

# SINUZITA MAXILARĂ ODONTOGENĂ PERFORATIVĂ (CURS TEORETIC)

Dumitru Hițu,  
conferențiar universitar

Catedra Chirurgie  
OMF, Implantologie  
orală și Stomatologie  
Terapeutică „Arsenie  
Guțan“, USMF „Nicolae  
Testemițanu“

## Rezumat

Sinusul maxilar are raport anatomic de vecinătate cu dinții de pe arca dentară superioară. O parte importantă a patologiei sinusului maxilar este legată de afecțiunile periapicale a dinților și de manevrele de tratament endodontic a dinților arcadei superioare. Una din principalele cauze ale morbidității sinusului maxilar de origine odontogenă este traumatizarea peretelui inferior a sinusului maxilar în timpul și după diverse manipulații chirurgicale asupra dinților arcadei superioare. „Sinuzita perforativă“ — inflamația mucoasei sinusului maxilar cauzată de o fistulă care face comunicare cu cavitatea bucală.

Leziunile traumatice și infecțioase de origine odontogenă sunt rezolvate de chirurg oro-maxilo-facial, iar cele de origine rinogenă de otorinolaringolog. Din aceste considerente colaborarea între aceste două specialități este inevitabilă și recomandabilă.

Sinusita aduce un prejudiciu nu numai prin deteriorarea sănătății pacientului, aflarea la tratament mult timp, suportul financiar suportat de societate, dar și prin complicațiile grave la care poate să ducă. Studiul acestui compartiment pentru viitorul specialist este de o mare importanță în stabilirea diagnosticului preventiv, explorările paraclinice, îndreptarea pacientului în secția respectivă, tratamentul și evidența în dinamică a pacientului după externare.

*Cuvintele cheie: sinusită perforativă, plastie, reabilitare, profilaxie.*

## Summary

### ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS PERFORATION (THEORETICAL COURSE)

Maxillary sinus is anatomically neighborhood compared with the teeth of the upper dental arch. An important part of the maxillary sinus pathology is related to diseases of the teeth and periapical endodontic treatment maneuvers of upper arch teeth. One of the main causes of maxillary sinus morbidity of odontogenic origin is inferior maxillary sinus wall trauma, during and after, various surgical manipulations of the upper arch teeth. „Perforative sinusitis“ — inflammation (acute, chronic) of maxillary sinus mucosa caused by a fistula wich make communication with oral cavity. Injuries and infectious of odontogenic origin are handled by the oral and maxillofacial surgeon and those of rhinogente origin by the Otolaryngol. Therefore collaboration between the two specialties is inevitable and desirable. Sinusitis harms not only by damage the patient's health, finding time to treatment, financial support for society, but also by the serious complications that can result. Study this section for future specialist is of great importance in preventive diagnosis, laboratory explorations, sending the patient of the appropriate sedion, treatment and record the dynamics of the patient after discharge.

*Key words: perforative sinusitis, plastik, rehabilitation, prevention.*

## Introducere

Studiul proceselor infecțioase prezintă o importanță crescândă în ultimul deceniu prin varietatea aspectelor clinice și a problemelor pe care le ridică sinuzitele, atât pentru reabilitarea lor morfologică, cât și funcțională. Incidența diferă atât după zona geografică, nivelul dezvoltării economice și sociale a diferitor state, iar unele calcule statistice în acest sens se pot utiliza pentru a programa măsurile de profilaxie și tratament adecvat. „Sinuzit“ — inflamația mucoasei care tapetează sinusurile feței. Sinusul maxilar (SM) are raport anatomic de vecinătate cu dinții de

pe arcada dentară superioară. „**Sinuzita perforativă (SP)**“ — inflamația mucoasei sinusului maxilar cauzată de o fistulă care face comunicare cu cavitatea bucală. Comunicarea oro-sinusală (COS) — deschiderea accidentală a SM în timpul intervențiilor chirurgicale, care după plastie nu dă inflamație. **Sinonime:** Sinuzita perforativă, sinuzita posttraumatică, etc.

O parte importantă a patologiei sinusului maxilar este legată de afecțiunile periapicale a dinților și de manevrele de tratament endodontic a dinților arcadei superioare.

Una din principalele cauze ale orbidității sinusului maxilar de origine odontogenă este traumatizarea procesului alveolar în timpul și după diverse manipulații chirurgicale asupra dinților și nu numai.

Datorită particularităților anatomo-topografice de vecinătate a regiunii maxilo-faciale și otorinolaringologice această patologie este studiată de ambele specialități. Leziunile traumatice și infecțioase de origine odontogenă sunt rezolvate de chirurg oro-maxilo-facial, iar cele de origine rinogenă de otorinolaringolog. Sinuzita odontogenă și perforativă nu cu mult se deosebește de clinica sinuzitei rinogene, în același timp au multe particularități diagnostice și de tratament. Din aceste considerente colaborarea între aceste două specialități este inevitabilă și recomandabilă.

