

Hiperemesis Gravidaruma Bağlı Alışılmadık Bir Komplikasyon; Akut Bilateral Temporomandibuler Eklem Dislokasyonu

Acute Bilateral Temporomandibular Joint Dislocation; an Unusual Complication of Hyperemesis Gravidarum: Case Report

Ghanim KHATIB,^a
Selim BÜYÜKKURT,^a
Ümran KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ,^a
Fatma TUNCAY ÖZGÜNEN,^a
Cüneyt EVRÜKE,^a
Cansun DEMİR^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^bKadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü,
Acıbadem Adana Hastanesi,
Adana

Geliş Tarihi/Received: 04.01.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 15.04.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ghanim KHATIB
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Adana,
TÜRKİYE/TURKEY
ghanim.khatib@gmail.com

ÖZET Hiperemesis gravidarum, gebelikteki bulantı-kusmanın en şiddetli formudur. Hastalarda, %5'i aşan kilo kaybı, elektrolit dengesizliği, asetonüri ve oligüri görülebilmektedir. Bugüne kadar tarif edilen nadir komplikasyonlar arasında Wernicke ensefalopatisi, göz küresinin subluksasyonu, özofagus yırtıkları ve pnömotoraks bulunmaktadır. Temporomandibüler eklem patolojilerinin sıklığı gebelikte değişirse de, bu makalede sunulan olguda hiperemesis gravidaruma bağlı olarak temporomandibuler dislokasyon gelişmiştir. Temporomandibüler başın glenoid fossanın dışına çıkması olarak bilinen hastalık, esas olarak eklemi hiper ekstansiyona zorlayan hareketler esnasında meydana gelmektedir. Bildiğimiz kadarıyla, bu açıdan olgumuzda bir ilk tarif edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Temporomandibüler eklem; hiperemesis gravidarum; gebelik; çıkıklar

ABSTRACT Hyperemesis gravidarum, is the most severe form of pregnancy induced nausea-vomiting. More than 5% weight loss, electrolyte imbalance, acetonuria and oliguria can be seen in the patients. Up to date, infrequent complications like Wernicke encephalopathy, eyeball subluxation, esophageal ruptures and pneumothorax have been reported. Although the frequency of the temporomandibular joint disorders does not change during pregnancy, in the presented case, a temporomandibular dislocation has been developed due to hyperemesis gravidarum. The disorder, known as displacement of the mandibular condyle outside the glenoid fossa, mainly occurs during movements which force the joint for hyperextension. To the best of our knowledge, regarding to this condition, a first has been described in our case.

Key Words: Temporomandibular joint; hyperemesis gravidarum; pregnancy; dislocations

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(4):266-8

Temporomandibüler eklem (TME) dislokasyonu, mandibüler kondilin temporal kemiğin glenoid fossasından tamamen ayrılması ve hasta tarafından tekrar yerine oturtulamaması olarak tanımlanır. Esneme, çığlık atma, gülme, öğürme veya nöbet geçirme gibi durumlar esnasında eklem hiperekstansiyona zorlanması ile meydana gelebilmektedir.¹ Bu çalışmada, 12 haftalık bir gebede gürültülü bir hiperemesis gravidarum (HG) tablosuna bağlı olarak gelişen akut bilateral TME dislokasyonu vakası tartışılacaktır. Amacımız literatürde, bildiğimiz kadarı ile daha önce rastlanmayan bu durum hakkında bir kadın-doğum hekiminin bilmesi gerekenlerin altını çizmektir.

