

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за орална хирургија
Клиника за максилофацијална хирургија

ФИСТУЛИ НА ЛИЦЕТО ОД ОДОНТОГЕНО ПОТЕКЛО

Јанев Ј., Б. Василевски

За период од три години, врз база на сопствен клинички материјал, обработени се 61 случај на кожни фистули на лицето од одонтогено потекло. Табеларно е даден осврт на етиопатогенезата, како и на застапеноста по возраст, пол и локализација. Резултатите од испитувањето покажаа дека екстраоралните фистули се најчести во третата и четвртата декада од животот. Машкиот пол е позасегнат во споредба со женскиот. Според локализацијата, поголем број фистули се резултат на воспалителни промени на забите во долната, а во помал број на горната вилична коска, манифестирани екстраорално. Најчест етиолошки фактор е хроничниот остеомиелитис. Внимателен клинички преглед, потпомогнат со рендгенграфија, е од особено значење за нивното точно дијагностицирање и за адекватен третман. Што се однесува до терапијата, сметаме дека е неопходна радикална хируршка интервенција за нивно отстранување, и тоа со елиминирање на етиолошкиот фактор (забот причинител), обработка на фистулата и нејзиниот канал, како и дополнително пластицирање на настанатиот дефект на кожата.

Кожните фистули на лицето најчесто се јавуваат поради постоење на некоја хронична одонтогена инфекција, а многу поретко како компликација на некои други заболувања.

Тие, еволуирајќи без функционални локални и општи знаци, често претставуваат замка на самиот клинички преглед, и тоа како за лекарот од општа медицина така и за дерматологот и стоматологот.

Проблемот околу детекцијата и терапијата на екстраоралните фистули не наведе да дадеме свој придонес во решавањето на оваа проблематика, пред сè во откривањето на најчестите етиолошки фактори и во пружањето адекватен третман.

* Трудот е читан на Првиот конгрес на специјалистите по болести на устата, забите и парадонтот од Југославија, Охрид, 1983.

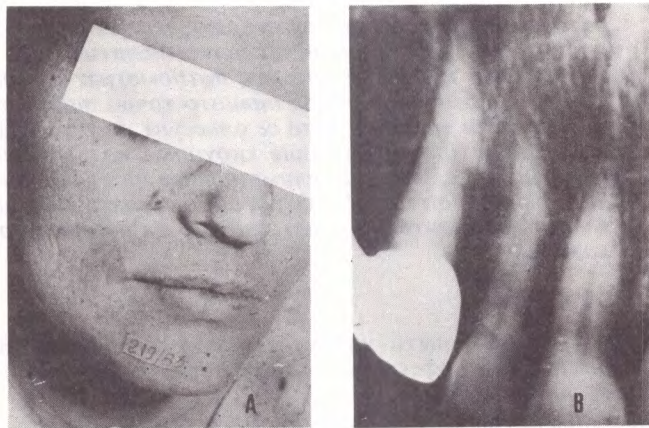
Материјал и резултати

За период од три години, и тоа од 1. I 1980 до 31. XII 1982 год. на клиниките за орална и максилофацијална хирургија во Скопје се обработени 61 пациент со фистули на лицето од одонтогено потекло. При анализата на случаите посебно не интересираше клиничката слика, како и застапеноста по возраст, пол, локализација и етиопатогенеза.

Од нашиот материјал презентираме две фистули со различна локализација.

