

---

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**  
**UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË**  
**FAKULETI I MJEKËSISË DENTARE, TIRANË**  
**DEPARTAMENTI I KIRURGISË ORO MAXILLO FACIALE**

**ALGEN ISUFI**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

**“DOKTOR”**

**TEMA**

**“ROLI I KIRURGUT ORAL DHE MAKSILOFACIAL NË  
PATOLOGJITË QË PREKIN SINUSIN MAKSILAR”**

Udhëheqësi Shkencor:

**Prof. Dr. Ramazan Isufi**

**Tirane, 2020**

---

## FALENDERIME

---

*Dëshiroj të falenderoj udhëheqësin tim shkencor Prof. Dr. Ramazan Isufi për mbështetjen dhe inkurajimin e tij të vazhdueshëm përgjatë gjithë periudhës së punimit tim shkencor dhe hartimit përfundimtar të dizertacionit.*

*Një vlerësim të vecantë meritojnë antarët e stafit të kirurgjisë O.M.F. në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë dhe veçanërisht*

*Dr. Andis Qendro, Dr. Esat Bardhoshi etj...me të cilët kam pasur një bashkëpunim të ngushtë miqësor dhe dashamirës, po ashtu një vlerësim kam edhe për stafin ORL të cilët më kanë ndihmuar në fushën e tyre si:*

*Prof. Pjerin Radovani dhe Prof. Besim Boçi.*

*Nuk mund të lë pa falenderuar Prof Jack McCann dhe Prof. Patric Mc Cann të cilët më kanë ndihmuar shumë si përsa i perket literaturës dhe realizimit me sukses të dizertacionit falë mundësimin të 2 trajnimeve nga 3 muaj në Spitalin Universitar të Galway në Irlandë.*

*Së fundmi një falenderim të vecantë kam për familjen time. Dy djemtë e mi Daelin ,Dejvin, bashkëshorten time Irinën dhe vëllain tim Renato të cilët më kanë mbështetur, ndihmuar dhe inkurajuar vazhdimisht deri në mbylljen përfundimtare të këtij studimi shkencor.*

## PARATHËNIE

---

Studimi me temë roli i Kirurgut OMF në patologjitë që përfshijnë sinusin maksilar ka rëndësi jo vetëm për kirurgët e kësaj fushe, por edhe për kirurgët ORL, mjekun stomatolog si dhe mjekët në përgjithësi . Rastet klinike me patologjitë që përfshijnë sinusin maksilar janë të shumëllojshme dhe shpesh me një klinikë komplekse gjë që veshitëson vendosjen e një diagnoze të saktë dhe për pasojë hartimin e një plani trajtimi korrekt dhe bashkëkohorë.

Mjekët stomatologë, shpesh duke manipuluar në rregjionin posterior të maxillës, nëpërmjet ekstraksioneve dentare, vendosjes së implanteve etj, bëhen shkak për dëmtime të sinusit maksilar të cilat kohët e fundit për fat të keq janë shtuar ndjeshëm.

Këto probleme në disa raste fusin jo vetëm pacientin por edhe mjekun në një “*rreth vicioz*” për shkak të ndërlikimeve që bëhen shkak me vonë për ndërhyrje radikale në sinusin maksilar. Patologjitë e sinusit maxillar mund të jenë të vetë sinusit ose të rrjedhin prej strukturave të tjera anatomike fqinje si dhëmbët , indet e nofullës së sipërme , strukturave kockore fqinjë , hundës , sinuseve të tjerë paranasal etj. Për këtë arsye në shumë burime të literaturës theksohet rëndësia e vendosjes së një diagnoze të saktë dhe kryerja e diagnozës diferenciale në patologjitë e sinusit maksillar .

Tema e këtij studimi jep një informacion të detajuar mbi frekuencën, shkaqet, klasifikimin, diagnozën dhe menaxhimin e këtyre patologjive në Shërbimin e Kirurgjisë O.M.F. Q.S.U.T. “ NËNË TEREZA” Tiranë i cili aktualisht është ndër shërbimet më të mirë organizuara në Shqipëri.

Studimi sjell gjithashtu një panoramë të hollësishme dhe shkencore të këtyre patologjive duke i krahasuar me patologjitë e ndryshme që prekin sinusin maksilar.

Patologjitë maksilo-sinusale të marra në studim zënë 12.88% të gjithë patologjive të trajtuara në periudhën 6 vjecare në Shërbimin e Kirurgjisë O.M.F., ndërsa patologjitë që përfshijnë sinusin maksilar zënë 5.31%.

Nga 400 raste të marra në studimin tonë me patologji maksilo –sinusale për periudhën 6 vjecare 41.25 % kanë rezultuar me përfshirje të sinusit maksilar.

Njohja dhe studimi i këtyre patologjive mendojmë se do përmirsojë më shumë cilësinë e shërbimit mjekësor dhe stomatologjik ndaj pacienteve, duke parandaluar ndërlikimet të cilat në disa raste kanë kosto jo vetëm financiare por dhe njerezore. Evidentimi i një informacioni të tillë shkencor lidhur me këto patologji mundëson përpilimin dhe hartimin e protokolleve bashkëkohore që do të shërbejnë kirurgut O.M.F. e më gjerë gjatë praktikës klinike.

Në tërësi punimi i paraqitur është bazuar në një metodologji shkencore korrekte në përputhje me të dhënat dhe rekomandimet e literaturës bashkëkohore kombëtare dhe ndërkombëtare mbi tema të ngjashme ose të përafërta të kësaj fushe gjë që garanton vlefshmërinë dhe përgjithësimin e rezultateve të studimit pa mohuar dhe analizën statistikore e cila është bazuar në modele komplekse duke rritur akoma më shumë besueshmërinë e gjetjeve të raportuara në këtë studim. Jemi munduar të shfletojmë me kujdes literaturën mbarëshqiptare dhe ndoshta ky studim ofron një informacion për herë të parë kaq kompleks dhe origjinal të këtyre patologjive.

Nëpërmjet këtij studimi duke vlerësuar me kujdes anamnezën, egzaminimin objektiv, imazheritë dhe cilësitë e tyre si dhe eksperiencën e shërbimit tonë ne do të arrijmë të vëndosim një diagnoze dhe plani trajtimi të saktë .

Duke vlersuar afersinë e dyshemesë sësinusit maksilar me apekset e dhëmbëve posterior ose procesin alveolar duke percaktuar ekstraksionet e veshtira dhe me rrisht të lartë për hapjen e sinusit maksilar, kirurgjine dento-alveolare, implantologjine orale, ne do të japim rekomandime për sa i përket mënyrës së heqjes së tyre si me lembo apo dhe me darë , elevator etj duke minimizuar komplikacionet në sinusin maxillar.

Duke qenë se sinusi maksilar është afër me procesin alveolar, me dhëmbët maksilare, me strukturat anatomike fqinje si hunda, orbita, os zygomatikum, sinuset e tjerë paranasal atëhere patologjitë e këtyre formacioneve anatomike që përfshijnë sinusin maksilar paraqiten me shenja klinike konfuze dhe shpesh të ngjashme midis tyre , gjë që në praktike bëhen shkak për trajtime të gabuara.

Ne mendojmë gjithashtu që ky studim do tu shërbeje brezave që do të vijnë jo vetëm për përsosjen e protokolleve për menaxhimin e këtyre patologjive por do të shërbejë si pikë referimi për trajtimin kirurgjikal të patologjive që përfshijnë sinusin maksilare qofshin ato me origjinë odontogjene apo jo odontogjene pa mohuar dhe studimet më të detajuara për sinusin maksilar apo teknika të reja operatore që mund të përdoren në të ardhmen.

Në përfundim të parathënies së mësipërme po japim disa argumenta që më motivuan mua për kryerjen e këtij studimi:

1. Nuk gjetëm më parë një studim të tillë në literaurën Shqipëtare.
2. Numri i madh dhe i larmishëm i rasteve klinike të shtrira në kohë 6 vite studim.
3. Infeksione të sinusit maxillar apo patologji të tjera që prekin atë, në pjesën dërmuese të rasteve janë me origjinë nga regjioni OMF dhe Jatrogjene.
4. Pacientet me patologji të sinusit maxillar me origjinë odontogjene për herë të parë konsultohen me mjekun ORL dhe jo me ate O.M.F. duke u berë shkak për diagnozë dhe trajtime jo korrekte ne mjaft raste.
5. Duke qenë se Kirurgu O.M.F. vitet e fundit po kryen intervente rikonstruktive, estetike dhe në implantologjinë orale duhet të njohë disa koncepte të reja në lidhje me funksionet e membranës së Shnaiderit , ciljeve, funksionimit të kompleksit osteo-meatal si dhe shmangies nga kirurgjia klasike drejt kirurgjisë mikroinvazive.

