

HOVEDBUDSKAP

- Kronisk sinusitt har relativt hyppig odontogen årsak.
- Fremmedlegemer som dislokeres til sinus maxillaris under tannbehandling kan gi kronisk sinusitt som trenger kirurgisk behandling.
- Tannleger har en naturlig rolle i utredning og behandling av pasienter med kronisk maxillarsinusitt.

FORFATTERE

Ole Kristian Lobekk, tannlege, privat praksis, Bergen og medisinstudent ved Universitetet i Bergen

Siren Skaale, spesialist i kjeve og ansiktsradiologi. Seksjon for kjeve og ansiktsradiologi, Universitetet i Bergen.

Torbjørn Ø. Pedersen, overtannlege, ph.d. Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland Universitetssjukehus og spesialtannlege, Seksjon for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Torbjørn Ø. Pedersen, Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland Universitetssjukehus, Jonas Lies vei 91, 5021 Bergen.
E-post: Torbjorn.Pedersen@uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Akseptert for publisering 08.09.2020

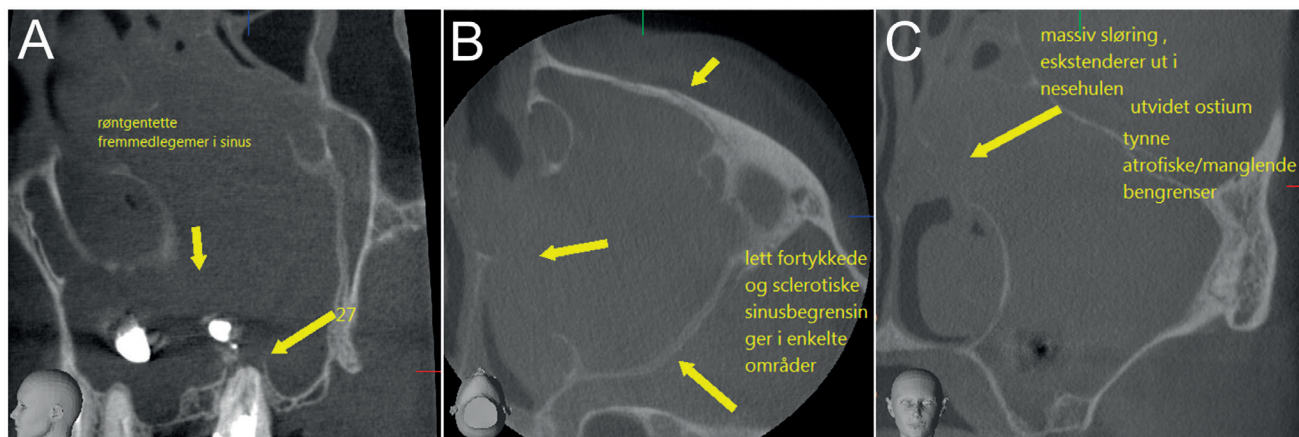
Lobekk OK, Skaale S, Pedersen TØ. Fremmedlegemer i sinus maxillaris.
Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 816–9

Norsk MeSH: Fremmedlegemer; Kjevebihulesinusitt; Bihuler; Tannbehandling; Kasusrapporter

Fremmedlegemer i sinus maxillaris

Ole Kristian Lobekk, Siren Skaale og Torbjørn Ø. Pedersen

Kronisk sinusitt skyldes ofte odontogene forhold og tannleger har en naturlig rolle ved utredning og behandling av denne pasientgruppen. Fremmedlegemer som dislokeres til sinus maxillaris under tannbehandling kan gi opphav til kronisk sinusitt. Artikkelen beskriver en kvinne med langvarig kronisk sinusitt og hennes behandlingsforløp.



Figur 1. CBCT av venstre sinus maxillaris. A) Funn av røntgentette fremmedlegemer sentralt i sinuskvaviteten samt apikal periodontitt på tann 27. B) Lett fortykkede sinusbegrensninger i enkelte områder. C) Total sløring med utvidet ostium og tynne beingrenser mot nesehulen.

Kasusbeskrivelse

Pasienten var en kvinne på 62 år når hun møtte til første konsultasjon ved Seksjon for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Bergen. Hun var henvist fra sin faste tannlege for vurdering av venstresidig kronisk maxillarsinusitt. Pasienten oppgav en sykehistorie med astma og snorking og var henvist fra sin fastlege for videre utredning av dette ved Søvnsenteret på Haukeland Universitetssykehus. Hun brukte ingen faste medikamenter og hadde ingen kjente allergier.