I случај

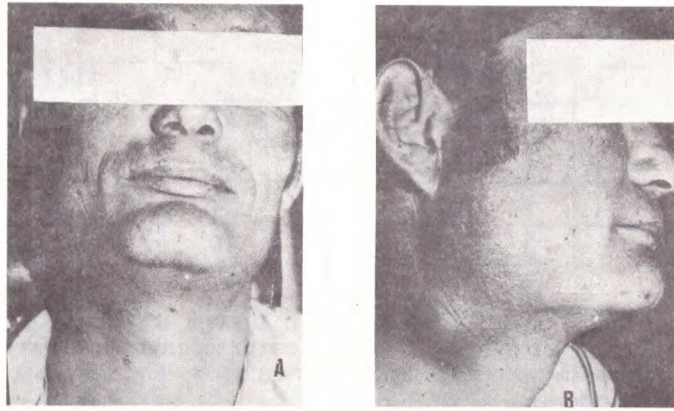
Фистула во fossa canina (сл. 1а). Пациентката најнапред била третирана само со антибиотерапија од страна на општ лекар. Потоа била упатена до дерматолог каде што била лекувана со разни локални медикаменти. Но, бидејќи кожната фистула и натаму перзистирала, по 6 месеци неуспешно лекување, болната конечно е испратена на Клиниката за орална хирургија, каде што од извршениот клинички и рендгенолошки преглед се откри етиолофакторот, односно се констатира постоење на гранулом на канинот од односната страна (сл. 1-б). По претходно направената фистулографија со липиодол, беше извршена апикотомија, обработка на фистулниот канал и пластицирање на настанатиот неестетски кожен дефект на лицето, со што пациентката беше успешно излекувана.



Слика 1 А, Б

II случај

Фистула во пределот на ангулусот на мандибулата (сл. 2-а) и мигрирачки апсцес пред фистулизирање во пределот на вратот (сл. 2-б). Причината беше откриена во честите перикоронарни инфекции на полуинпактираниот долен умник. По извршената хируршка екстракција на забот причинител, обработката на фистулата и на нејзиниот канал, исчезна и мигрирачкиот апсцес.



Слика 2 А, Б

ТАБЕЛА I
СПОРЕД ЕТИОЛОШКИОТ ФАКТОР

Година и висина	1980		1981		1982		Вкупно
	Максила	Мандибула	Максила	Мандибула	Максила	Мандибула	
Osteomyelitis	2	19	2	7	5	6	41
Paradontitis chronica progressiva	0	4	2	3	1	3	12
Cysta radicularis inflamata	0	2	1	1	1	3	8
ВКУПНО	2	25	5	10	7	12	61

Најчест етиолошки фактор е хроничниот остеомиелитис со 67,2%, потоа хроничниот пародонтитис со 19,7%, а најретко инфламираните радикуларни одонтогени и неодонтогени цисти со 13,1%.

ТАБЕЛА II
СПОРЕД ВОЗРАСТА

Год.	1980		1981		1982		Вкупно
	Максила	Мандибула	Максила	Мандибула	Максила	Мандибула	
0 – 19 г.	1	5	2	3	2	7	20
20 – 39	1	18	2	6	4	1	32
Над 40 г.	0	2	1	1	1	4	9
ВКУПНО	2	25	5	10	7	12	61

Резултатите од нашите испитувања покажаа дека екстраоралните фистули се најчести во третата и четвртата декада од животот, со 32 случаја од вкупно 61 заболен, или 52,5%. Се чини, пред сè, поради тоа што во тој период кариесот е и најраспространет.

ТАБЕЛА III
СПОРЕД ПОЛОТ

Година	1980		1981		1982		Вкупно
	Максила	Мандибула	Максила	Мандибула	Максила	Мандибула	
Машки	1	18	2	8	4	9	42
Женски	1	7	3	2	3	3	19
ВКУПНО	2	25	5	10	7	12	61

Машкиот пол е позасегнат, и тоа со 42 случаја, или 68,9%, во споредба на женскиот со 19 случаи, односно 31,1%. Почестото заболување на мажите може да се објасни со нивната поголема зафатеност со производството кое повлекува и послаба грижа за забите.

Во однос на локализацијата, кожните фистули се почести во пределот на мандибулата, и тоа 77,1%, а 22,9% во максилата. Причините за тоа се наоѓаат како во анатомските особености на долната вилица така и во почестите заболувања на долните заби и во акутната перикоронарна инфекција предизвикана од тешкото никнење на долниот умник.

Дискусија

Имајќи ја предвид локализацијата на екстраоралните фистули, секогаш треба да се помисли на постоење на дентална инфекција. Од таа причина, неопходно потребен е стоматолошки преглед, кој, потпомогнат со рендгенграфија, треба да ја открие причината за појавата на кутаната лезија.