# PËRMBAJTJA

---

FALENDERIME .....	I
PARATHËNIE .....	II

## I. KAPITULLI I PARË– RISHIKIMI I LITERATURËS

1.1. Historia e sinusit maksilar ne botë.....	V
1.2 Historia e ndërhyrjeve në sinusin maksilar në vendin tonë.....	VII
1.3 Embriologjia e sinusit maksilar.....	VIII
1.4 Anatomia e sinusit maksilar.....	XI
1.5 Vaskularizimi i sinusit maksilar.....	XVIII
1.6 Inervimi i sinusit maksilar.....	XXI
1.7 Histologjia e sinusit maksilar.....	XXII
1.8 Funkcionet e sinusit maksilar.....	XXV
1.9 Metodrat që përdoren për diagnostikimin e sinusit maksilar.....	XXVI
1.10 Shkaqet dhe faktorët favorizues të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar.....	XXXII
1.11 Klasifikimi i patologjive që përfshijnë sinusin maksilar.....	XXXIV
1.12 Simptomatologjia e patologjive që përfshijnë sinusin maksilar.....	XXXVI
1.13 Protokollin e trajtimit të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar.....	XLII
1.14 Protokollin e ndjekjes post operatore të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar.....	LIV

## II. KAPITULLI I DYTË – PJESA SPECIALE

2.1 Qëllimi i studimit.....	1
2.2 Objektivat e studimit.....	1
2.3 Materiali dhe Metoda.....	1
2.4 Kriteret përfshirëse të studimit.....	1
2.5 Kriteret përjashtuese të studimit.....	1
2.6 Analiza statistikore.....	2
2.7 Kartela tip për studimin tonë.....	3
2.8 Rezultatet e studimit.....	8
2.8.1 Frekuenca e shfaqjes së patologjive që përfshijnë sinusin maksilar në studimin tonë.....	8
2.8.2 Protokollin e diagnostikimit të patologjive maksilo-sinusale.....	39
2.8.3 Protokollin e trajtimit të patologjive maksilo-sinusale.....	48
2.8.4 Protokollin e ndjekjes post operatore të pacienteve me patologji maksilo-sinusale.....	51
2.9 Foto me raste klinike të trajtuara me patologji që përfshijnë sinusin maksilar.....	55
2.10 Diskutime.....	63
2.11 Konkluzione.....	74
2.12 Rekomandime.....	75
2.13 Referencat.....	76

# I

## KAPITULLI I – RISHIKIM I LITERATURËS

---

### 1.1 Historia e Sinusit Maksilar ne botë

Sinusi maksilar për herë të parë është zbuluar dhe ilustruar nga Leonardo Da Vinci

(Foto 1. a)

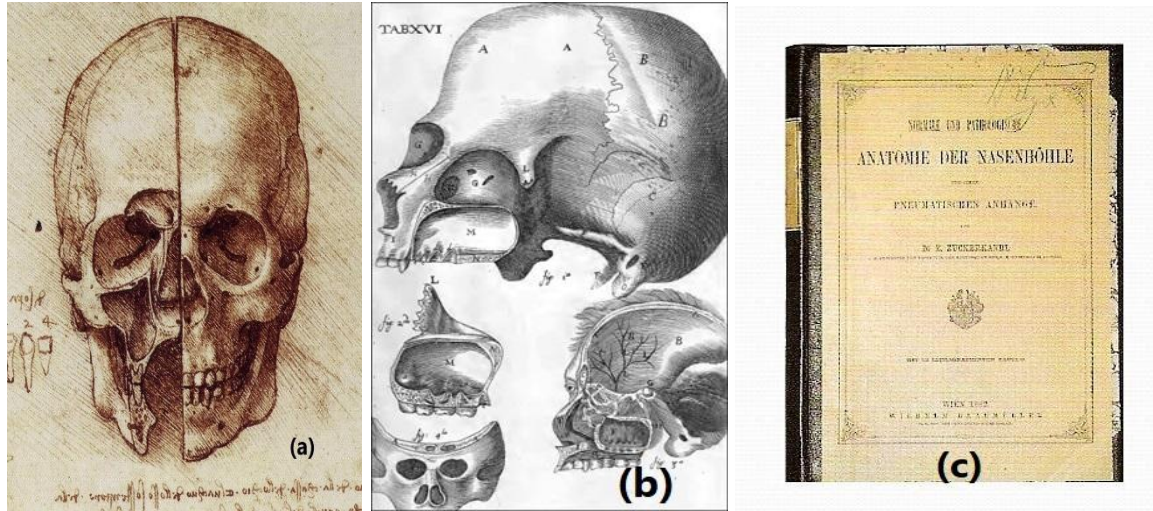
Sinusi maksilar quhet ndryshe dhe Antrum Highmori. Highmore ishte një mjek Anglez anatomist i cili në vitin 1651 dha një përshkrim më të detajuar të sinusit maxillar duke përmendur gjithashtu afërsinë dhe raportin që sinusi maksilar ka me dhëmbët dhe formacionet e tjera anatomike fqinjë. (Foto 1.a)

Emri i Highmore nuk përmendet vetëm në Angli por edhe në Austri ,Gjermani etj.

Një përshkrim anatomik të sinuseve paranazale ka bërë dhe anatomisti Hungarezo-Austriak Emil Zuckerkandel në botimin e tij "Anatomia Normale dhe patologjike e kavitetit të hundës dhe strukturave të tjera pneumatike “ (Vienna, 1892). (Foto 1 b)

Një tjetër emër anglez ai i kirurgut John Hunter lidhet me sinusin maksilar. Ai realizoi një procedurë kirurgjikale për drenimin e sinusit maksilar nëpërmjet një hapje(stome) në meatus nazi media, por kjo procedurë u la në harresë për arsye se dentisti francez Jourdain realizoi një procedurë me një hapje më të madhe e cila jepte një mundësi më të mirë për drenimin e sinusit maksilar, duke bërë që kjo procedure të rekomandohej shumë në 1761. Për të vijuar më pas me procedurën e njohur kirurgjikale që përdoret edhe sot Caldwell-Luc e cila u përshkrua për herë të parë në SHBA nga George Walter Caldwell në 1893 dhe më pas në Francë nga Henry Luc në 1897.

Njohja e mëtejshme e fiziologjisë së drenimit të sinusit maksilar bëri që të aplikohen teknika të antrostomisë intra-nazale në meatus nazi media në fund të viteve 1960 dhe fillim të viteve 1970. Në vitin 1985 u zbulua FESS-i (Kirurgjia Funktionale Endoskopike e Sinusit ) nga një kirurg ORL amerikan David Kennedy që dha një ndihmë të madhe si në diagnostikimin ashtu dhe në mjekimin e patologjive të sinusit maksilar . [1,105, 106,107]



**Foto 1(a).**Sinusi maksilar i ilustruar nga Leonardo Da Vinci (b).Sinusi maksilar i ilustruar nga Highmore(c).literaturë për sinusin maksilar nga Emil Zuckerkandel 1892

## 1.2 Historia e ndërhyrjeve në Sinusin Maksilar në vendin tonë

Deri në fillimet e shekullit të 19 në vendin tonë nuk egzistonte një shërbim mjekesor i organizuar.

Para luftës së parë botrore kanë punuar në disa qytete të shqipërisë mjekë Austriak.

Përsa i përket trajtimit të patologjive të ndryshme disa familje të pasura trajtoheshin jashtë vendit si ne Itali, Greqi, Austri, Turqi etj...

Në spitalin e Shkodres nga Dr. Rudolf Schmidt janë bërë ndërhyrje në regjionin kokë qafë dhe në sinuset paranazal që në vitin 1891.

Me ardhjen e Dr. Besim Zyma në Shqipëri në vitin 1932 filluan të kryhen ndërhyrje të shumta në regjionin koke qafë dhe sinuset paranazale .

Në vitin 1935 kryhen ndërhyrjet e para për trajtimin e sinusiteve odontogjen por fistulat oro-sinusale mbylleshin në një operacion të dytë.

Më vonë deri në hapjen e shërbimit të Kirurgjisë Oro-Maksilofaciale këto intervente realizoheshin kryesisht nga mjekët ORL .

Në kohën e luftës nacional clirimtare dhe pas saj traumatologjia është kryer nga Docent Xhevdet Asllani.

Në vitin 1964 miratohen 10 shtretër të kirurgjisë OMF në kuader të kirurgjise ORL ku filluan të punonin Prof. Dhori Pojani dhe Prof. Samedin Gjini.

Përsa i përket interventeve që përfshinin sinusin maksilar nga kirurget OMF në mënyrë të pavarur filloi pas viteve 1976 me miratimin e Shërbimit të Kirurgjisë Stomatologjike me 15 shtreter në QSUT.

Pas viteve 2005 intervente të shumta jane realizuar në trajtimin e traumave të katit te mesëm të fytyrës, të tumoreve malinj si dhe kirurgjinë e korigjimit te anomalive dento-maksilare .

Nje rol te rëndesishëm në zhvillimin e ketij shërbimi ka dhe ndërtimi i Spitalit Francez me ambjentet përkatëse për kirurgjinë OMF .



## 1.3 – Embriologjia e Sinusit Maksilar

Hunda dhe sinuset paranazale zhvillohen sëbashku por në etapa të ndryshme kohore. Ato e marrin fillimin nga një dritare e vogël gjatë javës së 4 intrauterine e cila vazhdon me harqet brakiale më pas me stomodeumin ose ndryshe gojën primitive .

Stomodeumi ndahet në procesin fronto-nazal dhe harkun mandibular.<sup>[46,63]</sup> Procesi fronto-nazal në pjesën e poshtme ndahet në dy projeksione që quhen (Nazal Placodes). Këto struktura më vonë çojnë drejt formimit të kavitetit nazal dhe konkave primitive të ndara nga stomodeumi me membranë oro-nazale. Konkave primitive formojnë pikën e zhvillimit të murit të pasëm të faringsit dhe të sinuseve paranazale. Membrana oro-nazale formohet plotësisht gjatë javës së 5 intrauterine. Nga kjo membranë formohet dhe palatumi. Gjatë javës së 25 - 28 intrauterine formohen 3 procese mediane nga muri lateral i hundës të cilat shërbejnë si fillim i zhvillimit të sinuseve paranazale, midis këtyre proceseve divertikulat e vogla laterale invagojnë në konkave primitive për të formuar meatus nazi.

Procesi median që del nga muri lateral i hundës formon këto struktura:

1. Projeksioni anterior (ager nazi)
2. Projeksioni inferior (maksilo-turbinat) konkave inferiore dhe sinusi maksilar
3. Projeksioni superior (etmoido-turbinat) konkave superiore , konkave media dhe qelizat etmoidale.

Meatus nazi media invagon lateralisht duke formuar infundibulum embrionik dhe procesin uncinat.

