



بررسی میزان شیوع سینوزیت مگزیلا با منشأ دندانی نزد مریضان مراجعه کننده شفاخانه ملی تخصصی ستوماتولوژی کابل در سال ۱۳۹۹

منیر احمد ابراهیم خیل^۱، عبدالعلی رسولی^۱

۱. مرکز تحقیقات علوم طبّی، پوهنتون / دانش گاه غالب کابل، کابل، افغانستان.

| چکیده | اطلاعات مقاله |
|--|---|
| <p>زمینه و هدف: سینوزیت واقعه‌یی است که در همه سن‌ها به وجود آمده و می‌تواند در هر دو جنس قابل دید باشد، انجام این تحقیق در افغانستان، شهر کابل شفاخانه ملی تخصصی ستوماتولوژی دیپارتمنت جراحی وجه فک در سال ۱۳۹۹ صورت گرفت. هدف کلی تحقیق به دست آوردن معلومات کافی در مورد به میان آمدن سینوزیت، اعراض و علایم، شیوع و طرق مداوی، میزان واقعات و میتود مداوی سینوزیت منشأ دندانی است.</p> <p>روش بررسی: تحقیق انجام شده توصیفی (Descriptive) از نوع Case Series است؛ که در طول ۱۲ ماه در شفاخانه ستوماتولوژی بالای ۷۲۰ مریض با لوحه‌های مختلف به سرویس جراحی وجه فک مراجعه کننده صورت گرفت، از جمله ۱۴ مریض با لوحه سینوزیت سینوس مگزیلا داخل بستر گردید، که فیصدی شان ۰/۱۸ فیصد را تشکیل می‌داد.</p> <p>یافته‌ها: واقعات سینوزیت نزد طبقه ذکور بیش تر بوده، در حدود ۵۷/۱٪ است، اما نزد خانم‌ها ۴۲/۹٪ دریافت شده است. بیش ترین واقعات در سنین بزرگ تر از ۱۵ سال بوده، که حدود ۷۸/۶٪ می‌شود؛ ولی در سنین پایین تر از ۱۵ سال کم تر دیده شده، حدود ۲۱/۴٪ است، بیش تر مریضان (۷۸/۶٪) به لوحه سینوزیت حاد به شفاخانه مراجعه نموده‌اند. اما سینوزیت‌های مزمن ۲۱/۴ فیصد را تشکیل می‌دهد. بیش ترین روش مداوی مریضان بستری سینوزیت را Fistulectomy تشکیل داده، که حدود ۴۲/۹٪ شده و به تعقیب آن عملیات Cald Well Luc بوده، که ۳۵/۷٪ می‌شود و یک تعداد فیصدی کم مریضان (۲۱/۴٪) صرف نسخه تجویز شده است؛ این در حالی است که در کشورهای پیش رفته بیش ترین عملیات جراحی را عمل با استفاده از اندوسکوپ تشکیل می‌دهد.</p> <p>نتیجه گیری: این تحقیق شیوع و مداوی سینوزیت با منشأ دندانی را بخصوص میان مردان و کاهلان هم‌راه با پتالوژی پیش رفته دندانی نشان می‌دهد و پیش نهاد می‌نماید تا مداوی را از نوع Cald Well Luc به نوع مداوی جراحی اندوسکوپیک به اساس این که نتیجه بهبود این تخنیک به مراتب بیش تر بوده و میزان ابتلا را هم کم می‌سازد، مبدل گردد. در ضمن تحقیقات بیش تری جهت راه معقول دیگر برای کنترل خوب و بهبود بیش تر برای این حالت، نیاز است.</p> | <p>نوع مقاله: پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۱</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴</p> <p>تاریخ نشر: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰</p> <p>*شناخت نامه نویسنده مسؤل:</p> <p>منیر احمد ابراهیم خیل. مرکز تحقیقات علوم طبّی، پوهنتون / دانش گاه غالب کابل، کابل، افغانستان.</p> <p>✉ munir.ibrahimkhil@ghalib.edu.af</p> <p>کد اختصاصی مقاله / DOI: https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.1.I.1.3</p> |

واژه‌گان کلیدی: سینوس مگزیلا، منشأ دندانی، شفاخانه ملی تخصصی ستوماتولوژی کابل، اختلالات، مداوی.