Меѓутоа, поради присутниот полиморфизам на кожните фистули на лицето, лекарот е принуден да размислува и за можна афекција на туберкулоза, актиномикоза, луес, безоцелуларен епителиом и постоење на една банална кожна инфекција.

Дискретната хронична еволуција на овие фистули и бледата симптоматологија наведуваат на помислата за постоење на одонтогено жариште. Скоро секогаш се работи за еден хроничен целулит, чија поранешна акутна епизода е заборавена (Szpirglas, 1972). Честопати, иницијалната акутна инфекција датира пред повеќе недели или месеци. Заборавена од пациентот, таа може сепак да стане јадро на хроничен целулит, што на палпација овозможува да се открие повторно (Rochette, 1970). Интраоралниот преглед во односната регија во многу случаи открива постоење на фистула или друга промена во пределот на еден или на група кариозни заби. При прегледот, пак, на забите, најчесто се откриваат девитализирани заби, како последица на траума, често стара повеќе години, или пак на примената на силни и токсични средства и медикаменти што се употребуваат за оптурација на длабоки кавитети, како на пример, разни композиции, силикати, феноли и сл. Покрај оваа периапикална инфекција, причина може да биде и хроничната маргинална инфекција при гингивални и коскени лезии од парадентозата, како и перикоронарните инфекции, најчесто од долниот умник, ретинираните заби или резидуалните радикаси (Анастасов К. 1979; Ђоковиќ Љ. 1963).

При сите случаи ренденографијата е неопходна за да ја потврди дијагнозата, најчесто притоа откривајќи карактеристична слика на апикален гранулом, проширен периодонтален спациум, една циста повеќе или помалку волуминозна или пак остеит (Michel Benoist 1978).

Во терапијата на овие кутани лезии на лицето, императивно се налага ендодонтско хируршки третман на забот причинител или неговото елиминирање. При некои случаи заздравувањето ќе биде забрзано со помош на антибиоте-

рапија, по претходно земен брис од фистулниот отвор, направен бактериолошки преглед и антибиограм.

Заклучок

- Фистулите на лицето од одноотогено потекло се почести во компарација со оние што се јавуваат како компликации на некои други заболувања.
- Внимателен клинички преглед, потпомогнат со рендгенграфија, е предуслов за нивно точно дијагностицирање и за адекватен третман.
- Сите хируршки обиди на ехереца на фистулата, како и примената на само локална и општа антибиотска терапија, без елиминирање на етиолошкиот фактор, евидентно се причини и патишта за појава на брзи рецидиви.
- Целосен и траен успех во лекувањето на кожните екстраорални фистули се постигнува единствено преку отстранување или лекување на забот причинител, обработка на фистулата и на нејзиниот канал, како и пластицирање на настанатиот дефект на кожата.

LES FISTULES DE LA FACE D'ORIGINE DENTAIRE

Résumé

Les fistules cutanées de la face d'origine dentaire évoluant sans signes fonctionnels ni généraux sont un piège au seul examen clinique. Leur polymorphisme fait évoquer à leur propos des affections aussi diverses que la tuberculose, le botryomycome, l'épithélioma baso-cellulaire, la syphilis ou plus simplement l'infection banale de la peau ou de ses annexes.

Leur siège cependant permet de penser à l'infection dentaire et l'examen stomatologique aidé de la radiographie doit mettre en évidence la lésion causale.

Le traitement de la cause dentaire est en effet absolument nécessaire à la guérison de la lésion cutanée et le plus souvent suffisant pour l'assurer.

Литература

1. Анастасов К.: Хируршката стоматологија, медицина и физкултура, Софија, 1979.
2. M. Benoist: réhabilitation et prothèse maxillo-faciales. Julien Prêlat, Paris, 1978.
3. Ђоковић Љ. Стоматохирургија, Научна книга, београд, 1963.
4. Rochette Marcel: Traitement des fistules géniennes et des cicatrices des adénites géniennes. La paratige chirurgicale bucco - dentaire et maxillo - faciale, 263-170, 1970.
5. Szpirglas H. et A. Bakir: Les fistules cutanées d'origine dentaire. La revue du praticien, 22, 18, 1972.