

# CORP STRĂIN ÎN CAVITATEA SINUSULUI MAXILAR DREPT COMPLICATĂ CU SINUSITĂ MAXILARĂ ODONTOGENĂ - CAZ CLINIC

Alexandru Sandul, Sergiu Vetrician, Andrei Bajureanu, Andrei Antohi,  
Eduard Cernolev, Aurelia Iacubitchi, Ala Istratenco  
Catedra Otorinolaringologie USMF „N. Testemițanu”

## Summary

### *Foreign body in the right maxillary sinus cavity complicated with odontogenic maxillary sinusitis – clinical case report*

This article represents the authors' personal experience regarding the problem of the solving in benign sinus pathology and foreign bodies located in the maxillary sinus cavity using the function endoscopic sinus surgery method which allows both a good visualization of the problem, as well as its solution much easier for both the doctor and for the patient. A clinical case of a patient with a foreign body the maxillary sinus is analyzed. We presented clinical, endoscopic, computerized tomography data and the treatment results.

## Rezumat

Articolul reprezintă experiența personală a autorilor cu privire la rezolvarea patologiei benigne sinusale precum și a corpurilor străini situați în cavitatea sinusului maxilar prin metoda endoscopică care permite atât vizualizarea bună a problemei, cât și soluționarea ei mult mai simplă atât pentru medic cât și pentru pacient. Este analizat un caz clinic al unui pacient cu corp străin al sinusului maxilar. Am prezentat datele clinice, endoscopice, computer tomografice și rezultatele tratamentului.

## Introducere

Sinusurile paranazale sunt cavități aerate situate în interiorul oaselor feței, care se dezvoltă ca anexe ale cavității nazale și comunică cu aceasta pe tot parcursul vieții. Sinusurile maxilare și etmoidale sunt prezente de la naștere; sinusurile frontale și sfenoidale se dezvoltă după vârsta de 2 și respectiv 7 ani. Ca și fosele nazale, sinusurile sunt căptușite cu epiteliu de tip respirator care include celule producătoare de mucus și celule ciliate. Pătura de mucus este împinsă către orificiile sinusurilor (ostia) cu o viteză de până la 1cm/min prin mișcările cililor. Creșterea duratei transportului mucociliar sau - și mai important - obstruarea orificiilor sinusurilor poate duce la retenția secrețiilor și sinuzită.

Sinuzita maxilară este o afecțiune frecventă, este urmată ca incidență de sinuzitele etmoidale, frontale și sfenoidale. Conform datelor din literatură de specialitate infecțiile dentare determină 5-10% din totalul cazurilor de sinuzită maxilară [15,16]; rădăcinile dinților posteriori ai arcadei superioare (al doilea premolar, primul și al doilea molar) se învecinează cu podeaua sinusului maxilar. În urma extracțiilor dentare se pot forma fistule oro-sinusale, ele reprezentând un factor etiologic important în apariția sinuzitei maxilare cronice odontogene.

Comunicările oro-sinusale reprezintă soluții de continuitate între cavitatea orală și sinusul maxilar, aceste comunicări producându-se prin desființarea unui perete osos care separă anatomic cele 2 cavități anatomice. Acestea se produc cel mai frecvent în timpul extracției dinților cu raport sinusal. Frecvența crescută a comunicărilor oro-sinusale în urma extracțiilor dentare se datorează în primul rând variațiilor anatomice ale podelei sinusului maxilar de la acest nivel, aceasta poate avea dimensiuni cuprinse între 0,2 și 0,16 mm. În aceste condiții, un sinus maxilar voluminos se poate extinde până la nivelul apexurilor dentare, putând pătrunde chiar între spațiile interradiculare ale molarilor și premolarilor superiori. Existența unui proces periapical cronic în această situație crește riscul deschiderii sinusului maxilar în timpul extracției dentare.

