

# AFECȚIUNILE INFLAMATORII ALE SINUSULUI MAXILAR – STUDIU STATISTIC PE O PERIOADĂ DE 5 ANI (2003-2008)

*Inflammatory affections of the maxillary sinus - statistical study on a 5-year period (2003-2008)*

Asist. Univ. Dr. Florin Onișor-Gligor, Prof. Univ. Dr. Teofil Lung,  
Prep. Univ. Dr. Mihai Juncar, Dr. Mădălina Lazăr

*Catedra de chirurgie Orală și Maxilo-Facială I, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca*

## REZUMAT

Prin studiul de față s-a încercat realizarea unei prezentări amănunțite a cauzelor ce duc la apariția sinuzitei maxilare cronice odontogene și a modului optim de tratament al acesteia. Pentru realizarea studiului de față am selectat un lot de 183 de pacienți tratați în clinica noastră pe o perioadă de 5 ani dintr-un total de 8.695 de pacienți. Din punct de vedere etiologic, procesele septice periapicale (40,98), urmate de comunicarea oroantrală au reprezentat în studiul efectuat principalii factori incriminați în apariția sinuzitelor maxilare. Unitățile dentare cel mai frecvent implicate în apariția sinuzitei maxilare odontogene sunt molarul unu maxilar, urmat de molarul secund. Tratamentul chirurgical prin cura radicală sinusală s-a dovedit a fi tratamentul de elecție al sinuzitei maxilare cronice, recidiva postoperatorie apărând în numai trei cazuri.

**Cuvinte cheie:** sinuzită maxilară, comunicare oro-antrală, cură radicală sinusală

## ABSTRACT

The present study comes with a detailed presentation of the causes that lead to the apparition of the chronic maxillary sinusitis of odontogenic origin and also with a presentation of the best way of treatment of this affection. For this study we selected a lot of 183 patients, from a total of 8,695 who have been treated in our clinic during a period of 5 years. From an etiological point of view, the periapical septic processes (40.98), followed by the oroantral fistulae are the main factors responsible for the apparition of the maxillary sinusitis. The teeth most frequently involved into the apparition of the maxillary odontogenic sinusitis are the maxillary first molar followed by the maxillary second molar. The surgical treatment by mucosal stripping proved to be the elective treatment of the chronic maxillary sinusitis, the postoperative recurrence appeared only in three cases.

**Key words:** maxillary sinusitis, oroantral fistula, mucosal stripping

## INTRODUCERE

Sinuzita cronică odontogenă este o afecțiune cu frecvență crescută în România, diferitele statistici găsind o prevalență situată între 8-12%, adulții de peste 30 de ani fiind cel mai frecvent afectați, existând o distribuție omogenă pe sexe (1). Sinuzitele cronice ale adulților sunt cel mai frecvent de cauză odontogenă, infecțiile dentare, constituind 5-10% din totalul sinuzitelor semnalate în România.

Propagarea infecției se produce de la nivelul rădăcinilor dinților posteriori, sinusali, ai arcadei dentare superioare, care se află în proximitatea planșeului sinusului maxilar. Cele neodontogene se dezvoltă cel mai des după infecțiile acute virale ale căilor respiratorii superioare, care produc obstrucția pasajelor de drenaj ale mucusului și infectarea acestuia în 2% dintre cazuri.

Sinuzita maxilară odontogenă este importantă atât din punctul de vedere al frecvenței, cât și din

Adresă de corespondență:

Asist. Univ. Florin Onișor-Gligor, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Str. Victor Babeș Nr. 8, Cluj-Napoca

punctul de vedere al complicațiilor sistemice, loco-regionale și locale pe care le poate dezvolta: neurologice, oftalmologice, dentare. Astfel, este deosebit de important ca toți practicienii care lucrează în sfera maxilo-facială să recunoască simptomele sinuzitei maxilare cronice. Noile descoperiri tehnologice sunt foarte eficiente atât în diagnosticarea, cât și în tratamentul sinuzitei: computer-tomografia, endoscopia, instrumente chirurgicale de ultimă generație.