ارجاع به این مقاله:

ابراهیم خیل م، رسولی ع. بررسی میزان شیوع سینوزیت مگزیلا با منشأ دندانی نزد مریضان مراجعه کننده شفاخانه ملی تخصصی ستوماتولوژی کابل در سال ۱۳۹۹. مجله علوم طبّی غالب. [اینترنت]. ۲۹ اپریل ۲۰۲۴. [تاریخ برداشت]: (۱): ۱۹-۲۶. DOI: 10.58342/ghalibMj.V.1.I.1.3





MJ

<https://mj.ghalib.edu.af/index.php/mj>



ISSN

E: 3006-094X

Vol.1, Issue.1, Spring & Summer 2024. pp 19-26

Title Examining the prevalence of maxillary sinusitis with dental origin among patients referred to the National Stomatology Hospital in Kabul in 2019

Munir Ahmad Ibrahimkhal^{1*}, Abdul Ali Rasouli¹

1. Medical Sciences Research Center, Ghalib University, Kabul, Afghanistan

| Article Information | Abstract |
|---|--|
| <p>Type: Original Received: 02/ 08/ 2023 Accepted: 04/ 03/ 2024 Published: 29/ 04/ 2024</p> <p>*Present address and corresponding author: Munir Ahmad Ibrahimkhal. Medical Sciences Research Center, Ghalib University, Kabul, Afghanistan</p> <p>✉ munir.ibrahimkhal@ghalib.edu.af</p> <p>DOI: https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.1.I.1.3</p> | <p>Background: Sinusitis is an event that can occur at any age and can be seen in both sexes. The research was conducted in Afghanistan, Kabul, at the national specialization stomatology hospital, department of maxillofacial surgery, in year, 2020. The general aim of the research was to obtain sufficient information about the occurrence of sinusitis, symptoms and signs, prevalence and incidence rate, and treatment methods of dental sinusitis.</p> <p>Methods: Descriptive research in a case series type. During 12 months, more than 7720 patients with various types of sicknesses visited the maxillofacial surgery service in the Stomatology National Hospital, including 14 patients who were hospitalized with maxillary sinusitis dental origin, in one year the percentage of which was 0.18%.</p> <p>Results: the incidence of sinusitis was higher among males than females, it was about 57.1% in males and 42.9% in males, most cases were in the age group above 15 years and it was about 78.6%, but it was less seen in the age group below 15 years, it was 21.4%, the majority of patients (78.6%) had referred to the hospital for acute sinusitis, while chronic sinusitis was 21.4%. Fistulectomy was the most common treatment method for hospitalized patients, which is about 42.9%, followed by Caldwell Luc operation, which was 35.7%, and a small percentage of patients who were not willing to undergo a surgical operation is 21.4%, while in developed countries the majority of operations are performed using endoscopic sinus surgery.</p> <p>Conclusion: This research highlights the prevalence and treatment of sinusitis of dental origin, especially among men and elderly individuals with advanced dental pathology. It suggests a shift towards endoscopic sinus surgery, based on potentially improved patient outcomes and reduced morbidity. Further research and collaboration are needed to implement this change, leading to improved management of this common condition.</p> |

Keywords: Maxillary Sinus, Odontogenic, Complication, Treatment, Stomatology National Specialization Hospital

To cite this article

Ibrahimkhal MN, Rasouli A.A. Title Examining the prevalence of maxillary sinusitis with dental origin among patients referred to the National Stomatology Hospital in Kabul in 2019. Ghalib Medical Journal. [Internet]. April 29, 2024. [taking date]; 1(1): 19-26: DOI: 10.58342/ghalibMj.V.1.I.1.3



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

مقدمه

سینوس‌های مگزیلا عبارت از اجواف هوایی است که عظم فک علوی را دوطرفه اشغال نموده و اولین سینوس از سینوس‌های فوق انفی یا Para Nasal بوده که رشد امبریونیک به صورت غلاف مخاطی می‌نماید و به صورت جنبی از Middle Meatus انفی نمو کرده و حدوداً در روز هفدهم حامله‌گی به میان می‌آید، که در زمان تولد حدود کم‌تر از یک سانتی‌متر قطر می‌داشته باشد [۱].

