



Viti i XVI-të i Botimit, Nr.1

Qershor 2024

MANAXHIMI PROCESHEVE INFLAMATORE TË REGIONIT OMF

Esat Bardhoshi*, Erda Qorri, Merita Bardhoshi***

**Departamenti Kirurgjisë Omf, FMD, UMT, Tirana*

***Fakulteti Shkencave Mjekësore "Albanian University"*

Abstrakt

Qëllimi: Të evidentohet performanca e menaxhimit të proceseve inflamatore të regjionit oro-maksilo-facial.

Materiali dhe Metoda: Janë analizuar të dhënat e 48 pacientëve, duke evidentuar gjeneralitetet e pacientëve, anamnezën morbi e vitae, ekzaminimin objektiv intra dhe ekstraoral si dhe mënyrën e menaxhimit të secilit rast klinik.

Rezultatet: Nga 48 pacientë që u trajtuan me procese inflamatore të regjionit OMF, të gjithë rastet ishin me natyrë odontogjene. Femrat ishin më të prekura (66.7%) në krahasim me meshkujt (33.3%). Infamacionet në maksilë ishin më të shpeshta (52.1%) në raport me mandibulën (47.9%). Dhëmbët shkaktarë ishin kryesisht molarët (43.73%), sidomos ata maksilarë, kurse më të rrallët ishin premolarët (2.1%). Llozha më e prekur ishte ajo submandibulare (29.2%) e ndjekur nga ajo bukale (22.92%). 72.9% e rasteve janë trajtuar në rrugë kirurgjikale dhe 27.1% me antibiotikoterapi.

Konkluzione: Infeksionet oro-maksilo-faciale duhet të diagnostikohen dhe të trajtohen sa më herët të jetë e mundur. Edhe pa rezultatet e antibiogramës, në shumicën e rasteve ishte i mundur trajtimi i infeksionit dhe rikthimi i funksionit. Por në rastet e hospitalizuara antibiograma ishte e rëndësishme për përzgjedhjen korrekte të antibiotikëve në varësi të mikroorganizmit shkaktar, duke shkurtuar kohën e rikuperimit të pacientit.

Fjalë çelës : *proces inflamator, drenim, incision, llozha, antibiotikoterapi.*

MANAGEMENT OF INFLAMMATORY PROCESSES OF OMF REGION

Abstract

Purpose: To highlight the performance of management of inflammatory processes of the oro-maxillo-facial region.

Material and Method: 48 patients were analyzed, highlighting the generalities of the patients, the anamnesis morbi and vitae, the objective intra and extraoral examination as well as the way of man-

aging each clinical case.

Results: From 48 patients who were treated with inflammatory processes of the OMF region, all cases were odontogenic in nature. Women were more affected (66.7%) compared to men (33.3%). Inflammations in the maxilla were more frequent (52.1%) compared to the mandible (47.9%). The causative teeth were mainly the molars (43.73%), especially the maxillary ones, while the rarest were the premolars (2.1%). The most affected area was the submandibular area (29.2%) followed by the buccal area (22.92%). 72.9% of cases were treated surgically and 27.1% with antibiotic therapy.

Conclusions: Oro-maxillo-facial infections should be diagnosed and treated as early as possible. Even without antibiogram results, in most cases it was possible to treat the infection and restore function. But in hospitalized cases, the antibiogram was important for the correct selection of antibiotics depending on the causative microorganism, shortening the patient's recovery time.

Key words: *inflammatory processes, drainage, incision, lodge, antibiotic therapy.*

Hyrje

Infeksionet oro-faciale dhe ato cervikale, në veçanti ato me origjinë odontogjene, kanë qenë gjithmonë një nga patologjitë që hasen më shpesh tek individët. Pavarësisht avancimeve të mëdha në shëndetësi këto infeksione vazhdojnë të mbeten një problem serioz me të cilin ndeshen shpesh kirurgët oro-maksilo-facialë. Këto infeksione variojnë nga absceset periapikale deri në infeksione sipërfaqësore e të thella të regjionit të qafës. Infeksionet zakonisht përhapen duke ndjekur rrugën më pak rezistente (*loci minoris resistencie*) përmes indeve të buta dhe përgjatë planeve faciale. Infeksionet mund të përhapen në distancë nga situsi i tyre i origjinës duke shkaktuar morbiditet të konsiderueshëm dhe ndonjëherë edhe vdekje [1].