Sinuzita aduce un prejudiciu nu numai prin deteriorarea sănătății pacientului, aflarea la tratament mult timp, suportul financiar suportat de societate, dar și prin complicațiile grave la care poate să ducă.

Studiul acestui compartiment pentru viitorul specialist este de o mare importanță: stabilirea diagnosticului preventiv, explorările paraclinice, îndreptarea pacientului în secția respectivă, tratamentul și evidența în dinamică a pacientului după externare. Din considerentele enumerate mai sus, leziunile sinusului maxilar sunt studiate într-un compartiment aparte a chirurgiei oro-maxilo-faciale.

### **Anatomia sinusului maxilar**

Sinusul maxilar este o cavitate pneumatică, neregulată, situată în grosimea maxilarului superior. Denumirea de „gaimorită (highmoeită)“ este dată în cinstea autorului, medic și anatom englez, Nathaniel Highmore (1613—1685) ce a descris sinusul maxilar pentru prima dată. Sinusul maxilar este cel mai mare și voluminos din toate sinusurile paranazale. SM ocupă osul maxilar, forma de priză triunghiulară cu vârful orientat spre osul zigomatic și baza orientată medial spre peretele medial a fosei nazale.

Pe contul lungimii mari a rădăcinilor dinților permanenți spațiul dintre peretele inferior al sinusului maxilar și apexul rădăcinilor dentare scade, iar volumul sinusului crește. În urma pierderilor dinților și scăderii funcției masticatorii volumul sinusului maxilar scade. N. Gănuță consideră că după pierderea dinților, nu se manifestă numai prin atrofia peretelui alveolar, dar coboară și podeaua sinusului astfel încât la câțiva ani după pierderea acestora, doar o lamelă subțire separă podeaua alveolei de sinusul maxilar [2]. Dezvoltarea și pneumatizarea sinusului maxilar este

legată de formarea și dezvoltarea sistemului dento-maxilar și respirația nazală. Raportul SM cu dinții se modifică în permanență și depinde de vârstă, sex, morfologia rădăcinii dinților, procesului alveolar.

Dimensiunile sinusului maxilar variază individual, la toate categoriile de vârstă studiate, dimensiunile maxime întâlnindu-se între 20-30 de ani, apoi se reduc treptat. Nowak și Mahlis (1975) observă dimensiunile mai mici la bărbați decât la femei și, de obicei, sinusul stâng mai mare decât cel drept [9].

Grosimea septului alveolo-sinuzal are o variație între 0,5—4,5 mm (Kustra) [2] și 0—12 mm (Bernadshii Iu.) [9].

Dinții cei mai apropiați de sinus sunt: 6, 7, 5, 8, 4, 3, rădăcinile deseori proemină în SM, fiind separate de țesut spongios care uneori poate lipsi și atunci mucoasa SM acoperă direct rădăcinile dentare [4]. Considerăm că, COS are loc numai după extracția dinților incluși, distopați, reținuți și altor dinți de pe arcada superioară cu scop ortodontic. Dintele tratat endodontic și cu parodontită apicală acută sau cronică e necesar de diagnosticat ca sinuzită perforativă.

Ababii I. ne descrie o capacitate a sinusului maxilar de aproximativ 15 ml [1]. După C. Burlibașa cavitatea sinuzală are o capacitate cuprinsă între 14-25 cm<sup>3</sup> [2].

Mucoasa SM e tapetată de epiteliu cilindric pluristratificat ce conține cili. În prezent se cunosc 3 tipuri de sinus maxilar: pneumatic, sclerotic, mixt și multicameral. Tipul pneumatic se caracterizează printr-un volum considerabil al sinusului, datorită cărui fapt sinusul maxilar se află inferior de fundul cavității nazale. Cu cât sinusul maxilar va fi mai pneumatic cu atât varietatea infectării și deschiderii accidentale va crește. O importanță deosebită are raportul peretelui inferior a sinusului maxilar și cavitatea nazală.

În 42,8% fundul sinusul maxilar este mai jos ca peretele inferior a cavității nazale, în 17,9% mai sus și în 39,3% la același nivel, așadar numai în 57,2% secrețiile din sinus vor drena liber în cavitatea nazală. Aceste dimensiuni sunt importante de a le ști atât pentru diagnostic cât și tratament.

### **Frecvența**

În marea majoritate COS e creată de molarii superiori și premolari (50%), tumori (18,5%), infecții osoase (*osteomielita*) (11%), operații cu acces la sinus (7,5%), traume (7,5%), chist dentigen (3,7%), corecții la septul (3,7%) [8].