Mijloacele terapeutice cel mai frecvent aplicate pentru tratamentul sinuzitelor cronice maxilare sunt cele chirurgicale, prezentând rate crescute de succes, deși tehnica clasică chirurgicală poate fi considerată de unii specialiști ca aparținând trecutului (2). În afară de tehnicile chirurgicale clasice, în special în clinicile de ORL sunt abordate mai recent tehnici minim invazive de chirurgie endoscopică. Chirurgia endoscopică, deși a câștigat teren și a stârnit interesul a numeroși specialiști, este foarte controversată atât la noi în țară, cât și internațional (3, 4). Ambele tehnici, chirurgicală clasică și endoscopică, prezintă însă atât avantaje, cât și dezavantaje.

Din aceste motive, studiul de față a fost realizat cu scopul de a analiza eficiența tehnicilor clasice de tratament chirurgical al sinuzitelor maxilare odontogene, de a pune în balanță avantajele și dezavantajele tehnicilor clasice și moderne de tratament sinuzal și de a compara rezultatele pe termen lung a acestor două tipuri de intervenții, pe baza studiilor care s-au realizat la nivel internațional.

## SCOPUL CERCETĂRII

Prin lucrarea de față s-a dorit realizarea unui studiu amplu cu privire la modul în care apare, evoluează și este tratată sinuzita maxilară odontogenă. Dorim să determinăm vârsta cel mai frecvent afectată de patologia inflamatorie a sinusului maxilar cu punct de plecare odontogen și dacă este prezentă o pondere marcată a unuia dintre sexe.

O atenție deosebită acordăm determinării etiologiei sinuzitelor maxilare, unităților dentare care reprezintă punctul de plecare al sinuzitelor, precum și a formei sub care se prezintă (parodontită periapicală, comunicare oro-antrală etc.).

De interes pentru noi este și modul sub care se prezintă sinuzita maxilară odontogenă în momentul internării pacientului în serviciul clinicii noastre (acută sau cronică). Concomitent încercăm să evaluăm eficiența metodelor de tratament adoptate, ținând cont de evoluția postoperatorie pe care pacienții au prezentat-o.

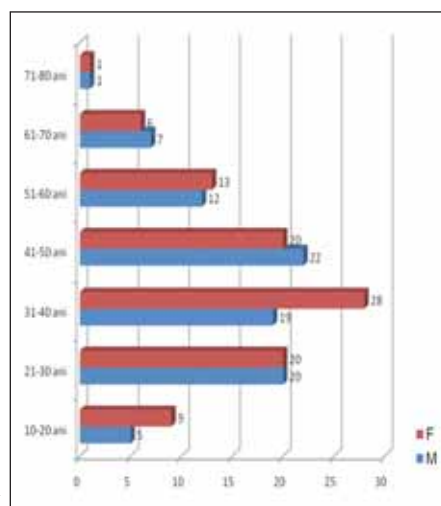
## MATERIAL ȘI METODĂ

În studiu au fost incluși 183 de pacienți, evaluându-se aspectele clinice și terapeutice ale sinuzitelor maxilare tratate în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială I, Cluj – Napoca, în perioada ianuarie 2003 – decembrie 2007, dintr-un total de 8.695 de pacienți tratați în acest interval de timp. Au fost incluse în studiu atât sinuzitele maxilare odontogene, cât și cele rinogene care s-au prezentat în acest serviciu. Am evaluat cazurile în funcție de variabilele: vârstă, sex, mediul de proveniență (urban/rural), localizarea sinuzitei maxilare (dreaptă/stângă/bilateral), etiologie (odontogenă/rinogenă/traumatică), semnele subiective cele mai pronunțate, timpul scurs până la prezentarea la medic, tratamentul chirurgical utilizat, tratamentul dintelui cauzal, tratamentul medicamentos asociat, apariția recidivelor, afecțiuni sistemice asociate, existența sau nu a tratamentului ORL în antecedente.