Bakteret shkaktare kryesore janë koket aerobe gram+, koke anaerobe gram+, anaerobe gram-. Më së shumti infeksionet odontogjene shkaktohen nga një florë e përzier bakteriale, anaerobe dhe aerobe 60% , aerobe 5% dhe anaerobe 35%. Infeksioni i hershëm shfaqet fillimisht si celulitis, infeksion streptokoksik aerob, më vonë stadi i abscesit kronik si infeksion anaerob. Llozhat e para që preken janë ato primare, maksilare e mandibulare, më pas llozhat sekondare faciale [2].

Infeksionet odontogjene oro-cerviko-faciale përbëjnë rreth 90-95% të infeksioneve të regjionit OMF. Rreth 70 % janë infeksione periapikale, ndërsa pjesa tjetër mund të kenë origjinë gingivare ose origjinë tjetër. Sot nga përdorimi i antibiotikëve, vdekshmëria ka zbritur nga 40-50% në më pak se 10% [3,4]. Diagnostikimi i hershëm i këtyre infeksioneve dhe trajtimi i duhur janë esenciale. Një njohje e mirë e anatomisë së kokës e qafës është e nevojshme për të parashikuar rrugët e përhapjes së këtyre infeksioneve dhe për t'i drenuar këto hapësira ashtu siç duhet [6]. Infeksionet dento-faciale manifestohen tek pacientet me një larmi shenjash e simptomash nisur nga ato më të lehtat e deri tek rastet më problematike. Për një prognozë sa më të mirë, vlerësimi primar i pacientit konsiderohet themelor. Nëse pacienti paraqet ndryshime të sistemit nervor, kompromentim të rrugëve të frymëmarrjes ose toksifikim mund të jetë i nevojshëm hospitalizimi imediat, trajtim medikamentoz agresiv ose ndërhyrje kirurgjikale. Principet bazë të ekzaminimit duhet të ndiqen me patjetër sepse vetëm kështu mund të arrihet diagnoza dhe trajtimi i përshtatshëm. Marrja e historisë është hapi i parë i vlerësimit të pacientit që ndihmon në përfitimin e informacionit në lidhje me origjinën, lokalizimin, shtrirjen dhe rrezikun që mbart rasti. Marrja e historisë mund të përkufizohet shkurtimisht si **përcaktimi i situatës prezente të pacientit**, histori për hospitalizim të mëparshëm të pacientit, trauma të mëparshme të regjionit, infeksione rekurente, histori të ndonjë kompromentimi të fundit të përtypjes ose frymëmarrjes. Ekzaminimi radiologjik mund të ndihmojë në gjetjen e dhëmbit shkaktar të infeksioneve odontogjene ose shkaqe të tjera klinikisht jo të dukshme. Mund të përdoren radiografi të ndryshme si: radiografi intraorale periapikale; ortopantomografia; pamje laterale oblike të mandibulës. Pamje

laterale dhe antero-posteriore të qafës mund të ndihmojnë në diagnostikimin e infeksioneve të hapësirës retrofaringeale.

Qëllimi i studimit

Të evidentohet performanca e menaxhimit të proceseve inflamatore të regjionit oro-maksilo-facial.

OBJEKTIVAT E STUDIMIT

1-Të evidentohet rëndësia e vendosjes së diagnozës korrekte në menaxhimin e saktë të proceseve inflamatore.

2-Të evidentohet rëndësia e përcaktimit të faktorit shkaktar të proceseve inflamatore.

3-Të evidentohet protokoli i menaxhimit të proceseve inflamatore në bazë të fazës së tij, rastet klinike specifike (gjendjen në përgjithësi të pacientëve) dhe faktorit shkaktar.

