

معالجة مرضى التهاب الجيب الفكّي ذو المنشأ السني في العيادة السنية الجراحية

الدكتور عصام منصور الخوري*

(قبل للنشر في 2002/8/4)

□ الملخص □

يهدف البحث إلى معالجة مرضى التهاب الجيب الفكّي سني المنشأ في العيادة السنية الجراحية وذلك في حالات الإصابة الجزئية للغشاء المخاطي المبطن للجيب في قسمه القاعدي.

أجريت الدراسة في قسم جراحة الفم والفكين-كلية طب الأسنان-جامعة تشرين بين عامين 1997-2000 على عينة من المرضى الذين يراجعون عيادات التخدير والقلع في القسم، حيث وجدت استطببات العمل الجراحي لدى (43) مريضاً، حيث تم إجراء العمل لـ (31) مريضاً، بينما تم شفاء (7) مرضى بالمعالجة الدوائية بدون عمل جراحي وأحيل (5) مرضى إلى المشفى نظراً لوجود مضادات استطببات العمل الجراحي في العيادة. أظهرت نتائج المراقبة السريرية بأن 92% من الحالات تصيب الأعمار بين 20-60 سنة .

كما أظهرت نتائج الزرع الجرثومي لـ 12 مريضاً مصابين بالتهاب جيب فكّي حاد تحسس الجراثيم لمركبات (Augmentin , Ampicillin , Amoxicillin , Cefaclor) .

و أدت المعالجة المحافظة لالتهاب الجيب الفكّي الحاد إلى نتائج فعالة في 35% من الحالات ، كانت نتائج المعالجة جيدة لدى (26) مريضاً وأصيب (5) مرضى باختلاطات تالية للعمل الجراحي. تم تدبيرها ومعالجتها.

تشير النتائج إلى أن التشخيص الدقيق للحالة واختيار طريقة المعالجة الصحيحة يؤدي إلى نتائج جيدة للعمل الجراحي وباختلاطات أقل مع تجنب المخاطرة وتكاليف العمل الجراحي في المشفى.

*مدرس في قسم جراحة الفم والفكين كلية طب الأسنان-جامعة تشرين -اللاذقية -سورية .

The Treatment Of Odontogenic Sinusitis In Surgical Dental Clinic

Dr. Issam Alkhoury*

(Accepted 4/8/2002)

□ ABSTRACT □

The purpose of this study was the treatment of odontogenic sinusitis in surgical dental clinic in the cases of partial damage.

This study was made in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery- Faculty of Dentistry- Tishreen University during the period from 1997-2000.

The indications for surgical treatment were found in (43) cases, this treatment were made on (31) cases, while (7) patients were healed with antibiotal therapy and (5) patients were treated in hospital.

The clinical observation showed that 92% of cases happened in-patients aged from 20-60 years.

Bacterial culture were done for 12 patients with acute odontogenic sinusitis showed that Bacteria had sensitivity to (Augmentin , Ampicillin , Amoxicillin , Cefaclor) .

We get a good results in 35.3% of cases using conservative methods of treatment .

The results of surgical treatment were good in (26) cases and in (5) cases complications arised after operations and were outcomed.

The results showed that the good diagnosis of the case and the good choice of the method of treatment would lead to good results of surgical treatment with less complication and less cost.

*lecturer at department of oral and maxillo_facial surgery- Faculty of dentistry -Tishreen university- Lattakia- Syria

مقدمة:

يعتبر التهاب الجيب الفكي سني المنشأ من الأمراض التي تتكرر في عيادات الجراحة الفموية وعيادات أمراض الأذن والحنجرة حيث تشكل 4-4.2% من حالات الجراحة الفموية [1]. ويشكل التهاب الجيب الفكي سني المنشأ نسبة 16-40% من حالات التهاب الجيب الفكي بشكل عام [2]. بعض المؤلفين الألمان يعزون التهاب الجيب الفكي إلى سني المنشأ في 60-75% من الحالات، أما أطباء الأذن والأنف والحنجرة فينخفض الرقم عندهم إلى 6% والسبب هو أن المريض يراجع طبيب الأسنان عندما تكون الحالة تبدي أعراضاً سنوية المنشأ واضحة ولذلك فإن حالات كثيرة لا تدخل ضمن إحصاءات أطباء الأذن والأنف والحنجرة [3].

