

## Bibliografie

1. Albu Silviu. Symptomatic Maxillary Sinus Retention Cysts: Should They Be Removed? Laryngoscope 120: September 2010.
2. Ash, J. E., and Raum, M.: An Atlas of Otolaryngologic Pathology, Washington, D. C., 1949, Armed Forces Institute for Pathology, p. 149.
3. Bhattacharyyan N. Do maxillary sinus retention cysts reflect obstructive sinus phenomena? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126:1369-71.
4. Casamassimo PS, Lilly GE. Mucosal cysts of the maxillary sinus: a clinical and radiographic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1980;50:282- 286.
5. David G. Gardner, D.D.S., M.S.D.\* and Patrick J. Gullane, M.B. Mucoceles of the maxillary sinus, ORAL SURG. ORAL MED. ORAL PATHOL. 62538-543, 1986
6. Gardner DG, Gullane PJ. Mucoceles of the maxillary sinus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;62:538-43.
7. Gardner DG: Pseudocysts and retention cysts of the maxillary sinus. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 58: 561-567, 1984.
8. Gerlings, P. G., and Hammelburg, Em.: Keel-neus-en oorheekunde, Haarlem, 1969, Erven Bohn N. V., p. 157.
9. Gnepp DR, editor. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. p. 80, 91.
10. Gothberg KA, Little JW, King DR, et al. A clinical study of cysts arising from mucosa of the maxillary sinus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976;41:52-58
11. Gradner DG. Pseudocysts and retention cysts of the maxillary sinus. Oral Surg 1984; 58:561-7.
12. . Gordts F, Clemet PA, Buisseret T. Prevalence of paranasal sinus abnormalities on MRI in non ENT population. Acta Otorhinolaryngol Belg 1995;50:167-70.
13. Hadar T, Shvero J, Nageris BI, et al. Mucus retention cyst of the maxillary sinus: the endoscopic approach. Br J Oral Maxillofac Surg 2000;38:227-229.
14. Halstead CL. Mucosal cysts of the maxillary sinus: report of 75 cases. J Am Dent Assoc 1973;87:1435—1441.
15. Harar RPS, Chadha NK, Rogers G. Are maxillary mucosal cyst a manifestation of inflammatory sinus disease? J Laryngol Otol 2007; 121(8):751-754
16. Holler, W.: ijber Schleimhautretentionzysten der Kieferhiihle, Dtsch. Zahnärztl. Z. 7: 845-854, 1952. Otol. 73: 324-334, 1959.
17. Jong Hwan Wang; Yong Ju Jang; Bong-Jae Lee. Natural Course of Retention Cysts of the Maxillary Sinus: Long-Term Follow-Up Results. Laryngoscope 117: February 2007
18. Kwapis BW, Whitten JB. Mucosal cysts of the maxillary sinus. J Oral Surg 1971;29:561-566.
19. Kadymova, M. I.: Lymphangiectatic (False) Cysts of the Maxillary Sinuses and Their Relation With Allergy, Vestn. Otorinolaringol. (Moskwa) 28: 58-65, 1966.
20. Kanagalingam J, Bhatia K, Georgalas C, et al. Maxillary mucosal cyst is not a manifestation of rhinosinusitis: results of a prospective three-dimensional CT study of ophthalmic patients. Laryngoscope. 2009;119: 8-12.
21. Kaneshiro S, Nakajima T, Yoshikawa Y, Iwasaki H, Tokiwa University of Texas Dental Branch P.O. Box 20068 N: The postoperative maxillary cyst: report of 7 1 cases. J Oral Surg 39: 191-198, 1981.
22. Keidel, W. D.: Kurzgefasstes Lehrbuch der Physiologie, ed. 2, Stuttgart, 1970, G. Thieme Verlag, pp. 114-I 18
23. Lindsay, J. R.: Non-secreting Cysts of the Maxillary Sinus Mucosa, Laryngoscope 52: 84-100, 1942.
24. MacDonald-Jankowski DS. Mucosal antral cysts observed within a London innercity population. Clin Radiol 1994;49:195-8.
25. McGregor, G. W.: Formation and Histologic Structure of Cysts of the Maxillary Sinus, Arch. Otolaryngol. 8: 505-519, 1928.
26. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, Oral and maxillofacial pathology. Philadelphia: WB Saunders Company;1995. p. 231-2.
27. Nicolas Y. Busaba, MD; Salah D. Salman, MD Maxillary Sinus Mucoceles: Clinical Presentation and Long-Term Results of Endoscopic Surgical Treatment. Laryngoscope, 1091446-1449,1999
28. Rhodus NL. The prevalence and clinical significance of maxillary sinus mucous retention cysts in a general clinic population. Ear Nose Throat J 1990;69:82-87.
29. Rogers JH, Fredrickson JM, Noyek AM. Management of cysts, benign tumors, and bony dysplasia of the maxillary sinus. Otolaryngol Clin North Am 1976;9:233-247.
30. Shafer, W. G., Hine, M. K., and Levy, B. M.: A Textbook of Oral Pathology, ed. 3, Philadelphia, 1974, W. B. Saunders Company, pp. 51 I-512.
31. Soikkonen K, Ainamo A. Radiographic maxillary sinus findings in the elderly. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995;80:487-91.
32. Som PM, Shugar JMA: Antral mucoceles: a new look. J Comput Assist Tomogr 4: 484-488, 1980.
33. Strauss, G. D.: Mucosal Cysts of the Maxillary Sinus, Laryngoscope 54: 267-276, 1944.
34. Zizmor J, Noyek AM, Chapnik JS: Mucocele of the paranasal sinuses. Can J Otolaryngol, Suppl. 1, 1974.

## COMPLICAȚIILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR CU PROCESE INFLAMATORII ÎN TERITORIUL ORO-MAXILO-FACIAL

**Simion Levco,**  
asistent universitar

*Catedra de chirurgie  
oro-maxilo-facială  
și implantologie orală  
„Arsenie Guțan”,  
IP USMF „Nicolae  
Testemițanu“*

### Rezumat

Pentru realizarea acestui studiu au fost selectati 12 pacienții cu procese inflamatorii din sectia de chirurgie oro-maxilo-faciala, la care starea generala si locala s-a agravat cu toate că se aflau sub un tratament complex. Ne-am propus să observăm situațiile în care procesele inflamatorii progresează după aplicarea unui tratament complex. În multe cazuri când procesele inflamatorii progresează după aplicarea unui tratament complex, sunt prezente doar manifestările clinice. Adesea leucocitele sunt în scădere, iar tomografia nu relevă colecții purulente. Pacientul poate prezenta o stare subfebrilă. Aceste situații pot crea confuzii medicului în legătură cu planul de tratament.

**Cuvinte-cheie:** procese inflamatorii, complicații, tratament chirurgical.

## Summary

### SURGICAL TREATMENT COMPLICATIONS TO THE PATIENTS WITH INFLAMMATORY PROCESSES IN ORO-MAXILO-FACIAL REGION

For this research were selected 12 patients with inflammatory processes from maxilo-facial-surgery section, whose general and local status were hard affected, although were being under the complex treatment. Were supposed to find out the situations of the progressing of the inflammatory processes after the complex treatment were applied. A lot of cases of progressing of inflammatory processes after the complex treatment, are presented just clinical manifestations. As usually the leukocytes are being decreased and the computer tomography doesn't show any pus collections. The patient can have feverish condition. These situation can create confusion for the doctor to appreciate the plan of the following actions.

**Key-words:** *inflammatory processes, complications, surgical treatment.*

## Introducere

Pacienții spitalizați cu procese inflamatorii în secția de chirurgie oro-maxilo-facială reprezintă aproximativ 60% [3,4]. Mulți cercetători consideră că procesele inflamatorii acute devin o amenințare pentru viața pacienților. Indiferent că aceste procese inflamatorii sunt de origine odontogenă sau neodontogenă ele se pot difuza în spațiile adiacente pe cale directă sau pe traiectul vaselor provocând mediastinite, abcese cerebrale, tromboflebite [5,6].

Diagnosticarea precoce și direcționarea pacienților către instituția specializată este dificilă de multe ori din cauza nefamiliarizării medicilor cu aceste patologii.

Criterii în stabilirea gravității unei infecții: rapiditatea cu care s-au instalat fenomenele clinice, dificultăți funcționale severe în respirație, deglutiție și masticăție, interesarea lojilor și spațiilor din părțile moi perimaxilare, febra, anamneza a stabilit deficiențe ale capacității proprii de apărare [1].

Infecțiile acute bacteriene generalizate care progresa pe parcursul tratamentului se pot datora: impactul medicamentelor antimicrobiene asupra florei patogene a bolnavilor, schimbarea susceptibilității organismelor umane la infecții, comportamentul favorizant infectării al unor categorii de populație [2].

Cauzele eșecului în tratamentul supurațiilor pot fi: tratament chirurgical neadecvat, apărarea proprie deficitară, lipsa unui tratament medicamentos adecvat, deshidratarea, existența unor corpi străini care întretin procesul supurativ [1].

## Scopul

Determinarea situațiilor în care procesele inflamatorii progresa după aplicarea unui tratament complex.

## Materiale și metode

Acest studiu a fost efectuat pe 12 pacienți cu abcese și flegmoane, la care tabloul clinic a progresat după acordarea unui tratament complex. Toți pacienții au fost internați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială a Institutului de Medicină urgentă IMSP, în anul 2016. În studiu au fost incluși pacienți fără maladii sistemice. Pacienții au fost investigați clinic și paraclinic. În urma examenului local s-a examinat limitele de răspândire a colecției purulente, dimensiunile edemului, zonele guroase, gradul de afectare a funcțiilor sistemului stomatognat.