Tann 26 ble fjernet 8–10 år tidligere ifølge pasienten. Det var ifølge henne selv ett ukomplisert forløp etter dette uten lokale symptom. Symptomdebut startet om lag 7 måneder før hun møtte til vurdering. Pasienten var plaget med smerter når hun bøyde seg fremover, samt tetthet i nesen på venstre side. Hun hadde ikke tilsvarende symptomer fra sin høyre side. CBCT viste flere fremmedlegemer i venstre sinus maxillaris med røntgentetthet som metall og dentin (figur 1). Røntgenologisk var dette forenlig med rester etter tann 26 dislosert under forsøk på fjerning. Tann 27 hadde også kronisk apikal periodontitt uten beingrense mot sinus. Det var ingen luftføring og total tilsøring mot nesehulen.

Pasienten ble operert i lokalanestesi med fjerning av fremmedlegemer gjennom fremre sinusvegg. Det ble lagt et randsnitt bukkalt med bilateral avlastning og en slimhinneperiostlapp ble mobilisert. Ved hjelp av piezotom ble det preparert et vindu som ble løftet av for frilegging av sinusslimhinnen som fremstod fortykket. Denne ble perforert og to fremmedlegemer bestående av amalgam, guttaperka og tannsubstans ble lokalisert og fjernet (figur 2). Det ble evakuert større mengder puss og granulasjonsvev. Etter grundig irrigasjon med sterilt saltvann ble beinvinduet re-

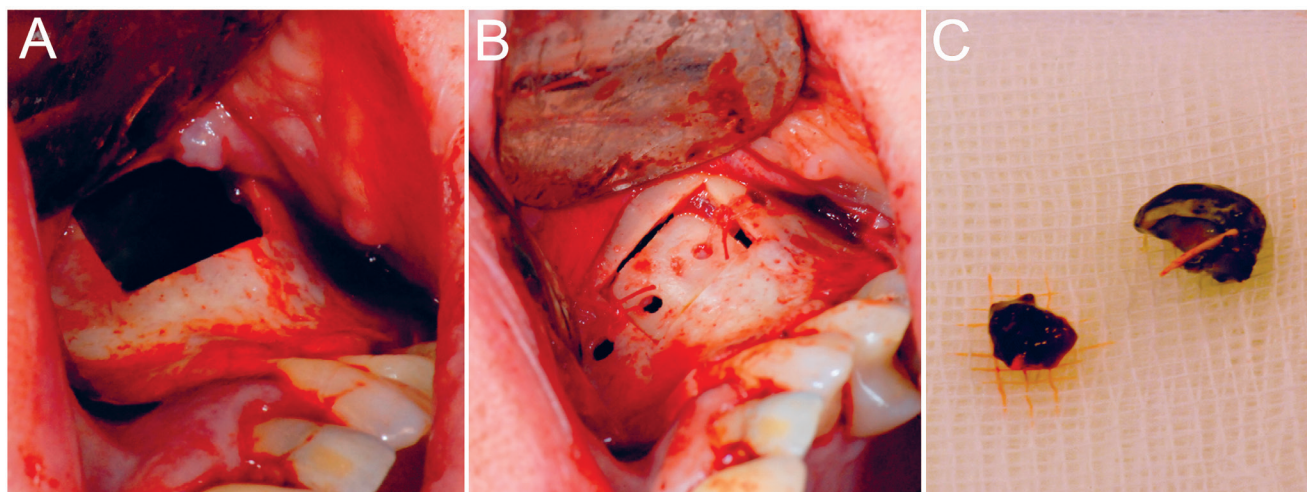
plassert og fiksert med enkle polyglactin suturer (Vicryl, Ethicon, Somerville, NJ, USA). Såret ble lukket primært med enkle suturer. Pasienten ble satt på fenoxymethylpenicillin 1gx4 (Apocillin, Actavis, Parsippany-Troy Hills, NJ, USA) samt slimhinneavsvellende nesenspray i 7 dager (Otrivin, GlaxoSmithKline, Brentford, Storbritannia).

Det postoperative forløpet var upåfallende. Ved kontroll etter en uke var det tilnærmet normal luftføring og pasienten pustet ubesvært gjennom nesen. Hun hadde hatt mild hevelse de første dagene men lite smerter. Tidligere dårlig lukt og smak hadde forsvunnet. Klinisk var det normal tilheling uten infeksjonstegn. Suturer ble fjernet og det ble avtalt kontroll tre måneder senere. Antibiotika og slimhinneavsvellende nesenspray ble seponert. Pasienten ble informert om at det ville være indikasjon for behandling av tann 27 med enten revisjon av endodontisk behandling, apicectomi eller ekstraksjon på et senere tidspunkt.

Ved kontroll etter tre måneder hadde pasienten god luftføring i sinus og ikke smerter. Klinisk var det upåfallende forhold. Videre etterkontroller ble avsluttet, og pasienten ble fulgt opp videre av henvisende tannlege.