توجد العديد من الدراسات التي وقفت على أسباب هذا المرض وآلياته الإراضية، ورغم جميع المحاولات الوقائية والعلاجية فإن عدد حالات الإصابة كبير وذلك بسبب القرب التشريحي لجذور الأسنان العلوية الخلفية من الجيب الفكي، والتأخر في المعالجات السنوية أو القيام بمعالجات سنوية خاطئة وكذلك التقدير الخاطئ من قبل طبيب الأسنان بأن الاتصال الجيبي الفموي الحاصل بعد القلع سوف يغلق تلقائياً بعد ضغط الحواف السنوية، وعدم تشخيص وجود جسم أجنبي ضمن الجيب ناجم عن عملية القلع (جذر سن، سن، قطعة شاش). [4].

في دراسة أجريت على 385/ مريضاً مصابين بالتهاب جيب فكي، وجد أن 22.5% من الحالات كانت تالية لقلع رحي مؤوفة، وتشكل ناسور جيبي فموي في 16.4% من الحالات [5]. الخبرة السريرية تؤكد بأن التهاب الجيب الفكي سني المنشأ يوصف على أنه إصابة بؤرية للجزء القاعدي من الغشاء المخاطي المبطن للجيب تحيط بمنطقة دخول الانتان عبر فوهة القلع، و الذي يتطور إلى التهاب شامل للغشاء المخاطي المبطن للجيب في حال عدم المداخلة لعلاجه.

إذا كان المريض لديه جيب فكي غير مصاب وحدث لديه اتصال جيبي فموي بقطر أقل من 5/ ملم فإنه غالباً ما يشفى تلقائياً [6]. أما إذا كان الجيب مصاباً وكانت فوهة الاتصال الجيبي الفموي أقل من 5/ ملم عندها يجب إجراء المعالجة الجراحية [7]، حيث يبدأ التهاب الجيب الفكي في حال عدم معالجة هذا الاتصال أو الوقاية من الانتهاب لأكثر من 48 ساعة بعد القلع [8].

إن المعالجة التقليدية لحالات الاتصال الجيبي الفموي التي تتطلب عملاً جراحياً هي عن طريق المداخلة الكاملة على الجيب الفكي أو ما يسمى بعملية (Caldwell-Luc). ولكن هذه العملية تعتبر راضنة ولها كثير من الاختلاطات تتمثل في النكس والخدر في اللثة والأسنان والشفة نتيجة أذية العصب تحت الحجاج الأمامي، كذلك حدوث انتباج في الخد واختلاطات سنوية [9]، بالإضافة إلى أن هذه الطريقة لا يمكن إجراؤها إلا ضمن ظروف المشفى وتحت التخدير العام وتتطلب إقامة المريض في المشفى.

منذ عدة سنوات تستخدم طريقة لإجراء استئصال للقسم القاعدي من الغشاء المخاطي المبطن للجيب وبعناية جيدة حيث يتم إزالة الجزء المصاب فقط من الغشاء المخاطي وتتميز هذه الطريقة بإمكانية تقليص حجم العمل الجراحي والإقلاق من اختلاطاته. [10-11]

مواد وطرق البحث:

العمل تم تأسيسه على نتائج معالجة ومراقبة /43/ مريضاً في قسم جراحة الفم والفكين، منهم (7) مرضى وجد لديهم اتصال جيبي فموي تالي للقلع، (24) مريضاً كان لديهم اتصال جيبي فموي مع وجود التهاب جيب فكي بؤري و(5) مرضى مصابين بالتهاب جيب فكي شامل وهؤلاء تمت إحالتهم إلى المشفى لأن استطباب العمل الجراحي لديهم هو فقط ضمن ظروف المشفى، أما المرضى الـ (7) الباقين فتمت معالجتهم بشكل محافظ وتم شفاؤهم.

من أجل الاستقصاء تم إجراء ما يلي:

الاستجواب: وتضمن الشكوى الرئيسية، تاريخ المرض، المعالجات السابقة.

