

OROANTRALNA KOMUNIKACIJA

Dr. Olaf John, specijalizant
Prof. dr. sc. Pavel Kobler*

*Zavod za oralnu kirurgiju
Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Alveolarni recesus maksilarnog sinusa u različitim je topografskim odnosima prema zubnim korijenovima, ovisno o tome je li jače ili slabije razvijen. Komunikacija između recesususa i zubnih korijenova ne postoji, već su vrškovi korijenova od recesususa odvojeni koštanom lamelom ili pak sluznicom sinusa. Periapikalni procesi, odontogene ciste ili pak patološki procesi u maksilarnom sinusu mogu razoriti opisano područje i tada vrškovi korijenova strše u alveolarni recesus. Korijeni drugog pretkutnjaka, te prvog i drugog kutnjaka, najbliže su alveolarnom recesusu, a kod jako razvijenog recesususa i korijeni prvog predkutnjaka i umnjaka. Vađenjem tih zubi, pogotovo ako korijenove zubi od maksilarnog sinusa dijeli tanka koštana lamela ili samo sinusna sluznica, te ako se radi o opisanim patološkim procesima, može doći do nastanka oroantralne komunikacije.

Prevenција je, kao i kod svih komplikacija, najlakši i najučinkovitiji postupak. Stoga je potrebno kod vađenja gore navedenih zubi na rengen - snimci pažljivo proučiti odnos njihovih korijenova i recesususa maksilarnog sinusa. Ako dno sinusa izgleda blizu zubnim korijenovima ili ako su oni jako divergentni, treba ih separirati i prilikom vađenja izbjegavati primjenu jake sile, osobito prema apikalno, kako ne bi došlo do uguravanja korijena ili samog zuba u sinus. Važno je naglasiti da se na rengen - snimci, zbog superponiranja, vrškovi korijenova često projiciraju kao da strše u alveolarni recesus sinusa (slika 1 i 2).



Slika 1.
Odnos korijenova i dna maksilarnog sinusa



Slika 2.
Korijen u maksilarnom sinusu

Nakon vađenja tih zubi moramo ustanoviti je li došlo do oroantralne komunikacije. To možemo učiniti na više načina, no svakako je najpoznatiji Valsalvin pokus (test puhanja na nos). Prstima stisnemo pacijentove nosnice i zamolimo ga da lagano „puhne na nos“ dok mi promatramo alveolu izvađenog zuba. Ukoliko komunikacija postoji, čut ćemo šištanje i u alveoli vidjeti stvaranje mjehurića zraka pomiješanih s krvlju. Postojanje komunikacije provjeravamo i obrnutim Valsalvinim pokusom: pacijent „puhne zatvorenih usta“ i tada zrak iz usne šupljine struji kroz nosnicu. Provjeriti možemo i tupom sondom, vrlo oprezno kako ne bi perforirali očuvanu sinusnu sluznicu.

Liječenje ovisi o veličini komunikacije:

Komunikacije promjera do 2mm ne zahtijevaju poseban postupak, već je dovoljno izvršiti repoziciju alveole i postići stvaranje krvnog ugruška. Pacijenta je potrebno upozoriti na mjere opreza kako bi se izbjeglo njegovo ispadanje: izbjegavanje forsiranog puhanja na nos, jakog kihanja (kihati otvorenih usta), pijenja na slamčicu te pušenja. Sve ove radnje dovode do povećanja tlaka u sinusu, što za posljedicu može imati pomak ili ispadanje krvnog ugruška iz alveole.

Kod komunikacija promjera 2-6mm potrebno je u alveolu ekstrahiranog zuba staviti spužvastu tvar koja omogućuje stvaranje ugruška i bubenjem zatvara komunikaciju, a spontano se resorbira. Nakon repozicije alveole ranu zašijemo „madrac“ šavom ili šavom u obliku osmice (slika 3). Pacijenta treba upoznati s ranije opisanim mjerama opreza, propisati antibiotike (penicilin ili klindamicin) kroz pet dana i kapi za dekongestiju nosa (ephedrin rhinoguttae 1,00%), kako bi prevenirali nastanak sinusitisa i omogućili prohodnost sinusnog ušća.