Cazurile accidentale a extracției dentare mai pot provoca și prezenta corpului străin în sinusul maxilar în urma propulsării rămășițelor dentare prin peretele sinusului în cavitatea lui provocând sinusita mxilară cronică odontogenă.

Pentru explorarea și tratamentul chirurgical al sinusitei maxilare cronice și extragerea corpurilor străine a sinusurilor maxilare se folosește tehnica endoscopică, aplicată pentru prima dată de către Prof. Messerklinger în anii 1960-1970 [3,10]. Ulterior, cel care a contribuit hotărâtor la popularizarea noilor metode de diagnostic și tratament a fost Prof.Heinz Stammberger, acesta realizând totodată și o lărgire considerabilă a ariei lor de aplicare[2,4,6,8,9].

În cele ce urmează vă vom prezenta experiența clinicii SCR cu privire la intervențiile chirurgicale endoscopice realizate la nivelul sinusului maxilar.

### Caz clinic

Pacienta Z.N. în vârstă de 22 ani, din mediu rural, a fost internată în clinica ORL a Spitalului Clinic Republican cu următoarele acuze: cefalee fronto- maxilară pe dreapta, rinoree muco-purulentă pe dreapta, obstrucție nazală. Simptomatologia a apărut în urma cu 2 săptămâni. Din antecedente aflăm că o lună în urmă a suportat la stomatolog o extracție dentară care s-a sfârșit cu fracturarea dintelui și propulsarea rădăcinii în cavitatea sinusului maxilar formând o fistulă oro-maxilară. Fistula a fost suturată.

Examenul ORL - la rinoscopie mucoasa nazală roz-pală, în miatul nasal mediu drept eliminări mucopurulente. La percuția regiunii sinusului maxilar drept sunt prezente senzații neplăcute, dureri moderate.

Examenul hematologic- în limitele normei.

Examenul computer tomografic : se determină opacifierea sinusului maxilar drept cu prezența corpului străin în cavitatea lui (fig.1),(fig.2),(fig.3).