După datele literaturii (Мухин П., 2012) prezența comunicării oro-sinuzale ocupă în etiologia sinuzitei odontogene locul de frunte între 41,2% și 77,2%, iar tendința de scădere a numărului de comunicări oro-sinuzale și a complicațiilor acesteia, nu se atestă [12].

După datele secției de chirurgie oro-maxilo-facială din orașul Chișinău (IMU) în anii 2003—2006 — 66% din bolnavii tratați (D. Hițu, 2008) cu afecțiuni sinuzale odontogene, au fost diagnosticați cu sinuzită perforativă [4].

Conform studiului pe anul 2013 la PSM (Negruzzi) au fost analizate 26 cazuri de COA din totalul pacienți-

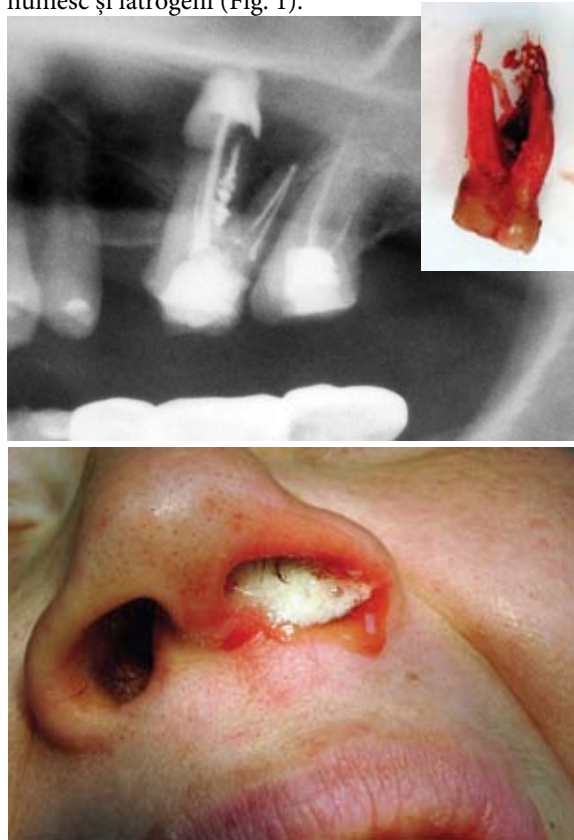
lor ce s — au adresat la ChOMF, dintre care la 2 (7,69%) au fost depistate prezența sinuzitei perforative. Dintre pacienții cu comunicare oro-sinuzală la 5 (19,23%) au fost depistați corp străin în sinusul maxilar [6].

### Etiologia

Factori favorizanți — polipi sinuzali, deviații de sept, granulații, hipertrofii de cornete, vegetații adenoidice, celulele agger nazale proeminente care provoacă obstrucția meatului mijlociu, obstrucția ostiumului maxilar prin edem a mucoasei, conha buloza, proces uncinat hipoplasic, sinus maxilar hipoplasic, sinus sclerotic(sau pneumatic).

Scăderea rezistenței organismului, gripa, infecții virotice acute, alergii, noxe chimice, diabet, surmenaj fizic și psihic, suprarăcirea și supraîncălzirea, maladii ale sângelui, stări decompensate, pneumonii, alergii, dereglări metabolice, hiperplazia mucoasei, etc [4].

Traumatici — extracții dentare traumatice și blânde, chiuretajul exagerat și normal, rădăcini dentare și dinți propulsați în sinus, meșe de iodoform, drenajuri, material de obturare. În urma unor intervenții chirurgicale ca: aplicarea implantelor, rezecții apicale, premolarizări, operații plastice, osteosinteze — se poate deschide sinusul maxilar. Stenoze post-chirurgicale, stenoze posttraumatice (fracturi ale oaselor nazale, complexului zigomatic, maxilarului superior, și fracturi de bază de craniu) [4]. Factorii traumatici cauzati în timpul intervențiilor chirurgicale se mai numesc și iatrogeni (Fig. 1).



**Fig. 1.** Bolnavul C. OPG, dintele 27 cu material de plombare după apex și conurile de gutapercă, Extracția 27, Sinuzită Oodontogenă Cronică Purulentă Perforativă, prelucrat prin alveolă cu soluție de  $H_2O_2-3$  și eliminări prin fosa nazală

În intervențiile terapeutice de tratament endodontic foarte rar, pot apărea unele incidente ca, rupearea instrumentului (acul Kerr sau Lentulo) în canalul radicular, propulsarea materialului de plombare după apexul radicular, ieșirea conului de gutapercă după apex, pot fi unii factori declanșatori a sinuzitei odontogene perforative.