OLGU SUNUMU

Bu olgunun sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alındı. Yirmi üç yaşında, primigravida, son adet tarihini bilmeyen ve CRL ölçümüne göre 12 haftalık gebeliği olan hasta, acile aşırı kusma ve bulantı şikâyetleri ile başvurdu. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde kayda değer özelliği yoktu. Folik asit dışında ilaç kullanmıyordu. Laboratuvar tetkiklerinde tiroid (TSH: 0,58 mIU/L, serbest T3: 2,53 pg/mL, serbest T4: 0,99 ng/dL), karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kan sayımı, arteriyel kan gazları ve glukoz değerleri normal idi, aseton (++), Na 131, K 3.4, idrar tetkikinde keton (++++=150 mg/dL) olarak belirlendi. Hastanın acil serviste öğürme ve kusma sırasında, alt çenesinin öne doğru kaydığı, ağzının kapanmadığı ve dişlerinin maloklüze olduğu görüldü. Ayrıca, inspeksiyon ve palpasyon ile mandibüler başın glenoid fossadan öne doğru çıktığı tespit edildi. Bu bulgulara dayanarak akut anterior TME dislokasyonu tanısı konuldu ve plastik rekonstrüktif cerrahi bölümüne konsülte edilerek redükte edildi. Hastanın kendisinden ve ailesinden daha önce böyle bir durumla karşılaşmadığı öğrenildi. Hiperemesis gravidarum tanısı ile obstetri servisine yatırılan hastanın oral alımı kesildi, intravenöz (iv) mayi ve elektrolit replasmaına ve kliniğimizde uygulanan standart antiemetik (iv trimetobenzamid+vitamin B₆) tedavisine başlandı. Bu tedaviye rağmen kusma şikâyeti devam eden ve aynı günde iki kez TME dislokasyonu tekrarlayan hastanın trimetobenzamid tedavisi kesilerek iv klorpromazine geçildi. Bu tedavinin ilk dozundan sonra sadece bir kez daha TME dislokasyonu oldu ve yine Nélaton manevrası ile redükte edildi. Klorpromazinin iv 25 mg uygulaması üç gün boyunca toplam 3 kez yapıldı. Üçüncü günden sonra klorpromazin kesilip yavaş yavaş oral alımı açıldı. On bir gün hospitalize edilen hasta yattığı ilk yedi günde 500 g kilo kaybetti. Yatışının 8. gününde tekrar kilo alımına başladı. Klinik ve laboratuvar iyileşme gösteren hasta yatışının 11. gününde şifa ile taburcu edildi. Taburcu edilmeden fetal kalp atımı kontrol edildi ve ilk trimester taraması yapıldı. Sonucu normal idi. Hasta bir daha TME dislokasyonu yaşamadı, ancak 15, 17,

ve 20. haftalarda tekrar HG tablosu ile kliniğimizde yatırılarak tedavi edildi. Hastanın 15. haftadaki yatışında aseton (+) idi ve yine üç günlük klorpromazin tedavisine gerek duyuldu. Sonraki haftalarda ise aseton (-) idi ve sadece yukarıda tariflenen standart antiemetik tedavisi yeterli oldu. Hastanın son yatışında ayrıntılı ultrasonografik ikinci trimester taraması yapıldı ve normal olarak değerlendirildi. Otuz dokuzuncu haftada travayı başlayan hasta vajinal yoldan APGAR 9-10, 2890 g, erkek bebek doğurdu. Postpartum dönemde sorunu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

TME dislokasyonu, acil servislerde nispeten sık rastlanan bir durumdur. Mandibüler kondilin temporal kemiğin glenoid fossasının dışına çıkması olarak tanımlanır. Tek veya daha sık olarak da iki taraflı olabilir. Akut, kronik ve rekürren formları vardır. Hastalar çene ağrısı, ağzı kapatamama veya açamama, konuşmada zorluk ve değişen yüz görüntüsü nedeni ile başvururlar. Dislokasyon eklemin her yönünde olabilir, ancak bizim hastamızda olduğu gibi, en sık kondilin eklem çıkıntısının önüne kaydığı anterior tipine rastlanmaktadır.²

Anterior dislokasyonda tanı; bloke olmuş açık bir ağız, dental maloklüzyon ve boş bir glenoid fossadan oluşan klinik bulgularla konur ve özellikle akut durumlarda görüntüleme yöntemlerine gerek duyulmaz. Ancak diğer dislokasyon tiplerinde, fraktürü dışlamak için görüntüleme mutlaka gereklidir. TME'nin anterior dislokasyonunda en çok tercih edilen ve en kolay uygulanan teknik Nélaton manevrası olarak bilinen kapalı redüksiyon metodudur. Bu teknik, operatörün başparmağını hastanın molar dişleri üzerine yerleştirip, diğer parmakları ile mandibüler açığı ve cismi kavrayıp, önce aşağıya ve arkaya doğru bastırarak, sonrasında yukarıya doğru iterek yapılır.^{2,3}

TME dislokasyonu oral ve dental girişimler, esneme, çığlık atma, gülme, öğürme veya nöbet geçirme gibi durumlar esnasında, eklemin hiperekstansiyona zorlanması ile meydana gelebilmektedir.^{1,2} TME dislokasyonunda rolü olan çeşitli etiyolojik ve predispozan faktörler ortaya konmuştur.