În etiologia sinuzitelor maxilare odontogene s-au luat în calcul următoarele afecțiuni: parodontită periapicală cronică granulomatoasă, extracții dentare asociate cu comunicare oro-antrală, chist radicular, mucocelul, complicațiile infecțioase ale dinților incluși. Sinuzitele de cauză rinogenă au fost rezultatul complicațiilor afecțiunilor inflamatorii ale căilor respiratorii superioare tratate ORL și recidivate după acest tratament.

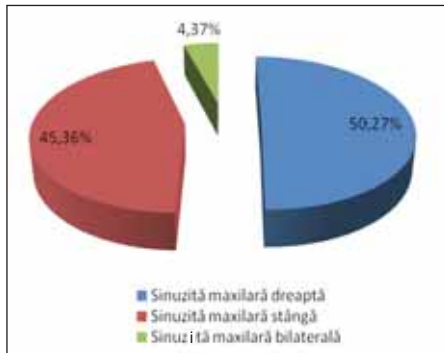
## REZULTATE

Pacienții incluși în studiul nostru au prezentat vârste cuprinse între 18 și 76. Pentru a ușura analiza datelor, pacienții au fost repartizați pe decade de vârstă. Am descoperit o incidență maximă a sinuzitei maxilare odontogene în decada a IV-a de viață pentru femei și a V-a de viață pentru bărbați (fig. 1).



**FIGURA 1.**  
Distribuția sinuzitelor pe grupe de vârstă în funcție de sex

Cele două sinusuri maxilare au fost afectate aproximativ în mod egal. Există totuși o incidență mai mare a sinuzitei maxilare localizată la nivelul sinusului maxilar drept comparativ cu cel stâng. Am descoperit un număr de 8 cazuri de sinuzită maxilară bilaterală dintre care 5 cazuri prezentau sinuzită maxilară de cauză rinogenă (fig. 2).



**FIGURA 2.**  
Localizarea sinuzitei maxilare

Timpul scurs până la prezentarea la medic a variat în limite largi între 1 zi și 3 ani, limita inferioară corespunzând cazurilor în care sinuzita maxilară a fost declanșată în urma unei extracții, iar limita superioară fiind reprezentată de sinuzite maxilare cronice, cu evoluție asimptomatică pentru o perioadă de timp foarte îndelungată, care fie s-au acutizat, fie au fost diagnosticate târziu.

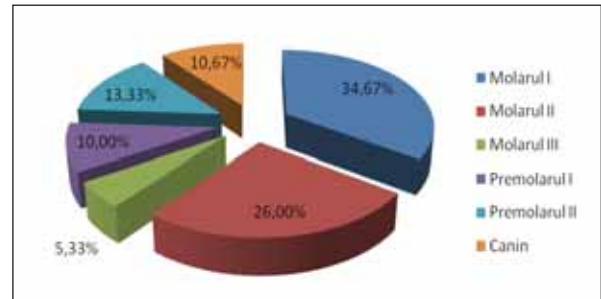
Cauzele care au dus la apariția sinuzitei maxilare sunt foarte variate. În majoritatea cazurilor, punctul de plecare decelat a fost reprezentat de parodontita periapicală cronică (40,98%), urmată de comunicarea oro-antrală și chisturile periapicale. Aproape 10% dintre cazuri au prezentat sinuzită maxilară cronică rinogenă. Au fost semnalate cazuri de sinuzită maxilară ca efect al apariției unei formațiuni tumorale la nivelul sinusului maxilar (mucocel endosinusal) și un caz în care punctul de plecare a fost reprezentat de un dinte inclus (fig. 3).



