

DIAGNOSTICUL SINUSITEI ODONTOGENE

Dumitru Ilie Hițu
Doctor în medicină.,
conferențiar universitar,
Catedra de chirurgie
oro-maxilo-facială
(șef. d. h. m., prof. univ.
D. Șcerbatiuc)
Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu“

SUMMARY

Diagnostic of Sinus Odontogenus. There were treated 131 patients with inflammatory processes of the maxillary sinus during 2003—2006 years at the Republican Centre of oro-maxillo facial surgery department from Chisinau. 63 of them were women, the means are 68 from the total number of cases. Most of the patients were employed-58% were working. The majority of the patients were from Chisinau — 60%. The average age of those suffering of sinus inflammation was about 43 years old. 52 % of patients addressed by themselves at the ORO-MAXILLO-FACIAL DEPARTMENT during the first week, the rest were sent here by other medical institutions. There were registered oro-sinusal communications in 73 % of cases because of the anatomo-topographical peculiarities or nearby teeth extraction complications.

Key-words: Maxillary sinus, Sinusitis, Departament Oro-Sinusal Communication

REZUMAT

Pe parcursul anilor 2003—2006 în clinica de Chirurgie OMF s-au tratat 131 de bolnavi cu procese inflamatorii ale sinusului maxilar, dintre care 68 bărbați și 63 femei. Marea majoritate a pacienților — 55% sunt încadrați în câmpul muncii, din municipiul Chișinău — 60%. Vârsta medie a pacienților care au prezentat inflamația sinusului maxilar este 43 de ani. O bună parte din pacienți s-au adresat desinestător la secția de chirurgie — 52%, ceea ce denotă un tablou clinic specific, ușor sesizat chiar și de către pacient, făcându-l să se adreseze la medic. Merită să menționăm faptul că în 73% cazuri s-a evidențiat perforația peretelui sinusal cu o ulterioară comunicare buco-sinusală.

INTRODUCERE

Sinusita odontogenă 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 (1-5). „Sinusit“-inflamația mucoasei sinusurilor paranazale. Sinusul maxilar are raporturi anatomice de vecinătate cu dinții de pe arcada dentară superioară. O parte importantă a patologiei sinusului maxilar este legată de afecțiunile periapicale a dinților, de manevrele de tratament endodontic a dinților arcadei superioare. Una din principalele cauze ale morbidității sinusului maxilar de origine odontogenă este traumatizarea fundului sinusului maxilar în timpul și după diverse manipulații chirurgicale asupra dinților arcadei superioare (6,8). Datorită particularităților anatomo-topografice 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. Sinusita odontogenă nu cu mult se deosebește de clinica sinusitei rinogene, în același timp au multe particularități diagnostice și de tratament. Din aceste considerente colaborarea între aceste două specialități este inevitabilă și recomandabilă. Prelegerea este organizată conform programului pentru publicații și este dedicată studenților.

MATERIALE ȘI METODE

Pentru atingerea scopului scontat s-au studiat fișele medicale a 131 de bolnavi cu sinusită maxilară din cadrul arhivei Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență.