### Anatomia patologică a sinuzitei perforative

Relațiile anatomo-morfologice de vecinătate imediată a rădăcinilor dentare cu sinusul maxilar pot fi cauza deschiderii sinusului maxilar în odontectomii a dinților sănătoși (supranumerari, reținați, distopați, cu scop ortodontic) dar plastia comunicării oro-sinuzale la timp și calitativă nu va permite infectarea sinusului.

Cercetările morfologice realizate de Трошкова (1987), au elucidat faptul că peste 6 ore după comunicarea oro-antrală (odontectomie), are loc edemul reactiv al mucoasei sinuzale. Peste 48 de ore după comunicarea oro-antrală apar semne de inflamație septică și se dezvoltă deja sinuzita maxilarului de etiologie infecțioasă sau cu alte cuvinte — sinuzita perforativă (Killey, Kay, 1967) [4].

**Patogenia:** Acest traumatism se produce prin distrugerea structurilor osteo-mucozale (mucoasa sinuzală, țesutul osos — septul alveolo-sinuzal, mucoasa cavității bucale), ce separă cele două cavități. Cu propulsare (corpilor străini) rădăcinii, dinte, implant, material de la tratament endodontic, sinus lifting, etc. Trebuiește de accentuat un lucru: sinuzita poate apărea (primară) și după o extracție blândă, fără chiuretaj exagerat sau propulsarea rădăcinii în sinus. Deoarece procesul periapical a dus la o distrugere a septului alveolo-sinuzal cu implicarea mucoasei sinuzale, extracția sau tratamentul endodontic servește ca un declanșator al infecției cronice din sinus, cel mai corect în cazurile acestea se stabilește diagnosticul de sinuzită cronică odontogenă perforativă exacerbată. Bolnavul poate să spună că el nu a suferit de sinuzită. În multe cazuri semnul Valsalva la extracție este negativ.

### Clasificarea:

După faza clinică: Acută, Cronică, Exacerbată.

a) Acută: seroasă, purulentă;

b) Cronică: purulentă, polipoasă.

După prezența corpurilor străini în sinus:

a) SP cu prezența corpurilor străini în sinus;

b) SP fără prezența corpurilor străini în sinus.

După etiologie — infecțioasă și neinfecțioasă:

a) traumatică,

b) infecțioasă,

c) tumorală.

### Clinica

Cele mai frecvente cauze sunt extracțiile dentare. COA este însoțită de inflamație sub formă de SPA ori SPC. La clinica COA se mai adaugă semnele clinice cauzate de inflamație. Orificiul de obicei localizat pe creasta alveolară, șanțul vestibular, mai rar palatinal, uneori punctiform, alteori invizibil, uneori cu polip sau granulații în faza cronică.



**Fig. 2.** Pacientul A. Simptomul Valsalva

1. Simptomul Valsalva pozitiv — pacientul suflă nasul cu fosele nazale pensate manual de către medic, aerul din nas pătrunde în sinusul maxilar și de aici prin orificiul posttraumatic (fistulă) în cavitatea bucală cu un sunet specific (sânge și aer). Obturarea fistulei cu polip, granulații sau eliminări purulente poate îngreuna stabilirea simptomului Valsalva. Proba încordării obrazilor pozitivă — pacientul închide cavitatea bucală și i se propune să expire aerul sub presiune. În normă aerul din cavitatea bucală nu nimerește în cavitatea nazală (Fig. 2).
2. Trecerea aerului din cavitatea bucală, sinusului maxilar în cea nazală.
3. Rinolalie — schimbarea tembrului vocal.
4. Eliminări (seroase, purulente, chistice, sangvine sau asocieri diferite) purulente prin fosa nazală după extracția dentară (unilaterală).
5. În timpul lavajului alveolei lichidul nimerește în cavitatea nazală.
6. Alveola lipsită de cheag, goală, sau cu polipi, granulații.
7. După 4-6 săptămâni orificiul postextractional se epitelizează, marginile devin denivelate, prin el poate proemina polipul, granulații sau eliminări purulente.
8. Poate fi prezentă o senzație moderată de tensiune în regiunea genio-infraorbitală.
9. Cacosmia este prezentă de regulă.
10. Durerea este prezentă mai ales dimineața și dispare (sau diminuează) de regulă în timpul zilei. În cazul obturării ostiului maxilar (fistulei) când secrețiile rămân în sinus, durerile se exacerbează.
11. Instrumentul bont pătrunde profund în sinusul maxilar, pe o lungime mai mare ca alveola (Fig. 3).



**Fig.3.** Instrumentul a pătruns prin alveolă în SM și eliminările purulente

### Diagnosticul

Acuzele, anamneza bolii, examenul clinic local (endobucal, exobucal, endonazal) și general ne permite a stabili diagnosticul preventiv.