Materiali dhe metoda

Studimi që kemi realizuar është retrospektiv statistikor. Për vlerësimin e rezultateve të këtij studimi janë shfrytëzuar kartelat klinike, me të cilat janë pajisur të gjithë pacientët, në të cilat janë evidentuar në mënyrë të detajuar gjeneralitetet e pacientëve, anamneza morbi e vitae, ekzaminimi objektiv intra dhe ekstraoral i pacientëve dhe mënyra e menaxhimit të secilit rast klinik. Diagnoza është vendosur në bazë të anamnezës, ekzaminimit objektiv intra dhe ekstraoral, ekzaminimeve laboratorike dhe ekzaminimeve radiologjike për të evidentuar faktorët shkaktarë. Në këtë studim janë përfshirë 48 pacientë (32 femra dhe 16 meshkuj) të moshave 7-78 vjeç, të diagnostikuar me procese inflamatore të regjionit maksilo-facial, të trajtuara në shërbimin e Kirurgjisë Orale, Klinika Stomatologjike Universitare (KSU) për periudhën janar 2023- maj 2024. Për lehtësi studimi dhe për të nxjerrë të dhëna sa më të sakta, kam bërë një ndarje të pacientëve me infeksione sipas gjinisë dhe grupmoshës:

0-10 vjeç; 11-20 vjeç; 21-30 vjeç; 31-40 vjeç; 41-50 vjeç; 51-60 vjeç; 61-70 vjeç; 71-80 vjeç

Kemi bërë një grupim të të dhënave:

» në bazë të nofullës së prekur: Maksila; Mandibula

» në bazë të denticionit të denticionit të prekur: Primar; Miks; Permanent

» në bazë të anës së prekur: Ana e majtë; Ana e djathtë; Të dyja anët

» në bazë të dhëmbëve shkaktarë: Dhëmbët anteriorë maksilarë; Dhëmbët anteriorë mandibularë; Premolarët maksilarë; Premolarët mandibularë; Molarët maksilarë; Molarët mandibularë

» në bazë të llozhave të përfshira:

abces infratemporal; abces infraorbital; abces submukozal; abces bukal; abces subperiostal; abces submandibular; abces subperiostal; abces i llozhës parotide; abces sublingual; abces perimandibular; abces submental.

Rezultatet

SHPËRNDARJA E RASTEVE SIPAS GJINISË

Nga 48 pacientët që u trajtuan me procese inflamatore të regjionit OMF, të gjithë rastet (100%) ishin me natyrë odontogjene. Femrat ishin më shumë të prekura (66.7 %) në krahasim me meshkujt (33.3%).

Tabela.1: Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë

Meshkuj	16 pacientë (33.3%)
Femra	32 pacientë (66.7%)

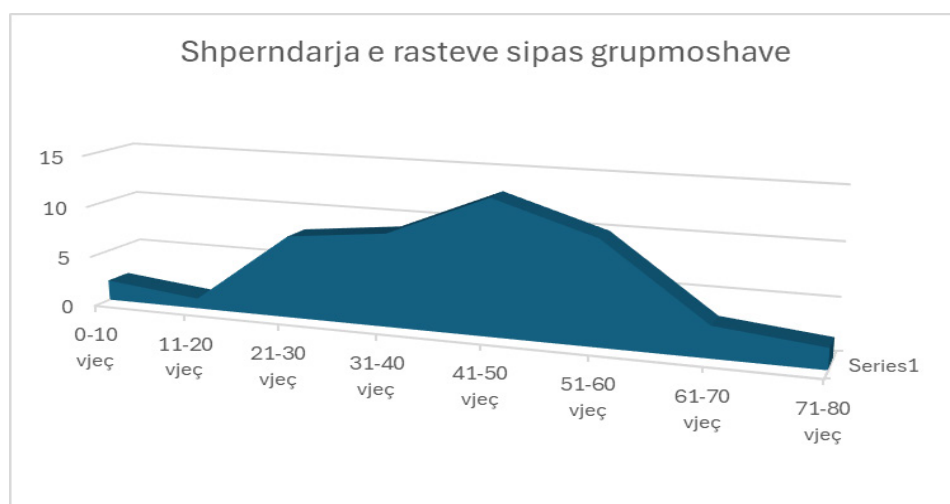
**Grafiku.1:** Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë

2 SHPËRNDARJA E RASTEVE SIPAS MOSHËS

Pacientët e trajtuar ishin të moshave nga 7-78 vjeç, me një shpeshtësi më të madhe në grupmoshën 40-50 vjeç dhe më pak në 0-10 vjeç.