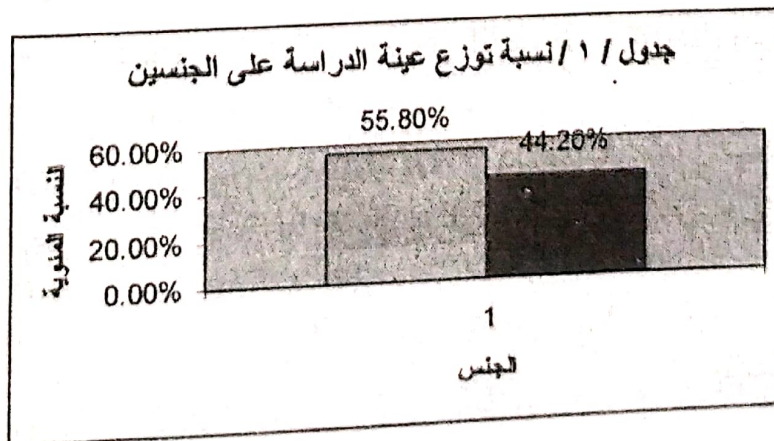
الفحص السريري: وتضمن الفحص الخارجي، جس جدران الجيب الفكي، فحص وظيفة الشم في الجهة الموافقة، فحص الفم، قرع الأسنان، سبر فوهة الاتصال الجيبي الفموي.

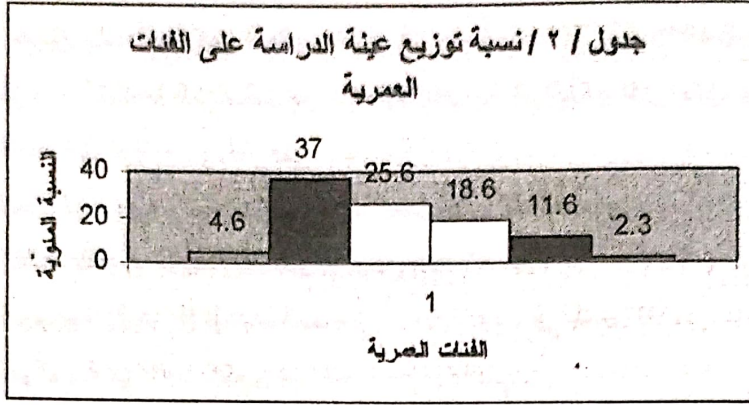
من أجل الاستقصاء عن وجود جسم أجنبي ضمن الجيب (جذر سن، سن، قطعة شاش...) ولتحديد حجم الإصابة في قاع الجيب الفكي تم إجراء التصوير الشعاعي البانورامي الذي يعطي صورة كاملة للأسنان وقاع الجيب الفكي بالإضافة إلى صورة بوضعية الجيوب، وتجنبنا الصور داخل الفموية الذروية لأنها لا تعطي دائماً تشخيصاً دقيقاً بحيث تظهر منطقة حدوده من الأسنان وقاع الجيب الفكي.

من ضمن الاستقصاءات تم إجراء الزرع الجرثومي لمحتويات الجيب الفكي في حالة الالتهاب الحاء. وذلك للتعرف على تحسس الجراثيم للصادات الحيوية وتم الحصول على العينة من خلال فوهة الاتصال الجيبي الفموي وفي حال عدم وجود هذا الاتصال أخذت العينة من خلال فوهة الجيب على الصماخ الأنفي المتوسط. بحيث أجري الزرع لـ /12/ مريضاً.

المراقبة السريرية:

أظهرت نتائج المراقبة السريرية بأن معظم الأعمار التي تتعرض للإصابة بين 20-60 سنة وهي تشكل نسبة 92% من الحالات وهذا ما يفسره ندرة الحاجة للقلع قبل سن العشرين وبعد سن الستين، بالإضافة إلى عدم تفوق جنس على آخر بشكل واضح باحتمالات الإصابة وهذا ما نبينه في الجدولين 1 و 2 .





إن حدوث التهاب جيب فكي سني المنشأ نتيجة تخريب قاع الجيب الفكي التالي للقلع بأحجام مختلفة وجد لدى 38/ مريضاً أي بنسبة 88.3%، أما النسبة الباقية فكانت بسبب كيس ذروي 2/، التهاب سمحاق 2/ وحشوة قناة تجاوزت ذروة السن إلى الجيب 1/.

تجدر الإشارة إلى أن بعض المرضى لم يصلوا إلينا إلا بشكل متأخر بعد القلع وحدث الاتصال الجيبي الفموي وقد بدأ لديهم الالتهاب الحاد أو المزمن في الجيب، ويمكن لطبيب الأسنان الذي أجرى عملية القلع أن يكون قد ساهم في عملية التأخير من خلال وعده للمريض بأن الإصابة سوف تغلق من تلقاء نفسها، مع الأخذ بعين الاعتبار الأخطاء التي يمكن أن يقع فيها الطبيب المعالج في تدبير مثل هذه الاختلاطات حيث أنه لا يمكن دائماً من تشخيص الاتصال الجيبي الفموي ودخول جسم أجنبي إلى الجيب أثناء عملية القلع أو بعدها أو أنه يقوم بإجراء خياطة جراحية للحواف اللثوية بدون تحريف جيد للبقايا المرضية أو إجراء تنضير للحواف اللثوية وأخيراً عدم الاهتمام بمراقبة الالتئام بعد القلع وعدم وصف الصادات الحيوية المناسبة ولا يراجع المريض طبيبه إلا بعد حدوث التهاب جيب فكي.

