

Résumé

SUR LE TRAITEMENT DES ANOMALIES CONGENITALES DE LA LEVRE

Les auteurs décrivent leur expérience dans le traitement chirurgical de 200 cas avec des anomalies congénitales de la lèvre pendant les années 1969-1980. D'après l'étude, une place importante occupent les défauts complexes (34% des cas) suivent des anomalies simples qui occupent la seconde place avec 30% des cas.

Les auteurs préfèrent intervenir à l'âge de 2 à 3 mois quand il s'agit d'anomalies simples et à l'âge de 6 à 12 mois pour les défauts complexes.

Le traitement chirurgical est fait selon la méthode modifiée de VO Topes avec les bons résultats. Dans les anomalies simples on a obtenu de très bons résultats dans 73% des cas, dans les défauts bilatéraux les auteurs ont eu de bons résultats dans 85% des cas et il y a eu fermeture complète du défaut dans 95,6% des anomalies complexes.

NJË RAST ME FLEGMONË ORBITALE ME ORIGJINË NGA DHËMBËT

— Doc. SAMEDIN GJINI — YLLI SHTYLLA —

(Katedra e kirurgjisë stomatologjike dhe katedra e okulistikës)

Flegmonet orbitale takohen relativisht rrallë në praktikën e përditshme mjekësore. Shkaqet kryesore të tyre janë proceset inflamatore akute odontogjene, osteomieliti i kockës zigomatike dhe i nofullës së sipërme, qelbëzimet e sinusit maksilar, tromboflebiti i venës angulare të fytyrës etj. (1,2). Sëmundja ka ecuri akute dhe duhet vlerësuar drejt nga ana e mjekut, pasi vonesat në diagnostikim dhe mjekim janë me pasoja për të sëmurin. Rreziku kryesor qëndron në zhvillimin e një gjendjeje septikopiemike të rrezikshme për jetën e të sëmurit. Një rrezik tjetër është ai i dëmtimit (atrofizimit) të nervit të të parit (*n. optici*) nga shtypja e tij për një kohë të gjatë prej vatrës së qelbit, kur nuk bëhet ndërhyrja e menjëhershme për rrjedhjen e qelbit, çka çon në verbimin e syrit përkatës (2,3).

Një rast të tillë me flegmonë orbitale me origjinë nga dhëmbët — fillimisht i vështirë për t'u diagnostikuar, po e paraqesim më poshtë.

Paraqitja e rastit

E sëmura D.M., 27 vjeç, shtrohet urgjent në klinikën e okulistikës më datë 8.8.1984, me numër karte 6956, me diagnozë dërgimi: *suspect cellulitis periorbitalis* os. Diagnoza e shtrimit: *flegmon orbital* os.

Në momentin e shtrimit e sëmura paraqiste këto ankesa: dhimbje të forta në syrin e majtë, që përhapeshin në gjysmën e kokës, enjtje e përtheksuar e kapakëve të syrit me mbyllje të plotë të tij. Gjendja e përgjithshme — jo e mirë, shoqëruar me të përziera dhe të vjella të forta.

Sëmundja i kishte filluar para 2 javësh, me dhimbje të dhëmballës 6, të cilën e ka hequr. Pas heqjes filloi t'i enjtej faqja nga ana përkatëse. E sëmura vetëmjekohet me bipericilinë + streptomycinë për disa ditë pa rezultat. Meqenëse gjendja nuk po përmirësohej, u paraqit për ndihmë në klinikën stomatologjike ku kishte bërë heqjen e dhëmballës. Aty iu fillua mjekimi lokal i plagës shoqëruar me procedura fizioterapeutike (UVC). Pas këtij trajtimi gjendja u keqësua edhe më shumë, filloi enjtja e kapakëve të syrit, dhimbje të forta dhe temperaturë e lartë 39-40 °C. Në gjendje të tillë u shtrua urgjent në spital dhe u mjekua me antibiotikë të ndërthurur me doza sulmi (bipericilinë + streptomycinë + kemicetinë), si edhe kortizonikë. Meqenëse mjekimi terapeutik nuk po jepte rezultatin e pritur, përkundrazi dhimbjet sa vinin e shtoheshin, sido-