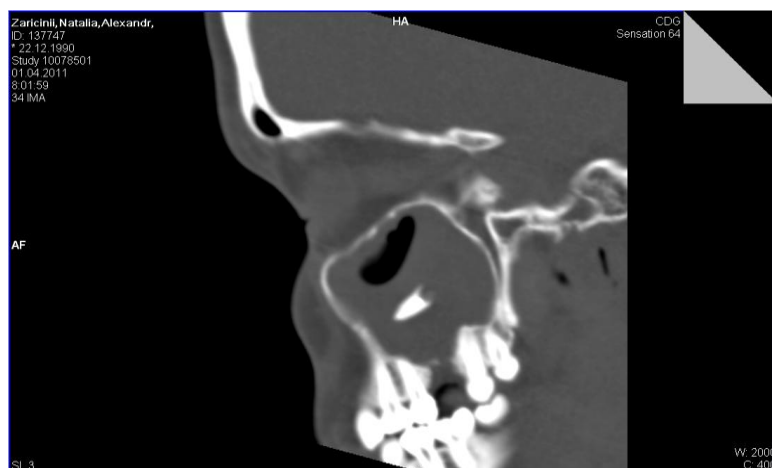


Fig.1



Fig.2

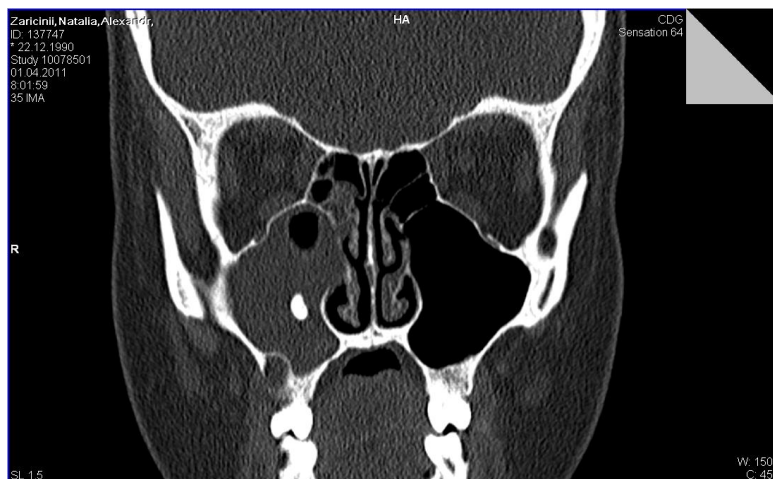


Fig.3

A fost efectuată puncția și lavajul sinusului maxilar drept cu soluție betadină 1:20. În soluția de lavaj eliminări purulente cu miros fetid. În cavitatea sinusului s-a introdus soluție cu antibiotic+ hormon+ferment cu scop de sanare, volumul sinusului 7ml.

Puncțiile sinusului maxilar au fost repetate pînă la sanare (nr.3). Ulterior pacienta a suportat o intervenție chirurgicală: ablația endoscopică a corpului străin a sinusului maxilar drept prin microghaimorotomie endoscopică, operația s-a realizat sub controlul sedoanalgeziei și anesteziei locale. Calea de abord a fost reprezentată de fosa canină (metoda descrisă de Illum[5,6] și apoi de Draft [3] și Stammberger[9]). Peretele anterior al sinusului maxilar la acest nivel a fost perforat cu ajutorul trocarului executînd ușoare mișcări de rotație în jurul axului. Trocarul a fost poziționat în porțiunea superolaterală a fosei canine. După aspirarea sângelui din cavitatea sinusală, examinarea pereților sinusului maxilar s-a realizat cu ajutorul endoscopului rigid de 30 grade. Cu ajutorul pensei Blakseley a fost extras corpul străin din sinusul maxilar (radacina de dinte). Plaga a fost suturată și prelucrată cu soluție betadină. Postoperator s-a administrat tratament antibacterian și antiinflamator, topic: intranasal spray vasoconstrictor și soluții saline. Evoluție favorabilă. Pacienta a fost externată la domiciliu în stare satisfăcătoare.

### Discuții

Studierii problemei de diagnostic, tratament și profilaxia sinusitelor maxilare odontogene sînt consacrate un șir de lucrări științifice [11,12,13,14]. Din păcate otorinolaringologii nu în totdeauna apreciază corelația dintre patologia dentară și cea sinusală confundînd în multe cazuri sinusita purulentă cu cea odontogenă.

Din cele expuse mai sus concluzionăm că pătrunderea corpurilor străine (material de plombaj, radacini dentare) în cavitatea sinusurilor maxilare duce la dezvoltarea proceselor inflamatorii supurative .

Rezolvarea cazurilor de corpi străini la nivelul sinusului maxilar prin chirurgia endoscopica rinosinusală prezintă avantaje incontestabile[8, 10, 12]. Pînă la apariția chirurgiei endoscopice, abordarea sinusului maxilar prin metoda Caldwell-Luc reprezintă singura posibilitate de rezolvare a patologiei de la acest nivel.

Dezavantajele metodei Caldwell-Luc sunt bine cunoscute [2]:

Incidente și accidente intraoperatorii

- hemoragii prin: - arteriole intraosoase cu ocazia deschiderii peretelui anterior; lezarea arterei maxilare prin efracția peretelui posterior;
- realizarea unor căi false prin efracția peretelui posterior cu leziuni în fosa pterigo-palatină sau infratemporală sau a peretelui superior cu leziuni orbitare;
- lezarea canalului lacrimo-nazal ca urmare a efectuării unei comunicări intersinuso-nazale prea înalte;