**FIGURA 3.**  
Cauzele sinuzitei maxilare

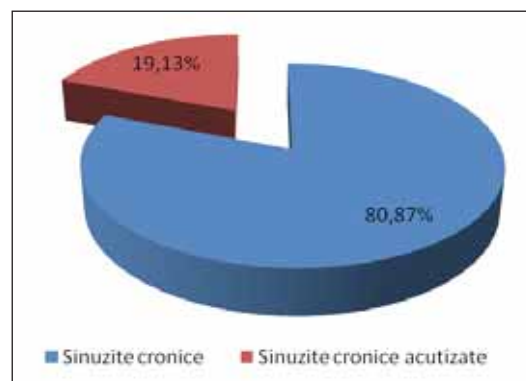
Dintre unitățile dentare care au dus la apariția sinuzitei maxilare, pe primul loc, după cum era de așteptat, sunt molarii primi maxilari, fapt datorat în

special raporturilor intime pe care rădăcina acestora o prezintă față de sinusul maxilar. Molarul al doilea se află pe locul secund, în ceea ce privește etiologia sinuzitei maxilare odontogene, urmat în ordine descrescătoare de premolarul al doilea, premolarul prim, canin și molarul de minte (fig. 4).



**FIGURA 4.** Dinții cauzali ai sinuzitei maxilare

În majoritatea cazurilor, pacienții care s-au prezentat în serviciul Clinicii de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială I din Cluj Napoca au prezentat sinuzite maxilare cronice, urmate de cele cronice acutizate (fig. 5).



**FIGURA 5.** Tipul de sinuzită pe care-l prezentau pacienții în momentul internării

În toate cazurile în care sinuzita a fost declanșată la un interval scurt de timp (1-3 zile), în urma unei comunicări oro-antrale postextracționale, tratamentul de elecție a urmărit plastia comunicării oro-antrale și o cură parțială de sinus cu îndepărtarea mucoasei afectate din dreptul apexului dintelui causal care vor asigura menținerea funcționalității sinusului (10 cazuri din cele 13 cazuri în care s-a realizat cura parțială). În restul cazurilor (170), în care perioada de timp a depășit 3 săptămâni, s-a abordat tehnica radicală chirurgicală asociată cu terapia dintelui causal prin rezecție apicală sau extracție.

Tratamentul chirurgical a fost decis pentru toate cazurile de sinuzite maxilare cronice odontogene și neodontogene (mucocel sinusal, comunicare oro-antrală traumatică), precum și pentru cazurile de

recidivă după tratament ORL, cazuri în care mucoasa sinusală este hipertrofiată ireversibil, polipoasă sau cu empiem sinusal asociat în formele acutizate. În cazul sinuzitelor acute sau cronice acutizate s-au realizat inițial drenajul empiemului și lavaje sinusale cu soluții slab antiseptice, asociat cu antibioterapie până la remiterea fazei acute, apoi s-a instituit tratamentul chirurgical, parțial (7%) sau radical (93%). Metoda chirurgicală cel mai frecvent folosită pentru sinuzitele cronice a fost cura radicală de sinus Caldwell – Luc, 93%, urmată de cura parțială de sinus, o metodă conservativă, în 7% dintre cazuri.

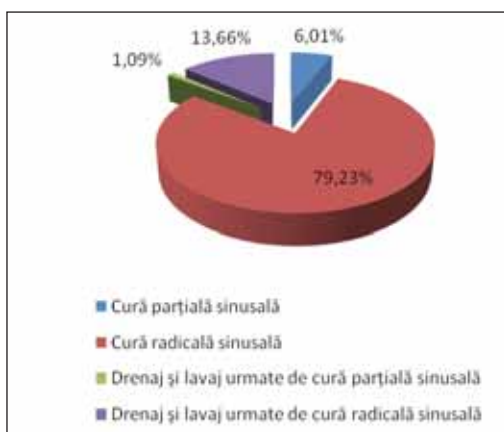


FIGURA 6. Tratamentul aplicat pacienților

După îndepărtarea în întregime a mucoasei sinusale modificate inflamator, s-a impus îndepărtarea punctului de plecare a sinuzitei maxilare. În cazul celor cu punct de plecare odontogen am recurs la extracția dinților irecuperabili sau rezecția apicală a celor recuperabili (fig. 7). Ulterior, atât în cazul în care a fost extras dinte cauzal, cât și în cazul în care punctul de plecare al sinuzitei maxilare a fost reprezentat de comunicarea oro-antrală, s-a impus plastia acesteia.