Gjatë javës së 13 infundibulum i embrionik rritet superiorisht duke formuar procesin frontal e më pas sinusin frontal.

Gjithashtu infundibulum i embrionik invadon mezenkimën në procesin maksilar për të formuar sinusin maksilar primitiv.

Rritja e sinusit maksilar ndiqet nga pneumatizimi i tij që është:<sup>(Foto 2)</sup>

- Primar ( në javën e 10-të)
- Sekondar ( në muajn e 5-të)

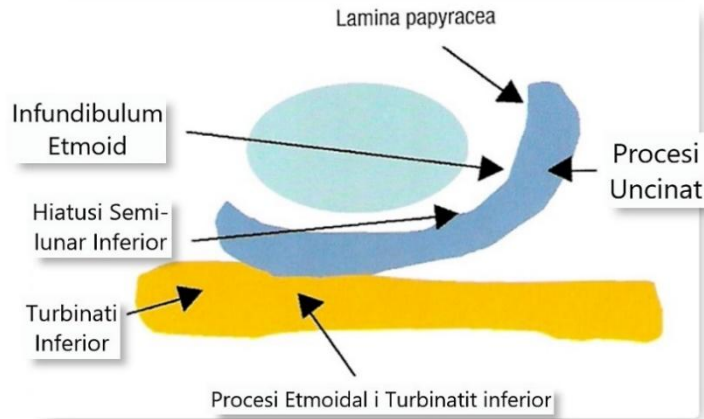


Foto 2. Zhvillimi embrional i sinusit maksilar

Rritja dhe zhvillimi i sinusit maksilar bëhet si më poshtë . Në literaturë thuhet se ka rritje bi dhe tre fazike . Në vartësi të moshës ai ndjek këto faza:<sup>(Foto 3)</sup>

*Nga mosha (0 – 3 vjec) :*

- Forme ovoide
- Përmasat 7mm x 4mm x 4mm ,volumi 6 – 8 ml
- Pneumatizimi në muajn e 5-të
- Rritje posteriore në muajn e 20-të
- 3 vjec ka ½ e madhësisë së një të rrituri

*Nga mosha (3 – 4 vjec) :*

- Rritet me rritjen e fytyrës
- Pozicionohet molari i II dhe I
- Mund të infektohet

*Nga mosha (7 – 9 vjec) :*

- Dimensionet bëhen 27mm x 18mm x 17mm
- Rritet duke ju pershtatur eruptimit të dhëmbëve permanent
- Krijohet një kurriz nga kanini në faqen anteriore të sinusit maksilar

*Nga mosha (9 – 12 vjec) :*

- Dyshemeja e sinusit merr të njëjtin nivel me dyshemenë e hundës
- Bëhet pneumatizimi i pjesës alveolare të sinusit maksilare
- Merr formën e piramidës

*Nga mosha (12 – 15 vjec) :*

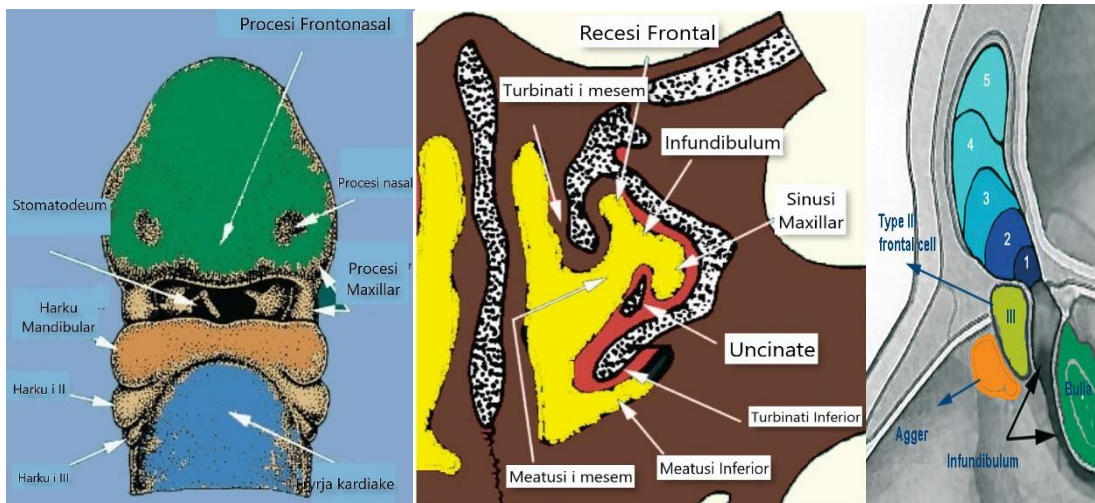
- Muri i sinusit është 5 – 12.5 mm nën murin nazal
- Përmasat bëhen 32-34 mm x 28-33 mm x 23-25mm

- Volumi 15 – 20 ml
- Krijohen raportet e molarit të I-rë , të II-të dhe premolarit të II-të me dysshemenë e sinusit maksilare

*Në moshë më të madhe kemi :*

- Rrezorbim të kurrizit të kaninit në faqen anteriore dhe hollim i mureve të sinusit
- Zgjerim të sinusit
- Siperfaqja anteriore dhe infraorbitale duken si ato infantile (Foto 4)

Keqformimet e sinusit maksilar shoqërohen me keqformime të dhëmbëve të sipërm dhe të strukturave anatomike fqinje. Gjatë jetës rritja e sinusit maksilar shoqërohet me pneumatizmin e tij. [64, 65, 66, 67, 68, 70]



**Foto 3. Fazat e ndryshme të zhvillimit embrional të sinusit maksilar .**



**Foto 4 .Rritja e sinusit maksilar ne vite**

## 1.4 Anatomia e sinusit maksilar

Sinusi maksilar është më i madhi nga sinuset paranazale. Sinuset paranazale komunikojnë me njeri-tjetrin nëpërmjet murit lateral të hundës.

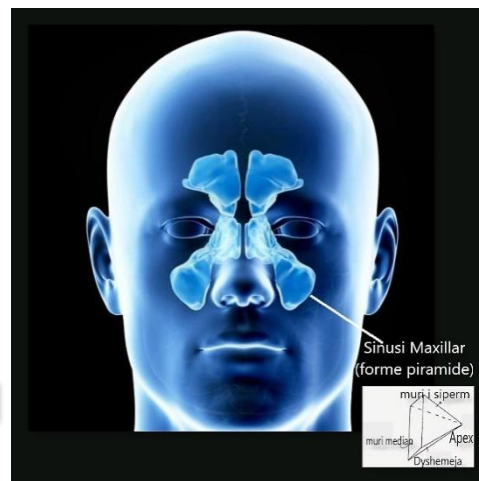
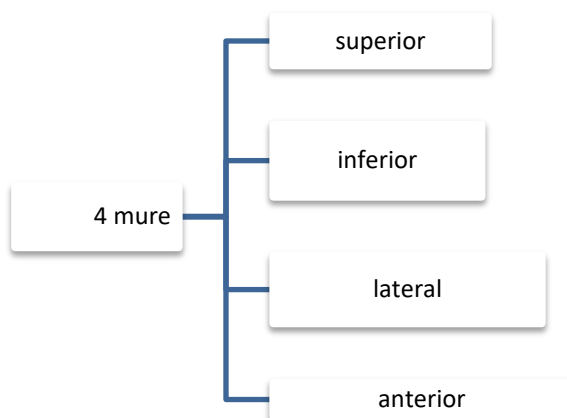
***Sinusi maksilar është një kavitet kockor i mbushur me ajër i veshur me epitel dhe ndodhet në kockat e fytyrës anash hundës, ka formën e një piramide horizontale me 4 faqe***

[45, 47, 1,69,71], (Foto 5)

Në të kaluarën sinusi maksilar është konsideruar një hapsirë anatomike pa vlerë dhe që nuk luante rol në proliferimin e strukturave kockore fqinje, por sot nga studimet e ndryshme në kirurgjinë rikonstruktive, ortodontike dhe në kirurgjinë para- implantare rezulton ndryshe.

Sinusi maksilar përbehet nga:

- baza
- maja
- 4 muret



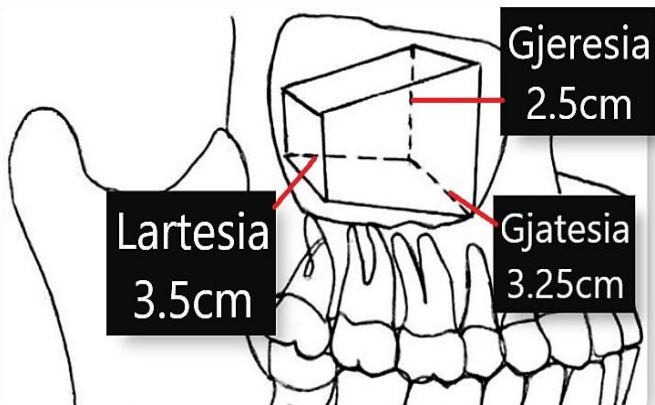
Foto

### 5. Muret e sinusit maksilar

Forma e sinusit maksilar mund të variojë në:

- Hiperbolike 47%
- Parabolike 30%
- Gjysëm elipsoide 15%
- Në formë koni 8%

Dimensione e sinusit maksilar janë:( Therner 1902)



### Skica 1 .Dimensionet e sinusit maksilar

- Lartësia 3.5 cm
- Gjerësia 2.5 cm
- Gjatësia 3.25 cm

Volumi varion 15 – 30 ml (Skica 1)

Sinusi maksilar formon receset:

- Alveolar
- Zigomatik
- Palatinal
- Frontal

Përsa i perket raportit të dhëmbëve me sinusin maksilar në vartësi të afërsisë i rëndisim si më poshtë :

**“molari II, molari I, molari III, premolari II, premolari I , kanini “.**

Formacionet anatomike si orbita, hunda, procesi alveolar duhen marrë në konsideratë sepse patologjitë mund të përhapen respektivisht.