REZULTATE OBTINUTE ȘI DISCUȚIILE LOR

Pe parcursul anilor 2003—2006 în clinica de Chirurgie OMF s-au tratat 131 de bolnavi cu procese inflamatorii ale sinusului maxilar, dintre care 68 bărbați și 63 femei. După datele Clinicii de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, or. Chișinău media pe ultimii 4 ani nu diferă semnificativ. Pe parcursul a 4 ani se observă o scădere de la 38 la 26 pacienți. Din municipiul Chișinău au fost 60% de bolnavi și 40% din alte localități ale republicii. Vârsta medie a pacienților constituia 43 de ani. Conform statutului social, am dezinat pacienții în următoarele grupe, prezentind și raportul procentual: muncitori 77%, șomeri 13% și pensionari 8%. O bună parte din pacienți s-au adresat desines-tător la secția de chirurgie — 52%, ceea ce denotă un tablou clinic specific, ușor sesizat chiar și de către pacient, facindu-l să se adreseze la medic; îndreptați de către alți medici 46%. Tratamentul prespitalicesc la bolnavii cu afecțiuni ale sinusului maxilar variază începând cu un diagnostic superficial, extracții dentare, periostotomii, puncții, suturarea comunicării oro-sinusale, indicarea tratamentului conservativ, lavaj. De asemenea a fost înregistrat un procentaj de 2 când pacienții au fost aduși de ambulanță. S-a înregistrat o prevalență marcată a adresărilor în cazul sinusitelor în faze avansate, depistându-se 25% din cazuri de sinusită maxilară acută seroasă, și 16% de sinusită acută purulentă. Înșă în cazul sinusitelor cronice purulente și celor exacerbate s-au înregistrat 42% și respectiv 16% din cazuri. Merită să menționăm faptul că în 73% cazuri s-a evidențiat perforația peretelui sinusal cu o ulterioară comunicare buco-sinusală. Cauza cea mai frecventă de apariție a sinusitei este odontogenă 89%, un rol primordial revinindu-i dintelui 6 cu 44%. Datorită particularităților anatomo-topografice de a erupe primul dintre dinții permanenți, mai des este afectat de carie și complicațiile ei și topografiei pe care o posedă față de sinusul maxilar. Locul doi fiind ocupat cu 18% de prezența corpilor străini în sinus, urmată de chisturile odontogene a maxilarului superior 10%. S-au determinat și câteva cazuri de tumori și prezența implanturilor în declanșarea sinusitei. De la primele manifestări ale patologiei timp de o săptămână, s-au adresat 69%, iar restul 31% s-au adresat după 7 zile. Scopul diagnosticului este de a determina focarul cauzal, determinarea răspândirii procesului infecțios, comunicarea oro-sinusală, diagnosticul diferenciat, diagnosticul definitiv.

Etiologia sinusitelor

Factori favorizanți — polipi sinuzali, deviații de sept, granulații, hipertrofii de cornete, vegetații ade-noide, celulele agger nazale proeminente care pro-voacă obstrucția miatului mijlociu, obstrucția osti-umului maxilar prin edem a mucoasei, conha buloza, proces uncinat hipoplastic, sinus maxilar hipoplastic, sinus sclerotic. Scăderea rezistenței organismului, gripa, infecții virotice acute, alergii, noxe chimice, diabet, surmenaj fizic și psihic, suprarăcirea și supra-încălzirea, maladii ale sângelui, stări decompensate,

pneumonii, alergii, dereglări metabolice, hiperplazia mucoasei.

Factori determinanți. Infecțioși-odontogeni și ne-odontogeni. Odontogeni: Pulpita. Parodontita apicală cronică. Periostita. Osteomieli. Dinte inclus și reti-nat, distopat. Parodontoza-pungi parodontale. Alveo-lita. Neodontogeni: Maladii specifice(mai ales actino-micotice). Renite. Dacriocistite. Etmoidite. Frontite. Tumori benigne: chist-radicular, folicular sau rezidu-al; granulom; odontom; holoastoma. Traumatici-tra-tamentul endodontic-cu împingerea țesutului infec-țios dincolo de apex, extracția traumatică, chiuretajul exagerat, propulsarea materialului de obturare după apex, ruperea instrumentului în canal după apex. Corpri străini în SM-rădăcini dentare, dinți, meșe de iodoform, drenajuri, material de obturare. Implantate, rezecții apicale, premolarizări, operații plastice, os-teosinteze. Stenoze post-chirurgicale, stenoze post-traumatice (fracturi ale oaselor nazale, complexului zigomatic, maxilarului superior, și fracturi de bază de craniu). Mai des pot fi depistați următoarele culturi microbiene: Pneumococul, Haemophilus influenzae, S. Pneumoniae, S. Piogenes, colibacili, klebesielele, aerobateriile, proteus, piocianici.

Anatomia patologică

Modificările patologice inițial sunt localizate în ve-cinătatea dintelui cauzal, apoi se extinde. Sinuzita acu-tă congestivă(catarală)-edem și congestie a mucoasei, infiltrat leucocitar, proces reversibil. Celulele și glan-dele mucoasei au o hiperfuncție secretorie. Mucoasa este îngroșată. Volumul SM e micșorat. Sinuzita acută purulentă-alterare a epiteliului ciliat, mucoasa îngro-șată și congestionată, hiperplazia mucoasei, edemul închide ostiumul SM, secretul devine mucopurulente, infiltratul inflamator crește, se asociază microbii, se dereglează circulația, apar ulceratii și puroi. Sinuzita cronică: mucoasa prezintă un infiltrat inflamator lim-foplasmocitar, apar procese de fibroză, polipi care pot proemina în alveolă sau în fosa nazală. Când orificiile de drenare se obturează secretele retenționate în SM determină apariția empiemului sinuzal și reacutezarea poceselor inflamatorii. Fetiditatea secrețiilor este dată de prezența germenilor anaerobi. Schimbări au loc și în os. Pereții sinusului unde este procesul se micșo-rează în grosime ca rezultat al rezorbției cauzată de presiune. Lipsa osteoclaștilor. Au loc formarea seche-strelor (ca la osteomieli) poate apărea transformarea periostului în țesut cartilaginous.