سینوس مگزیلا در حال رشد به طرف قدامی سفلی در بارزه الویولی توسعه نموده، که توسعه آن توأم با رشد مگزیلا و انکشاف دندان‌ها است؛ زمانی که دندان‌ها رشد نمودند، بارزه الویولی مملو از هوا می‌گردد. در ۱۲ الی ۱۳ ساله‌گی سقف سینوس هم‌سطح سقف جوف انف می‌باشد و بعد از برآمدن دندان‌های دائمی توسعه سینوس کاهش می‌یابد. در کاهلان اپکس دندان‌های دائمی ممکن داخل سینوس رشد نماید، که این موضوع در کالبدشکافی (تسلیخ) و جمجمه خشکیده واضح دیده می‌شود. با کشیدن دندان‌های خلفی مگزیلا توسعه سینوس بیش‌تر شده و بارزه الویولی را می‌پوشاند و تدریجاً تا به Crest ریح باقی‌مانده بدون دندانی می‌رسد. سینوس مگزیلا به نام‌های مترادف Sinus Maxillaris و Antrum of Highmore هم یادشده، که بزرگ‌ترین سینوس‌های جنب انفی بوده، جوف اهرامی داشته و در جسم مگزیلا قرار دارد. در سال ۱۶۵۱ عالم Highmore سینوس مگزیلا را تشریح کرده و درحالی‌که موجودیت آن‌ها قبلاً توضیح شده بود. ارتباط ممکن بین پتالوژی دندان و امراض سینوسی توسط John Hunter توضیح گردید [۲].

سینوزیت سینوس مگزیلا با منشأ دندانی عبارت از یک نوع التهاب سینوس است، که از سبب اختلالات دندانی به میان می‌آید. غشا Schneiderian (ایپیتل جوف انف) می‌تواند از سبب انتانات دندان‌ها، ترضیضات دندان‌ها مخصوصاً دندان‌های خلفی معروض به التهاب شود، که این شکل التهاب سینوس حدود ۱۰-۱۲٪ التهابات را تشکیل می‌دهد. یا به عبارت دیگر، سینوزیت سینوس مگزیلا با منشأ دندانی عبارت از التهاب غشای مخاطی سینوس است، که از سبب انتانات مزمن دندان‌ها به میان می‌آید. یک تحقیق که در رومانی توسط Albu و Baciut انجام شده، شیوع سینوزیت منشأ دندانی را ۲۵٪ گزارش داده‌اند [۳، ۵].

از این‌که سینوس مگزیلا از جمله مهم‌ترین سینوس‌های پاراناژال به‌شمار می‌رود و التهابی شدن و یا منتن شدن آن عوارض ناگوار را در قبال دارد، تداوم آن می‌تواند اختلالات خطرناک را نزد مریضان ایجاد کند، که می‌توان از سردردی‌های مزمن، ازدست‌دادن حس بویایی به‌شکل دوام‌دار، دردهای صورت، افزازات انفی و احساس بوی بد در دهن را نام برد. حتا انتانات آن منجر به التهاب و منتن شدن سحایا شده مننژیت و ترومبوز سینوس کورنوز را به بار می‌آورد و یکی از اسباب آن هم جذور منتن دندان‌ها و امراض دندانی است [۶].

آناتومی تطبیقی سینوس: دندان مولر دوم علوی دندانی است که جذر آن با سینوس ارتباط و قرابت نزدیک دارد به تعقیب آن مولر اول و سوم علوی در ارتباط نزدیکی سینوس می‌باشند. تفاوت واضح در ارتفاع کف سینوس بین افراد دندان‌دار و بی‌دندان وجود دارد. در افراد با ازدست‌دادن دندان فک علوی، بزرگ‌شدن سینوس می‌تواند به سمت پایین پیش‌رفت کند. بعضاً جوف سینوس در بین جذرهای دندان‌های مجاور و حتا در بین دو جذر یک دندان توسعه می‌داشته باشد که در همان نواحی سینوس برجسته‌گی‌هایی را نشان می‌دهد. در افراد کاملاً بی‌دندان، سینوس می‌تواند منبسط شده و به داخل استخوان الویول گسترش یابد و یک حفرة الویولی نازک از استخوان بین سینوس و جوف دهن باقی بماند. حجم کلی سینوس بین ۵-۲۲ میلی لیتر با اوسط ۱۲٫۵ میلی لیتر است [۳، ۷].