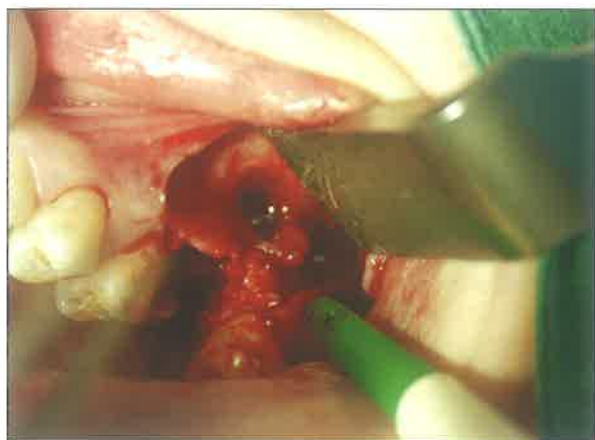


Slika 3.
Šavom u obliku osmice pričvršćeni želatinozni tampon u alveoli

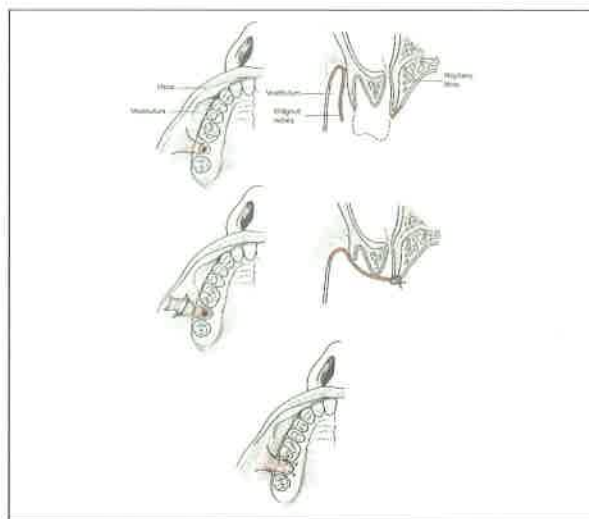
Ako je komunikacija veća od 6mm (slika 4), zatvara se vestibularnim režnjem. Ova je metoda preporučljiva i kod komunikacija manjeg promjera, ako pacijent boluje od kroničnog sinusitisa. Napravimo dva okomita reza na rubove alveole i režanj od kosti odluštimo zajedno s periostom. Ponekad je potrebno skratiti rubove alveole kako bi u potpunosti režnjem prekrili koštani defekt. Ako to nije dovoljno, na bazi režnja presiječemo periost kako bi povećali njegovu mobilnost. Horizontalni dio režnja zašijemo s rubom palatinalne sluznice, a nakon toga šivamo okomite rezove (slika 5a i 5b). Šavovi se vade nakon desetak dana.

Uz već navedene mjere opreza, pacijentu ordiniramo antibiotsku terapiju, te kapi za dekongestiju nosa. Kod svih oblika liječenja pacijente naručujemo na kontrolni pregled svakih 48-72 sata.

Pravovremenim otkrivanjem i liječenjem oroantralne komunikacije spriječit ćemo mogućnost nastanka oroantralne fistule, te komplikacije vezane uz maksilarni sinus.



Slika 4.
Odizanje vestibularnog reznja



Slika 5a, 5b.
**Zatvaranje oroantralne komunikacije
vestibularnim reznjem**

Literatura

1. Miše I., Oralna kirurgija, Zagreb: Medicinska naklada 1991.;166
2. Peterson, Ellis, Hupp, Tucker, Oral and maxillofacial surgery, Mosby 2004.;232-233
3. Hirata, Kino, Nagaoka, Miyamoto, Yoshimasu, Amagusa, A clinical investigation of oro-maxillary sinus-perforation due to tooth extraction, Kokubyo gakkai zasshi, 2001. ;68(3): 249
4. Awang, Closure of oroantral fistula, Int. J. Oral maxillofac. Surg. 1988. Vol. 17; 110-5