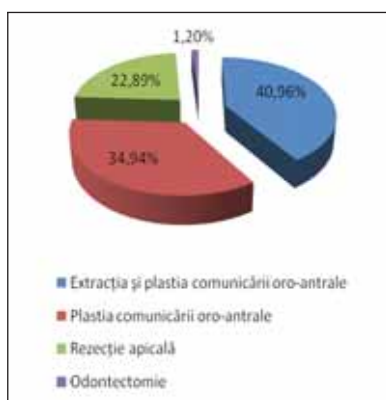


FIGURA 7. Atitudinea față de punctul de plecare al sinuzitei maxilare odontogene

După cura radicală a sinusului maxilar am aplicat o meșă iodoformată endosinusal, exteriorizată la nivelul meatului nazal inferior de partea

homolaterală, care a fost suprimată la trei zile post-operator. În paralel tratamentului chirurgical s-a recurs la administrarea de chimioterapice antibacteriene cu spectru larg și decongestionante nazale.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în majoritatea cazurilor cu excepția a trei pacienți la care s-a constatat recidiva afecțiunii. Apariția eșecului a fost asociată cu prezența postoperatorie a mucoasei sinusale, restante, modificată inflamator.

## DISCUȚII

Din studiul efectuat am descoperit o incidență maximă a sinuzitei maxilare odontogene în decada a IV-a de viață pentru femei și a V-a pentru bărbați. Distribuția pe sexe a fost relativ egală. Similar cu studiul nostru și studiul lui Eleftherios Mylonakis, MD și colaboratorii legat de sinuzitele cronice și abordarea lor clinică și terapeutică, notează afectarea în procente egale a sexelor, precum și o afectare în procente aproape egale a tuturor grupelor de vârstă (5).

Procesele periapicale reprezintă principalul punct de plecare al sinuzitelor maxilare cronice, fiind urmate de comunicarea oro-antrală. Și în cazul în care punctul de plecare al sinuzitei maxilare este o comunicare oro-antrală, patologia periapicală reprezintă cauza indirectă care a dus la apariția sinuzitei maxilare cronice, deoarece de cele mai multe ori extracția dentară s-a practicat cu scopul îndepărtării granulomului periapical. Spre deosebire de studiul realizat de noi, Skladzień J, într-un studiu realizat în Polonia, a găsit un procent de 54% de sinuzite cronice maxilare produse de extracții în urma cărora s-au produs comunicări oro-antrale (6).

Unitățile dentare cel mai frecvent implicate în apariția sinuzitei maxilare sunt molarii primi maxilari, aceasta din două motive și anume: molarul unu maxilar prezintă frecvent și precoce procese cariotoase, deoarece copiii și părinții îl neglijează, considerându-l dinte temporar, iar pe de altă parte, prin dezvoltarea sa, sinusul maxilar prezintă o față inferioară convexă cu punctul cel mai decliv în dreptul molarului unu maxilar, fapt ce duce la apariția unor rapoarte strânse între sinusul maxilar și acesta. Vialatel C., găsește molarul unu maxilar ca fiind principalul dinte responsabil de apariția sinuzitei maxilare odontogene, fiind urmat de premolarul doi, iar în caz de prelungire anterioară sau posterioară a sinusului, premolarul unu sau chiar caninul, uneori, pot fi apropiate de sinus (7).

În studiul nostru am descoperit o incidență mult mai mare a sinuzitelor cronice comparativ cu cele acute, date care corespund și cu alte studii din

literatura de specialitate cum sunt cele ale lui Elicia Kennedy și ale lui Sheehan DJ (8, 9).