Tabela 2: Shpërndarja e rasteve sipas moshës

0-10 vjeç	2 raste
11-20 vjeç	1 rast
21-30 vjeç	8 raste
31-40 vjeç	9 raste
41-50 vjeç	13 raste
51-60 vjeç	10 raste
61-70 vjeç	3 raste
71-80 vjeç	2 raste

**Grafiku.2** Shperndarja e rasteve sipas grupmoshave

3 SHPËRNDARJA E RASTEVE SIPAS NOFULLËS

Kur infeksionet odontogjene u vlerësuan në bazë të harkut dentar të prekur, u pa se maksila ishte më e prekura (52.1%), në krahasim me mandibulën (47.9%).

Tabela.3: Shpërndarja e rasteve sipas nofullës së prekur

Maksila	25 raste (52.1%)
Mandibula	23 raste (47.9%)

4 SHPËRNDARJA E RASTEVE SIPAS DENTITIONIT

Denticioni permanent ishte më i përfshiri (95.8%), kurse denticioni miks dhe ai primar ishin njësoj të prekur (përkatesisht nga 2.1%).

Tabela 4: Shpërndarja e rasteve sipas denticionit të prekur

Denticioni primar	1 rast
Denticioni miks	1 rast
Denticioni i përhershëm	46 raste

5. SHPËRNDARJA E RASTEVE SIPAS DHËMBËVE SHKAKTARË

Dhëmbët shkaktarë të proceseve inflamatore ishin kryesisht molarët, sidomos ata mandibularë (43.73%), dhe më pak premolarët (2.1%).

Tabela.5: Shpërndarja e rasteve sipas dhëmbëve shkaktarë

Dhëmbët anteriorë maksilarë	8 raste
Dhëmbët anteriorë mandibularë	2 raste
Premolarët maksilarë	0 raste
Premolarët mandibularë	1 rast
Molarët maksilarë	16 raste
Molarët mandibularë	21 raste

Tabela.6: Shpërndarja e rasteve ne maksilë sipas llozhave të përfshira

Abces infratemporal	1
Abces infraorbital	8
Abces submukozal	3
Abces bukal	11
Abces subperiostal	1

Për sa i përket llozhave mandibulare të përfshira nga infeksioni, u vu re që llozha më e prekura me numrin më të madh të rasteve është ajo submandibulare (29.2%), e cila është edhe llozha më e prekura ndër të dyja nofullat.

Tabela.8: Shpërndarja e rasteve në mandibul sipas llozhave të përfshira

Abces submandibular	16
Abces submukozal	2
Abces i llozhës parotide	1
Abces sublingual	1
Abces perimandubular	1
Abces submental	2

Diskutimi

Infeksionet oro-maksilo-faciale nuk janë të rralla. Madje ato mund të konsiderohen një problem i shëndetit publik, për shkak të potencialit të madh të tyre për përhapje drejt strukturave anatomike vitale si sistemi respirator apo mediastini, duke rritur kështu riskun e septicemisë dhe vdekjes.

Këto infeksione janë në përgjithësi të limituara dhe lehtësisht të kurueshme. Por ka edhe raste fatale si pasojë e obstrukcionit respirator, meqë progresojnë shpejt nëse lihen pa u trajtuar. Infeksionet oro-maksilo-faciale cilësohen si polimikrobiale, endogjene, oportuniste, dinamike dhe mikse (bakterie aerobe dhe anaerobe) [7]. Në studim u trajtuan 48 pacientë me procese inflamatorë të llozhave të ndryshme të regjionit OMF. Pacientët kanë qenë të moshave të ndryshme që nga femijë 7 vjeç deri tek të moshuarit 78 vjeç, gjë që tregon se këto patologji mund të prekin çdo moshë. Kjo është në përputhje edhe me rezultatet e studimeve të tjera të literaturës, ku mosha e pacientëve të prekur varion nga 4 në 93 vjeç [10,11,12]. Sipas Cachovan et al.(2013), grupmosha më e prekur është 20-30 vjeç [26]. Rezultatet e marra nga studimi ynë janë të ndryshme nga këto, ku grupmosha më e prekur është ajo 40-50 vjeç.