**Acuzele:** refluarea lichidului, trecerea aerului, ...

Anamneza bolii este diferită în dependență de timpul expirat după extracția dentară:

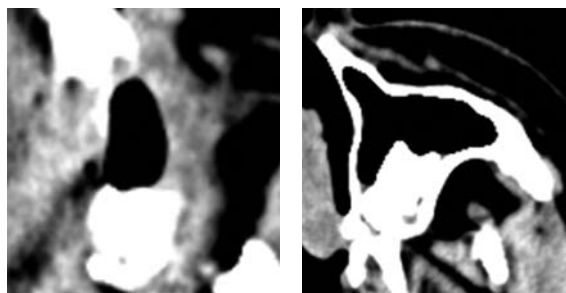
- a) În fotoliu — după extracția dintelui sunt eliminări purulente (sangvino-purulente, sangvino-chisto-purulente) din alveolă, instrumentul butonat pătrunde în sinus la examinarea alveolei;
- b) După extracția dintelui pacientul părăsește cabinetul stomatologic și după un timp se adresează repetat cu semne clinice ale SP;
- c) Operații programate ca chistectomia (alte tumori): după înlăturarea chistului se determină că — peretele ce separă cavitatea chistică și sinusul lipsește și mucoasa este inflamată;
- d) Pacientul a suportat un traumatism facial (fractura maxilarului superior LeFort, fractura osului zigomatic, leziuni dento-parodontale), s-a tratat (sau nu s-a tratat) și după un timp oarecare se adresează cu semne clinice ale SP.

### Examenul clinic local:

- a) Endobucal — prezența fistulei oro-sinuzale.
- b) Exobucal — semnele clinice se întâlnesc rar.
- c) Endonazal — eliminări sangvine, purulente, modificarea mucoasei (edem, hiperemie).

Examenul clinic general: febră, modificări ale pulsului și tensiunii arteriale, etc.

Explorările paraclinice și diagnosticul diferențiat ne va da posibilitatea de a stabili diagnosticul clinic (definitiv).



**Fig. 4.** TC: defect osos; prezența dintelui în sinus; nivelul de lichid, corp străin și sinusul sănătos din stânga

### Explorările paraclinice:

Pentru a putea opta pentru o anumită soluție chirurgicală de urgență trebuie ca în primul rând să se localizeze poziția rădăcinii. Aceasta se poate realiza cu ajutorul radiografiei, fiind necesară o radiografie retroalveolară și o radiografie în incidență semiaxială. Examenul radiologic indică factorul etiologic odontogen ca parodontita apicală, chist, granulom, volum de lichid, osteomieliță; dinte inclus și retinat, distopat; rădăcini și dinte, material de obturare în SM, lipsa țesutului osos, meșă iodoformată, corp străin-glonte, freze, ace.

Suprapunerea scheletului facial și altor sinusuri paranasale peste porțiunea sinusului maxilar, face ca radiografiile convenționale să nu asigure acuratețea adecvată, ortopantomografiile oferă imagini distorsionate sau lărgite excesiv, pe când imaginile CT oferă, în plan, detalii de cea mai mare acuratețe pentru măsurări cantitative. Perella și colab. (2003) consideră că reconstrucția 3D aduce cele mai precise detalii privind anatomia și patologia sinusului maxilar, erorile între examinatori fiind sub 2%, dar aceasta necesită o manipulare complexă a imaginii și un soft complex și costisitor [4]. Tomografia computerizată este o metodă de investigație avansată, de elecție în stabilirea diagnosticului (Fig. 4). Ea oferă informații despre dimensiuni, structură, localizarea, forma, extensia, studiul rapoartelor, a invaziei locale sau de vecinătate în cazul tumorilor, alegerea conduitei terapeutice, recomandarea intervenției chirurgicale. De asemenea este importantă în monitorizarea în dinamică postterapeutică și postchirurgicală a pacienților.

Antibiotograma permite de a stabili agentul microbian, sensibilitatea sau rezistența la remedii medicamentoase. Conform datelor lui Малахова М. А., (2005) analizele microbiologice și patomorfologice (Fig. 4), la bolnavii cu perforația sinusului maxilar și prezența corpilor străini a sinusului în prima zi după odontectomie în 100% este infectat și un edem moderat a mucoasei sinusului maxilar fără infiltrat leucocitar [4,11].

a) Examenul de laborator — modificările sângelui cu devierea formulei leucocitare spre stângă, leucocitoză, VSH ridicată.

b) Sinusoscopia.

Diagnosticul diferențiat se va stabili între mai multe forme de procese ce implică sinusul maxilar: traume, inflamații, tumori, COS, sinuzite odontogene, sinuzite rinogene, osteomieliță, chist radicular, mucocel, etc.