Trebuie de accentuat un lucru că sinusita poa-te apărea (primar) și după o extracție blindă, fără chiuretaj exagerat sau propulsarea rădăcinii în sinus. Deoarece procesul periapical a dus la o distrugere a septului alveolosinusal cu implicarea mucoasei sinu-sale, extracția sau tratamentul endodontic servește ca un declanșator a infecției cronice din sinus, cel mai corect în cazurile acestea se stabilește diagnosticul de sinusită cronică odontogenă exacerbată. Bolnavul poate să spună că el nu a suferit de sinusită. În multe cazuri semnul Valsalva la extracție este negativ.

Conform datelor lui Малахова М. А., (2005) analizele microbiologice și patomorfologice 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.

Căile de infectare:

1. Directă.
2. Percontinuă.
3. Limfatică.
4. Vasculară.

Clasificarea

Până la ora actuală nu a fost standardizată clasificarea sinuzitelor maxilare odontogene. Fiecare autor având criterii personale de clasificare, iar prezentarea lor n-ar face decât să încarce memoria cititorului. Din acest motiv, optăm pentru clasamente cât mai simple, care să vină în sprijinul raționamentului diagnostic, evolutiv și terapeutic.

După origine: odontogenă și neodontogenă; infecțioasă și traumatică,

rinogenă, alergică, specifică, hematogenă, neurovegetative. După clinică: Acută-congestivă și purulentă. Cronică (primară sau secundară) — catarală, purulentă, (hiperplastică), cazeoasă, necrotică, atrofică, cronică cu acutizare (exacerbată). Polipoase și nepolipoase. După suprafață: Limitată și difuză. Deschisă și închisă. Sinusită perforativă-acută și cronică. De obicei în diagnostic se include: etiologia, faza clinică, partea afectată. Întraoperator sau postoperator se depistează; limitată sau difuză, polipoasă sau nepolipoasă. Lucomschii a clasificat sinusitele în: septice și toxice. După timp: acută până la 4 săptămâni; subacută 4-8 săptămâni; cronică — de la 8 săptămâni până la 1 an; dacă timp de un an au fost 2-3 acutizări — exacerbată. După sediu: sinusita odontogenă, rinogenă, etmoidită, frontită. După localizare: drept, stâng. Sinusita cronică poate fi primară și secundară.

Sinusita acută odontogenă(SAO)

Sinusită acută — inflamația acută a mucoasei sinusului maxilar. Sinusită odontogenă — inflamația mucoasei sinusului maxilar ca rezultat a pătrunderii infecției din focarul odontogen. Clinica sinusitei odontogene nu prezintă mari dificultăți, în general. Sinusita odontogenă puțin cu ce se deosebește de cea rinogenă. Acuzele sunt tipice dureri, eliminări nazale, senzații de tensiune, și altele. Un rol important are istoricul dezvoltării bolii la care medicul specialist trebuie să fie foarte atent. Bolnavul leagă debutul cu un tratament endodontic, extracție dentară, sau alte cauze.

1. Debutul acut cu dureri în dintele cauzal sau locul alveolei dintelui extras, care poate cuprinde întreg etajul mijlociu al feței, durerile iradiază în orbită, regiunea temporală, occipitală, se întetește (exacerbă) în poziția declivă a capului și la zdruncinături. Senzațiile de durere sunt legate de obturarea ostiumului maxilar(edem a mucoase) ce dereglează drenarea secretului. Poziționarea capului pe partea sanatoasă și

aplicarea capului anterior sporește drenarea din SM a secretului și micșorarea durerii. Cacosmie subiectivă și obiectivă. Obturarea fosei nazale unilaterale(rinogenă-bilateral). Dereglarea mirosului. Senzații de tensiune și plenitudine. Eliminări sero-purulente unilaterale din fosa nazală. 7. T=37,50- 380.

2. Exobucal: fața nemodificată, rar-edem și congestia tegumentelor unilaterale, se șterge relieful plicilor și șanțurilor. La palparea fosei canine uneori durere.

