



DOI: 10.5281/zenodo.3979726

UDC: 616.216.1-002-036.22-07

CONDIȚII EPIDEMIOLOGICE, BACTERIOLOGICE ȘI CLINICE ÎN SINUZITA MAXILARĂ ODONTOGENĂ

EPIDEMIOLOGICAL, BACTERIOLOGICAL AND CLINICAL CONDITIONS IN ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

Eusebiu Sencu¹, dr. în șt. med., conf. univ., **Victor Enachi**¹, doctorand, **Vadim Cernei**¹, medic rezident, **Daniela Verdeș**², studentă anul VI

¹ *Catedra de Otorinolaringologie, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova*

² *Facultatea de Medicină nr. 1, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova*

Rezumat

Introducere. Răspândirea infecției periapicale, de la dinții superiori spre sinusul maxilar, este descrisă drept sinuzită maxilară odontogenă [1]. Conform literaturii selectivă, incidența sinuzitei maxilare odontogene ocupă 10-12% din totalul cazurilor de sinuzită maxilară, dar studiile mai recente elucidează că procentul este și mai mare, ajungând la 30-40% [11]. Sinuzita maxilară de origine dentară este o afecțiune cu incidența crescută, iar, datorită caracteristicilor anatomotopografice ale acestei regiuni faciale, această patologie este studiată de către două specialități (chirurg oromaxilofacial, otorinolaringolog) [2].

Scopul acestei lucrări este evaluarea epidemiologică, bacteriologică și clinică a sinuzitei maxilare odontogene.

Material și metode. În concordanță cu scopul și obiectivele lucrării a fost realizat un studiu clinic retrospectiv, în baza fișelor de observație ale pacienților diagnosticați cu sinuzită maxilară odontogenă, selectați dintre toți pacienții cu rinosinuzite maxilare bacteriene, spitalizați în secția de otorinolaringologie a IMSP Spitalul Clinic Republican, în perioada de 01.01.2017 – 31.12.2019.

Rezultate. Prin studiul rezultatelor examenului bacteriologic s-a urmărit identificarea principalelor tulpini bacteriene, aerobe și anaerobe, ce determină apariția procesului supurativ la nivelul sinusului maxilar.

Concluzii. Sinuzitele maxilare odontogene sunt determinate, cel mai frecvent, de asociații microbiene. Femeile sunt mai susceptibile să dezvolte patologia, dar cauza nu este elucidată. Din punct de vedere al repartiției pe grupe de vârstă, afectarea preponderentă se certifică la decada a IV-a a vieții [3, 7, 10].

Cuvinte cheie: sinuzită maxilară odontogenă, iatrogenie, examen bacteriologic.

Summary

Introduction. The pathological extent of dental disease in the maxillary sinus is described as odontogenic maxillary sinusitis [1]. According to the selective literature, the incidence of odontogenic maxillary sinusitis is 10-12% of all cases of maxillary sinusitis, but more recent studies reveal that the percentage is even higher and reaches 30-40% [11]. Maxillary sinusitis of dental origin is a condition with a high incidence, and due to the anatomotopographic features of this facial region, this pathology is studied by two specialties (oromaxillofacial surgeon, otorhinolaryngologist) [2].

The aim of this analysis is to study the maxillary sinuses of dental cause in terms of epidemiological, bacteriological and clinical characters.

Material and methods. In accordance to the purpose and objectives of the analysis, a retrospective clinical-statistical study was performed, based on patient observation sheets, diagnosed with odontogenic maxillary sinusitis, selected from all patients with bacterial maxillary rhinosinusitis, hospitalized in the otorhinolaryngology department of IMSP Republican Clinical Hospital during 01.01.2017 – 31.12.2019 period.

Results. The study of the results of the bacteriological examination aimed to identify the main bacterial strains, aerobic and anaerobic, which determines the appearance of the suppurative process in the maxillary sinus.