در التهابات حاد سینوس قیج در داخل لومن سینوس تولید شده، که تدریجاً فشار داخلی سینوس را بالا می‌برد، که از اثر بندش مخاط پوشاننده توسط التهاب می‌باشد، فشار وارده باعث فشردگی رشته‌های عصبی که تحت مخاط سیر دارد می‌گردد. التهابات مزمن سینوس مگزیلا با منشأ دندانی یک مرض شایع است. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که التهاب مزمن سینوس مگزیلا در ۱۴٪ تا ۲۴٪ موارد منشأ دندانی دارد. سینوزیت مزمن مگزیلا با منشأ دندانی ممکن است، ناشی از این عوامل باشد: فیستول مزمن دهانی سینوسی یا (OAF)، اجسام بیرونی داخل سینوس مانند (مواد پرکاری دندان، ریشه دندان، قسمت‌هایی از وسایل شکسته دندان) که از طریق کانال ریشه یا OAF به داخل سینوس می‌شود. گرانولوم‌های پری آپیکال یا سیست‌های التهابی کوچک دندان‌های مولر، سیست‌های پری مولر و سیست‌های بزرگ. انتانات پری آپیکال دندان‌هایی که در مجاورت سینوس هستند باعث ایجاد Oroantral Fistula شده می‌تواند. شانس مصابیت به Oroantral Fistula در سنین کم‌تر از ۱۵ ساله‌گی به تناسب کاهلان کم‌تر بوده، که علت آن هم رشد نامکمل سینوس است، که در سن ۱۵ ساله‌گی تکمیل می‌گردد [۸، ۹].

سینوزیت سینوس مگزیلا با منشأ دندانی من حیث یک مرض استخوانی تلقی می‌شود؛ زیرا التهاب الویول مگزیلا با وسعت ضایعات استخوانی همراه است، که در پتوفزیولوژی مرض دخیل شناخته شده است. باوجود نتیجه منفی سی. تی. اسکن سینوزیت یک‌طرفه مگزیلا با Infundibulum آزاد و آشکار احتمال آفت با منشأ دندانی را بیش‌تر می‌سازد. افزایش مقدار مایع و التهاب مخاط در سینوس مگزیلا در سی. تی. اسکن به‌طور چشم‌گیری احتمال یافتن منبع دندانی برای امراض سینوس را افزایش می‌دهد. از نظر میکروبیولوژی

Moraxella Catarrhalis و Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae شایع‌ترین پتوجن‌های دخیل در سینوزیت حاد هستند، درحالی‌که غیرهوازی‌ها در دوثلث مریضان مبتلا به انتانات مزمن دیده می‌شود (۳، ۱۰-۱۲).

آنتی‌بیوتیک‌تراپی مناسب با قطره‌ها و یا انشاق ادویه ضد احتقان مفید بوده، در صورتی‌که سینوزیت مزمن ناشی از ریشه‌منتن دندان باشد، دندان‌ماوفه باید کشیده شود و ساکت‌دندانی‌خیاطه و بسته‌شود؛ چون خطر به‌میان‌آمدن فیستول دهانی سینوسی وجود دارد. در صورت موجودیت جسم اجنبی از قبیل ریشه‌دندان و غیره، قبل از این‌که به تداوی جراحی اقدام شود، باید جسم اجنبی بیرون کشیده شود. موجودیت سینوزیت مزمن قیحی منجر به Oroantral Fistula می‌شود، که تداوی آن (سینوس برای چند روز به سیروم سلین پاک شسته شده تا زمانی‌که افزایش از بین برود، بعداً فیستول بسته می‌شود). بسته‌شدن فیستول به روش جراحی بوده و پولیپ موجوده باید برداشته شود. در صورت عدم موجودیت فیستول دهنی سینوسی و سینوزیت مزمن با تداوی جواب ندهد دریناژ جراحی در نظر باشد. در حال حاضر التهاب سینوس مگزیلا با منشأ دندانی با استفاده از روش جراحی و توصیه‌ادویه‌آنتی‌بیوتیک تداوی می‌گردد؛ ولی تداوی آن نزد مریضان که مصاب به آفات سیستمیک هستند و یا Immunocompromised هستند مشکل بوده و حتی تهدیدکننده حیات است. تداوی جراحی (ESS) Endoscopic Sinus Surgery از مؤثریت خاص برخوردار است [۶].