Diagnosticul definitiv se stabilește pe baza acuzelor — refluarea lichidului, trecerea aerului, etc, anamneza bolii intervenție chirurgicală la sinus (odontectomii, chistectomii), examenul clinic local (endobucal, exobucal, endonazal) și general, explorările paraclinice (Fig. 5) și diagnosticul diferențiat ne va da posibilitatea de a stabili diagnosticul clinic (definitiv).

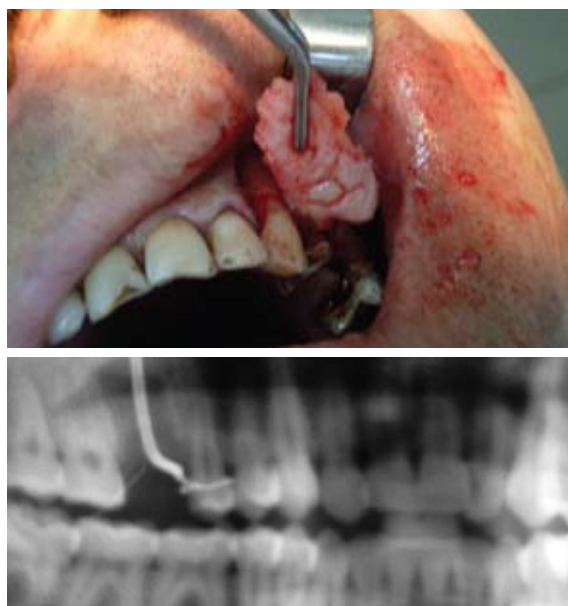


Fig.5. Examenul patomorfologic și instrumentul în COS

### Tratamentul

Tratamentul *prespitalicesc* la bolnavii cu afecțiuni a sinusului maxilar este variat și incomplet de la un diagnostic (incomplet, parțial) superficial, la extracția dentare, periostotomie, puncții, suturarea comunicării oro-antrale, indicarea tratamentului conservativ, lavaj, îndreptare, tamponada alveolei cu meșă iodoformată sau alvogyl, etc. Tratamentul sinuzitei e recomandat de-l efectuat în staționar cu secție specializată unde sunt condiții suficiente diagnostice și de tratament.

Scopul tratamentului în afecțiunile sinusului maxilar are mai multe direcții și anume:

- Înlăturarea mucoasei infectate.
- Limitarea extinderii procesului infecțios.
- Înlăturarea factorului etiologic.
- Ermetizarea sinusului maxilar.
- Acțiune asupra agentului microbian.
- Ridicarea imunității organismului.
- Prelucrarea medicamentoasă a sinusului maxilar.
- Reabilitarea funcțiilor dereglate.

Tratamentul pacientului cu SP e constituit din chirurgical, ortopedic și conservativ. Tratamentul ortopedic în clinica de ChOMF nu se utilizează, dar sunt diferite dispozitive (proteze mobilizabile, obturatoare) pe care studentul este obligat de a le cunoaște.

### Tratamentul medicamentos:

Tratamentul conservativ cu preparate medicamentoase se aplică bolnavilor preoperator și după operație în dependență de forma nozologică. Numai tratament conservativ este imposibil de indicat pacientului, deoarece, concomitent se efectuează drenarea sinusului maxilar — deci mai corect ar fi conservativ-chirurgical. Edemul mucoasei sinuzale se reduce prin medicație locală: decongestionante, corticoterapia sau cu soluții hipertone salină.

1. Vasoconstrictorii și antiseptici-rinofug, fedrocaina, mentorin, bixtonim, sanorin, glazolin, naftizin,

2. Combaterea durerii se realizează prin analgetice uzuale fiind recomandate în special cele care conțin codeină, deoarece acestea, având efect antitusiv împiedică tusea care ar putea provoca presiuni suplimentare intrasinuzale.
3. Desensibilizante.
4. Antibiotici conform rezultatului antibioticogrammei.

#### Tratamentul chirurgical:

În ultima decadă, metodele de tratament ale infecțiilor sinuzale s-au modificat odată cu introducerea pe scară largă a metodelor endoscopice și a metodelor imagistice moderne. Intervențiile chirurgicale asupra sinusului maxilar sunt indicate în cazurile de sinuzită perforativă acută sau cronică, sinuzita cronică recidivantă, sinuzita rezistentă la tratamentul medicamentos corect efectuat.

#### Scopul tratamentului chirurgical:

1. Înlăturarea corpurilor străini din sinus.
2. Înlăturarea mucoasei sinuzale modificată patologic.
3. Plastia comunicării.

Cura radicală a sinuzitei perforative presupune: înlăturarea mucoasei modificate și plastia comunicării oro-sinusale.