Conclusions. Odontogenic maxillary sinusitis is most often caused by microbial associations. Women are more likely to develop the pathology, but the cause is not elucidated. From the point of view of distribution by age groups, the predominant impairment is certified in the fourth decade of life [3, 7, 10].

Keywords: odontogenic maxillary sinusitis, iatrogenic, bacteriological examination.

Introducere

Răspândirea infecției periapicale, de la dinții superiori spre sinusul maxilar, este descrisă drept sinuzită maxilară odontogenă. Procesele inflamatorii din sinusul maxilar ocupă un loc important în structura generală a sinusurilor paranasale, iar studiul sinuzitelor maxilare de origine odontogenă are propriul său istoric [1].

Sinusul maxilar are raport anatomic de vecinătate cu rădăcinile dinților laterali de pe arcada dentară superioară [2]. De obicei, rădăcinile dinților premolari și molari ai maxilei sunt separați de planșeul sinusului maxila, printr-un os cortical dens, cu grosime variată, însă, uneori, acestea sunt delimitate doar prin mucoperiost [3]. O parte importantă a patologiei sinusului maxilar este legată de afecțiunile periapicale sau

parodontale marginale ale premolarilor și molarilor superiori, precum și de manevrele de tratament endodontic, ce se execută asupra acestor dinți [2, 4]. O altă cauză a morbidității sinusului maxilar, de origine odontogenă, este traumatizarea peretelui inferior al sinusului maxilar, în timpul și după diverse manipulații chirurgicale asupra dinților arcadei superioare, cum ar fi extracțiile dentare sau inserarea implanturilor dentare endosoase, acestea reprezentând cauzele iatrogene majore [2, 5].

Sinuzita maxilară odontogenă este o afecțiune cu incidență crescută, iar, datorită particularităților anatomotopografice ale acestei regiuni, patologia dată este studiată de către două specialități. Leziunile traumatice și infecțioase de origine odontogenă sunt tratate de către chirurgul oro-maxilo-facial, iar cele de origine rinogenă – de către medicul otorinolaringolog. Astfel colaborarea dintre acești specialiști este inevitabilă și recomandabilă [2].

Conform literaturii selectiv, incidența sinuzitei maxilare odontogene este de 10-12% din totalul cazurilor de sinuzită maxilară [6-8], dar studiile mai recente dezvăluie că procentul este și mai mare, ajungând la 30-40% [11]. Aceasta nu se întâlnește niciodată la sugari, este rară la copii și tineri, constatându-se, de obicei, la adulți. [4] Cel mai frecvent afectează populația aptă de muncă, care se încadrează în a III-a și a IV-a decadă a vârstei, dar alte studii menționează și cea de-a V-a decadă, distribuția pe sexe fiind, de obicei, omogenă sau cu o prevalență ușoară a sexului feminin [3, 7, 10]. Sinusurile maxilare sunt afectate în măsură egală din partea dreaptă și stângă. Afectarea simultană a sinusurilor din ambele părți este rară [3].

Microorganismele cauzale ale sinuzitei maxilare odontogene tind să difere de cele din sinuzita non-odontogenă. În rinosinuzita maxilară bacteriană sunt frecvent implicate microorganismele convive ale cavității nazale, în timp ce infecția odontogenă implică microflora comensală orală și, cel mai frecvent, este o infecție polimicrobiană aerobă și anaerobă, predominând speciile anaerobe [1, 8, 12, 13].

Sinuzita maxilară odontogenă maxilară de cauză dentară merită o atenție specială, deoarece există o inconveniență în etiologie, fiziopatologie și managementul afecțiunii menționate în comparație cu bolile inflamatorii ale sinusului maxilar de altă origine [7]. Incorect diagnosticată, terapia convențională a sinuzitei maxilare odontogene poate fi ineficientă [6].

Scopul studiului. Evaluarea epidemiologică, bacteriologică și clinică a sinuzitei maxilare odontogene.

