MAKSİLLER SİNÜS

* Maksiller sinüs üst premolar ve molar dişlerin kökleri ile yakın ilişkidedir.Oral ve fasiyal grafilerde maksiller sinüs ve diğer paranazal sinüsler görüntülenebilirler.

Maksiller molar ve premolar bölgesindeki dişlerde yapılan cerrahi nedeniyle oroantral açılma, dişlerin bir veya birkaçının yada tamamının antruma kaçması veya maksiller tuber kırığı komplikasyonları ile karşılaşırız.

Antral hastalık yüz ağrılarına sebep olabilir veya yüz travmalarında antral duvarlarda kırıklar meydana gelebilir.

Antrumdaki malign hastalıklar geç meydana çıkarlar ve fakat oral belirtilerinden ilk tanıları konabilir.

**MAKSİLLER ANTRUM’UN DİŞ CERRAHİSİ BAKIMINDAN ÖNEMİ:**

Maksiller sinüs maksiller antrum veya kısaca antrum olarakta bilinir. 1536’da sinüsü ilk tanımlayan kişi Nathaniel Highmore isimli bir İngilizdir. Bu yüzde n maksiller sinüse uzun yıllar “ Cavum Highmori” denmiştir.Posterior maksiller dişlerin yakın ilişkileri nedeniyle çene cerrahları için önemlidir (genellikle birinci premolardan üçüncü molara kadar).

Sinüsün büyüklüğü yaşa ve dental duruma göre farklılıklar gösterir. Sinüs yaş ilerledikçe büyür. Ayrıca diş çekildiği zaman alveolar kemiğe yaklaşır. Bazen kret seviyesine iner. Dişlerin periapikal dokularının kaybı da bir miktar kemik azalmasına yol açar. Böylece sinüsün dişlerden ayrılması sağlanmış olur.

Posterior dişlerin periapikal iltihapları antrum’a yayılabilir. Bunun akside olabilir. Yani sinüs’ün iltihapları da dişlere yayılabilir.

Dental ve antral semptomların arasındaki farkları ayırdedebilmek dişhekiminin önemli bir görevidir. Hangi durumda hastayı kendi tedavi edeceğini, hangi durumda KBB uzmanına veya çene cerrahına göndermesi gerektiği bilincinde olmalıdır.

PARANAZAL SİNÜSLERİN FONKSİYONU:

1. Kafatası kemiklerinin ağırlığını azaltmak
2. Sesin rezonansını sağlamak
3. İçeri alınan havanın ılınmasını sağlamak
4. Drenajı sağlamak

DENTAL PATOLOJİ İLE SİNÜZİT’İN AYIRDEDİLMESİ

Maksiller sinüzit sık görülen bir durumdur ve dişhekimi bu durumun dental hastalıklardan ayırdedebilmeye sıklıkla ihtiyaç duyar.Sinüzit genellikle akut bir durumdur ancak akut ataktan sonra kronikleşme de oluşabilir. Sinüs enfeksiyonu genellikle bir bakteriel enfeksiyondur ve tipik olarak viral üst solunum yolu enfeksiyonundan sonra görülür. Maksiller sinüzit genellikle bozulmuş bir antral drenajla ilişkilidir. Antral drenajın bozulma nedenleri :

1. Ostium’un mekanik tıkanması ( Soğuk algınlığı nedeniyle nazal mukozada ödem, ethmoid polipler, nazal septum deviasyonu)
2. Bozuk mukus durumu (yapışkan veya kalın mukus), kistik fibroziste olduğu gibi
3. Dental hastalıklar (periapikal patoloji, enfekte odontogenik kistler, ve periodontal hastalık ) da sinüzit yapabilir.

 4.Sinüste kontamine yabancı materyalin bulunması , travma veya non odontogenik kistlerin enfeksiyonları, veya malign tümörler sinüzit meydana getiren diğer muhtemel nedenlerdir.

 SİNÜZİT’İN BELİRTİ VE SEMPTOMLARI

Akut sinüzit semptomları , soğuk algınlığı başladıktan sonra birkaç gün içinde görülür. Ağrı, baş ağrısı, burun tıkanıklığı, purulent (cerahatli) burun akıntısı sık görülür. Ateş ve kırıklıkta olabilir. Ağrı künt (keskin olmayan, kör ), şiddetli,zonklayıcı, yanak üst kısmında veya üst dişlerde lokalizedir. Diş ağrısına benzer ,ancak sıcak ve soğuk stimuluslarla ve tatlı stimuluslarla ilgisi yoktur.Isırma ile artan bir ağrıdır. Tipik olarak etkilenen taraftaki bütün posterior dişler ağrılıdır ve perküsyona hassastır (herhangi bir dental neden açık olarak görülmesede).Başı öne eğmekle ağrılar artar. (Bunun nedeni başı öne eğmek venöz kan akışında artışa yol açar, toplanan sekresyonlarla birlikte ostiumu tıkar. Böylece antrum içindeki basınç artar).

Bununla birlikte başı arkaya eğmek konjestionu azaltır, ostiumun tıkanıklığı azalır, antral basınç azalır ve ağrı hafifler.