## Muret e sinusit maksilar

### Muri Median i sinusit maksilar

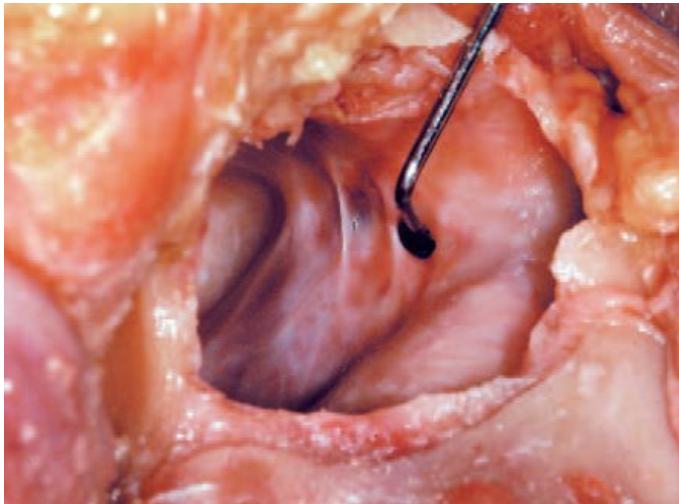
Muri median formohet nga:

- muri lateral i hundës
- poshtë nga konka nazale inferiore
- në mes nga kocka palatinale
- sipër nga procesi uncinat i etmoidit dhe kocka lakrimale

Muri median përmban një shtresë të dyfishtë membrane ( pars membranica).Strukturat e rëndësishme të murit median të sinusit janë:

- ostiumi i sinusit
- hiatus semilunaris
- bula etmoidale
- procesi uncinat
- infundibulum

Ostiumi i sinusit ndodhet në ½ posteriore të infundibulumit ose midis 1/3 së poshtme të procesit uncinat, ka formën e një tuneli me gjatësi 1 – 22 mm dhe diametër 3 – 6 mm, nuk shikohet me endoskop, nuk është e favorshme për drenim dhe nga pas vazhdon me lamina papyracea (e rëndësishme në diseksionin kirurgjikal). Përvec ostiumit primar ka edhe ostiume aksesore që mund të jenë 2-3 në numër në 30-40 % të rasteve ose mund të jenë pasojë edhe e dehisiencës kockore të mbuluar nga mukoza. <sup>(Foto 6)</sup>



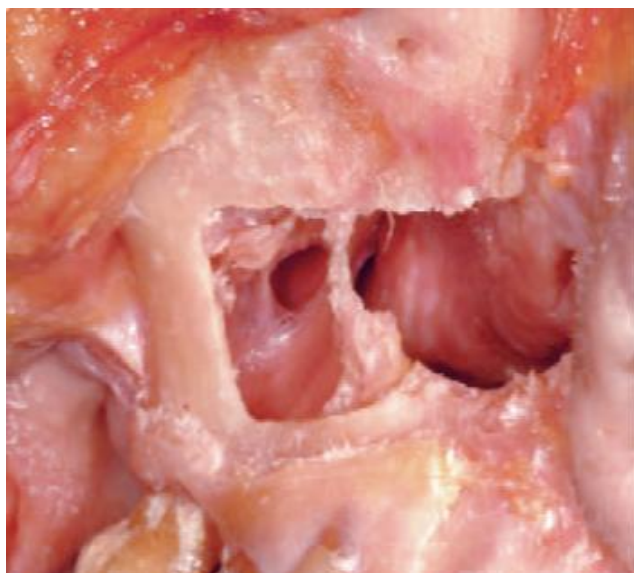
**Foto 6:**Pamje anatomike e murit median te sinusit maksilar

## Muri superior i sinusit maksilar

Formon tavanin e sinusit dhe dyshtemenë e orbitës, strukturat e rëndësishme të tij janë :

- kanali infraorbital
- foramen infraorbitale
- nervi alveolar anterior superior

E rëndësishme të theksohet për murin superior është fakti që ai preket nga frakturat dhe erozioni nga tumoret. <sup>(Foto 7)</sup>



**Foto 7** Pamje anatomike te sinusit maksilar

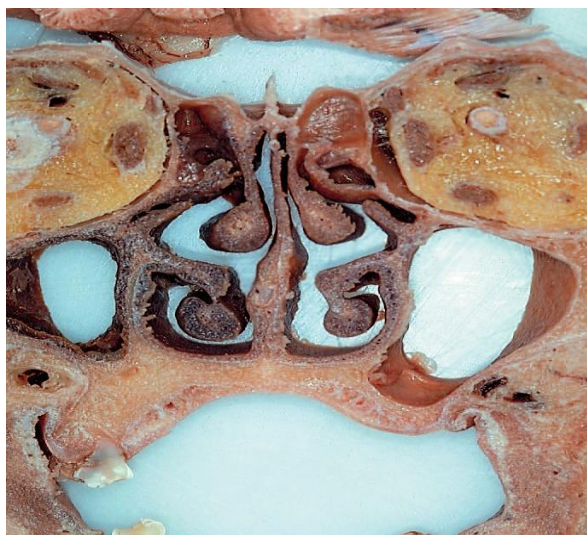


## Muri posterio-lateral

Formohet nga kocka zygomatike dhe krahët e kockës sfenoidale. I trashë lateralisht dhe i hollë medialisht. Strukturat e rëndesishme të këtij muri janë:

- nervi alveolar posterior superior
- nervi maksilar
- ganglioni pterigopalatin
- nervat e kanalit pterigoid
- arteria maksilare

E rëndesishme është përfshirja nga dhimbja e dhëmbëve posterior dhe aksesit kirurgjikal i kujdesshëm në heqjen e segmenteve të këtij muri për të mos demtuar formacionet e mësipërme. <sup>[1](Foto 8)</sup>



**Foto 8** Pamje anatomike te sinusit maksilar



## Muri anterior

Kufizohet përpara nga apertura piriforme , lart nga buza infraorbitale dhe procesi zygomatiko-maksilar dhe poshtë nga procesi alveolar. Ka formë konkave në drejtim të sinusit dhe është i hollë në nivelin e fosës kanine. Ka keto struktura të rëndësishme:

- foramen infraorbital
- nervat alveolar superior anterior dhe superior median
- muskujt levator labi superior dhe orbikularis okuli

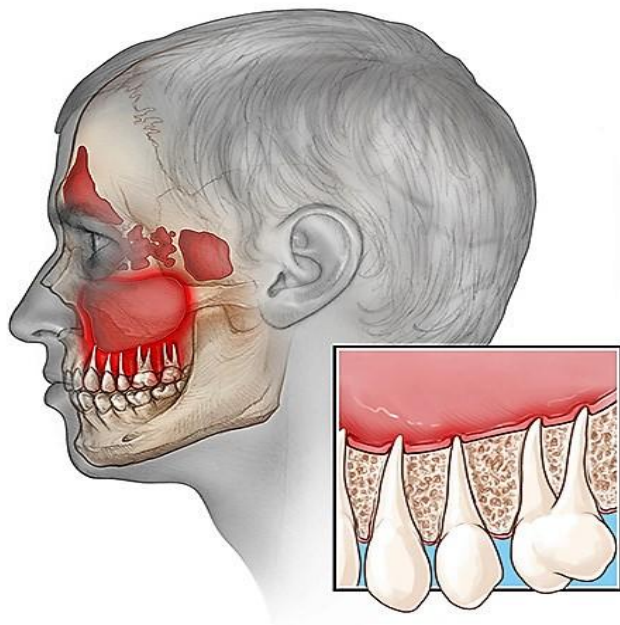
Muskujt levator labial dhe muskuli orbikularis okuli lidhen me pjesën e sipërme të ketij muri mbi foramen infraorbitale duke ndihmuar që infeksionet e dhëmbëve maksilar anteriorë të stopohen në këtë regjion dhe të japin sinuzit maksilar duke depertuar nëpërmjet fosës kanine.<sup>[1]</sup> (Foto 9)



**Foto 9:**Pamje anatomike e murit anterior të sinusit maksilar

## Dyshemeja e sinusit maksilar

Formohet nga bashkimi i murit anterior të sinusit me murin lateral të hundës, shtrihet 1 – 1.2 cm nën dyshemenë e hundës. Ky mur ka një raport të ngushtë me dhëmbët posterior të nofullës së sipërme gjë e cila ndikon që patologjitë e këtyre dhëmbëve të mund të përhapen në sinusin maksilar. <sup>(Foto 10)</sup>



**Foto 10:** Raporti i dyshemës së sinusit maxillar me dhëmbët maxillar posterior

## 1.5 Vaskularizimi i sinusit maksilar

Arteriet që furnizojnë me gjak sinusin maksilar i ndajmë në:

Arterie që vaskularizojnë mukozën

- arteria sfenopalatine
- arteria ethmoidale

Arterie që vaskularizojnë kockën

- arteria infraorbitale
- arteria posteriore superior
- arteria anteriore superior
- arteria palatinale major
- arteria faciale

[72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82] (Foto 11), (Skica 2), (Skica 3)