- la nivelul orbitei se pot întâlni: traumatisme ale musculaturii oculare extrinseci cu instalarea consecutivă a unei diplopii, traumatisme ale globului ocular ce pot merge până la cecitate;
- lezarea pachetului vasculo-nervos suborbitar prin neidentificarea sa sau neprotejarea sa în timpul intervenției chirurgicale, ceea ce duce la hemoragie intraoperatorie și creează, postoperator, nevralgii suborbitare;

### Concluzii

- abordarea endoscopică a patologiei benigne a sinusului maxilar, precum și a corpurilor străini intracavitari, prezintă avantaje deosebite
  - traumatizm minimal, scurtarea duratei de spitalizare, absența nevralgiilor sau paresteziilor geniene postoperatorii.
- sinusoscopia poate fi folosită și pentru prelevarea materialului bioptic în cazul leziunilor suspecte;
- intervenția chirurgicală este de scurtă durată, se poate realiza în condiții optime și cu anestezie locală, acest aspect fiind important în cazul pacienților cu patologii asociate cu contraindicații la anestezia generală .

### Bibliografie

1. Bernal-Sprekelsen, M., Kalweit, H., Welkoborsky, H.J. – „Discomforts after endoscopy of the maxillary sinus via canine fossa”, *Rhinology*, 1991 Mar; 29(1):69-75.
2. Cummings, Ch. and colab – „Otolaryngology Head and Neck Surgery”, third edition, vol II, Mosby, 1998, pag. 1059-1188.
3. Draf, W., Pohl, W.E. – „Endoscopy of the Paranasal Sinuses: Technique, Typical Findings, Therapeutic Possibilities”, Berlin. New York; Springer-Verlag, 1983.
4. Gilbert, J.C. – „Sublabial sinuscopy”, *Laryngoscope*, 1990 Jun; 100(6):659-60.
5. Illum, P., Jeppesen, F., Langebaek, E. – „Results obtained by x-ray examination and sinuscopy in diseases of the maxillary sinus”, *Nord Med.* 1971 Nov 25; 86(47):1402-3.
6. Illum, P., Jeppesen, F. – „Sinuscopy: endoscopy of the maxillary sinus. Technique, common and rare findings”, *Acta Otolaryngol* 1972 Jun; 73(6):506-12.
7. Laranne, J.E., Penttila, M.A., Paakkala, T.A., Pukander, J.S., Karma, P.H. - „Diagnostic value of plain radiographs in chronic maxillary sinusitis: a comparison between radiological and endoscopic findings in 75 patients”, *Rhinology*, 1992 Sep; 30(3):205-15.
8. Reintanz, G. – „Training and technique of maxillary sinus sinuscopy”, *Laryngorhinootologie*, 1991 Oct; 70(19):575.
9. Stammberger, H.R. – *Functional Endoscopic Sinus Surgery. The Messerklinger Technique*, Philadelphia: B.C. Decker, 1991.
10. Tingsgaard P.K., Larsen, P.L. – „Chronic unilateral maxillary sinusitis caused by foreign bodies in the maxillary sinus”, *Ugeskr Laeger*, 1997 Jul 7; 159(28):4402-4.
11. Ашмарин, М. П. Щадящий вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи / М. П. Ашмарин // *Рос. ринология*. 1999. - №2. - С.38-39.
12. Вернадский, Ю. И. Одонтогенные гаймориты / Ю. М. Бернадский.-М., 1968.- 136 с.  
Богатов, А. И. Оптимизация комплексного лечения больных с острыми и обострением хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов / А. И. Богатов // *Актуал. вопр. соврем, стоматологии*. Самара; 2000.- С. 81-83.
13. Богатов, А. И. Снижение травматичности при выполнении синусотомии на верхней челюсти / А. И. Богатов // *Актуал. вопр. соврем, стоматологии*. Самара, 2000. - С.89-90.
14. Голубева, Г. И. Рентгенодиагностика одонтогенных поражений верхнечелюстных пазух / Г. И. Голубева // *Актуал. вопр. рентгенологии, физиотерапии и функционал, диагностики в стоматологии* : сб. статей / Г. И. Голубева. М., 1988.-С. 18-20.
15. Бажанов, Н. Н. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Н. Н. Бажанов, В. А. Козлов, Т. Г. Робустова // *Стоматология*. -1997. №2. - С. 15-19.