Në studim femrat ishin më të prekura (66.7%). Kjo është në kundërshtim me studimet e tjera. Sipas Veronez et al.(2014) meshkujt janë më të predispozuar ndaj proceseve inflamatorë të regjionit oro-maksilo-facial (53.33%) [27]. Po kështu edhe në një studim të bërë në vendin tonë në 2013, meshkujt ishin predominues me 60% [13,14]. Në studime të ndryshme, shkaktarët kryesorë të infeksioneve odontogjene janë dhëmbët posteriorë. Kështu, në studimin e Veronez et Rasteniene et al. (2015), dhëmbët posteriorë rezultuan shkaktarë në 74% të rasteve [16,17]. Edhe në studimin tonë në pjesën më të madhe të pacientëve të trajtuar (73.13%), shkak i proceseve inflamatorë ishin dhëmbët posteriorë. Kjo me shumë mundësi vjen si pasojë e vështirësisë për të mbajtur një higjienë të përshtatshme në dhëmbët posteriorë [18,19]. Sipas Peterson et al.(2002) dhe Miloro et al.(2011), zgjedhja e antibiotikëve duhet të përmbushë katër kritere:

- 1- antibiotiku duhet të jetë efektiv kundrejt të gjitha mikroorganizmave që janë zakonisht të përfshira në etiologjinë e infeksioneve oro-maksilo-faciale.
- 2- medikamenti duhet të ketë një spektër të limituar që të mos ndërhyjë në mikroflorën normale të pacientit.
- 3- antibiotiku të jetë sa më pak toksik të jetë e mundur.
- 4- medikamenti duhet të jetë baktericid, sepse bakteriostatikët mund të vonojnë rikuperimin e pacientit [20-25].

Konkluzionet

Infeksionet oro-maksilo-faciale vazhdojnë të jenë sfidë për klinikistët. Edhe pse shumica janë të lokalizuara e të limituara, nëse lihen pa u trajtuar mund të kenë përfshirje sistematike sinjifikative me potencial për morbiditet, ndonjëherë edhe me pasojë fatale.

- 1-Vendosja e hershme dhe e saktë e diagnozës çon në rezultate më të mira trajtimi dhe rikuperim më

të shpejtë të pacientit.

2-Përcaktimi i faktorëve shkaktarë, përmes rezultateve të kulturës dhe antibiogramës, lejon përzgjedhjen e përshtatshme të antibiotikëve duke përmirësuar performancën e pacientëve.

3-Infeksionet oro-maksilo-faciale duhet të trajtohen në mënyrë korrekte përmes antibiotikoterapisë dhe kirurgjisë. Trajtimi i hershëm dhe definitiv që i drejtohet eliminimit të shkakut dhe që siguron rrugë për drenim, siguron kujdesin e përshtatshëm për pacientët.

Referencat

1. Oral and maxillofacial surgery, sixth edition, 2014. Hupp J., Ellis III E., Myron R.T. Fq. 297-348
2. Oral and maxillofacial surgery, second edition, 2008. Neelima Anil Malik. Fq. 587-673
3. A textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery, June 2013. Mohammad Hosein Kalantar Motamedi. Kapitulli 3 e 4
4. Kirurgjia orale e maksilofaciale (1), 2010. Isufi R., Qendro A., Bardhoshi E. Fq. 428-449
5. Elizabeth J. Rosen, MD Faculty Advisor: Byron J. Bailey, MD The University of Texas Medical Branch Department of Otolaryngology Grand Rounds Presentation April 17, 2002
6. Oral and maxillofacial surgery, fourth edition, 2002. Peterson, Ellis, Hupp, Tucker. Fq. 344-348
7. Ajaz Shah, Irshad Ahmed, Shahid Hassan, Amina Samoon, Babar Ali. Evaluation of ultrasonography as a diagnostic tool in the management of head and neck facial space infections: A clinical study. Natl J Maxillofac Surg. 2015 Jan-Jun; 6(1): Fq 55–61
8. Bassiony M, Yang J, Abdel-Monem TM, Elmogy S, Elnagdy M. Exploration of ultrasonography in assessment of fascial space spread of odontogenic infections. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 Jun; 107(6): Fq 861-869
9. Maroldi R1, Farina D, Ravanelli M, Lombardi D, Nicolai P. Emergency imaging assessment of deep neck space infections. Semin Ultrasound CT MR. 2012 Oct; 33(5): Fq 432-42
10. Management of Oral and maxillofacial infections, Witherow H., Swinson BD., Amin M., Kalavrezos N., Newman L. Hosp Med 2004 Jan; 65(1). Fq. 28-33
11. MIHAI JUNCAR, FLORIN ONIȘOR-GLIGOR, SIMION BRAN, RALUCA-IULIA JUNCAR, MIHAELA-FELICIA BĂCIUȚ, DINU-IULIU DUMITRAȘCU, GRIGORE BĂCIUȚ, and IULIU MOLDOVAN. Efficiency of Empirically Administered Antibiotics in Patients with Cervical Infections of Odontogenic Origin. Clujul Med. 2015; 88(1): Fq 65–68
12. Rahul D. Kamat, Vikas Dhupar, Francis Akkara, and Omkar Shetye. A comparative analysis of odontogenic maxillofacial infections in diabetic and nondiabetic patients: an institutional study. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2015 Aug; 41(4): Fq. 176–180.
13. Nitin Suresh Fating, D. Saikrishna, G. S. Vijay Kumar, Sujeeth Kumar Shetty, and M. Raghavendra Rao. Detection of Bacterial Flora in Orofacial Space Infections and Their Antibiotic Sensitivity Profile. J Maxillofac Oral Surg. 2014 Dec; 13(4): Fq. 525–532.
14. Rashi Bahl, Sumeet Sandhu, Kanwardeep Singh, Nilanchal Sahai, and Mohita Gupta. Odontogenic infections: Microbiology and management. Contemp Clin Dent. 2014 Jul-Sep; 5(3): Fq. 307–