Obiectivele studiului. 1. Studiarea structurii morbidității sinuzitei maxilare odontogene (SMO), utilizând datele fișelor de observație a pacienților internați în secția ORL a IMSP Spitalul Clinic Republican, pe parcursul a trei ani (01.01.17 – 31.12.19); 2. Evaluarea SMO în dependență de sex, vârstă și mediul de proveniență; 3. Analiza SMO în dependență de tabloul clinic; 4. Identificarea agenților patogeni cel mai frecvent incriminați în stabilirea SMO.

Materiale și metode de cercetare. Studiul retrospectiv a fost realizat în baza fișelor de observație ale pacienților, diagnosticați cu sinuzită maxilară odontogenă, selectați dintre toți pacienții cu rinosinuzite maxilare bacteriene, spitalizați în secția de otorinolaringologie a IMSP Spitalul Clinic Republican în perioada de 01.01.2017 – 31.12.2019. În cadrul studiului a fost examinat un lot de 57 pacienți cu sinuzită maxilară

odontogenă, cu vârsta medie de $43,23 \pm 12,34$ ani, dintre care 32 femei și 25 bărbați. Din fișele acestor pacienți au fost extrase următoarele date, necesare evaluării statistice: date generale despre pacient (sexul, vârsta, locul de trai), date clinice (debutul patologiei, principalele acuze la internare, examenul primar), date paraclinice (examenul radiologic, examenul bacteriologic al secrețiilor sinuzale).

În conformitate cu scopul și obiectivele studiului clinic retrospectiv, ne-am axat pe analiza complexă și integră a datelor obținute în baza fișelor de observație clinică a pacienților diagnosticați cu sinuzită maxilară odontogenă. Prin studiul rezultatelor examenului bacteriologic s-a urmărit identificarea principalelor tulpini bacteriene, aerobe și anaerobe, ce determină apariția procesului supurativ la nivelul sinusului maxilar. Datele obținute au fost prelucrate statistic folosind programul de calcul tabelar Microsoft Excel, componentă a pachetului Microsoft Office 2007. Pentru reflectarea demonstrativă a rezultatelor obținute, acestea au fost incluse și prezentate sub formă de tabele, diagrame.

Rezultate și discuții

Din analiza fișelor de observație, am constatat că, pe parcursul celor trei ani, în total au fost internați 442 pacienți cu diagnosticul de sinuzită maxilară (rinosinuzită maxilară bacteriană), dintre care, patologia a fost de origine odontogenă la doar 57 (12,89%) de subiecți.

În urma prelucrării datelor s-a stabilit că lotul examinat (57 pacienți) a cuprins 32 femei (56,14%) și 25 bărbați (43,86%), raportul femei-bărbați fiind de 1,28:1. Se observă o ușoară prevalență a patologiei la sexul feminin, ceea ce corespunde cu datele din literatura de specialitate [3, 7, 10]. Cauza predisunerii față de această patologie a sexului feminin nu este clar elucidată. Acest aspect ar putea fi explicat prin faptul că femeile se expun mai frecvent unor tratamente și manevre chirurgicale asupra dentiției, în raport cu bărbații [4].

Vârsta pacienților incluși în studiu a constituit 18-72 ani. La distribuirea pacienților conform grupelor de vârstă, incidența maximă a SMO a fost înregistrată la subiecții cu intervalul de vârstă 41-50 ani (18 pacienți, 31,58%), urmat de intervalul de vârstă 31-40 ani (15 pacienți, 26,31%), fiind mai puțin remarcată la pacienții tineri 18-30 ani (8 pacienți, 14,04%) și cei în etate 51-60 ani (10 pacienți, 17,54%) și 61-72 ani (6 pacienți, 10,53%), dar la cote procentuale destul de semnificative (vezi figura 1).