يعتمد الشكل السريري لالتهاب الجيب الفكي سني المنشأ على شكل ودرجة المرض، وجود أو عدم وجود الاتصال الجيبي الفموي، وضوح الأعراض في البؤرة سنية المنشأ ودرجة المناعة في العضوية. وتوصف الخصائص السريرية لالتهاب الجيب الفكي سني المنشأ على أنه التهاب وحيد الجانب منغلز، وجود بؤرة سنية المنشأ أو اتصال جيبي فموي، إن هدوء الأعراض في الحالة الحادة هو نتيجة خروج المفرزات عبر فوهة الاتصال الجيبي الفموي، تفوق الطبيعة القيحية للالتهاب الحاد، التئخ البوليبي في قاع الجيب الفكي في حالة الالتهاب المزمن، يسوء التنفس في الحالة الحادة.

المعالجة:

إن معالجة مرضى التهاب الجيب الفكي سني المنشأ يعتمد على درجة وشكل المرض، ولذلك تكون المعالجة محافظة وجراحية.

أول خطوة علاجية تكون بمعالجة سبب الالتهاب وإلا فإن المعالجة تكون غير مجدية، ففي الحالة الحادة تكون الخطوة الأولى هي المعالجة المحافظة لمعالجة الالتهاب، استخدام المضادات الجرثومية موضعياً للتأثير على البؤرة الالتهابية، ولذلك استخدمنا البوفيدون الممدد لغسل الجيب وذلك عن طريق سنخ السن المقلوعة في

حال وجوده أو عن طريق الصماخ الأنفي السفلي، يتم الفصل يومياً ولمدة 3/ أيام. أعطينا المصادات الحيوية فمياً لجميع المرضى ذوي الطبيعة الحادة للمرض بالإضافة إلى مضاد التهاب غير ستيروئيدي. كما وضعنا القطرات الأنفية المقبضة للأوعية لجميع المرضى.

قبل البدء بالعمل الجراحي حددنا استطببات هذا العمل على الشكل التالي:

- 1- الاتصال الجيبي الفموي الثابت (لا يمكن أن يغلق تلقائياً).
- 2- الإصابة الموضعية (البورية) للغشاء المخاطي المبطن للجيب في القسم القاعدي منه.
- 3- وجود أجسام أجنبية في الجيب مع وجود اتصال جيبي فموي.

أما مضادات الاستطباب فهي:

- 1- الانتهاب الشامل للغشاء المخاطي المبطن للجيب.
- 2- الحالة الفيزيائية العامة للمريض.
- 3- وجود الجسم الأجنبي في موقع ضمن الجيب يصعب الوصول إليه عبر فوهة الاتصال الجيبي الفموي.

استناداً لما سبق قمنا بالمداخلة الجراحية وذلك بعد تقييم الحالة العامة للمريض ووضع النفسى والمعنوي، ولذلك قمنا بتحضير المريض دوائياً قبل العمل الجراحي بإعطائه الديازيبام /2-5 ملغ/ وذلك حسب وزن المريض (0.03 ملغ/كغ). وأجرينا التخدير الموضعي بحقنه الحدية الفكية وتحت الحجاج والحنكية الخلفية. العمل الجراحي: في البداية قمنا بتظهير فوهة الناسور وإدماء حواف الغشاء المخاطي الفموي حول فوهة الناسور ثم إجراء شريحة مخاطية سمحاقية بشكل شبه منحرف من الناحية الدهليزية تصل إلى قاع الميزاب الدهليزي. إجراء قطع للغشاء المخاطي المنتخن في منطقة قاع الجيب وإزالة البوليبات أو الأجسام الأجنبية إن وجدت وذلك بواسطة مجارف غير حادة، إجراء قطوع عرضية في سمحاق الشريحة للحصول على طول زائد، غسل الجيب بشكل جيد باليوفيدون، شد الشريحة عبر فوهة الناسور وخطاطها على الجهة الحنكية بواسطة خيوط حريرية سوداء (000).