3. Endonazal prin rinoscopie anterioară sau inspecție vizuală, mucoasa edemată și congestionată, vegetații adenoidice, deviații de sept, secreții seroase și purulente. Presiunea digitală exercitată pe peretele sinuzal e dureroasă. Eliminări seroase sau sero-purulente din fosa nazală în deosebi în meatul nazal mijlociu și inferior. Simptomul Frankel-scurgerea puroiului la înclinarea capului, prin narina din partea afectată. Obturarea unilaterală a fosei nazale, dereglarea respirației și fonației, dereglarea mirosului-disosmii. Toate simptomele sunt unilaterale, dar la renită bilaterale.

4. Endobucal-congestia și edemul mucoasei la nivelul vestibulului dintelui cauzal din partea afectată. Palparea fosei canine durere. Dintele cauzal modificat în culoare, cu defect de țesut, cu obturație, cu coroană, lipsește-alveola postextracțională acoperită cu depozit suriu, sau goală, resturi radiculare. În cazul comunicării oro-sinusale (COS) stilettele butonate pătrund în SM. Valsalva-pozitiv. Eliminări seroase sau sero-purulente din alveola care nu are tendința să se închidă. Percuția dinților din partea afectată doli.

5. Starea generale alterată — apatie, inapetență, cefalee, slăbiciuni, febră, insomnii. Durata sinusitei acute de obicei este de 2-3 săptămâni

Sinusita cronică

Clinica poate fi și asimptomatică. Sinusită cronică — inflamația cronică a mucoasei sinusului maxilar. Sinusita cronică exacerbată — pe fonul inflamației cronice a mucoasei sinusului maxilar are loc reacutizarea procesului cronic. Debutează lent, pe fonul inflamației acute ori comunicării oro-sinusale cu dureri în etajul mijlociu al feței mai rar, doar când se obturează drenarea secretului. Mai frecvent ca cea acută. Durerea-mai ales dimineața, se mărește la obturarea căilor de drenare, mai ales în poziția declivă a capului. Poate debuta inițial sub formă cronică sau survine ca o cronicizare a sinusitei acute (SA). Senzații de tensiune. Cacosmie subiectivă permanentă. Obturarea unilaterală a fosei nazale. Dereglarea respirației. Dereglarea mirosului. Obiectiv: Rinoscopia anterioară-eliminări sero-purulente unilaterale abundente, mucoasa edemată, hiperemiată, îngroșată, acoperită cu cruste, care dacă încercăm să le înlăturăm lasă ulceratii, polipi, uneori acoperiți cu cruste de puroi. Arcada dentară-alveola goală, rest radicular, polip, fistulă. Buretele lui Kauffman-proliferarea mucoasei sinuzale la nivelul meatului mijlociu (aspectul unui burete). Exobucal-poate fi ușor edem de partea afectată, relieful osos și a șanțurilor sau plicilor șters. Puncția sinusală-efec-

tuată la nivelul meatului inferior-puroi, îndreptat la antibioticogramă. Palparea peretelui sinusul-dureros. Endobucal-ușor edem și congestie pe vestibul din partea afectată. Dintele,cauzal sau COS-Valsalva pozitiv sau refluarea lichidului din cavitatea bucală prin nas. Starea generală rar afectată, dar poate fi stări subfebrile, apatii, astenici, indispoziție, oboseală.

Diagnosticul

1. Inspecția vizuală a arcadei alveolare evidențiază: leziunile dento-parodontale, fistula oro-sinusală, alveola goală, granulații sau un polip.

2. Percuția — peretelui sinuzal afectat e mai sensibil la percuție, comparativ cu cel sănătos.

3. Puncția — puncția sinusală practică în meatul inferior sau peretele anterior a SM — puroi. Puncția diagnostică și curativă.

4. Valsalva-pacientul suflă nasul cu nările pensate de către medic, aerul din nas ajunge în SM, de unde prin fistul (alveolă) în cavitatea bucală, cu un sunet, eliminări purulente sau sangvine în cazul COS proaspăt diagnosticate.

5. Rinoscopia anterioară — se constată eliminarea secrețiilor mucopurulente unilaterale. Mucoasa nazală edemată, hiperemiată, acoperită cu cruste, în forma cronică se pot observa polipi sinuzali ce au proliferat prin ostium în meatul mijlociu, fosa nazală relativ micșorată în volum.