Vârsta medie generală a pacienților este de $43,23 \pm 12,34$ ani. Pentru femei, vârsta medie generală constituie $43,91 \pm 12,52$ ani, iar pentru bărbați – $42,36 \pm 12,30$ ani. Conform rezultatelor obținute în cadrul studiului nostru, se observă afectarea preponderentă a populației în decada a III-a și a IV-a de viață. Datele din literatură, de asemenea, certifică cota mai înaltă a persoanelor afectate la vârsta de 30-50 ani, fiind contingentul apt de muncă [3, 7, 10].

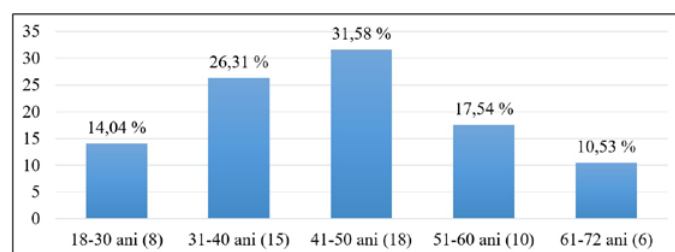


Figura 1. Incidența pacienților cu SMO pe grupe de vârstă, %

Un alt indice epidemiologic, care a fost evaluat în cadrul studiului nostru, a fost mediul de proveniență al pacienților cu SMO. În ceea ce privește mediul de proveniență, pacienții s-au încadrat în ambele medii sociale. La repartizarea pacienților conform principiului teritorial, rezultatele au stabilit că majoritatea subiecților sunt din spațiul urban (54,39%). Pacienții proveniți din mediul rural constituie respectiv 45,61% cazuri. Adresabilitatea mai mare a pacienților proveniți din sectorul urban, poate fi explicată prin faptul că pacienții de la oraș dispun de o accesibilitate la serviciile medicale mai mare față de cei de la sate. Tot aici sunt implicați factori precum poluarea mediului, stresul și stilul de viață. Studiile publicate în literatura de specialitate prezintă rezultate contrare opuse, unde, prioritar, sunt afectate persoanele din mediul rural [3]. Prin urmare, nu trebuie să ignorăm faptul, că patologia de studiată ar putea afecta mai mult populația din mediul rural, din cauza igienei defectuoase, solvabilității scăzute a populației, accesului limitat la specialiști și, într-un final, al ignoranței, ce poate duce la agravarea și mai mult a situației, în cazul adresării tardive.

Din punct de vedere al formei clinice, rezultatele evaluării determină predominarea formei cronice a patologiei (80,70%) față de cea acută (19,30%), fiind explicată prin procesul patologic inițial localizat și restrâns, progresul inerent lent și simptomele minore, ceea ce face dificilă depistarea precoce a patologiei, în faza acută [14]. Toți pacienții din lotul nostru au prezentat afectarea sinusului maxilar doar dintr-o singură parte, dreapta sau stângă, ceea ce este caracteristic pentru SMO și reprezintă un criteriu de diferențiere a acesteia față de sinuzita maxilară de alte origini. Un aspect clinic apreciat în studiul nostru a fost determinarea sinusului preponderent afectat. Sinusul afectat din partea stângă a fost la 30 (52,63%) pacienți, iar din partea dreaptă – 27 (47,37%). Sinusurile maxilare sunt afectate mai mult sau mai puțin în măsură egală din ambele părți. Prevalența afectării sinusului de partea stângă ar putea fi determinată de factori individuali. Detaliat au fost studiate tabloul clinic și acuzele principale ale pacienților la internare (vezi tabelul 1). Nu au fost depistate diferențe majore între acuzele pacienților cu forma clinică acută și cronică de SMO. Notabil este faptul că triada clasică (durere, cacosmie, rinoree purulentă unilaterală) nu a fost depistată la toți pacienții cu SMO, ceea ce ne demonstrează că nu putem conta doar pe examenul subiectiv al bolnavului pentru a stabili diagnosticul clinic definitiv. Astfel de simptome precum hiposmia/anosmia și astenia fizică sunt mai evidente la pacienții ce suferă de forma cronică a patologiei, fapt explicat prin durata mai îndelungată a procesului patologic, care determină afectarea ireversibilă a mucoasei sinuzale sau/și a celei din cavitatea nazală, precum și alterarea stării generale. Din lotul studiat (n=57), 35 (76,10%) pacienți cu SMO cronică acuză hiposmia/anosmia, ceea ce este cu mult mai frecvent decât la pacienții cu forma acută a patologiei – doar în 4 (36,26%) cazuri. Astenia fizică a fost prioritar stabilită în rândul pacienților cu forma cronică de SMO – 41 pacienți, ce constituie 89,13%, pe când la forma acută de SMO a fost întâlnită doar la 3 (27,27%) pacienți.