بامرور وب‌سایت‌های مختلف، چنین به‌نظر می‌رسد که قبلاً در این زمینه مقالات تحقیقی در افغانستان به نشر نرسیده است و معلومات ما در این ارتباط محدود است. بنابراین این تحقیق که در سال ۱۳۹۹ نزد مراجعه‌کننده‌گان شفاخانه ملی تخصصی ستوماتولوژی کابل انجام شد، ما را به وقایع از مبتلاشدن به این آفت و روش‌های تداوی مؤثر و مدرن آگاه خواهد ساخت، درحال حاضر چنین تحقیقی در هیچ سایت معتبر از آدرس کشور ما به نشر نرسیده است.

مواد و روش بررسی

نوع تحقیق

این تحقیق از نوع توصیفی بوده که در سال ۱۳۹۹ به مدت یک سال در جراحی وجه فک شفاخانه ملی تخصصی ستوماتولوژی اجرا شده‌است.

حجم نمونه

این تحقیق روی ۱۴ مریض اناث و ذکور در هر مقطع سنی، که با لوحه سینوزیت در طول یک سال به شفاخانه ملی ستوماتولوژی و سرویس جراحی وجه فک مراجعه نموده بودند، تحت پوشش تحقیق انجام‌شده قرار گرفتند، چون واقعات شان کم بود نیاز به میتود Random نبود، نمونه گرفته‌شده از همه ماه‌های سال است.

روش جمع‌آوری ارقام

معلومات به‌دست‌آمده از دوسیه‌های مریضانی که داخل بستر و مریضان عملیاتی از کتاب راجستر عملیات‌خانه به‌دست‌آمده و هم‌چنان در تحقیق انجام‌شده از کتاب راجستر سرویس نیز استفاده صورت گرفت.

معیارهای خروج

تحقیق شامل کسانی نیست که در حادثات جنگی به‌شکل محاربه‌وی یا War Injury به شفاخانه مراجعه نموده باشد. به‌خاطری‌که این‌ها مربوط شفاخانه‌های نظامی است. هم‌چنان کسانی که امراض سیستمیک از جمله امراض روماتیزم و امراض تضعیف‌کننده سیستم معافیتی داشته باشد، شامل نیست، و در تحقیق ما مریضانی که مصاب سینوزیت ناشی از امراض سیستم تنفسی است شامل نیست.

معیارهای ورود

افراد شامل تحقیق تمام مراجعان بوده، هم از لحاظ سن و هم از لحاظ جنس، صرف از لحاظ اتیولوژی کسانی شامل است که سینوزیت با منشأ دندانی داشته باشند، نه این‌که ناشی از امراض تنفسی و امراض بینی که این مریضان به سرویس گوش و گلو مراجعه می‌کنند و مربوط به آن‌ها می‌باشد، نه ستوماتولوژی تنها مریضان مصاب سینوزیت با منشأ دندانی شامل تحقیق ما می‌باشد.

روش‌های تحلیل داده‌ها

ارقام به‌دست‌آمده به‌صورت مقایسه‌وی نظر به جنس، سن، نوع اختلاط و نوع عملیات انجام‌شده نزد مریضان مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفته است. تحقیق انجام‌شده به اساس سیستم SPSS و مایکروسافت اکسل با داشتن گراف‌ها و جداول تحلیل و ارزیابی شده است.

یافته‌ها

جدول (۱): واقعات سینوزیت از نظر جنسیت

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Male | 8 | 57.1 | 57.1 | 57.1 |
| Female | 6 | 42.9 | 42.9 | 100.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 100.0 | |

واقعات سینوزیت نزد طبقه ذکور بیش‌تر بوده، که حدود ۵۷٫۱٪ است، اما نزد خانم‌ها ۴۲٫۹٪ دریافت شده است.

