. *Clin Plast Surg.* 2004;31(2):251-60.
18. Di Cosola M, Turco M, Acero J, Navarro-Vila C, Cortelazzi R. Cocaine-related syndrome and palatal reconstruction: report of a series of cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36(8):721-7.