Examenul clinic obiectiv a inclus datele examenului endonazal, endobucal și a celui paraclinic (radiologic) (vezi tabelul 2). Examenul endonazal atestă afectarea 100% a mucoasei nazale (hiperemie, edem) în ambele forme de SMO. Examenul endobucal relevă cei mai des întâlniți factori declanșatori ai SMO, printre care noi am evidențiat extracțiile dentare, tratamentele dentare incorecte, implantele dentare, precum și afecțiunile

periapicale și parodontitele marginale netratate ale premolarilor și molarilor superiori. Examenul radiologic confirmă afectarea sinusului maxilar în diferite proporții (opacitate subtotală/totală). Opacitatea parțială (subtotală) relevă drenarea periodică a sinusului. Opacitatea totală este determinată de acumularea lichidului din cavitatea sinusală, care nu poate fi drenat, din cauza obstrucției ostiumului de la nivelul meatului nazal mijlociu. Obstrucția se poate produce din cauza edemației mucoasei din regiunea ostiumului sau a proliferării polipilor din cavitatea sinuzală.

Tabelul 1

Frecvența semnelor subiective ale pacienților cu SMO

Acuzele pacienților	SMO acută (11)		SMO cronică (46)	
	Frecvența absolută	Frecvența procentuală	Frecvența absolută	Frecvența procentuală
Durere facială	7	63,64 %	28	60,87 %
Cacosmie	8	72,73 %	31	67,39 %
Hiposmie/anosmie	4	36,36 %	35	76,10 %
Rinoree purulentă unilaterală	9	81,82 %	36	63,16 %
Obstrucție nazală unilaterală	10	90,91 %	40	86,96 %
Cefalee	7	63,64 %	28	60,87 %
Astenie fizică	3	27,27 %	41	89,13 %
Subfebrilitate	11	100 %	42	91,30 %

Tabelul 2

Frecvența semnelor obiective ale pacienților cu SMO

	SMO acută (n=11)		SMO cronică (n=46)	
	Frecvență absolută	Frecvență procentuală	Frecvență absolută	Frecvență procentuală
1. Examenul endonazal				
Secret patologic în cavitatea nazală	9	81,82 %	36	63,16 %
Hiperemie, edem a mucoasei nazale	11	100 %	46	100 %
2. Examenul endobucal				
Extracții dentare	4	36,37 %	20	43,48 %
Implant dentar	2	18,18 %	2	4,35 %
Alte cauze	3	27,27 %	6	13,04 %
3. Examenul radiologic				
Opacitate parțială	5	45,45 %	15	32,60 %
Opacitate totală	6	54,55 %	31	67,39 %

Infecția virulentă areactivă la tratamentul tradițional standardizat stomatologic predomină printre cauzele determinante ale SMO, cu un procent evident atât în forma clinică acută (8 pacienți, 72,73%), cât și în cea cronică (40 pacienți, 86,96%). În literatura de specialitate, infecția virulentă, de asemenea, este menționată ca un factor etiologic major în sinuzita maxilară de cauză dentară [15]. Din totalul de pacienți cu sinuzită maxilară de cauză dentară (n=57), internați în perioada inclusă în studiu (2017-2019), în total 48 (84,21 %) de pacienți, au dezvoltat SMO din cauza infecției virulente (vezi figura 2).