#### Etapele operației:

1. Prelucrarea cu soluții antiseptice și izolarea câmpului operator.
2. Anestezia de dorit generală sau combinată.
3. Avivarea mărginilor fistulei.
4. Incizia Bernadskii — Zaslavskii (Fig. 6)[9,10]
5. Decolarea lamboului periostal.
6. Trepanarea peretelui anterior a SM.
7. Înlăturarea mucoasei modificate (corpurilor străini) cu îndreptarea la patomorfologie și antibioticogramă.
8. Prelucrăm cu soluții de antiseptici, hemostaza și revizia.
9. Crearea comunicării sinusului cu cavitatea nazală în meatul nazal inferior — rinostoma.
10. Aplicarea tubului ciuruit și meșă iodoformată în sinus care se scoate în fosa nazală (Fig. 7).
11. Suturarea plăgii endobucale, comprese locale.

După datele clinicii ChOMF în 2008 au fost tratați cu leziuni sinuzale 39 pacienți (D. Hițu). Tratamentul chirurgical s-a repartizat în felul următor: — Sinusotomie — 46,15%; — Plastia comunicării — 48,71%; — Sinusotomie și plastii — 33,33% [5].



Fig. 6. A. Incizia Bernadskii-Zaslavskii în SP.



Fig. 6. B. Sutura în SP



Fig. 7. Drenarea cu tub de cauciuc și meșă iodoformată

#### Tratamentul postoperator:

- Liniște, repaus la pat.
- Prelucrarea plăgii operatorii cu antiseptici — zilnic.
- Pungă cu gheață — în primele două zile.
- Lavajul sinusului.
- Tratament medicamentos.
- Alimentare lichidă și semilichidă.
- Evitarea mișcărilor de masticație și sugere, stărnut
- Pentru 2-3 săptămâni se interzice suflarea nasului și clătitul puternic al gurii.

#### Neajunsurile operației:

Traumatizarea mare a țesutului. Deformația procesului alveolar. Vizibilitatea câmpului operator este redusă. Dezgolirea majoră a osului în timpul operației. Distrugerea peretelui anterior al sinusului maxilar. Înlăturarea mucoasei parțiale sau în totalitate. Tamponamentul postoperator. Mobilitatea redusă a lamboului. Amânarea tratamentului ortopedic precoce. Limitează alimentația. Limitează igienizarea cavității bucale. Dereglarea sensibilității. Lipsirea sinusului maxilar de funcțiile fiziologice după operație (drenare, apărare). Lezarea mucoasei în cazul plastiei (deoarece are o mobilitate redusă) COS dacă înțeparea acului se face mai aproape de 1 cm de mărginile plăgii sau tragerea aței este exagerată. În așa cazuri aplicarea suturilor este dificilă sau imposibilă.

Metodele clasice de plastia COS au unele neajunsuri ca, necroza lamboului parțial sau total, respingerea implantului, etc. Toate cele enumerate pot duce la recidiva apariției fistulei COS și sinuzitei.

**Evoluția:** SP tratată corect întotdeauna duce la vindecare. SP tratată incorect sau netratată v-a trece în SPC. Se poate extinde la sinusurile vecine. Rolul stomatologului în diagnosticul și tratamentul SP. Mă-

surile de ameliorare a mediului nu intră în competența și posibilitățile medicului specialist, dar trebuie recomandate organelor abilitate.

#### **Profilaxia:**

Elaborarea măsurilor individuale a metodelor diagnostice, de tratament complex și profilactice cu analiza minuțioasă a factorilor etiologici și mecanismelor patogenice, particularitățile evoluției clinice, dispensarizarea activă a pacienților este cheia succesului la reabilitarea bolnavilor cu leziuni ale sinusului maxilar.

1. Profilaxia afecțiunilor stomatologice.
2. Asanarea afecțiunilor sinuzale-rinite, deviația septului nazal, focarele nazale (etmoidite, frontite).
3. Ridicarea imunității organismului — (somnul liniștit, băi de soare, duș rece, plimbări la aer curat, aerisirea încăperilor).
4. Tratamentul maladiilor generale-rahitism, anemii, anomalii, procese cronice.
5. Alimentația rațională cu excluderea produselor alergizante.
6. Tratamentul maladiilor căilor respiratorii superioare-IVR, gripa.
7. Tratament sau reabilitare în stații balneare.
8. Respectarea tehnicii extracției dentare, manoperelor blânde, folosirea instrumentelor corespunzătoare, excluderea manoperelor rapide, excluderea presiunii exagerate a chiuretajului alveolei.

