

## DIAGNOSTICAREA TIMPURIE ȘI TRATAMENTUL COMUNICĂRII ORO-SINUSALE

**Cornel Cazacu, Cebotari Mihai, Vlas Vasile, Pancenco Anatolie,  
Bicer Constantin, Hîțu Ilie**

(Conducator științific – Dumitru Hîțu, dr., conf. univ.)

Catedra chirurgie oro-maxilo-facială

și implantologie orală “Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”,  
CNPȘMU, IMSP Centrul Stomatologic Municipal

### Summary

#### *Early diagnosis and treatment of oroantral communication*

Increased frequency of oral-sinus communication (OSC), especially after upper molar extraction - up to 56% of cases requires the fore forecasting, correct diagnosis and choice of appropriate treatment method. The basic method for predicting OSC remains radiography of the target tooth region. A key factor in the emergence of OSC is the periapical infection. The Valsalva test has a special role in diagnosing OSC. According to the clinical aspect, the appropriate treatment, which may be conservative, surgical or orthopedic, is selected. The most common treatment is the surgical one - creating a flap covering the defect. Large communications can be treated orthopedically.

### Rezumat

Frecvența crescută a comunicărilor oro-sinusale, în special în urma extragerii molarilor superiori – pîna la 56% cazuri, impune pe prim plan prognozarea, diagnosticarea corectă și alegerea metodei de tratament corespunzătoare. Metoda de bază pentru prognozarea COS rămîne a fi radiografia în regiunea dintelui țintă. Un factor determinant în apariția COS este și infecția periapicală. Un rol aparte îl are proba Valsalva în diagnosticarea COS. În funcție de tabloul clinic se alege metoda de tratament corespunzătoare, care poate fi conservativ, chirurgical cât și ortopedic. Tratamentul cel mai des utilizat este cel chirurgical prin crearea unui lambou ce sigilează defectul. Comunicările largi pot fi tratate ortopedic.

### Actualitatea temei

Frecvența crescută a comunicărilor oro-sinusale (COS) în urma extracțiilor dentare se datorează în primul rând variațiilor anatomice ale podelei sinusului maxilar, aceasta putînd avea dimensiuni cuprinse între 0,2 și 1 mm [9]. Unele studii arată că frecvența acestora în timpul extracției molarului 1 superior este de 56% [4], iar tipul cel mai frecvent întilnit al sinuzitei odontogene este cel perforativ ( 41,2% - 91,7%) [7].

### Scopul

Prognozarea, diagnosticarea și acordarea tratamentului necesar pacienților cu COS.

### Obiective

1. Aplicarea metodelor de diagnosticarea a COS de către fiecare medic stomatolog, pentru acordarea cât mai timpurie a ajutorului necesar sau îndreptarea pacientului către chirurgul maxilo-facial.
2. Înșușirea de către chirurgul maxilo-facial a metodelor de tratament a COS.

### Material și metode

Pe parcursul anului 2012 au fost examinați 15 pacienti la care s-a depistat comunicare oro – sinusală ce s-au tratat în IMSP Centrul Stomatologic Municipal. Din fișele de observații am studiat: vârsta pacienților, sexul și regiunea dintelui în care s-a produs comunicarea oro-sinusală, metodele de tratament.

## Rezultate

Au fost examinați 15 pacienți cu vârsta cuprinsă între 22 – 55 ani dintre care 6 - bărbați cu vârsta cuprinsă între 25 – 55 ani ( 40% ) și 9 - femei cu vârsta cuprinsă între 22 – 40 ani ( 60% ). La bărbați cel mai frecvent a apărut comunicarea la următorii dinți : M1 – 67%, M2 – 33%. La femei comunicarea a apărut de la următorii dinți: M3 – 45%, M1 – 33%, M2 – 11%, preM1 – 11%. Metoda de tratament chirurgicală a fost utilizată în 10 (66,6%) cazuri.

## Discuții

O entitate aparte este reprezentată de comunicarea oro-sinusală (oro-antrală), care reprezintă o soluție de continuitate între cavitatea orală și sinusul maxilar. Localizările cele mai frecvente sunt pe creasta alveolară („fistule joase”), mai rar în vestibul („fistule înalte”) sau în bolta palatină[8]. Aceste comunicări se produc prin desființarea peretelui osos care separă anatomic cavitatea orală de cavitatea sinusală. Comunicările oro-sinusale se produc cel mai frecvent în timpul extracției dinților cu raport sinusal, acestea reprezentând un factor etiologic important în apariția sinuzitei maxilare cronice de cauză dentară.

După etiologie deosebim COS: traumatică, infecțioasă, specifică, tumorală. Factorii cei mai frecvenți ce duc la apariția defectului în timpul extracției dentare sunt:

- Extracțiile dificile, hipercimentoza rădăcinii.
- Aplicare forței exagerate în timpul extracției rădăcinii molarilor și premolarilor superiori cu elevatorul (Fig 1.1).