Examenul bacteriologic al secrețiilor sinuzale a fost efectuat la 38 pacienți din cei 57 incluși în studiu. Prezența microorganismelor a fost depistată doar la 35 subiecți (92,10%)

din cei 38 evaluați. Uneori însăși pot fi sterile și nu dau creștere nici unei tulpini, chiar și în prezența exsudatului purulent [15], ca și în cazul nostru, la 3 (7,90%) pacienți. În urma analizei rezultatelor examinării probelor bacteriologice ale secrețiilor nazo-sinuzale, a fost pusă în evidență prezența, fie a unui singur agent patogen, fie a asociațiilor microbiene (2 sau 3 germeni patogeni izolați din secrețiile sinuzale ale aceluiași pacient). Din cei 35 de pacienți cu SMO, doar 10 (28,57%) au prezentat implicarea unui singur germene patogen, la ceilalți 25 (71,43%) pacienți s-a depistat prezența asociațiilor microbiene. Este cunoscut bine faptul, că afectarea sinusului de către un singur agent patogen este un fenomen foarte rar [15].

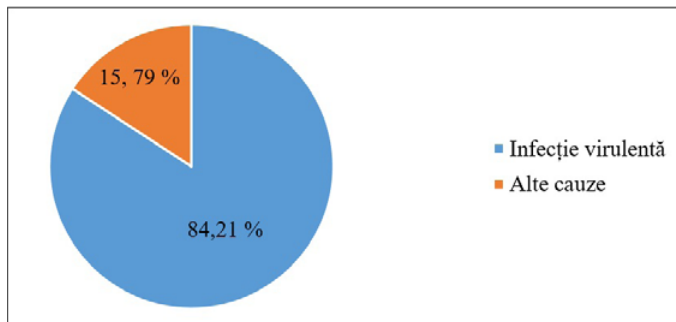


Figura 2. Frecvența infecției virulente la pacienții cu SMO, %

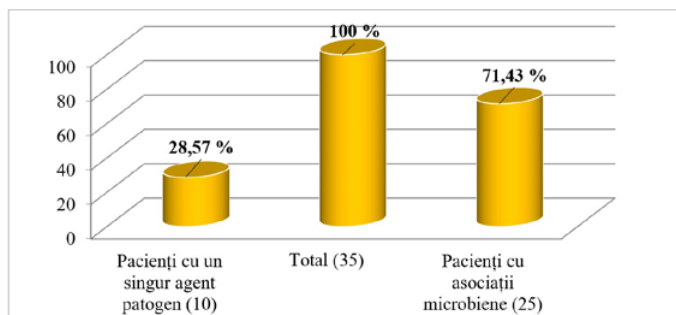


Figura 3. Incidența pacienților cu asociații microbiene față de cei cu un singur agent patogen, %

În cazul pacienților cu un singur agent patogen implicat (10 pacienți), toți subiecții au prezentat specii anaerobe – 100%. Asociațiile microbiene (25 pacienți) au fost realizate în diferite combinații. Astfel, majoritatea au fost combinații mixte de germeni aerobi și anaerobi – 48%, urmate de combinațiile de germeni anaerobi – 36%. Asociațiile de germeni aerobi au fost cel mai rar identificate – doar în 16% cazuri. Diferite surse și diferiți autori pun în evidență predominarea florei anaerobe și existența culturii polimicrobiene [1, 6, 15].