6. Suprapunerea scheletului facial și altor sinusuri paranazale 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 măsurători cantitativi. 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(9). Examenul radiologic stabilește factorul etiologic odontogen-parodontita, chist, granulom, volum de lichid, periostita, osteomieliță; dinte inclus și reținut, distopat; rădăcini în SM, dinte în SM, material de obturare în SM, COS-prin lipsa țesutului osos, meșă iodoformată, corp străin-glonte, alice, freze, ace. R-gen-opacitate omogenă unilaterală a sinusului maxilar, mai accentuată la periferie. Acută-catarală-radiotransparența sinusului apare de obicei nemodificată. Empiem sinusal-radioopacitate uniformă, intensă, cu un nivel de lichid uneori. Sinusita acută purulentă-radioopacitate uniformă, omogenă, se poate evidenția opacitate mai intensă la periferie și în centru mai scăzută, de grosime variabilă datorită îngroșării mucoasei diferită în diferite sectoare.

Sinusita cronică pulipoasă-radioopacitate mai intensă marginal de-a lungul pereților sinusali, formând un chenar neregulat, uneori destul de gros, datorită îngroșării mucoasei neuniforme și prezenței polipilor. Micșorarea volumului SM, cu contrast se văd și polipii. Se poate determina forma SM.

— Dacă se introduce stiletul butonat în alveolă, radiografia arată prezența acestuia în cavitatea sinusului, lipsa țesutului osos ce separă SM de alveolă.

— Renthgen cu substanțe de contrast (iodolipol, diagnost, cardiotrast, verografin).

— Ortopantomografia ne solicită informații despre starea țesuturilor periapicale. Radiologic chistul prezintă: opacitate omogenă, cu granițele bine delimitate, forma ovală, de obicei ocupă partea inferioară a sinusului. Dimensiunile ei, raportul rădăcinii cu cavitatea chistului și sinusului.

7. Diafanoscopia — semnul Heryng- transparență sczută a SM.

8. Tomografia computerizată-este metodă de investigație avansată, de elecție în stabilirea diagnosticului. Ea oferă informații despre dimensiuni, structură, localizarea, forma, extensia, studiul rapoartelor, a invaziei locale sau de vecinătate în cazul tumorilor, alegerea conduitei terapeutice, alegerea conduitei operatorii. De asemenea este importantă monitorizarea în dinamică postterapeutică și postchirurgicală a pacienților.

9. Rezonanța magnetică nucleară. Elaborarea acestei noi tehnici de investigare a

deschis perspective mari șanselor de vizualizare a deteriorărilor din substanță.

10. Scintiografia — relevă schimbări morfo-funcționale ale mucoasei sinuzale, leziuni osoase, leziuni dento-parodontale.

11. Ultrasonografia — permite de a diagnostica schimbările mucoasei într-un timp scurt de la debutul bolii. Undele ultrasonore au proprietatea de a trece în interiorul obiectului studiat și de a reflecta de la pereții mediului de densitate diferită. Aerul este un obstacol absolut în calea undelor. În limitele normei undele nu pătrund în sinus. În cazul când mucoasa sinuzală este inflamată sau când în sinus este prezent un corp străin undele ultrasonore se propagă și se reflectă de formațiunile patologice. Permite de a scana sinusul la diferite nivele la o frecvență de 3,0 MNz.

Ecografia permite un examen indispensabil unui serviciu modern de chirurgie capabil să măsoare anumiți parametri necesari în clinică și chirurgie facială, să detecteze și să localizeze anumite procese patologice la față cu medii opace, să tranșeze un diagnostic diferențial sau să urmărească eficiența unei intervenții operatorii. Prin absența efectelor nocive asupra țesuturilor investigate, ea constituie o metodă neinvazivă valoroasă la care poate apela oricare clinician.