جدول (۲): واقعات سینوزیت از نظر سن

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid <15 | 3 | 21.4 | 21.4 | 21.4 |
| >15 | 11 | 78.6 | 78.6 | 100.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 100.0 | |

بیش‌ترین واقعات در سنین بزرگ‌تر از ۱۵ سال بوده و حدود ۷۸٫۶٪ می‌شود، ولی در سنین پایین‌تر از ۱۵ سال، کم‌تر دیده‌شده ۲۱٫۴٪ است.

جدول (۳): حادثات مریضی یک‌طرفه

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Acute | 11 | 78.6 | 78.6 | 78.6 |
| Chronic | 3 | 21.4 | 21.4 | 100.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 100.0 | |

بیشترین حادثات مرضی یک طرفه حادث شده یعنی فقط سینوس فکی را یک طرفه مصاب ساخته که حدود ۹۲٫۹٪ بوده و حادثات دوطرفه آن حدود ۷ فیصد می باشد، اکثریت بیش تر مریضان (۷۸٫۶٪) به لوحه سینوزیت حاد به شفاخانه مراجعه نموده اند در حالی که سینوزیت های مزمن ۲۱٫۴ فیصد بوده و کم تر است.

Operation جدول (۴): تعداد مریضان بستر شده سینوزیت

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Cald Well Luc | 5 | 35.7 | 35.7 | 35.7 |
| Fistulectomy | 6 | 42.9 | 42.9 | 78.6 |
| Prescription | 3 | 21.4 | 21.4 | 100.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 100.0 | |

بیشترین روش تداوی مریضان بستری سینوزیت را Fistulectomy تشکیل داده که حدود ۴۲٫۹٪ شده، به تعقیب آن Cald Well Luc بوده، که ۳۵٫۷٪ را تشکیل می دهد و یک فیصدی کم مریضانی که صرف نسخه تجویز شده و حاضر به عملیات نشده اند ۲۱٫۴٪ بوده است؛ این در حالی است که در کشورهای پیشرفته، بیشترین عملیات را عمل با استفاده از اندوسکوپ تشکیل می دهد.

مناقشه

از تحقیق توصیفی انجام شده چنین نتیجه گیری می گردد، که بیش تر واقعات نزد جنس مذکر است، که فیصدی ۵۷٫۱ را تشکیل می دهد، که در زمینه سبب قابل پیش بینی این است که طبقه اناث بیش تر به دندان های خود توجه کرده و کم تر معروض به آفات Periapical می شوند؛ اما مردها کم تر به دندان های خود پرداخته و دیرتر مراجعه می کنند، که شانس مصابیت به سینوزیت را بیش تر می سازد. از نگاه سن بیشترین واقعات در سن بالاتر از ۱۵ ساله گی دیده شده که علت آن هم این است که تا به ۱۵ ساله گی سینوس سیر تکاملی خود را داشته، هم چنان ریشه دندان های دائمی در حال تکامل است؛ بناءً سینوزیت با منشأ دندانی کم تر تصادف می شود؛ اما در سنین کهولت و بالاتر از ۱۵ ساله گی این واقعات بیش تر است.

سه منظره رادیوگرافیک تأییدکننده منشأ دندانی آفت می باشد، که در دندان هایی که مجاور سینوس می باشند، دیده می شود: ۱. فیستول دهنی سینوسی؛ ۲. امراض پرپودنتل با آبنسه پری اپیکل؛ ۳. ریشه های پریمولر و مولرها داخل شده به طرف سینوس توأم با امراض پرپودنتل [۱۰].

در سینوزیت های با منشأ دندانی، اهتمامات انتی بیوتیک تراپی تجربه وی نسبت به سینوزیت عادی متفاوت است؛ زیرا باکتری های غیرهوازی در سینوزیت های منشأ دندانی یافت می شوند [۱۳].

آندوسکوپ بی بی اهتمامات جراحی سینوزیت مگزیلا با منشأ دندانی را بهبود بخشیده است. کورتاژ و حذف یا برداشتن جوف سینوسی را باطل و غیرقابل استفاده می کند. اندوسکوپ بی بی قابل اعتماد است و میزان اختلاطات کمتری دارد، در هر صورت به ترین تداوی، وقایه است [۱۴].