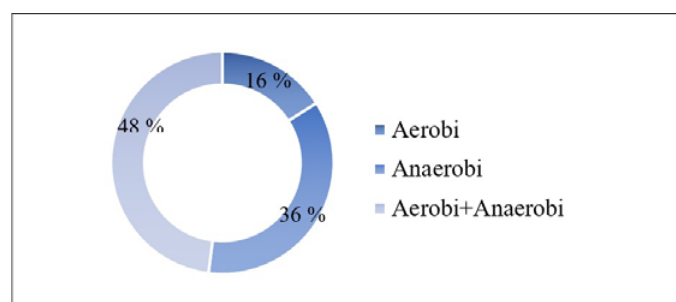


Figura 4. Apartenența pacienților cu asociații microbiene la grupuri de germeni, %

Rezultatele bacteriologice au pus în evidență germenii patogeni cel mai des implicați în procesul patologic al SMO și sunt reprezentate în Tabelul 3.

Tabelul 3

Frecvența depistării tipului de agent patogen în SMO

Agenții patogeni identificați la examenul bacteriologic, din secrețiile sinuzale			Pacienți cu SMO (n=35)	
			Frecvența absolută	Frecvența procentuală
G+	Aerobi	<i>Staphylococcus spp.</i>	26	74,28 %
		<i>Staph. haemolyticus</i>	11	31,43 %
		<i>Staph. aureus</i>	4	11,42 %
		<i>Str. viridans</i>	9	25,71 %
		<i>Str. epidermidis</i>	4	11,42 %
		<i>Str. pyogenes</i>	3	8,57 %
	Anaerobi	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	17,14 %
		<i>Peptostreptococcus spp.</i>	8	22,86 %
G-	Anaerobi	<i>Escherichia coli</i>	10	28,57 %
		<i>Klebsiella spp.</i>	1	2,86 %
		<i>Haemophilus influenzae</i>	5	14,28 %
		<i>Bacteroides spp.</i>	17	48,57 %
Fungi			22	62,86 %

Tulpinile izolate din secrețiile sinuzale sunt reprezentate, în mare proporții, de agenții microflorei orale, ceea ce este un criteriu de diferențiere cu sinuzitele non-odontogene, ale căror agenți constituie microflora cavității nazale [1, 6, 8, 12]. Se observă o incidență sporită a fungilor (22 pacienți, 62,86%), cel mai probabil datorită scăderii imunității pacienților, dar și mediului favorabil care se creează în condițiile procesului patologic din sinus. La mai mult din jumătate de pacienți li s-a efectuat ablația micetomului din cavitatea sinuzală.

Unul dintre factorii importanți în patogenizarea sinuzitei odontogene este obturația ostiumului și evacuarea dificilă a conținutului din sinus. Ca urmare a edemației membranei mucoase a cavității nazale și a sinusului maxilar, trecerea prin ostium scade, ducând la dereglarea funcției de ventilare și drenare a sinusului. La obstrucția completă a găurii, cauzată de aspirația de oxigen a membranei mucoase, în sinus se creează presiune negativă și sunt prezente fenomene de stagnare. Aceasta agravează edemul membranei mucoase. Ca urmare a scăderii presiunii în sinus, hipoxiei, hipercapniei și acumulării produselor neoxidate, se creează condiții favorabile pentru creșterea și reproducerea anaerobilor. Astfel, are loc formarea unui cerc vicios, care determină evoluția bolii. Dacă nu se rupe, după un timp, în mucoasă se dezvoltă schimbări ireversibile, care fac ca evenimentele sanării orale, a tratamentului conservator al sinuzitei și a refacerii ostiumului să fie ineficiente pentru reabilitare [9].

Concluzii

1. Din numărul total de 442 pacienți cu rinosinuzite de genезă diferită, spitalizați în secția ORL a IMSP Spitalul Clinic Republican, în perioada de 01.01.2017 – 31.12.2019, numai la 57 pacienți s-a stabilit diagnosticul de sinuzită maxilară odontogenă, ceea ce reprezintă 12,89 %.