12. Semnul Davidson-lipsa de iluminare a papilei de partea afectată a SM.

13. Dacă vom aplica pe mucoasa foselor nazale vasoconstrictorii se vor elimina puroi mai abundent — test diagnostic.

14. Semnul Garel-bolnavul nu percepe lumina de partea afectată.

15. Endoscopia — vizualizarea sinusului maxilar cu ajutorul endoscopului optic are importanță diagnostică și cu scop terapeutic. Meritul îi aparține savantului W. Messerklinger în dezvoltarea endoscopiei nazale și

paranazale. Tehnologia endoscopică se folosește în diagnosticul și tratamentul nu numai a maladiilor sinusurilor paranazale dar și a altor maladii maxilo-faciale ca: maladii a articulației temporomandibulare, chisturilor maxilarelor, fracturi eschiloase ale complexului zigomatic, fractura procesului articular a mandibulei, tumorii ale sinusului maxilarului superior, drenarea abcesului retrobulbar, biopsia tumorilor. Este superioară radiografiei și permite: depistarea secrețiilor sinusale, vizualizarea directă a stării țesuturilor moi, mai permite examenul bacteriologic, micotic, citologic, histologic, prezența corpilor străini și uneori înlăturarea lor. Sinusoscopia se efectuează de regulă prin fosa canină, meatul nazal inferior și mediu sau prin fistulă. Sinusoscopia maxilarelor este superioară radiografiei standart în depistarea secrețiilor, edem și îngroșarea mucoasei — este indispensabil pentru formularea diagnosticului diferențial. Sinusoscopia prin peretele lateral al miatul nazal inferior. Anestezie locală prin spray sau infiltrativă a lidocainei cu adrenalină. Cu specula se ridică capul cornetului inferior. Toracarul se poziționează la 1,5 cm posterior de capul cornetului inferior, cu vârful orientat spre peretele lateral. Se pătrunde în sinus, se aspiră secrețiile și se introduce endoscopul. Sinusoscopia prin fosa canină. Anestezie locală prin spray sau infiltrativă cu lidocaină și cu adrenalină. Vârful toracarului străbate mucoasa la nivelul superior a fosei canine, deasupra zonei dintre rădăcinile caninului și primului premolar, inferiolateral de foramenul infraorbital. Cu o mișcare de rotație, vârful străbate peretele anterior al sinusului maxilar, de grosime variabilă, până ce pătrunde în sinus. Prin canală se aspiră secrețiile și apoi se introduce endoscopul, se examinează sinusul maxilar. Rezultatul: Mucoasa-normală sau discret moderată, edem moderat sau însemnat, aspect polipoid și fungozități la suprafață. Cantitatea secrețiilor-absența secrețiilor, cantitate moderată, secreții abundente.

16. EOD — pentru a diferenția sinusitei odontogene de rinogene. În cazul sinuzitei odontogene receptivitatea pulpei dentre scade considerabil. Molari — 50-80 mA; premolari — 30-60 mA; caninii — 38-45mA. Antibioticograma-identificarea germenilor și testarea sensibilităților la antibiotici. Examenul histologic-biopsia-tot ce se înlătură de la bolnav e supus histologiei. Laborator-sângele, urina, masele fecale. Termometria-obligatorie la orice bolnav. Olfactometria. ECG și consultația internistului la pacienții după 40 de ani.

Diagnosticul diferențiat

1. *Sinusita acută rinogenă* — debutează după o reinită acută, gripă, este bilaterală, se pot întâlni dureri dentare dar cauzate datorită difuzării infecției de la mucoasa SM spre dinți. Este bilaterală. Lipsește factorul etiologic dento-parodontal. Sunt prezente tulburări evidențiate în ventilarea sinusului.

2. *Sinusita cronică rinogenă*: survine după puseuri rinosinusale repetate acute, bilaterală, lipsește factorul etiologic odontogen,

3. *Celulita geniană odontogenă* — prezent factorul odontogen, tegumentele și mucoasele cu semne de inflamație, lipsește rinoree mucopurulentă.

4. *Osteomielită* — starea generală alterată, fenomene inflamatorii cutaneo-mucoase, mobilitate a dinților, eliminări purulente de sub gingie, procesul bilateral de procesul alveolar.

5. *Periostită acută purulentă (PAP)*: Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază în orbită, ureche, regiunea temporală. Dureri la percuția dinților. Periostita de la incizivii centrali poate se fistualizeze în cavitatea nasului, cu eliminări purulente nazale. În cazul sinusitei acute purulente(SAP) eliminările purulente sunt din meatul nazal mijlociu, pe când în cazul periostitei eliminările purulente sunt de sub mucoasă. Puncția SM în SAP — puroi, pe când în PAP puncția fără eliminări purulente. Radiologic în SAP opacitate a SM, pe când în PAP opacitatea SM lipsește, dar se evidențiază leziuni dentoparodontale. Local în PAP — edem, hiperemie, bombarea, fluctuența sunt evidente, pe când în SAP abia vizibile. Drenarea în cazul PAP duce la vindecarea bolnavului ceea ce nu se poate spune în cazul sinusitei.