În majoritatea cazurilor (79,23%), am realizat cura radicală de sinus maxilar urmată de îndepărtarea în același timp operator a cauzei care a dus la apariția sinuzitei maxilare. În situațiile în care procesul inflamator a prezentat o extindere limitată, ne-am rezumat la efectuarea curei parțiale sinusale. În literatura de specialitate părerile sunt împărțite între acei practicieni care preferă abordul pe cale endoscopică și cei care preferă cura radicală sinusală (10). Noi suntem de părere că abordul pe cale endoscopică nu reprezintă varianta optimă de tratament, deoarece mucoasa sinusului maxilar afectată inflamator consecutiv proceselor patologice periapicale este foarte dificil de îndepărtat cu endoscopul, riscul ca să rămână mucoasă sinusală inflamată după finalizarea actului operator fiind mare.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în marea majoritate a cazurilor, acest fapt datorându-se preponderent îndepărtării minuțioase a mucoasei endosinusale și evident suprimării cauzei care a dus la apariția sinuzitei.

## CONCLUZII

Sinuzita maxilară cronică odontogenă afectează preponderent persoanele aflate în decada a IV-a și a V-a de viață, iar sursa cel mai frecvent implicată în apariția acestora o reprezintă patologia periapicală localizată la nivelul molariei primi maxilari, urmași

de molariei secunzi și premolariei secunzi maxilari. Dorim să atragem atenția asupra importanței deosebite pe care o prezintă recunoașterea și tratarea adecvată a comunicării oro-antrale, aceasta reprezentând unul dintre cele mai importante puncte de plecare ale sinuzitei maxilare cronice de origine odontogenă (34,97%).

Majoritatea pacienților incluși în studiul nostru (80,87%) au prezentat sinuzite maxilare cronice, doar un mic procent au prezentat sinuzite maxilare cronice surprinse într-un episod de reacutizare. În orice caz, evoluția sinuzitelor maxilare netratate este una oscilantă cu apariția de pusee de acutizare între care sunt prezente perioade lungi de evoluție cronică.

Tratamentul de elecție al sinuzitei maxilare cronice este cel chirurgical, reprezentat de cura radicală sau parțială sinusală urmat de îndepărtarea cauzei. Tratamentul sistemic antibacterian și asigurarea drenajului sinusal reprezintă elemente obligatorii care însoțesc cura radicală sinusală și care previn recidiva prin instalarea unui hematoc endosinusal cu potențial de infectare.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în majoritatea cazurilor incluse în studiul nostru, aceasta fiind datorată îndepărtării riguroase a mucoasei sinusale modificată inflamator și evident a punctului de plecare, deziderate care pot fi atinse optim prin abordul sinusului maxilar prin tehnica Caldwell – Luc.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Panaitescu V, Gănușă N, Roșu M** – Anatomia regională a feței și gâtului, Editura Medicală Națională, București 2002
2. **Stamberger H** – Functional Endoscopic Sinus Surgery, Philadelphia, PA: BC Decker 1991.
3. **Ramadan HH** – Surgical causes of failure in endoscopic surgery. *Laryngoscope* 1999, Ianuarie, 109(1): 27-9.
4. **Stankiewicz JA** – Complications of endoscopic sinus surgery. *Otolaryngology Clinic, America de Nord*, 1989, August, 22(4): 749-58.
5. **Eleftherios Mylonakis, MD** – Sinusitis Chronic, Follow – up, octombrie 2008, pe [www.emedicine.medscape.com](http://www.emedicine.medscape.com).
6. **Skladzień J; Litwin JA; Nowogrodzka-Zagórska M; Wierzchowski W** – Maxillary sinus polyps secondary to dental extraction. *Laryngol Otol*. 2000; 114(5):350-3.
7. **Vialatel C** – Corelations pathologiques odonto – sinusales, *Acta stomatologica internationalia*, 1981, 3, iulie – septembrie, 143-49.
8. **Elicia Kennedy, MD** – Sinusitis, februarie 2007, pe [www.emedicine.medscape.com](http://www.emedicine.medscape.com).
9. **Sheehan DJ, Potter BJ, Davis LS** – Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin: unusual presentation of a challenging diagnosis. *South Med J*. Feb 2005; 98(2):250-2.
10. **Slack R, MD, Bates G, MD** – Functional Endoscopic Sinus Surgery, pe [www.aafp.org](http://www.aafp.org).