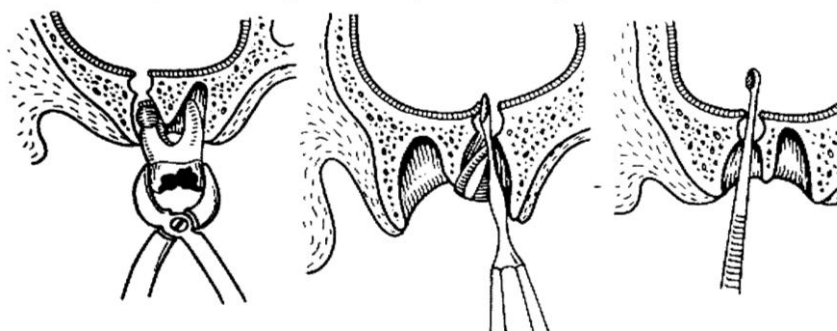


Fig 1.1 Crearea accidentală a COS în timpul extracției dentare

- Propulsarea rădăcinii în sinusul maxilar.
- Densitatea osului și grosimea podelei sinusului.
- Dimensiunile dinților și configurația rădăcinilor.
- Asocierea cu inflamația apicală (fig 1.1).
- Prezența chisturilor radiculare.
- Folosirea instrumentelor uzate, necorespunzătoare;
- Chiuretajul exagerat (fig 1.1).

Efectuarea controlului radiologic anterior oricărei manopere la grupul lateral de dinți superiori pune în evidență pentru medic prezenta oricărui din factorii determinanți ai COS. Aceasta va determina medicul să ia măsuri de precauție sau să fie pregătit pentru o eventuală comunicare oro-sinusală. Pe radiografia cu film retroalveolar – putem vizualiza fundul alveolei și raportul ei cu sinusul, eventualii corpi străini din jurul planșeului sinusal. O altă metodă este radiografia sinusului maxilar, pe care putem observa procesele din sinusuri în întregime.

Ortopantomografia – ofera o imagine mai largă asupra alveolei dinților implicați și sinusului maxilar și poate fi utilizat la diagnosticul diferențial.

Radiografia cu substanță de contrast - poate fi utilizată la diagnosticul diferențial al chistului fistulizat.

### **Diagnosticul pozitiv COS**

- Comunicarea a apărut în timpul unei manopere la grupul lateral de dinți superiori;
- Semnul Valsalva pozitiv sau fals negativ - pacientul suflă nasul cu nările pansate 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. Această metodă trebuie folosită cu prudență, deoarece se poate infecta sinusul cu flora orală și se poate lărgi soluția de continuitate a mucoasei sinusale.
- Cateterizarea cu o sondă butonată releva lipsa continuității osoase sau mucoasei sinusului – evidențiază o senzație de „cădere în gol”;
- Rinolalee – schimbarea tembrului vocal.
- Eliminarea sîngelui prin fosa nazală după extracția dentară (unilateral). Eliminarea sîngelui din alveola dintelui extras cu bule de aer.
- În timpul lavajului alveolei lichidul nimerște în cavitatea nazală.
- Examinarea dintelui extras relevă prezența unui fragment osos atașat la apex, sau cel mai frecvent, a unui granulom sau chist care a erodat peretele sinusului[1];
- Controlul radiologic ce denotă prezența rădăcinii în sinusul maxilar;

### **Tactica medicului în caz de COS**

#### *Anestezia:*

- tronculară infraorbitală
- infiltrație anestezică submucoasă
- cazuri deosebite – anestezie generală

#### *Tratamentul:*

- Protetic
- Chirurgical

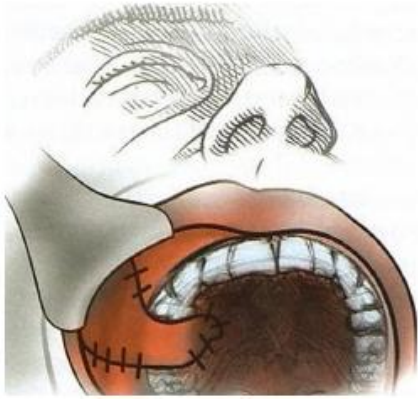
#### *Tratamentul protetic:*

- Se aplică în cazul comunicărilor mari ce nu pot fi închise prin mijloace chirurgicale;

Tratamentul COS se alege în conformitate cu localizarea fistulei, dimensiunile ei, starea sinusului maxilar și factorul ce a produs comunicarea. În cazul deschiderii accidentale și orificiul nu este mai mare de 2 mm atunci se recomandă aplicarea în alveolă a unei mese iodoformate pentru formarea unui cheag normal de sânge [10]. Pacientului i se dau recomandări să ia anumite măsuri: evitarea suflăturii nasului, strănutatul și băutul cu paiul timp de 3-4 săptămâni iar alimentația trebuie să fie lichidă sau semilichidă în primele 3 zile. Fistulele mici pot deseori să nu fie observate de către medic, acestea obliterându-se de sine statator, fără complicații.