6. *Periodontită acută purulentă și acutizarea periodontitei cronice*

Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază în orbită, ureche, temporală. Dureri la percuția dinților și compresia dintelui(dintele a crescut). În SAP apar cefalei, senzații de tensiune în regiunea infraorbitală, Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază în orbită, ureche, temporală. dureri la palparea regiunii infraorbitale, leziuni dentoparodontale lipsesc și opacitate a SM. În parodontita cronică sau acutizarea — semnele SAP lipsesc ca: senzații de tensiune în regiunea infraorbitală, obstrucție nazală unilaterală, eliminări purulente nazale unilaterale, dureri la palparea regiunii infraorbitale, leziuni dentoparodontale sunt prezente și opacitate a SM lipsește.

7. *Nevralgia nervului trigemen(NNT)*: Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază pe traiectul nervului trigemen — în orbită, ureche, regiunea temporală, dinți arcadei superioare. În SAO durerile sunt permanente și se acutizează la percuția dinților superior, pe când la Nevralgia nervului trigemen (NNT) durerile sunt spontane și nu se majorează la percuție. În SAP — eliminări purulente unilaterale, dereglarea sensibilității olfactive, eliminările purulente se majorează la aplecarea capului înainte. Edem, hiperemie și eliminări purulente unilaterale nazale, opacitate a SM — SAP. Deteriorarea stării generale în SAO — febră, cefalee, slăbiciuni, care nu-s în NNT. În NNT durerile apar sinestătător, nu-s legate de un oarecare proces patologic. Durerile în NNT — cu caracter de acces, pot părea la atingerea pielii, berberit, răs, vorbire, masticăție, spălătul feței, (la percuția dinților superiori durerile lipsesc), cum au apărut așa și dispar, de scurtă durată. În NNT lipsesc: edem, hiperemie și eliminări purulente unilaterale nazale, SM fără modificări patologice. În NNT febra lipsește.

Chisturi: (radiculare, foliculare, reziduală) — radiologic se prezintă o formațiune bine delimitată, rotundă, în vecinătatea sinusului, în grosimea procesului alveolar, dar pot se pătrundă și în sinus. Chist radicular — se dezvoltă ca rezultat a procesului infecțios a periodontitei în regiunea apicală, care trece prin mai multe faze: periodontita cronică, granulom, chistogranulom, care treptat se măresc în volum și se transformă în chist radicular. Ca rezultat a dezvoltării chistului țesutul din jur se atrofiază și rădăcina dintelui „cauzal” se găsește în cavitatea chistului și corona în afara cavității chistului. Cavitatea chistului e cu lichid gălbui, transparent, cu cristale de colesterol. În cazul inflamației chistului infecția se poate transmite și în sinusul maxilar cu apariția sinusitei odontogene. Simptomul divergenței coroanelor. Chistul folicular — în cavitatea chistică se găsesc mai mulți dinți sau rudimente dentare. Chistul crește încet. Ca rezultat a creșterii, presiunea atrofiază osul, care la rândul său se micșorează în volum. Penetreează în cavitatea sinusului. În așa cazuri apare simptomul „Dipiuitren”, ca căpacul de plasmă, jucării de la copii. Radiologic chistul folicular — coroana dintelui se află în cavitatea chistului, dar rădăcinile în afara cavității chistice. Chist odontogen: creștere lentă, ajungând la peretele inferior a sinusului începe a crește în sus. Inițial chistul este delimitat de sinus periost și os. Mai târziu sub presiunea din chist are loc rezorbția osului.

8. *Tumori chistice suprainfectate* — deformația există de multă vreme-determinat prin anamneză, radiologic imagine chistică radiculară sau foliculară.

9. *Chist intrasinusal (mucocele)* — lipsește facarul dentar, deseori asimptomatic sau cu dureri. Dureri de intensitate moderată, eliminări mucozale sau purulente unilaterale. Radiologic-opacitate parțială, omogenă, cu o convexitate superioară (soare care răsare), restul cavității SM are o transparență normală.

10. *Tumori chistice odontogene Epiteliom* — poate avea clinica sinuzitei, secreții nazale unilaterale însoțite de mici hemoragii, Cacosmie subiectivă și obiectivă. Radiologic modificări caracteristice caracteristice tumorilor.