În investigațiile paraclinice s-a efectuat: analiza generală a sângelui, electrocardiograma, grupa sângelui, glicemia, timpul de coagulare, ortopantomografia. În urma examinării pacienților a fost stabilit gradul de afectare a stării generale și apreciat diagnosticul. Tratamentul chirurgical, care a constat în incizia și drenarea spațiilor implicate în ziua adresării, iar tratamentul medicamentos în administrarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune, antimicotice, dexintoxicante, analgetice. Datele obținute au fost analizate și comparate.

## Rezultate și discuții

Toți pacienții cu procese inflamatorii acute purulente care s-au adresat la Institutul de Medicină Urgentă au beneficiat de tratament complex. Cu toată atenția acordată pacienților de către personalul medical există situații în care tabloul clinic al proceselor inflamatorii tinde să progreseze, iar starea generală a pacienților să se agraveze.

Cel mai frecvent tind să progreseze abcesele șanțului mandibulo-lingual după efectuarea inciziei și drenării colecției purulente cu acces endooral, acest proces observându-se la 4 pacienți. A fost observată doar o singură situație în care procesul inflamator a progresat la un pacient cu același diagnostic, la care incizia și drenarea colecției purulente a fost efectuată atât endo cât și exooral. Spațiile în care se răspîndesc procesele inflamatorii din lojele sublinguale sunt spațiul submandibular și spațiul submentonier.

Progresarea colecțiilor purulente localizate în spațiul jugal, la pacienții care au beneficiat de tratament chirurgical pe cale endoorală, a fost observată la 3 pacienți. În aceste situații, cu toate că procesul inflamator a progresat, nu au fost implicate spațiile vecine, dar a fost necesar efectuarea inciziilor și drenării colecției purulente pe cale exoorală.

La pacienții cu abces submandibular, care au beneficiat de tratament chirurgical a fost observată răspîndirea spre spațiile laterofaringial și submentonier pe aceeași parte afectată la 3 pacienți.

Din pacienții analizați un singur pacient cu diagnosticul de: „Abces cervical lateral pe dreapta, după tratamentul chirurgical, starea locală și generală s-a agravat, iar colecția purulentă s-a răspîndit spre spațiile submandibular, submentonier, și laterofaringian pe dreapta. La fel un singur pacient cu diagnosticul de flegmon odontogen labumandibular, submentonier, și

laterofaringian pe stânga s-a complicat cu mediastenită posterioară.

În majoritatea cazurilor în urma progresării unui proces inflamator, la examenul clinic al pacientului se observă că edemul și aria de indurație se maresc în dimensiuni, durerile cresc. Starea generală a pacienților se agravează, febra și leucocitele sunt în creștere. Cu toate că investigațiile paraclinice în majoritatea cazurilor sunt informative în ceea ce privește evoluția patologiei, sunt situații în care din cauza imunității deficitare a pacienților, febra sau numărul leucocitelor să fie în normă, în asemenea situații ne ghidăm după examenul clinic sau tomografia computerizată și ultrasonografia.



**Fig.nr.1** Răspândirea colecțiilor purulente în spațiile învecinate după un tratament complex



**Fig.nr.2** Drenarea spațiilor în care a progresat procesul inflamator

### Importanța practică

În situația în care știm care procese inflamatorii are șanse mai mare să se raspândească în spațiile învecinate ne face mai vigilenți în raport cu ele. Astfel putem preveni uneori anumite complicații.

### Concluzii:

1. Procesele inflamatorii pot progresa chiar și după aplicarea unor tratamente complexe.
2. Pacienții cu procese inflamatorii necesită o atenție deosebită din partea personalului medical.
3. În ultimul deceniu evoluția proceselor inflamatorii este mult mai imprevizibilă.
4. Administrarea antibioticelor trebuie să fie în concordanță cu antibiograma și starea generală a pacientului.

### Bibliografie

1. Burlibașa C., Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală, București 2007.
2. Pricop M., Urtilă E., Infecțiile Buco-Maxilo-Faciale, Helicon, Timișoara 1994.
3. Дмитриева Н.А. Гнойно-воспалительные осложнения челюстно-лицевой области, структура их возбудителей и возможные пути профилактики // Автореферат на соиск. уч. степ. К.М.Н. М., 1993.
4. Шаргородский А.Г. Воспалительные процессы и заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи // М.: ГОУ-ВУНМЦ РФ, 2001.
5. Бажанов Н.Н. Стоматология: учебник, 6-е изд. М.: ГЭОТАР - мед., 2001. -С.162-172.
6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М., 2003.9 7. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. Изд. 2-е, перераб. и доп. -М.: Медицина, 2000.