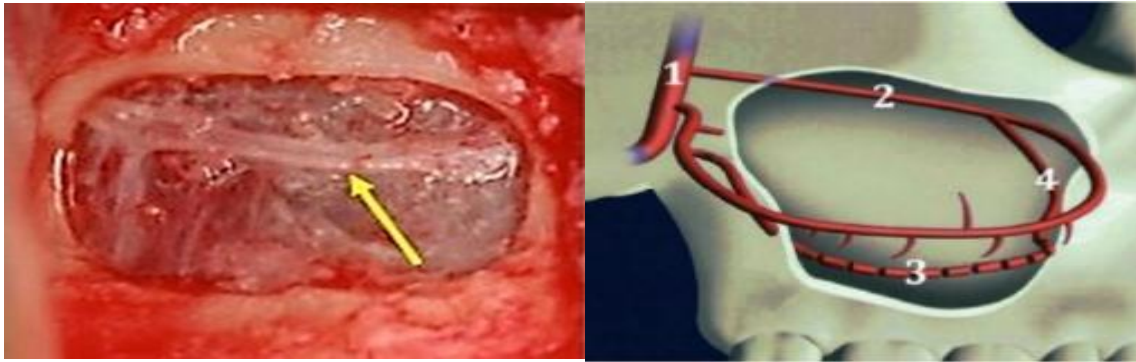
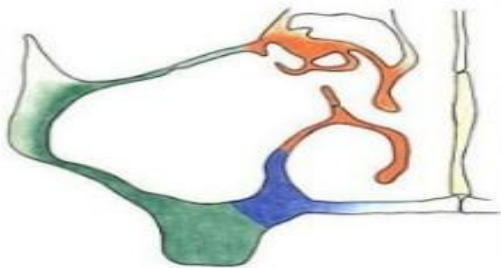


Foto 11 :Vaskularizimi i sinusit maksilar 1. A. Maksilare, 2. A .Infraorbitale, 3.A .alveolare superior posterior, 4. A .anastomoza 2+3



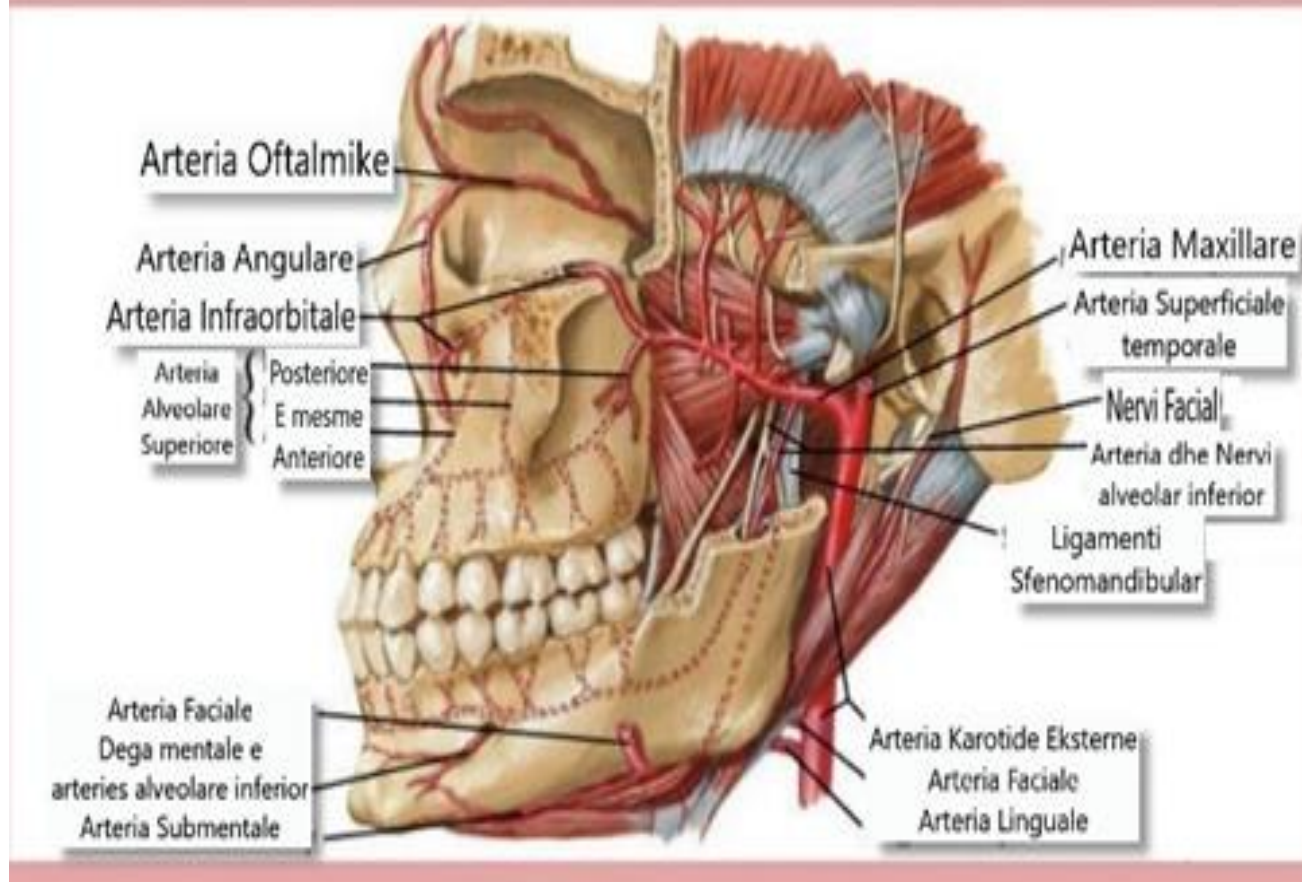
Skica 2.Vaskularizimi i sinusit maxillar.

Zona e gjelbër A. infraorbitale + a. alveolare posterior superiore,

Zona blu a. palatinale major

Zona e kuqe a. nazale laterale

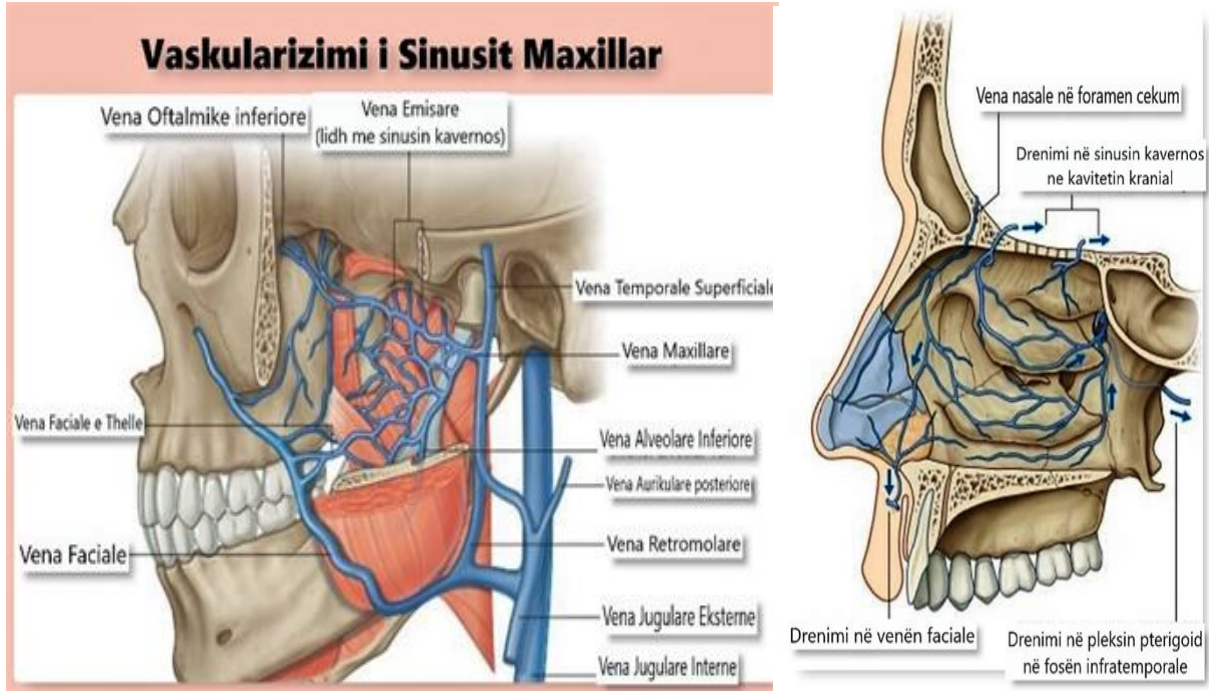
## Furnizimi me gjak i Sinusit Maxillar



**Skica 3:** Vaskularizimi arterial i sinusit maksilar

Drenimi venoz i sinusit maksilar bëhet:

- në murin median
  - vena sfenopalatine,
  - vena faciale
- në muret e tjerë
  - pleksusi venoz pterigoid (Skica 4)



**Skica 4 :Drenimi venoz i sinusit maksilar**

Drenimi limfatik:

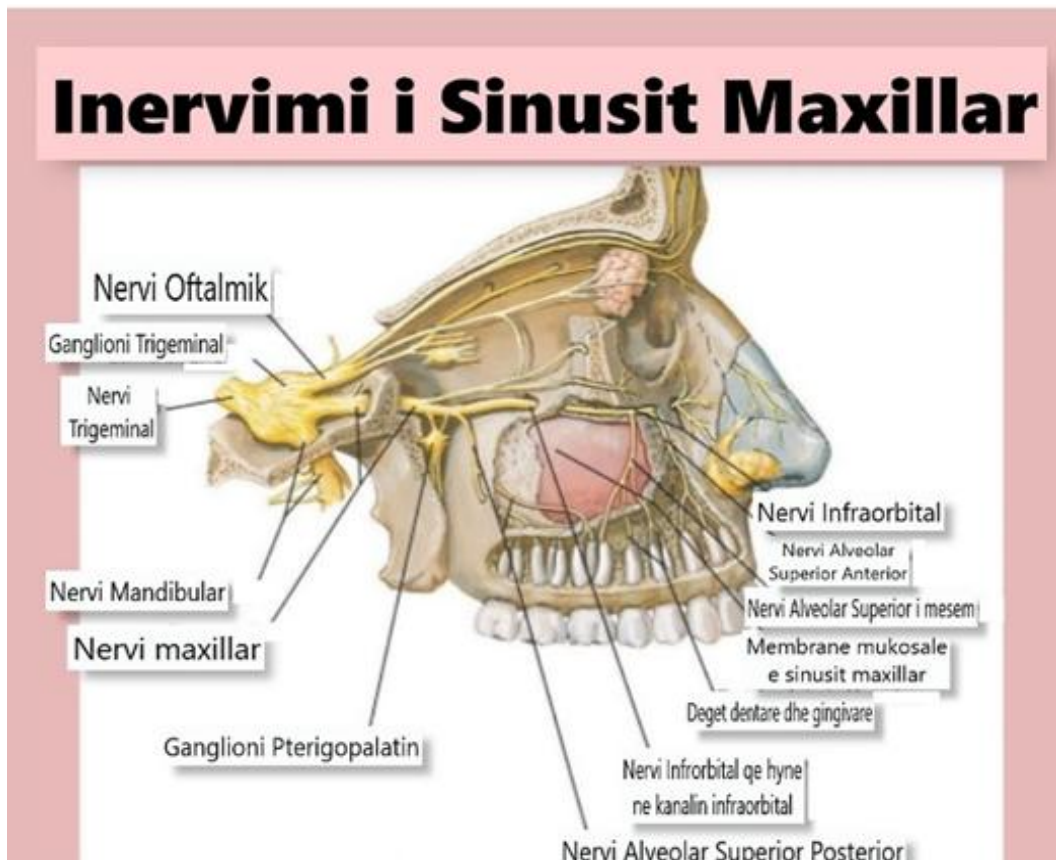
Bëhet nga kompleksi i vazave nëmeatusnazi media dhe stacionon në regionin submandibular e cervikal të thellë.



## 1.6 Inervimi i sinusin maksilar

bëhet nga:

- nervi infraorbital
- nervi palatinal major
- nervi alveolar superior – posterior
- nervi alveolar superior –anterior (infraorbital)
- nervi alveolar superior-media ( incizival)( Skica 5)<sup>[71.86]</sup>

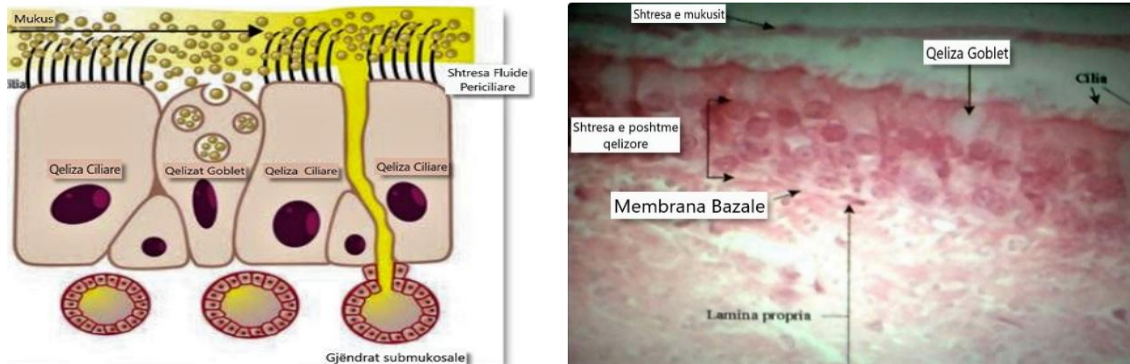


Skica 5 Inervimi i sinusit maksilar

## 1.7 Histologjia e sinusit maksilar

Mukoza e sinusit maksilar është e ngjashme me atë të traktit respirator .Mukoza e sinusit maksilar përbëhet nga 3 shtresa nga pikpamja histologjike të cilat janë:

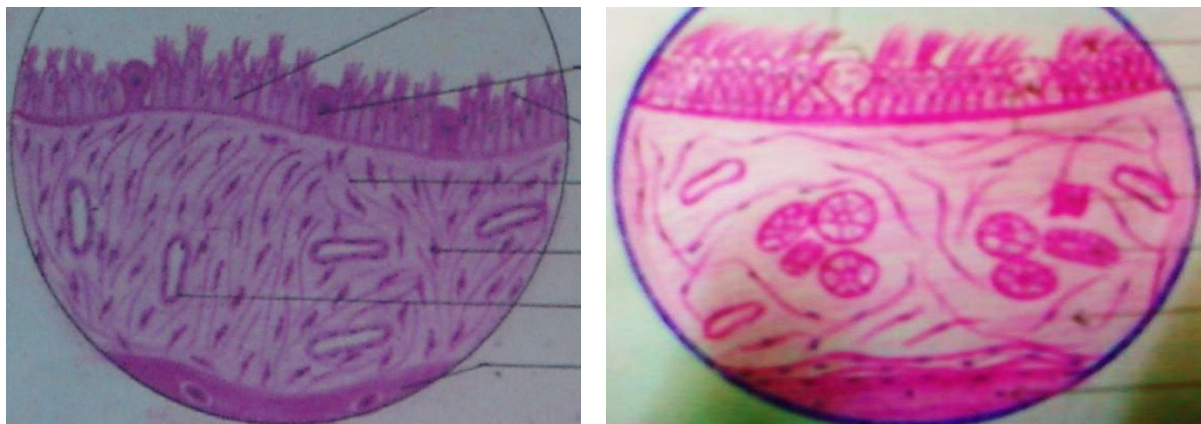
- shtresa epiteliiale
- shtresa bazale
- shtresa sub-epiteliiale duke përfshirë dhe periostin (Foto 12)[83,84,85]



**Foto 12:** Pamje mikroskopike të mukozës së sinusit maksilar

**Shtresa epiteliiale përbëhet nga:**

- Qelizat epiteliiale në formë kolone të padiferencuara me cilie që janë vazhdim i epitelit olfaktor nga meatus nazi media
- Qelizat epiteliiale në formë kolone me cilie që zënë pjesën më të madhe
- Qelizat bazale
- Qelizat në forme kolone pa cilie
- Qelizat Goblet (Foto13)



**Foto 13** Pamje mikroskopike të shtresës epiteliiale të sinusit maksilar

Qelizat epiteliale me cilie formojnë aparatin lëvizës të epitelit të sinusit. Ato përbëhen nga një numer i madh mikrotubulash. Qelizat epiteliale me cilie janë të rrethuara nga ciliet në brendësi ata kanë bërthamën, një citoplazëm të pastër, përmbajnë gjithashtu mitokondri, enzima dhe organele. Ciliet nëpërmjet lëvizjeve të tyre bëjnë të mundur zhvendosjen e shtresës së mukusit nga epiteli i sinusit në drejtim të kavititetit të hundës. Lëvizja e mukusit në sinusin maksilar bëhet në 3 menyra:

- Levizje e butë 0.85 cm/minutë
- Levizje e thatë deri në 0.3 cm/minutë
- Levizje në mukostazë më pak se 0.3 cm/minutë (Foto14)

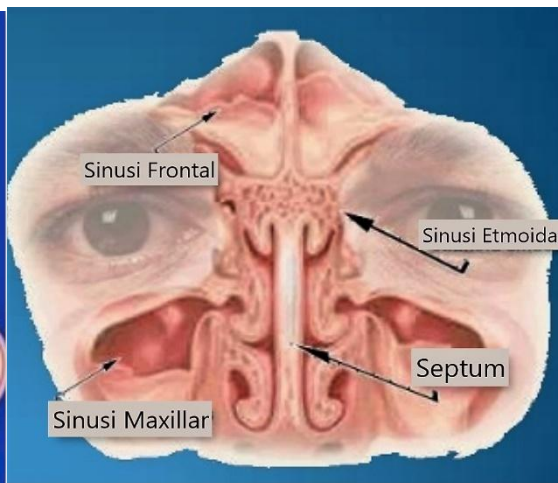
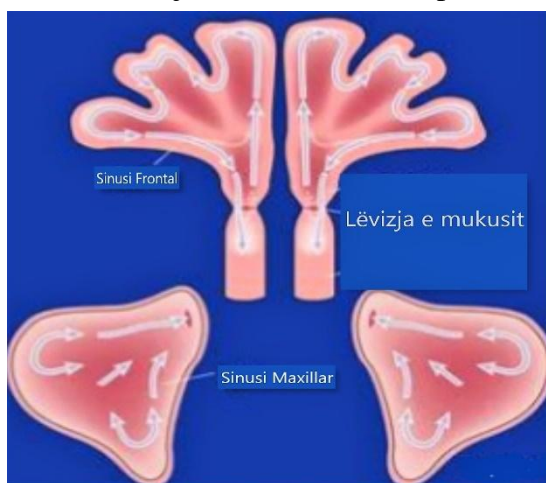


Foto 14 .Lëvizja e mukusit në sinusin maksilar

Foto 15 Sinuset paranazale dhe drenimi i tyre në hundë

Qelizat Goblet si pjesë përbërse të epitelit të sinusit maksilar kanë të gjitha vetitë e qelizave sekretore. Ato përmbajnë retikulumin endoplazmik që së bashku me Aparatin e Golxhit marrin pjesë në sekrecionin e substancave.

Gjithashtu do të përmendim dhe gjëndrrat sub-epiteliale të cilat ndodhen në shtresën sub-epiteliale por duktuset e tyre derdhen në epitelin e sinusit. Ato përmbajnë sekrecion mukoz dhe seroz. Kemi dhe qelizat muko-epiteliale që ndodhen në shtresën bazale dhe rrethohen nga duktuset e gjendrave subepiteliale. Sekrecioni seroz përmban ujë, lipide natyrale, proteina dhe karbohidrate kurse sekrecioni mukoz përmban glukoproteina dhe mukopolisakaride. Pjesa më e madhe, rreth 70% e sekrecioneve vijnë nga gjëndrat sub-epiteliale dhe 30 % nga qelizat Goblet. Në përbërje të sekrecionit të sinusit maksilar kemi:

95 % ujë, 5% peptide dhe kripra me një pH = 5.5 – 6.5.