نظریه کلی بی وجود دارد که سینوزیت مزمن مگزیلا به خصوص زمانی که با فیستول دهنی سینوسی توأم باشد، نیاز به جراحی باز از طریق دهن با باز کردن سینوس و بستن فیستول دارد، به این منظور عملیات کلاسیک Caldwell Luc با برداشتن تمام فرش مخاطی سینوس اجرا می شود. معایب این روش در متون مختلف ذکر شده است، که شامل میزان بالای اختلاطات، ضیاع بیش تر خون، زمان بیش تر برای اجرای عملیات و زمان بستری شدن طولانی می باشد. یک روش بدیل کورتاژ نمودن سینوس از طریق مجرای فیستول یا از طریق دریچه استخوانی ایجاد شده در ساحة می باشد، اما کورتاژ نمودن دسترسی کافی به Ostium و نواحی کلیدی oseometal complex را

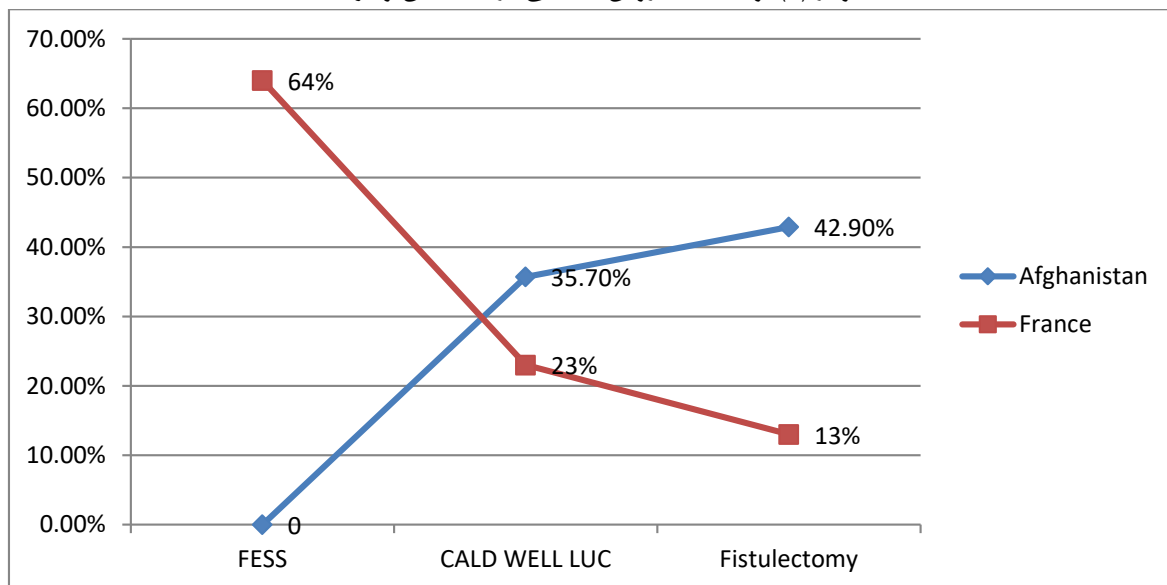
مهیا ساخته نمی‌تواند. مطالعات جدید ثابت ساخته که جراحی اندوسکوپي سینوس مگزیلا یک روش قابل اعتماد بوده، که به زمان عملیات کم‌تری نیاز دارد و میزان اختلاطات کم‌تری نسبت به روش‌های کلاسیک Caldwell Luc می‌داشته باشد [۱۵].

یک مطالعه تداوی فیستول اورانترال همراه با سینوزیت با منشأ دندانی را ترکیب از بسته‌شدن اولیه فیستول یا Primary Closure و عملیات آندوسکوپي FESS توصیه می‌کند، این روش مطمئن و قابل قبول با کم‌ترین اختلاطات می‌باشد [۸].