النتائج ومناقشتها

أظهرت نتائج الزرع الجرثومي التي أجريت لـ (12) مريضاً مصابين بالانتهاب الحاد أن الجراثيم تتحسس بشكل جيد لمركبات Augmentin (Cefaclor, Amoxicillin, Ampicillin) .. لفترة علاجية لا تقل عن 10/ أيام، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة مشابهة [12]، وتشير دراسة إلى حالة التهاب جيب فكي تالي لقلع رحي علوية لم تستجب للمعالجة العادية وحدث اختلاط بانتقال الإنتان إلى الحجاج نتيجة المقاومة للمصادات وهي حالة نادرة تشاهد لدى مدمني المخدرات وضعيفي المناعة [13]. وأعطت النتائج أن الجراثيم المسببة في غالبيتها العظمى من العقديات والعنقوديات حيث تشير الدراسات إلى أنه في حال وجود التهاب جيب فكي مزمن تكون الجراثيم المسببة في 52% من الحالات من النوع المختلط [14] وفي الحالة الحادة العقديات واللاهوائيات [15].

إن نتائج المعالجة المحافظة للمرضى المصابين بالتهاب جيب فكي حاد سني المنشأ، أعطت نتائج فعالة لدى (6) مرضى من أصل (17) مريضاً أي بنسبة 35.3% وتم إغلاق الاتصال الجيبي الفموي تلقائياً نتيجة المعالجة المحافظة، أما المرضى الـ (11) الباقين فقد هدأت الحالة لديهم وبقي الاتصال الجيبي الفموي وبدأ بالتحول إلى ناسور.

وأظهرت نتائج المعالجة الجراحية التي أجريت لـ 31/ مريضاً أن فوهة الاتصال الجيبي الفموية نادراً ما تكون بقطر أقل من 1/ سم مما سمح باستخدام هذه الفوهة للوصول إلى الجيب وفي بعض الحالات وعندما كانت الفوهة بقطر أقل من 1/ سم قمنا بتوسيعها بواسطة السنابل الكروية ذات الدوران البطيء إلى حدود 1/ سم.

فترة المراقبة بعد العمل الجراحي من 6/ أشهر حتى سنتين.

تشير نتائج المعالجة الجراحية إلى نتائج هذه المعالجة في 26/ حالة وذلك بنسبة 84% وحدثت الاختلاطات في خمس حالات على الشكل التالي.

1- تمزق حواف الشريحة بشكل جزئي وعودة الناسور /حالتان/ 6.4%.

2- التهاب جيب فكي حاد قيحي بعد العمل الجراحي /ثلاث حالات/ 9.6%.

يمكن عزو النكس وعودة الناسور إلى عدم التقيد الكامل بخطوات العمل الجراحي، وتشير أيضاً إلى أنه برزت صعوبات أثناء العمل الجراحي لدى مريض واحد تجلت بالنزف الناجم عن تمزيق الأوعية المبطننة للجدار الداخلي للجيب تم السيطرة عليها بالدك.

بعد تحليل هذا النوع من الحالات يجعلنا نؤكد على أن المعالجة الجراحية يجب أن تجرى في أبكر وقت ممكن مع الأخذ بعين الاعتبار أن مضاد الاستطباب المؤقت الذي يجعلنا نلجأ إلى تأجيل الجراحة هو الالتهاب الحاد في الجيب الفكي، كذلك الالتهاب الموضعي في الغشاء المخاطي الفموي المحيط بفوهة الناسور أو أي تمزق يصيب هذا الغشاء، وإن التأجيل لغير الأسباب السابقة الذكر يزيد من احتمال حدوث التهاب في الجيب الفكي.

تجدر الإشارة إلى أن جميع المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية كانت إما بسبب التأخر في مراجعتنا بعد القلع لأكثر من 10/ أيام أو بسبب التخريب الواسع لقاع الجيب الفكي أو بسبب وجود جسم أجنبي في قاع الجيب الفكي مجاوراً لفوهة الاتصال.

كما نشير إلى أنه تبرز صعوبات العمل الجراحي لدى المرضى الذين لديهم ناسور ناكس بعد محاولة أو أكثر لإغلاق الناسور جراحياً وباءت بالفشل وذلك بسبب النسيج الندبية التي تتوضع على محيط فوهة الاتصال مما يزيد من صعوبة الفترة التالية للعمل الجراحي.