Drøfting

Kronisk sinusitt er svært utbredt i befolkningen, og odontogene årsaker er oppgitt som den primære årsaken i 5–40 % av tilfellene, altså svært varierende mellom ulike studier. Kronisk odontogen maxillarsinusitt gir gjerne unilaterale symptom, og kan forårsakes av oroantral kommunikasjon etter tannekstraksjon, dislosering av tenner/fremmedlegemer til sinus eller apikal periodontitt. Endodontiske materialer er hyppigst forekommende fremmedlegemer (1).



Figur 2. Kirurgisk behandling. A) Vindu til sinus etter perforasjon av sinusslimhinnen. Det ble utført evakuering av puss og grundig skyll med sterilt saltvann. B) Beinvinduet ble relassert og stabilisert med resorberbar sutur. C) Fremmedlegemer amalgam, gutta-perka og tannsubstans ble fjernet fra sinus.

Denne pasienten gikk med langvarig kronisk sinusitt trolig primært forårsaket av fremmedlegemer i sinus etter tannekstraksjon. Symptomdebuten kom minst 8 år etter deler av tann og tannfyllingsmaterialer ble disloset til sinus, selv om det nok er sannsynlig at hun har hatt kroniske sinusittforandringer også før dette. Det må nødvendigvis ha foreligget en oroantral kommunikasjon etter tannekstraksjonen, men pasienten hadde ikke hatt symptomer på lekkasje som hun kunne huske selv. Det ble her valgt å preparere et bukkalt vindu og fremmedlegemene ble på denne måten enkelt lokalisert og fjernet. Endoskopisk fjerning av fremmedlegemer ved funksjonell endoskopisk sinuskirurgi (FESS) kunne vært en alternativ teknikk, med muligheten til å beholde sinusslimhinnen intakt mot munnhulen. Amalgam i sinus er ikke et helt ukjent fenomen, og en kasus-serie med 12 pasienter der fremmedlegemer med amalgam ble fjernet med tilsvarende teknikk som beskrevet her, så

hadde 4 av pasientene utviklet aspergillose-infeksjon (2). Dette er også beskrevet av andre og krever som regel kirurgisk behandling. Denne vil som regel være kurativ, og det vil for immunkompetente pasienter ikke være behov for antimykotisk behandling (3). Det er også rapportert kasus med amalgam disloset til sinus der man har valgt å avstå fra kirurgisk behandling da pasienten har vært infeksjons- og symptomfri (4).

Vår pasient har ikke hatt symptomgivende sinusitt etter fjerning av fremmedlegemer, og det er derfor ikke gjort videre tiltak fra vår side. Pasienten følges imidlertid av sin tannlege for behandling av tann 27 med kronisk apikal periodontitt som vil predisponere for tilbakefall av sinusitt dersom den blir stående ubehandlet.

Samtykke

Pasienten har samtykket til publisasjon med bruk av bilder.

REFERANSER

1. Lechien JR, Filleul O, Costa de Araujo P, Hsieh JW, Chantraine G, Saussez S. Chronic maxillary rhinosinusitis of dental origin: a systematic review of 674 patient cases. *Int J Otolaryngol*. 2014; 2014: 465173.
2. Selmani Z, Ashammakhi N. Surgical treatment of amalgam fillings causing iatrogenic sinusitis. *J Craniofac Surg*. 2006; 17(2): 363–5.
3. Burnham R, Bridle C. Aspergillosis of the maxillary sinus secondary to a foreign body (amalgam) in the maxillary antrum. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 47(4): 313–5.
4. Selvi F, Enoz M, Yazgin I, Cakar S, Keskin C. Do asymptomatic foreign bodies in the maxillary sinus always need to be removed? *B-Ent*. 2008; 4(4): 243–7.

ENGLISH SUMMARY

Lobekk OK, Skaale S, Pedersen TØ.

Foreign bodies in the maxillary sinus

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 816–9

Chronic sinusitis is a common disease, with a significant amount of cases being of odontogenic origin. Displacement of foreign bodies like endodontic filling materials, amalgam fillings and dental fragments may cause chronic maxillary sinusitis. Surgical removal is the preferred treatment. The patient presented had a

long history of chronic sinusitis with facial pain and congested nose, likely due to the presence of foreign bodies. A combination of surgical treatment, antibiotics and a decongestant was effective in treating her symptoms.



Send dine tanntekniske arbeider til Sverige

Tumba Dental är Stockholms största tandtekniska labb. Vi erbjuder den bästa kvalitén till konkurrenskraftiga priser. Allt är svensktillverkat och håller hög kvalité!



tumbadental.se | info@tumbadental.se | +46 8-534 104 50