#### **Complicațiile:**

Chirurgia maxilo-facială se confruntă cu o perioadă de dezvoltare rapidă, care se datorează interacțiunii dintre chirurgia maxilo-facială cu reprezentanți ai altor profesii (otorinolaringologie, oftalmologie, toracice și neurochirurgi). Cu toate acestea, incidența complicațiilor și a rezultatelor nesatisfăcătoare rămâne ridicat. În funcție de mai mulți autori, complicații după intervenții asupra sinusului maxilar apar în 80% din cazuri. Motivul pentru acest lucru, în funcție de opiniile chirurgilor, sunt inciziile vaste ale țesuturilor moi, expunerea extinsă a structurilor osoase, subestimarea caracteristicilor fiziologice de transport activ și aerare a secretului din sinusul maxilar. Prin urmare, de interes major este procedeul endoscopic a sinusului maxilar prin abordări chirurgicale cu incizii mici. Ele sunt utilizate pe scară largă în otorinolaringologie. În chirurgia maxilo-facială tehnicile endoscopice sunt utilizate mai puțin frecvent, cu toate că, potrivit unor autori, acestea pot fi o bază reală pentru dezvoltarea de intervenții minim invazive, care să țină seama de caracteristicile fiziologice ale sinusului maxilar. Spre regret în clinica de chirurgie OMF endoscop nu este.

Sinuzita perforativă ulterior se poate complica cu laringite, faringite, gastrite, abcese, flegmoane, celulite, periostite, oteomielite, inflamații ale orbitei, malignizarea polipilor, anestezii ale buzei superioare și ale dinților prin traumatizarea nervului suborbital, extinderea infecției în alte sinusuri (etmoidite, frontite), dacriocistite. Lezarea arterei sfenopalatine. Nevralgii a nervului trigemen, flebite, tromboflebite. Formarea

cicatricelor postoperatorii, ce creează probleme în tratamentul ortopedic. Emfizem ale țesuturilor moi, ce dispare la 4—5 zile. Formarea cicatricilor postoperatorii care creează probleme în tratamentul ortopedic.

Gulyuk A., (2013) menționează că frecvența recidivelor după plastia chirurgicală a fistule oro-sinusale după ultimile date atinge 50% [3], iar Stephen S. Wallece, (2007) indică o recidivă de 14—56% [7].

#### **Planul prelegerii:**

1. Introducere;
2. Anatomia și interrelațiile SM cu rădăcinile dentare;
3. Definiția, frecvența;
4. Etiologia (cauzele traumatice, infecțioase, tumorale);
5. Anatomia patologică. Patogenia;
6. Clinica;
7. Diagnosticul și diagnosticul diferențiat;
8. Clasificarea;
9. Tratamentul chirurgical;
10. Prognosticul și îngrijirea postoperatorie a bolnavului;
11. Complicațiile;
12. Bibliografia;

#### **Concluzii**

1. Sinuzita perforativă cel mai frecvent apare ca rezultat a odontectomiei dinților 6 și 7.
2. Sinuzita perforativă poate apărea numai în sinusul infectat.
3. Asanarea sinusului maxilar și plastia comunicării este metoda de tratament a sinuzitei perforative.

#### **Bibliografie**

1. Ababii I., V. Popa, M. Maniuc, I. Antohii, A. Sandu, V. Cabac. *Otorinolaringologie*. Centrul Editorial Poligrafic de Medicină al USMF. Chișinău, 2000, 340 pag.
2. Burlibașa, C. *Chirurgie orală și maxilofacială*. București: Editura medicală, 2003. pp. 356 -379.
3. Gulyuk A. G. Clinical experience of surgical treatment of paranasal sinusitis in supramaxillary sinus. *Современная стоматология*. Украина, 2013, Nr. 1, pag. 48 — 54 .
4. Nițu D. Diagnosticul sinusitei odontogene (Prelegere). *Medicina stomatologică* Chișinău 2007 pag. 30-35.
5. Nițu D. Tratamentul sinusitei odontogene (Prelegere.) *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. Chișinău, 2008, Nr. (2)16, Pag. 243-274
6. Nițu I. *Comunicarea oro-antrală*, Teza de licență, 2014, 37 pag.
7. Stephen S. Wallece, Ziv Mazor et all., Schneiderian Membrane Perforation Rate During Sinus Elevation Using Piezosurgery: Clinical Result of 100 Consecutive Cases. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, Volume 27, Number 5, 2007: 413-420.
8. WWW. *Exodontia*. Info/Oro-Antral-Communication.htm].
9. Бернадский Ю. И., Н. И. Заславский. *Одонтогенные гаймориты* Москва 1995.
10. Кручинский Г. В., В. И. Филиппенко. *Одонтогенный верхнечелюстной синусит*. Минск. „Высшая школа“. 1991. 55-56 стр.
11. Малахова М. А. Комплексное лечение больных с хроническим одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом. *Стоматология*, 4, 2005, стр. 24-26.
12. Мухин П. Н. *Пластика oro-антрального сообщения*. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва 2012, стр. 2.

Data prezentării: 30.10.2014

Recenzent: Vasile Cabac