**ANTRAL HASTALIĞIN İNCELENMESİ**

Sinüzit’in tanısı anamnez ve muayene sonucuna göre konur.Dişler ve etraf dokular muayene edilmelidir. Sinüzitin nedeni dental bir sebep olabilir. Sinüzit tanısını doğrulamak için radiografiye ihtiyaç duyulmayabilir.Radiografi ancak dental bir neden olasılığına karşı bunu ekarte etmek için, travmalarda ve tümör şüphesinde istenebilir.Eğer travma varsa veya patoloji şüphe ediliyorsa “oksipitomental grafi” istenebilir.Bu grafi Water’s olarakta bilinir. Bu grafide maksiller sinüsten başka diğer sinüslerde ( frontal, ethmoid ve sfenoid) incelenebilir. Bu filmde normal görüntü, sinüzit görüntüsü, polip veya diğer patolojilerin görüntüsü için bir tablo verebiliriz:

Tablo I : Water’s grafilerinde muhtemel görüntüler

Patoloji gözlem

NORMAL Maksiller sinüs orbita renginde veya daha radiolücent görülür

Maksiller Maksiller sinüs radiopasite gösterir

Sinüzit

 Mukoza kalınlık gösterir

 Hava-sıvı seviyesi gözlenir

Polip Maksiller sinüs radiopasite gösterir

 Radiopasitenin konveksitesi yukarı doğrudur

Malignansi Sinüs radiopaktır

 Bazen sinüs duvarlarında destrüksiyon görülür

 Maksillanın antero-lateral duvarı ile mandibulanın koronoid proçesi arasındaki mesafe ölçülür. Bu mesafe bir tarafta artmışsa bu durum infratemporal fossanın malinite ile etkilendiğini gösterir. Buna **Handousa belirtisi** denir.

**Diğer radiografi teknikleri:** **•**

Panoramik grafiler

Periapikal grafiler

CT Scan (computerize tomografi)- BT (bilgisayarlı tomografi) Axial ve coronal kesitler

MRI

Water’s

* Komputurize tomografi (CT Scan) , tümör, orbita ve zigomatik kemikte parçalı kırık durumunda faydalıdır
* Periapikal filmlerde kök ve sinüs ilişkileri incelenir .
* Panoramik filmlerde yabancı cisimler, oro-antral ilişki, antrumun büyüklüğü ve maksiller dişlerle ilişkisi,kist ve tümörler görülür.

**DİŞ ÇEKİMLERİ VE ANTRUM**

Maksiller antrum ile yakın ilişkileri nedeniyle maksiller posterior dişlerin çekiminde aşağıdaki komplikasyonlar görülebilir:

* Oroantral birleşme olabilir
* Diş veya kök antruma kaçabilir.
* Maksiller tuberosite kırılabilir

Maksiller premolar ve molarlarda bu komplikasyonlar daha sık görülür.Bazen kaninlerde sinüsle yakın ilişkide bulunabilir. Bu nedenle üst kaninler, üst premolar ve molarlar ile gömük veya yarı gömük üçüncü molarlar komplikasyon yaratabilirler. Süt dişlerinin çekimi risk taşımaz. Nedeni, çocuklarda antrumun çok küçük olması ve gelişmekte olan daimi dişlerin bulunmasıdır.

**OROANTRAL BİRLEŞME VE FİSTÜL OLUŞUMU**

Oroantral birleşme oral ve antral kaviteler arasında olan anormal bir birleşmedir.

Oroantral birleşme antrumla yakın ilişkisi olan üst dişlerin özellikle birinci molarların çekimi sırasında görülür.

Oroantral birleşme sinüs duvarını veya antrum tabanını ilgilendiren alveol kırığı olgularındada görülür. Frez sonucu direkt olarakta görülebilir.Tedavi edilmeyen durumlarda oroantral birleşme kendi kendine iyileşebilir veya fistül ile sonuçlanabilir. Oroantral birleşme durumunda (OAB) Ağız ve antrum arasında görülebilen bir defekt vardır.

**ORO-ANTRAL BİRLEŞİM NASIL TEŞHİS EDİLİR?**

Oro-antral birleşim (kominikasyon)

Bir ayna yardımıyla ve iyi bir ışık altında dikkatli bir muayene ile teyid edilebilir. Kanama tanıyı güçleştirebilir. Antrumun iç kısmı görünebilir veya sağlam antral mukoza ile döşenmiş kemik defekti olabilir. Bakıldığında bir şey görülmeyebilir.

ORO-ANTRAL FİSTÜL DURUMUNDA ALINACAK TEDBİRLER

Yeni oluşmuş bir OAA’ın immediat tedavisinde kalıcı fistül ve kronik sinüzit önlenmesine yönelik tedbirlere başvurulur.

Küçük defektler (5 mm’ye kadar)alınan tedbirlerle spontan olarak iyileşebildikleri halde büyük olanlar kapatılmaları gerekir

Eğer kök veya diş sinüse kaçarsa, çıkarılabiliyorsa çıkarılmalıdır. Başarısız olunduğunda bundan vazgeçilerek yara kapatılır.

Kök veya diş daha ilerki bir tarihte Caldwell- Luc operasyonu ile çıkarılmalıdır.

ALINACAK TEDBİRLER

* Soketin irigasyonundan kaçınılmalıdır
* Soketin bir aletle kontrolü yapılmamalıdır.
* Soket herhangi bir madde ile (pamuk, gaz) doldurulmamalıdır
* Hastaların sık olarak burunlarını temizlememesi (sümkürmemesi) istenir.
* Şiddetli ağız çalkalaması yapılmamalıdır

KAYNAKLAR

Eberhard Kruger., Phılıp Worthington.: Oral Surgery in Dental Practice, Quintessence,1981.

Jonathan Pedlar.,John W.Frame.:Oral and Maxillofacial Surgery,Churchill Lıvınsgstone,2007.

Geeti Vajdi Mitra.:Illustrated Manuel of Oral and Maxillofacial Surgery, Jaypee, 2009.