16. Псахис, Б. И. О некоторых физиологических свойствах слизистой оболочки носа и их изменениях при хронических ринитах и синуситах / Б. И.

## **TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PERFORAȚIEI SEPTULUI NAZAL. EXPERIENȚA NOASTRĂ**

**Alexandru Sandul, Ghenadie Sandul, Tatiana Rotari, Istratenco Ala, Alexandru Didencu**  
Catedra otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Surgical treatment of nasal septal perforation. our experience***

Nasal septum perforation is frequently encountered in practical otorhinolaryngology pathology, where the two nasal cavities communicate, leading to changes in inspired air flow and pressure. The technique Cottle by closed method (for small and medium perforations) or open (for large perforations). was used as a method of treatment the study lasted during the years 2009-2011. It included 31 patients (19 men and 12 women), with the average age 36 .

### **Rezumat**

Perforația septului nazal este o patologie frecvent întâlnită în practica otorinolaringologică, prin care cele două cavități nazale comunică, conducând la modificarea debitului și presiunii aerului inspirat. Ca principiu de tratament s-a utilizat tehnica Cottle, prin metoda închisă

(pentru perforațiile mici și medii) sau deschisă (pentru perforații mari). Studiul a durat pe perioada anilor 2009-2011. A cuprins 31 de pacienți ( 19 bărbați și 12 femei), vârsta medie 36 ani.

### **Actualitatea**

Perforația septului nazal este un defect la nivelul suprafeței cartilajului patrulater, fiind un diagnostic dificil de stabilit datorită multiplelor cauze posibile. Elucidarea cauzei necesită obținerea datelor anamnestice. Mucopericondrul septului nazal face aportul de sânge pentru cartilajul quadrulater, orice acțiune chimică, curățarea nazală digitală agresivă, fizică sau iatrogenă asupra lui poate conduce la dezvoltarea perforațiilor septale.

Evoluția acestei maladii este de obicei asimptomatică, apărând ca complicație a chirurgiei nazale cum ar fi septoplastie sau rinoplastie. Totuși unii pacienți pot prezenta acuze de obstrucție nazală, formare de cruste, episoade intermitente de epistaxis, drenaj urât mirositor din nas sau un sunet de fluierat pe durata respirației. Toate perforațiile simptomatice necesită tratament chirurgical (prin metodă deschisă sau închisă).

Datele anamnestice sânt importante în asocierea perforațiilor nazale cu multiple afecțiuni sistemice. Bolile inflamatorii cum sunt bolile vasculare ale colagenului, sarcoidoza, granulomatoza Wegener pot determina perforațiile septale. Procesele infecțioase cum este tuberculoza, sifilisul, bolile fungice pot determina apariția perforațiilor septale.

Cauzele traumatiche de perforație septală pot fi divizate în externe, interne, iatrogene. Trauma externă include fractura nasal-septală. Un hematom septal determină supradenivelarea mucopericondrului de pe cartilaj, ischemia și necroza secundară a cartilajului cu perforație secundară. Trauma internă cum este manipularea digitală, care poate determina perforația septală. Trauma iatrogenă include septoplastie în anamneză, cauterizare pentru epistaxis și intubarea nazotraheală.

Folosirea cronică de spray-uri nazale vasoconstrictive și/cu corticosteroizi poate determina perforații septale. Expunerea la noxe chimice, uleiuri minerale, vopsele pot determina dezvoltarea apariției acestei afecțiuni. Evitarea factorului etiologic este de importanță majoră în evoluția acestei maladii , dacă pacientul are în anamneză abuz de droguri, decongestionante sau