Shtresa bazale dhe sub-epiteliale përmbajnë gjithashtu fibra kolagjeni, fibroblaste, nerva dhe enë gjaku.

Mukusi që prodhohet nga mukoza sinuzale shërben si barrier mbrojtëse për mikroorganizmat dhe trupat e huaj meqënëse përmban enzima, antitropa dhe qeliza imune. (Foto 15)



Sot flitet që kavitetet që marrin pjesë në formimin e katit të mesëm të fytyrës përmbajnë ind periostal të shumtë si brenda dhe jashtë i cili është i pasur me qeliza staminale të cilat ndikojnë në regjenerimin e shpejtë post- traumatic në këtë regjion.

Sinusi maksilar ndikon në rritjen faciale. Këtë funksion ai e realizon nëpërmjet septumit nazal dhe sinkondrozës oksipitale.

Sinusi maksilar qëndron midis kavitetit nazal dhe atij oral dhe mund të infektohet ose nga goja ose nga hunda në meatus nazal media.

Si rregull patologjitë sinuzale të lidhura me sferën OMF shfaqen kur demtohet membrana Schneiderian si p.sh nga infeksioni , kista, tumore , trauma , kirurgji dento alveolare , implantologji , kirurgji ortognatike etj .

Në fëmijë sinuziti maksilar odontogjen ndodh rrallë sepse ka një distancë kockore midis dyshemesë së sinusit dhe apekseve të dhëmbëve.

Në zhvillimin përfundimtar të sinusit maksilar ai spostohet në drejtim të rrënjëve të dhëmbëve maksilar duke u ndarë nga ata vetëm nga mukoza ose një shtresë e hollë kockore e cila duhet marrë shumë në konsideratë nga kirurgu OMF apo nga mjeku stomatolog kur manipulon në këtë regjion .

## 1.8 Funksionet e sinusit maksilar

### Sinusi maksilar ka disa funksione të rëndësishme të cilat janë :

- Ul peshën e kokës
- Ndikon në rezonancën e zërit
- Prodhim të mukusit dhe magazinim të tij
- Lagështon dhe ngroh ajrin që marrim frymë
- Përcakton konturin facial
- Funksion mbrojtës imunitar
- Filtron mbeturinat e ajrit
- Zbut diferencën e presionit gjatë frymëmarrjes
- Ul shkallën e demtimeve faciale nga trauma duke mbrojtur trurin
- Shërben edhe si një organ aksesor i nuhatjës<sup>[1,87]</sup>

Në fiziologjinë e sinusit maksilar ndikojnë tre elemente kryesore :

- Ostiumi i lirë
- Funksioni i aparatit ciliar
- Cilësia e sekrecioneve sinuzale

**Ostiumi** : Merr pjesë në drenimin e sekrecioneve duke qenë gjithmonë i lirë , lejon presion të barabartë me ambientin e jashtëm (PO<sub>2</sub> në sinus është 116 mmHg ) .

**Ciliet** : Lehtësojnë shtyrjen e mukusit në drejtim të meatusit nëpërmjet valezimit të tyre (1000 valezime në minutë)

**Sekrecionet sinuzale** : Permbajnë IgA dhe IgG

## 1.9 Metodat që përdoren për diagnostikimin e patologjive që përfshijnë Sinusin maksilar

Për të vendosur një diagnozë të saktë dhe për të hartuar një plan korrekt trajtimi të këtyre patologjive duhet marrë një anamnezë e hollësishme, duhet bërë një vlerësim i kujdesshëm klinik i të semurit, duhet analizuar me kujdes imazheria sepse shpesh për vetë pozicionin e sinusit maksilar dhe të superpozimeve të shumta në këtë regjion bëhet shkak për keq interpretime dhe si rrjedhojë për mjekime të gabuara. Gjithashtu janë me vlerë egzaminime të tjera si antibiograma, histopatologjia dhe pa nënvleftësuar sigurisht konsultat ndërdisiplinore, vecanërisht ato me mjekun ORL, Oftalmolog etj... [1,3,8, 58,59,60,62]

Nga të dhënat e literaturës, autorë të shumtë rekomandojnë se binomi i diagnosës së patologjive sinuzale është që para një procedure në kirurgjinë OMF të kërkohet konsulta ORL dhe përpara një procedure ORL të kërkohet konsultë OMF, kjo argumentohet me faktin se patologjitë e sinusit maksilar njihen dhe trajtohen nga të dy specialitetet. Në praktikën përditëshme në disa raste ky fakt harrohet ose neglizhohet duke sjellë dhe pasojat përkatëse.

Protokolli më i përshtatshëm për diagnostikimin e këtyre patologjive jepet me poshtë:

1. Anamneza e kujdesshme
2. Egzaminimi Objektiv (Inspeksion ,palpacion ,perkusion , rinoskopi , endoskopi , diafanoskopi etj)
3. Imazheria :
  - a. Ro grafi dentare
  - b. Panoramex digital
  - c. Ro- Grafi sinusesh
  - d. CT (prerje të ndryshme për sinusin maksilar **aksiale dhe koronale**)
  - e. IRM
4. Antibiogramë
5. Histopatologji
6. Teste për funksionimin mukociliar
  - Pastërtia nazomukociliare
  - Frekuenca e ciljeve
  - Numërimi i ciljeve
  - Rinomanometria
7. Teste për nuhatjen
8. Konsulta ndërdisiplinore ( e domosdoshme konsulta O.R.L, Okulist)

**Anamneza :**

Dhimbja unilaterale, a ka kryer ndonjë intervent (implant ekstraksion apo mbushje dhëmbi), a ka përdorur mjekime të shpeshta apo jo ? , ka bërë vizita apo jo , ka erë të keqe ose jo . Pyetet nëse me fillimin e dhimbjes së dhëmbit ka filluar rrjedhja nga hunda apo ka filluar më vonë, ka deformime në fytyrë, ndryshime të zerit, ndonjë traumë paraprake etj...

**Egzaminimi objektiv :**

Kontrollohet goja për praninë e ndonjë dhëmbi të prishur , rrenjë dentare , ekstraksione të kryera së fundmi , implante dentare , mbushje , fistul, intervent etj )

Në perkusion ka ose jo dhimbje dhëmbi

Reagojnë apo jo dhëmbët në testin termik apo elektrik

Kontrollohet hunda (ORL)

Kontrollohet veshi (ORL)

Kontrollohet syri (Okulisti)

Kontrollohet lëkura e fytyrës

**Imazheria :** Fillohet me grafi të vogla dentare të cilat japin të dhëna për dhëmbin periodontin, implantin dhe lezionet përreth .

**Panorameksi digital :** Jep të dhëna për relacionion midis sinusit dhe dhëmbëve maksilare ,implantet dentare, pneumatizmin e tij , praninë e kistave odontogjene apo jo odontogjene , trupat e huaj në sinus, fistulat oro-sinuzale apo anomali sinuzale.

**Ro grafi sinusesh :** Japin të dhëna për infeksion , trauma , trup i huaj, anomali , kista apo tumore të sinusit (sot përdoret më pak) .<sup>[ 58]</sup>

Nëpërmjet grafisë së sinuseve përcaktojmë nivelin e likidit, opacitetin parcial apo total të tij , erozione kockore , trashje të mukozave sinuzale ,kur ajo është mbi 4 mm flitet për patologji.

Në raset kur kemi velature totale duhet diferencuar nëse është infeksion , tumor apo polip .

**Skeneri:** është standart i artë për të vendosur diagnozën në patologjitë sinuzale me origjinë nga regjioni OMF ose jo ku kjo mund të përcaktohet në 95% të rasteve ( prerje aksiale dhe koronale)

Denta Skaneri është një metodë relativisht e re , me përqindje të vogël rrezatimi në krahasim me skanerin klasik dhe rrezatim 10 herë më të lartë se panorameksi.Denta skaneri aktualisht ka një përdorim më të gjerë në implantologjinë orale duke përcaktuar përmasat , cilësinë e kockës dhe patologjitë sinuzale përpara nderhyrjeve në këtë regjion.Ai gjithashtu ndihmon në përcaktimin e

shkakut odontogjen të patologjisë sinusale dhe jep te dhena te sakta per trashjen e mukozes se sinusit maksilar.

### ***Në CT prerjet aksiale dhe koronale na japin të dhëna kryesisht për:***

1. Relacionin e patologjisë odontogjene me dyshemenë e sinusit maksilar
2. Lokalizimin egzakt të trupit të huaj në sinus
3. Përcaktimin e llojit të tumorit dhe origjinën e tij
4. Përcaktimin e vijave të frakturave të mureve të sinusit
5. Përcaktimin e infeksionit
6. Anomali të ndryshme të sinusit
7. Përcaktimin e kistave maksilare dhe raportet me sinusin

Vlerësimi i mukozës sinuzale në imazheri përpara se të aplikohen intervente të ndryshme në këtë regjion (implantologji , kirurgji ortognatike , traumatologji dhe kirurgji rikonstruktive ) jepet me poshte:

Klasa	Trashësia e mukozës	Rekomadimet
I	Mungesë patologjie 0-2 mm trashësi	Mund të besh nderhyrje në sinus p.sh ngritje sinusi, trajtim traume, kirurgji ortognatike
II	2-3 mm trashësi	Mund të ndërhyhet por me njëfarë rrisku për të cilin duhet të informuar i semuri.
III	6-9 mm trashësi	Me ose pa obliterim parcial të sinusit maksilar , nuk lejohet ndërhyrje në afërsi të sinusit si dhe duhet konsultë ORL
IV	Trashësia më e madhe se 9 mm , obliterim parcial ose total i sinusit maksilar	Nuk lejohet nderhyrje , Kërkohet konsultë ORL

### **Disa nga metodat e egzaminimit të sinusit maksilar.**

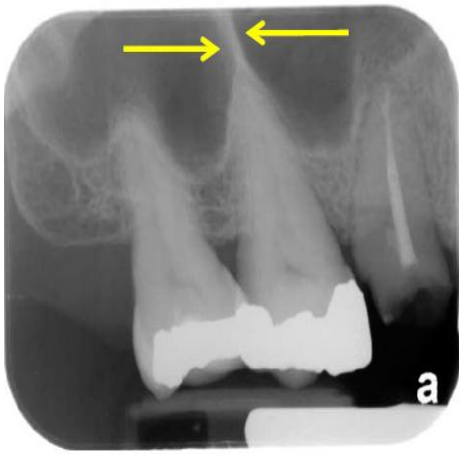
Metodat e egzaminimit të sinusit maksilare janë të shumta ato përfshijnë si sferën O.M.F. dhe atë O.R.L. prandaj në praktikën e përditëshme janë të rëndësishme konsultat reciproke OMF-ORL.