mos në regjionin zigomatiko-orbitale, radiologjikisht e klinikisht u dyshua, për sinusit maksilar edontogjen të anës së majtë, prandaj iu bë hapja e tij eksplorante, por sinusi rezultoi i pastër. Pas operimit rrënjësor të sinusit, gjendja u rëndua më shumë, dhimbjet, sipas fjalëve të të sëmurës, u bënë të padurueshme, temperatura nuk zbriste dhe, në këtë gjendje, u dërgua urgjent në klinikën e okulistikës të Spitalit nr. 1.

Gjatë ekzaminimit të të sëmurës, në momentin e shtrimit, u konstatua edemë e theksuar e kapakëve të syrit, shoqëruar me ekzoftalmi. Edema shtrihej edhe në murin orbito-parietal, ku u konstatua fluktuacion i thellë dhe skuqje e lëkurës. Në prekje, edema ishte shumë e dhimbshme.

Në konsultën urgjente, që u organizua me okulistin, kirurgun maksilo-facial dhe otorinolaringologun, u përcaktua se ndodheshin përpara një rasti me flegmonë orbitale me origjinë nga dhëmbët, që nuk ka lidhje me sinusin maksilar.

Në ekzaminimin okulistik u konstatua edemë e theksuar e kapakëve të syrit, sidomos atij të sipërm, *rima oculi* e mbyllur plotësisht (fig. nr. 1), *chemosis conjunctivae*, korneja e tejdukshme. Thellësia e odës së përparme — normale, irisi — me konfiguracion të rregullt, me ngjyrë të njëjtë me syrin tjetër. Reaksionet pupilare — të gjalla, të pranishme si të drejtpërdrejta e të tërthorta, ashtu edhe në akomodim.

Lëvizshmëria okulare ishte e kufizuar në 15-20°, sidomos ajo temporale. Ekzoftalmia mesatare 01022 OS 26, me hapje 0.6 cm.

Fundus oculi papila n. optici — me konturë të qarta ngjyrë rozë. Regjioni makular dhe retina e pastër, visus 11/10 në të dy sytë. Fusha pamore (me mënyrën krahasuese të kontrollit) — normale. Rrugët korneale — të lira, ka diplopi. Në ekzaminimin stomatologjik, brenda gojës vihej re plaga alveolare e pambyllur ende me dukuri të një alveoliti me dhimbje dhe erë të keqe. Kishte dhimbje me prekje në kockën tuberale në afërsi të dhëmballës së hequr. Nga ana ORL-ke — asgjë me rëndësi.

Analizat plotësuese: vihej re leukocitozë 35000 dhe eritrosedimenti i rritur 54 mm/orë. Rëntgenografia e sinusit të përparmë e të pasmë rezultonte e pastër.

Urina: dendësia 1018, reaksioni acid, gjurmë albumine, sedimenti i urinës me leukocite 10-15 për fushë, eritrocite 3-4 për fushë, filamente disa epitele povimentoze.

Para një gjendje të tillë, u vendos që të bëhej ndërhyrje kirurgjikale urgjente për të zbratur qelbin e grumbulluar në zgavrën orbitale, i cili shtypte nervin optik, duke rrezikuar atrofizimin e tij. Mjekimi i flegmoneve orbitale, kur është formuar koleksioni qelbëzues, është kirurgjikal dhe duhet bërë sa më parë për arësyet që përmendëm më sipër. Hapja e flegmoneve orbitale bëhet në dy mënyra: mënyra e parë me prerje