Dacă deschiderea sinusală este medie, de 2-6 mm, se impune aplicarea unor măsuri suplimentare pentru menținerea cheagului, care constau în primul rând - sutura margino-marginală a gingivomucoasei alveolei postextracționale. Preventiv prelucrăm cavitatea bucală cu soluții antiseptice, înlăturăm corpii străini. Supraalveolar se va aplica o meșă iodoformată menținută cu ligatură de sârmă „în 8” pe dinții vecini, sau o gutieră confecționată extempore, sau, dacă este posibil, o placă palatinală acrilică de protecție confecționată în regim de urgență. Plaga va fi protejată astfel pentru 5-7 zile, pacientul fiind instruit să respecte recomandările expuse anterior. Este necesară profilaxia sinuzitei maxilare prin prescrierea unui decongestiv nazal pentru a reduce edemul mucoasei sinusale (pentru a evita obstruarea ostiumului), și antibiotice (3-lactamine, cefalosporine, macrolide sau lincomicine), timp de 5-7 zile.

Dacă deschiderea sinusală este mare, de peste 7 mm, se recomandă plastia comunicării într-unul sau două planuri, cu lambou vestibular sau palatinal. În dependență de mărimea și localizarea defectului, starea tesuturilor inconjuratoare, prezența sau absența dinților învecinați și experiența chirurgului se va alege și se va confecționa tipul de lambou pentru plastia comunicării oro-sinusale.



**Fig. 1.2 Închiderea COS cu ajutorul lamboului vestibular**

Cel mai des se utilizează plastia într-un singur plan. Se recomandă decolarea unui lambou trapezoidal din sacul vestibular (fig 1.2). Există posibilitatea creării lamboului dreptunghiular palatinal. Atât cel palatinal cât și vestibular trebuie să concidă cu spațiu interdentar și să nu fie în tensiune [2].

#### *Plastia comunicării în două planuri*

Este mai dificilă, dar mai sigură decât cea într-un singur plan. Planul sinusal (profund) rezultă prin alunecarea și răsturnarea unui lambou de mucoasă vestibulară, astfel încât fața mucozală a acestui lambou să fie orientată către sinus, iar cea sângerândă către cavitatea orală. Planul oral (superficial) va fi reprezentat de un lambou palatinal, de cele mai multe ori cu pedicul posterior, care va fi rotat pe suprafața sângerândă formată de planul profund și suturat

fără tensiune [1]. Fixarea și suturarea marginilor plăgii se va face în poziție anatomică, fixând în prealabil punctele cheie ale feței: pliurile naturale, liniile cutaneo mucosae, santurile vestibulare [5].

Propulsarea rădăcinii în sinus necesită un control radiologic al sinusului maxilar afectat din 2 incidențe, frontală și laterală, pentru a determina localizarea rădăcinii. Se recomandă extracția acestuia în condiții de staționar [8].

### **Concluzii**

1. Este obligator de a realiza un control radiologic anterior oricărei manipulări la nivelul dinților laterali superiori. Acesta poate fi atât un control radiologic sectorial, ortopantomograma, radiografia sinusului maxilar cât și metode mai avansate ca tomografia computerizată. Iar după extracție este necesar de efectuat proba Valsalva și ceretarea alveolei cu o sonda butonată.

2. Tratamentul COS se alege în dependență de tabloul clinic. Comunicările de dimensiuni mici pînă la 2mm se pot vindeca de sinestătător, însă cele mai mari au nevoie de o intervenție chirurgicală, fiind sigilate cu un lambou din țesuturile mucoase învecinate. Defectele de dimensiuni mari se tratează prin metoda ortopedică. Orice tip de tratament trebuie să fie unul complex pentru a evita complicațiile ulterioare.

### **Bibliografie**

1. Bucur Alexandru, Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, 2009, p305
2. Ganuta N. Chirurgie oro – maxilo – facial vol. II Bucuresti 2003, p. 375 – 379.
3. Gary F. Bouloux Complications of Third Molar Surgery, 2007, p124;
4. Peter A., Oroantral Communication, Oral Surgery Journal, 1980, p351;
5. Railean S., Lupan I., C. Poștaru, I. Bușmachi, Curs practic de chirurgie orală și maxilo-facială pediatrică,; USMF "Nicolae Testemițanu". - Chisinau : Medicina, 2009, p 49, 127;
6. Бернадский Ю.И. 1999 г Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области,
7. Малахова М. А., Пластическая хирургия, 2005 Москва, p110;
8. Робустова Т. Г., Наумов П. В., Хирургическая стоматология, 1981 p 125;
9. Робустова Т. Г., Хирургическая стоматология, 2010, p150;
10. Шаргородский А.Г. Хирургическая стоматология, 1972, p 51;