Bunlar başlıca konnektif doku hastalıkları gibi eklem zayıflığı ve hipermobilitesi ile giden konjenital veya edinsel sistemik durumlar, nöromusküler ve psikojenik hastalıklar, dış-ağız ve kulak- burun-boğaza yönelik cerrahi girişimler, travma ve ekstrapiramidal yan etkileri olan ilaçlardır (özellikle metoklopramid ve fenotiyazinler gibi antiemetikler).⁴ Bizim hastamızda predispozan faktör olabilecek herhangi bir neden bulunamadı. Zira artan östrojen ve relaksin miktarları sebebiyle gebelik TME dâhil tüm eklemlerin gevşekliğini arttırabileceğini savunan araştırmacılar olmasına rağmen, gebelikte TME'ye ait bozuklukların artmadığını bildiren birçok araştırma mevcuttur.⁵

Gebeliğe bağlı görülen bulantı-kusmanın hafif ve orta formları yaygındır. Genelde 5. haftadan sonra ortaya çıkar ve en yoğun olarak 8-12. haftalar arasında yaşanır. Hastaların çoğu 16. haftaya girmeden iyileşir HG'um ise hastalığı ağır formu

olup, sadece gebelerin %1-2'sinde görülmektedir.⁶⁻⁹ Uzun süreli vakalarda, renal ve hepatik disfonksiyon, santral pontin miyelinoz ve tiamin eksikliğine bağlı Wernicke ensefalopatisi gibi ağır tablolarla karşılaşılabilir.^{6,10-12} HG'ye bağlı göz sub-laksasyonu, pnömomediastinum ve bilateral pnömotoraks gibi uç komplikasyonlar literatüre geçmiştir.¹³⁻¹⁵ Elbouazzizi ve ark., ikiz bir gebenin doğumu sırasında karşılaştıkları bir TME dislokasyon olgusunu bildirmişlerdir.³ Bununla birlikte, literatürde HG'ye bağlı TME dislokasyonu olgusuna rastlamadık. Kadın-doğum hekimleri için sıradan olan HG durumu, TME dislokasyonu ile komplike olduğunda, hastanın anksiyetesinin daha da artacağı ve zaten bozulmuş olan konforunun iyice bozulacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Üstünde durulması gereken bir diğer husus ise bu tip vakalarda antiemetik tedavinin antihistaminiklerle sınırlandırılmaması gerektiğidir.

KAYNAKLAR

1. Chhabra S, Chhabra N. Recurrent bilateral TMJ dislocation in a 20-month-old child: a rare case presentation. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011;29(6 Suppl 2):104-6.
2. Chan TC, Harrigan RA, Ufberg J, Vilke GM. Mandibular reduction. *J Emerg Med* 2008;34(4):435-40.
3. El Bouazzaoui A, Labib S, Derkaoui A, Adnane Berdai M, Bendadi A, Harandou M. Dislocation of temporomandibular joint-an uncommon circumstance of occurrence: vaginal delivery. *Pan Afr Med J* 2010;5:23.
4. Ugboko VI, Oginni FO, Ajike SO, Olosoji HO, Adebayo ET. A survey of temporomandibular joint dislocation: aetiology, demographics, risk factors and management in 96 Nigerian cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34(5):499-502.
5. Solak Ö, Turhan-Haktanır N, Köken G, Toktas H, Güler Ö, Kavuncu V, et al. Prevalence of temporomandibular disorders in pregnancy. *Eur J Gen Med* 2009;6(4):223-8.
6. Büyükkurt S, Demir SC, Özgüven FT, Evrüke İC, Kadayıfçı O, Güzel AB. [Evaluation and treatment of the patients with nausea and vomiting in pregnancy: review]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;18(2):106-16.
7. Timur S, Kızıllırmak A. Frequency of nausea-vomiting in early pregnancy and determination of the related factors. *TAF Prev Med Bull* 2011;10(3):281-6.
8. Power Z, Thomson AM, Waterman H. Understanding the stigma of hyperemesis gravidarum: qualitative findings from an action research study. *Birth* 2010;37(3):237-44.
9. Sonkusare S. The clinical management of hyperemesis gravidarum. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283(6):1183-92.
10. Sucu M, Büyükkurt S, Evrüke İC, Demir SC, Özgüven FT, Kadayıfçı O. [The role of PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) in evaluation of the indications for inpatient therapy in pregnant with nausea and vomiting]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009;19(6):317-21.
11. Mullin PM, Ching C, Schoenberg F, MacGibbon K, Romero R, Goodwin TM, et al. Risk factors, treatments, and outcomes associated with prolonged hyperemesis gravidarum. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25(6):632-6.
12. Chioffi G, Neri I, Cavazzuti M, Basso G, Facchinetti F. Hyperemesis gravidarum complicated by wernicke encephalopathy: background, case report, and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61(4):255-68.
13. Zeller J, Murray SB, Fisher J. Spontaneous globe subluxation in a patient with hyperemesis gravidarum: a case report and review of the literature. *J Emerg Med* 2007;32(3):285-7.
14. Gorbach JS, Counselman FL, Mendelson MH. Spontaneous pneumomediastinum secondary to hyperemesis gravidarum. *J Emerg Med* 1997;15(5):639-43.
15. Schwartz M, Rossoff L. Pneumomediastinum and bilateral pneumothoraces in a patient with hyperemesis gravidarum. *Chest* 1994;106(6):1904-6.