Fig. 1

në palën e kapakut të syrit rreth kokërdhokut dhe futja në thellësi me instrument jo të mprehtë, deri sa të dalë qelbi. Me mënyrën e dytë, drenimi bëhet nëpërmjet sinusit maksilar, duke shpuar murin e sipërm të sinusit në pjesën e tij të prapme. Të dy metodat e përdorura deri tani kanë mangësi, pasi rrezikohet dëmtimi i kokërdhokut të syrit, i tufës neurovaskulare, përpunimi antiseptik i plagës dhe rrjedhja e qelbit bëhet me vështirësi. Përveç kësaj, kirurgu duhet të ketë përvojë në këto ndërhyrje që realizohen vetëm në kushte spitalore. Krahas këtyre dy metodave që përdoren sot, mendojmë se duhet të zërë vend edhe teknika e mëposhtme, e propozuar nga disa autorë (3), e cila mënjanon disa vështirësi të teknikave të sipërpërmendura. Ndërhyrja, sipas kësaj teknike, bëhet me një prerje në pjesën e përparme të muskulit temporal. Prerja bëhet në formë harku me gjatësi 4-5 cm. Me shtresa largohen indet e buta deri në kockë (Fig. nr. 2). Prerja e tillë mënjanon dëmtimet e degëve të nervit facial që inervojnë muskujt ballorë dhe palpebral. Në vatrën qelbëzuese futemi me instrument jo të mprehtë, të kthyer deri te *fisura orbitalis inferior*, duke pasur kujdes që të mos dëmtohet kokërdhoku i syrit. Nga plaga operatore doli qelb me shumicë, me presion dhe me erë të keqe e ngjyrë të errët. Plaga u drenua me dren gome. Ndërhyrja u krye me premedikacion ampulë fenegan dhe anestezi lokale me lidokain 2%. Qelbi u dërgua për antibiogramë, por doli steril, ndoshta nga përdorimi me shumicë i antibiotikëve. Krahas mjekimit kirurgjikal, u bë dhe mjekimi terapeutik me bipenicilinë 4 x 1000000, streptomycinë 2 x x 0.5 gr, serum polivalent antigangrenoz, tretësirë fiziologjike, tretësirë glukoze 5%, tretësirë vitaminë C, 5% Ca Chlorati, valium dhe vitaminë B₁.



Fig. 2

Menjëherë pas prerjes dhe drenimit të plagës e sëmura u lehtësua, dhimbjet u qetësuan dhe temperatura gradualisht filloi t'i zbrisë. Te-

rapia vazhdoi për 2 ditë, duke e reduktuar, dhe në ditën e dhjetë pas ndërhyrjes e sëmura doli e shëruar nga spitali me një edemë të lehtë të palpebrës së sipërme (fig. nr. 3), e cila u normalizua pas disa ditësh. Nga kontrollet e mëvonshme që iu bënë të sëmurës rezultoi se ajo nuk kishte ankesa subjektive dhe objektive dhe e ndiente veten plotësisht të shëndoshë.

Dorëzuar në redaksi më 9.8.1986



Fig. 3

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cepa Gj., Bimbli S.: Flegmonet e orbitës si komplikacion i proceseve inflamatorë odontogjene. Buletini i UT «Enver Hoxha» — Seria shkencat mjekësore, 1971, 2, 115.
- 2) Evdokimov A., Vasiljev G.: Hirurgičeskaja stomatologija, Moskva 1959, 157.
- 3) Rostikin H.: Sposob operativnogo lečenija absesov u flegmon glaznici. Stomatologija, 1984, 2, 81.

Summary

AN ORBITAL PHLEGMON OF DENTAL ORIGIN

A case is described of orbital phlegmone developing after extraction of tooth 6 and presenting diagnostic difficulties. In such suppurative forms, surgery should be considered as strongly indicated to prevent the possible local or general complications.

Résumé

UN CAS PHLEGMON ORBITAL D'ORIGINE DENTAIRE

Les auteurs décrivent un cas avec phlégmon orbital développé après une extraction dentaire (molaire 6) et qui présentait des difficultés diagnostics. Dans les formes supurées l'intervention chirurgicale doit être effectuée le plus vite possible afin de prévenir les complications locales et générales.