311R. Nicot, C. Hippy, C. Hochart, A. Wiss, A. Brygo, S. Gautier, J. Caron, J. Ferri, G. Raoul Les anti-inflammatoires aggravent-ils les cellulites faciales d'origine dentaire ?

15. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale, Volume 114, Issue 5, November 2013, Fq. 304-309*
16. Rastenienė R. · Aleksejūnienė J. · Pūrienė A. Determinants of Length of Hospitalization due to Acute Odontogenic Maxillofacial Infections: A 2009-2013 Retrospective Analysis. *Med Princ Pract* 2015;(24): Fq.129-135
17. Elerson Gaetti-Jardim Jr., Luis Fernando Landucci, Kathlenn Liezbeth de Oliveira, Iracy Costa, Robson Varlei Ranieri, Ana Claudia Okamoto, and Christiane Marie Schweitzer. Microbiota Associated with Infections of the Jaws. *International Journal of Dentistry* Volume 2012, Article ID 369751, 8 pages
18. Microflora in Maxillofacial infections. A changing scenario? Department of Oral and Maxillofacial surgery, People's College of Dental Sciences and Research center, Bhanpu, India. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. April 2014 ; 70 (1). Fq. 119-25.
19. E. Ariji, S. Moriguchi, T. Kuroki and S. Kanda. Computed tomography of maxillofacial infection. *The British Institute of Radiology*. Jan. 28. 2014. Fq. 148-151
20. Giménez-García R, Martínez-Vera F, Fuentes-Vera L. Cutaneous Sinus Tracts of Odontogenic Origin: Two Case Reports. *J Am Board Fam Med*. 2015 Nov-Dec; 28(6): Fq 838-40.
21. Bogumił Lewandowski, Paweł Pakla, Wojciech Wołek, Mariusz Jednakiewicz, and Jakub Nicpoń. A fatal case of descending necrotizing mediastinitis as a complication of odontogenic infection. A case report. *Kardiochir Torakochirurgia Pol*. 2014 Sep; 11(3): Fq: 324–328
22. Yeo GS, Kim HY, Kwak EJ, Jung YS, Park HS, Junk HD. Cavernous sinus thrombosis caused by a dental infection, a case report. *J Korean Association Oral Maxillofac Surg* 2014 Aug; 40(4). Fq: 195-8.
23. Sung Yong Park, Dong Won Suh, Chul Min Park, Min Seok Oh, and Dong-Kun Lee. Brain abscess due to odontogenic infection: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2014 Jun; 40(3) Fq: 147–151
24. R. Sánchez , E. Mirada , J. Arias , J.R. Paño , M. Burgueño. Severe odontogenic infections: Epidemiological, microbiological and therapeutic factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Aug 1; 16 (5): Fq 670-6.
25. IC Uluibau, T Jaunay, AN Goss. Severe odontogenic infections. *Aust Dent J* 2005; 50 Suppl 2: Fq: 74-81