در یک تحقیق، که در کشور فرانسه بالای ۲۲ مریض انجام‌شده، نشان داده است که بیش‌ترین واقعات را در آن‌جا توسط Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) یا عملیات به کمک اندوسکوپ وظیفه‌وی انجام داده‌اند، که ۶۴٪ واقعات را تشکیل می‌دهد، به تعقیب آن عملیات Caldwell Luc بوده، که ۲۳٪ مریضان به این روش عملیات و تداوی شده‌اند و در ۱۳٪ واقعات نزد مریضان بزرگ ساختن فیستول و Fistulectomy انجام‌شده بود [۱۳، ۱۰]. که تفاوت بزرگ را با تحقیق ما نشان می‌دهد؛ البته عملیات با اندوسکوپ هنوز در کشور ما مروج نبوده، امیدوار هستیم در آینده نزدیک مروج شود؛ ولی در کشور ما مریضان بیش‌تر به روش بزرگ‌ساختن فیستول و Fistulectomy تداوی شده‌اند، که ۴۲٫۹٪ را تشکیل می‌دهند؛ اما عملیات Caldwell Luc به تعقیب آن ۳۵٫۷٪ را تشکیل می‌دهد، که این‌همه در نمودار ذیل به‌صورت مقایسه‌وی نمایش داده می‌شود.

فیصدی واقعات هر سه روش عملیاتی در افغانستان و فرانسه به‌صورت مقایسه‌وی قرار ذیل در لاین چارت واضح می‌گردد.

نمودار (۱): واقعات سه روش عملیاتی در افغانستان و فرانسه



تقدیر و تشکر

سپاس فراوان از ریاست محترم شفاخانه ستوماتولوژی، استاد رهنما، محترم رنحوریار ترینر متخصص محمد حامد ارغوشی، دکتور سیدحسین موسوی و محمد اسماعیل احمدیار و تمام استادان و ترینران شفاخانه ستوماتولوژی، که ما را رهنمایی درست نموده‌اند.

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی گزارش نشده است.

ORCID

Munir Ahmad Ibrahmkhil

Abdul Ali Rasooli



<https://orcid.org/0009-0006-1087-3069>



<https://orcid.org/0009-0002-7761-0897>

References

1. Miloro M, Ghali G, Larsen PE, Waite PD. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery: Springer; 2004.
2. Malik NA. Textbook of oral and maxillofacial surgery: JP Medical Ltd; 2012.
3. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. Otolaryngology—Head and Neck Surgery. 2006;135(3):349-55.

4. Longhini AB, Ferguson BJ, editors. Clinical aspects of odontogenic maxillary sinusitis: a case series. International forum of allergy & rhinology; 2011: Wiley Online Library.
5. 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):24-8.
6. Mehra P, Jeong D. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. Current allergy and asthma reports. 2009;9(3):238-43.
7. Gosau M, Rink D, Driemel O, Draenert F. Maxillary sinus anatomy: a cadaveric study with clinical implications. The Anatomical Record: Advances in Integrative Anatomy and Evolutionary Biology: Advances in Integrative Anatomy and Evolutionary Biology. 2009;292(3):352-4.
8. Hajjioannou J, Koudounarakis E, Alexopoulos K, Kotsani A, Kyrmizakis D. Maxillary sinusitis of dental origin due to oroantral fistula, treated by endoscopic sinus surgery and primary fistula closure. The Journal of Laryngology & Otology. 2010;124(9):986-9.
9. Lopatin AS, Sysolyatin SP, Sysolyatin PG, Melnikov MN. Chronic maxillary sinusitis of dental origin: is external surgical approach mandatory? The Laryngoscope. 2002;112(6):1056-9.
10. Bomeli SR, Branstetter IV BF, Ferguson BJ. Frequency of a dental source for acute maxillary sinusitis. The Laryngoscope. 2009;119(3):580-4.
11. Nishimura T, Iizuka T. Correlation of Bone Scintigraphy with Extent of Inflammation and Clinical Symptoms in Odontogenic Maxillary Sinusitis. Asian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2003;15(2):90-5.
12. Pokorny A, Tataryn R, editors. Clinical and radiologic findings in a case series of maxillary sinusitis of dental origin. International forum of allergy & rhinology; 2013: Wiley Online Library.
13. Brook I. Microbiology of acute and chronic maxillary sinusitis associated with an odontogenic origin. The Laryngoscope. 2005;115(5):823-5.
14. Chemli H, Mnejja M, Dhouib M, Karray F, Ghorbel A, Abdelmoula M. Sinusites maxillaires d'origine dentaire: traitement chirurgical. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 2012;113(2):87-90.
15. Costa F, Emanuelli E, Robiony M, Zerman N, Polini F, Politi M. Endoscopic surgical treatment of chronic maxillary sinusitis of dental origin. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2007;65(2):223-8.