2. Structura lotului a cuprins 56,14% pacienți de sex feminin

și 43,86% pacienți de sex masculin, raportul femei:bărbați fiind de 1,28:1. Aceasta demonstrează, că femeile sunt mai susceptibile să dezvolte patologia, dar cauza nu este elucidată. Din punct de vedere al repartiției pe grupe de vârstă, cel mai mare număr de pacienți aparține intervalului de vârstă de 41-50 ani, ceea ce reprezintă 31,58%. Vârsta medie constituie 43,23±12,34. Afectarea preponderentă se certifică la decada a IV-a a vieții. În ceea ce privește mediul de proveniență, se atestă faptul că, mai frecvent, sunt afectați pacienții din mediul urban (54,39%).

3. Sinuzitele maxilare odontogene sunt determinate, cel mai

frecvent, de asociații microbiene. În baza celor 35 examinări bacteriologice s-a depistat că 25 (71,43 %) pacienți prezintă asociații microbiene și numai în 10 (28,57 %) cazuri s-a depistat monocultură. Asociațiile microbiene aerobi+anaerobi au fost depistate mai frecvent, în 48% cazuri. Dintre agenții patogeni, cel mai frecvent a fost identificat *Staphylococcus spp.*, în 26 cazuri, ceea ce reprezintă 74,28%, *Bacteroides* – în 17 (48,57 %), *Staph. Haemoliticus* – 11 (31,43 %), urmate de *Str. Viridans* – 9 (25,71 %), *Peptostreptococcus spp.* – 8 (22,86 %). *Streptococcus pneumoniae* s-a depistat numai în 6 (17,14 %) cazuri și *Haemophilus influenzae* – 5 (14,28 %).

Bibliografie

1. Maloney PL, Doku HC. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. *Journal of the Canadian Dental Association*. 1968;34(11):591-603.
2. Dumitru Hîțu. Tratatamentul sinuzitei odontogene. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2008;16(2):243-247.
3. Arias-Irimia O. Meta-analysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(1):70-3.
4. Corneliu Burlibașa. Chirurgie orală și maxilo-facială. București: Editura Medicală; 2003, p. 365-379.
5. Kretschmar DP, Colonel JL. Rhinosinusitis: review from a dental perspective. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2003;96(2):128-135.
6. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2006;135(3):349-355.
7. Lee KC, Lee SJ. Clinical features and treatments of odontogenic sinusitis. *Yonsei medical journal*. 2010;51(6):932-937.
8. Mehra P, Jeong D. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. *Current allergy and asthma reports*. 2009;9(3):238-243.
9. Bauer WH. Maxillary sinusitis of dental origin. *American Journal of Orthodontics and Oral Surgery*. 1943;29(3):B133-B151.
10. Patel NA, Ferguson BJ. Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. 2012;20(1):24-28.
11. Yehouessi-Vinikin B, Vodouhe SJ. Maxillary sinusitis: 1752 cases at the ear–nose–throat department of a teaching hospital in Cotonou, Benin. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*. 2013;130(4):183-187.
12. Bomeli SR, Branstetter BF 4th., Ferguson BJ. Frequency of a dental source for acute maxillary sinusitis. *The Laryngoscope*. 2009;119(3):580-584.
13. Gray H, Standring S. Neck and upper aerodigestive tract. Nose, nasal cavity, paranasal sinuses and pterygopalatine foss. In: *Gray's anatomy: the anatomical basis of clinical practice*. Churchill Livingstone, 2008.
14. Melen I. Chronic maxillary sinusitis: definition, diagnosis and relation to dental infections and nasal polyposis. *Acta Oto-laryngologica*. 1986;101(3-4):320-327.
15. Ugincius P. Chronic odontogenic maxillary sinusitis. *Stomatologija*. 2006;8(2):44-8.

Recepționat – 03.06.2020, acceptat pentru publicare – 08.08.2020

Autorii nu au conflicte de interese de declarat.

Citare: Sencu E., Enachi V., Cernei V., Verdeș D. Condiții epidemiologice, bacteriologice și clinice în sinuzita maxilară odontogenă. [Epidemiological, bacteriological and clinical conditions in odontogenic maxillary sinusitis]. *Arta Medica*. 2020; 75(2); 14-18.