الاستنتاجات:

- 1- من أجل الوقوف على التشخيص درجة وشكل التهاب الجيب الفكي سني المنشأ يجب إجراء استقصاءات سنية وأنفية وشعاعية وبيولوجية شاملة.
- 2- إن الأعراض السريرية لالتهاب الجيب الفكي سني المنشأ تعتمد على شكل ودرجة الإصابة ووجود اتصال جيبي فموي عبر سنخ السن المقلوعة وإصابة الغشاء المخاطي المبطن للجيب.

- 3 يعتبر البوفيدون الممدد مادة دوائية ذات فائدة موضعياً في منطقة الإصابة ولكن لا يبغي استخدامه عن استخدام الصادات الحيوية.
- 4 يعتبر الاتصال الجيبي الفموي سبباً لحدوث التهاب جيب فكي ولذلك فإن إغلاقه المبكر يجنب من حدوث التهاب جيب فكي.
- 5 تعتبر استطببات المداخلة الجراحية لإغلاق الاتصال الجيبي الفموي وقطع الجزء القاعدي من الغشاء المخاطي المبطن للجيب هي: الالتهاب الموضع للغشاء المخاطي المبطن للجيب في جزئه القاعدي ووجود جسم أجنبي دخل إلى الجيب أثناء أو بعد عملية القلع.
- 6 وتعتبر مضادات الاستطباب هي: الالتهاب الشامل لكامل الغشاء المخاطي المبطن للجيب الفكي، الحالة الفيزيائية العامة للمريض، توضع الجسم الأجنبي في مكان بعيد، وهناك مضادات استطباب مؤقتة هي الالتهاب الحاد وتمزق النسج المحيطة بفوهة الاتصال.
- 7 بنتيجة المعالجة الجراحية المطروحة والمشروحة في النص تم الإقلال من الكلفة المادية للعمل الجراحي بالإضافة إلى الإقلال من اختلاطات العمل الجراحي ومخاطره في المشفى وأظهرت النتائج بعيدة المدى القيمة العملية الجيدة لهذه الطريقة من المعالجة.

-
- 1- AZIMOV, M. 1978- *The toll of odontogenic infectious in sinusitis*. T. Stom USSR No.1, pp 11-14.
 - 2- MARTENSSON, G. 1957- *Operative method in fistulas of the maxillary sinus*. Acta Otolaryngol, Ger. No. 6, pp 248-253.
 - 3- BERTRAND, B. 1997- *Sinusitis of dental origin*. Acta Otorhino. Belg. Vol. 51, No. 4, pp 515-522.
 - 4- MARTENSSON, G. 1952- *Dental Sinsiden*, Deutche zahnarz tl. Ztschr. No. 7, p 1417.
 - 5- HEMPSTEAD, B. 1944- *End results of intraoral operations for maxillary sinusitis*. Arch. Otolaryng. U.S.A No. 30, p 711.
 - 6- EVANS. FO, etal. 1975- *Sinusitis of the maxillary autrum*, I. Med. Eng. pp 293-735.
 - 7- PETERSON, L. 1988- *Contemporary oral and Maxillfofacial surgery*. Crmosby. St. Louis.
 - 8- NON WOWERN, N. 1982- *Clorsure araoutral fistula with buceal flap*. Int. jour. Surg. Moezair. No. 11, p. 156.
 - 9- MURRAY, J., JAKSON, M. 1983- *Complications after treatment of chronic maxillary sinus disease with caldwell- lue procedure*. I. Laryngoscope. U.S.A. No. 93, p 282.
 - 10- Bogatove ,A.1996 Stomatologia (Mosk),spec No. 47 the treatment of patients with odontogenic maxillary sinusitis at adental polyclinic .
 - 11- Aniutin, R.etal.1996 Stomatologia (Mosk),spec No. 43 the differential surgical treatment of odontogenic maxillary sinusitis.
 - 12- HARMONY. BH, etal, 1979- *Etiology and autimicrobial therapy of acute maxillary sinusitis*. I. Infect. Dis. U.S.A p.p. 139-197.
 - 13- BOOK, I. 1981- *Aerobic and anerobic lacterial flora of normal maxillary sinuses*. J. Laryngoscope. U.S.A. pp 91-372.
 - 14- MEHRA, P. etal. 1999- *Odontogenic sinusitis causing orbital cellulitis*. J. am. Dent. Assoc. vol. 130, N. 7, pp. 1086- 1092.
 - 15- BETRAND, B. etal. 1997- *Sinusitis of detual origin*. Acta Otorhinolarynogol Belg. Vol. 51, N.4, pp 315-322.