11. *Sinuzitele specifice (tuberculoasă, leitică, actinomicotică)*: tuberculoza sinusului maxilar rar localizate, însoțită de fistule, adenopatii cervicale și focare pulmonare. Sifilisul sinusal mai frecvent terțiar localizat în bolta palatină, goma putând fistuliza în sinus. Sinuzita actinomicotică — este rară, caracterizată prin fistule cutanate și mucozale.

12. *Carcinomul de mezostructură* — secreții nazale unilaterale, mici hemoragii, cacosmie subiectivă și obiectivă, tulburări de sensibilitate pe traectul n. infraorbital, radiologic modificări ale oaselor.

13. *Sinusita alergică*: din anamneză se determină maladiei alergice — exeme, neurodermatite, conjunctivite alergice, edemul Kwinke, diateze exudative, diateze alimentare, intoleranță la medicamente. În cazul sinuzitei alergice nu există legătură cu factorul etiologic odontogen. Pentru sinuzita alergică este caracteristică acutizarea și remisiile dese, unele legate de anotimp.

Sinuzita alergică este însoțită de afectarea altor sinuși paramaxilare — nazal, etmoidal, frontal. Clinica sinuzitei alergice este însoțită de: mucoasa foselor nazale este edemată intens, de o culoare vișinie, de o consistență dehidratată, uneori cu polipi, eliminări mucozale transparente abundente nazale bilaterale. Eozinofilele sunt majorate și dau reacții pozitive cu testele alergice. Lipsa efectului curativ în tratamentul sinusitei alergice cu vasoconstrictori. Sinuzita alergică are o incapacitate de muncă mai mare decât sinuzita odontogenă.

14. *Antrolit*: apare spontan pietre cum sunt și în alte organe. La baza mecanismului stă staza secretului, la care se mai adaugă fungii care în timp precipită se transformă în concrement.

15. *Tumoare a sinusului maxilar* — debutul asimptomatic, depistat radiologic întâmplător sau în timpul operației. Radiologic pe baza distrucției osoase și defectului fără graniță bine delimitate. Eliminările neînsemnate, uneori cu sânge.

16. *Osteom, odontom* — radiologic este caracteristic granițe bine delimitată și cavitatea tumorii, opacitate intensă, crește foarte încet, element ce amintește dintele. Histologic diagnosticul calitativ.

CONCLUZII

1. Cei mai frecvent dinți cauzali implicați în declanșarea sinusitei sunt dinții 6.
2. Perforația sinusului maxilar s-a depistat în 73% cazuri.
3. Deschiderea sinusului în timpul extracției dentare și propulsarea rădăcinii în cavitatea sinusului, constituie o indicație urgentă către spitalizare.
4. Diagnosticul determină focarul etiologic, determinarea răspândirii procesului infecțios și permite planificarea tacticii de tratament.

BIBLIOGRAFIA

1. Ababii, I. Otorinolaringologie: (vadecum clinic) / V. Popa, I. Ababii. — Chișinău: CEP Medicina, 2002. — P.
2. Albu, S. Chirurgia funcțională a foselor nazale / S. Albu. — Cluj-Napoca, 2001. — P. 45-58.
3. Călin D., Antohe D., Varlam H., Moldovanu E. Încadrarea ariei periapicale dentare în organizarea sinusului maxilar. Medicina stomatologică. România, 2003, Suppl, pag. 318-325.
4. Guțan A. și colaboratorii catedrei, Chirurgia stomatologică. Chișinău. 1999. Partea I, II, III, pag. 51-57.
5. Guțan A. Prelegerea pe tema „Sinuzita odontogenă” Chișinău, 1989, pag. 18.
6. Perrella A., Rocha S. S., Cavalcanti M. Quantitative analyses of maxillary sinus using computed tomograph. J Appl Oral Sci, 2003, 11 (3): 229-233.
7. Pălărie V. Sinuzitele maxilare odontogene de genă posttraumatică. Teza de licență. Choșinău. 2002.
8. Kasabah S., Slezak R., Simunek A., Krug J., Lecaro M. Evaluation of the accuracy of panoramic radiograph in the definition of maxillary sinus septa. Acta Medica. 2002, 45(4):173-175.
9. Кручинский Г. В., В. И. Филиппенко. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Минск. «Высшая школа». 1991. 158 стр.
10. Муковозов Н. И. Дифференциальная диагностика ХЗЧЛО. Ленинград «Медицина». 1982. 105 — 112.

Prezentat la 29.06.07