**Foto 16** Palpacioni



**Foto 17** Transiluminimi



**A.** Grafi periapikale dhe panorameks per te vlerësuar sinusin maksilar



**B.** Grafi sipas Waters për sinusin maksilar



**C. Pamje të CT skanerit ( pamja normale dhe patologjike)**  
**Foto 18 A B C ,Pamje në grafi ,panorameks dhe skaner të sinusit maksilar**



**Foto 19 : Ultrasaundi (eko)**



**Foto 20 Endoskopia**

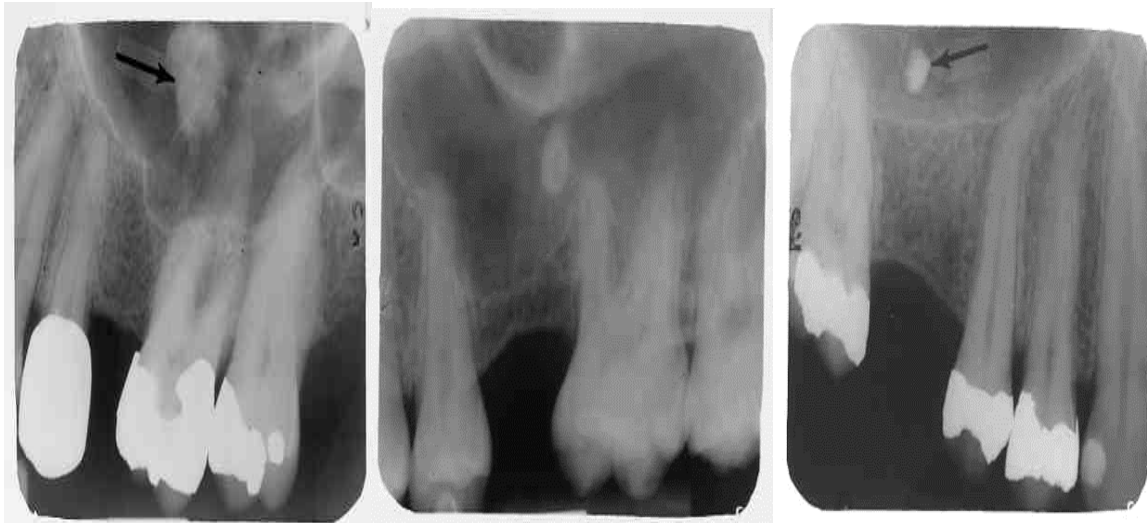


## Rëndësia e diagnozës diferenciale të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar

Diagnoza diferenciale merr një rëndësi të vecantë për arsye se patologjitë që përfshijnë sinusin maksilar kanë shenja që ndërthuren me njera tjetrën dhe shpesh ngatërrohen midis tyre. Për sa i përket imazherisë në praktikën e përditëshme mund të këtë ngjashmëri dhe është e vështirë jo vetëm për mjekun stomatolog, për kirurgun OMF si dhe atë ORL për të bërë diferencimin dhe për të përcaktuar se keto patologji e marrin origjinën nga sinusi apo nga regjioni OMF. Në diagnozën diferenciale një rol të rëndësishëm luajnë anamneza, egzaminimi objektiv, imazheria, konsultat disiplinore, multidisciplinore dhe histopatologjia. Në disa raste në praktikën e përditëshme ka keqinterpretime apo mosnjohje sa duhet nga imazheristet e këtij regjioni, si dhe cilesisë së dobët të imazherisë apo në disa raste pengesë bëhet edhe kostoja për mos realizimin e imazherisë së duhur duke vështirësuar kështu diagnozën diferenciale, pa nenvlersuar dhe biopsitë që në disa raste nuk japin konkluzion përfundimtar për diagnozën. (Foto 21)

Diagnoza diferenciale bëhet me patologjitë e mëposhtëme .

- Sinuzitet rinogjene
- Tumoret malinje dhe beninje të hundës, orbitës, bazis crani apo të vetë sinusit
- Traumata e hundës, orbitës, zygomatikut, të bazis crani, apo të vetë sinusit maksilar
- Patologjitë kistike të vetë sinusit maksilar
- Sindromat e ndryshme kranio-faciale
- Patologjitë e rralla



**Foto 21:** Gure në sinusin maksilar, Rrënjë në sinusin maksilar, Cement dentar në sinusin maksilar



## 1.10 Shkaqet dhe faktorët favorizues të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar

### Patologjitë infeksioze

Nga literatura rezulton se sinusitis maksilare me origjinë odontogjene varion nga 10-40%. [5,54,55,56,57.] Një sinus i ajrosur mirë nuk infektohet por në praktikën e përditëshme egzistojnë një mori faktorësh që infektojnë sinusin maksilar.

Faktoret favorizues lokal të sferës së ORL-së :

- Deformim i septum nazi
- Rinitet hipertrofike
- Polipoza e hundës
- Tumoret e hundës
- Zhytja në thellësi (polumbarët)
- Përdorimi i tepërt i dekoncentionanteve nëpërmjet sprait nazal

Faktorët favorizues të përgjithshëm :

- Ftohjet e shpeshta
- Përdorimi i duhanit
- Alergjitë
- Gjendjet febrile
- Mirkoorganizma rezistente
- Diabet
- Imunokompromentim
- Ndryshime të pakthyeshme të mukozës sinuzale
- Anomali anatomike

Faktoret favorizues lokal të sferës OMF:

- Pneumatizëm i theksuar i sinusit
- Intervetet me një teknikëtë gabuar në rregjionin posterior të maxillës
- Dëmtim i dyshemesë së sinusit nga patologji odontogjene
- Traumat

## Shkaqet e dëmtimeve të sinusit maksilar nga regjioni OMF

### dhe si mund të evitohen ato

Dëmtimet e sinusit maksilar me origjinë nga regjioni OMF duhet të njihen mirë nga kirurgu oro-maksilofacial, mjeku stomatolog apo implantologu dhe ato mund të evitohen nëpërmjet njohjes së anatomisë , aplikimit të një teknike korrekte kirurgjikale , përpilimit të një diagnoze dhe plani trajtimi të saktë si dhe mosheqja dorë nga konsultat paraprake . Disa nga shkaqet e dëmtimit të sinusit maksilar jepen më poshtë :

- Kirurgjia dentoalveolare
- Trajtimet endodontike
- Nderhyrjet pre protetike
- Traumat e katit të mesem të fytyrës
- Ngritjet e dyshemesë së sinusit
- Implantet dentare
- Jatrogjene (kirurgji ortognatike , kirurgji rikonstruktive, radikale sinusi, kirurgji para-implantare etj)

## 1.11 Klasifikimi i patologjive që përfshijnë sinusin maksilar

Përsa i përket klasifikimit të patologjive të sinusit maksilar ato janë të shumta dhe të larmishme si në literaturën kombetare dhe në atë ndërkombëtare .

Autore të ndryshëm në varësi të fushës së specialitetit OMF apo ORL japin klasifikime të ndryshme duke i ndarë në patologji sinuzale dhe ekstrasinuzale .<sup>[1,2,4,8,59,61, 62]</sup>

Të tjerë i klasifikojnë në varësi të origjinës si : sinogjene , odontogjene , traumatike , jatrogjene etj.

Shkolla jonë i klasifikon duke përfshirë ato si të vetë sinusit maksilar apo dhe ato të regjionit O.M.F. duke i ndarë në:

- Patologji Odontogjene
- Patologji Inflamatore
- Patologji Kistike
- Patologji Tumorale
- Patologji Pseudotumorale
- Patologji Traumatike
- Patologji te zhvillimit

Kohët e fundit si pasojë e zhvillimit që ka marrë kirurgjia implantologjike , kirurgjia ortognatike , traumatologjia apo rikonstruksioni OMF dhe duke pasur parasysh frekuencën e patologjive sinusale dhe ekstrasinuzale të cilat rezultojnë 14,3-82 %<sup>[134]</sup> , autorët janë munduar ta pasurojnë këtë klasifikim duke marrë në konsideratë këto patologji dhe interventet përkatëse që kryhen për trajtimin e tyre . Duke pasur parasysh për sa thamë më sipër një vëmendje të vecantë ka vlerësimi preoperator i sinusit maksilar në mënyrë që të garantohet suksesi i këtyre interventeve. Pasi kemi bërë një rishikim të literaturës jemi munduar të japim një klasifikim me të plotësuar që përputhet me patologjitë nga sfera e kirurgjisë oro-maksilofaciale të cilat përfshijnë sinusin maksilar.

Ky klasifikim jepet më poshtë:

- A. Patologjitë që përfshijnë sinusin maksilar me origjinë nga regjioni OMF:
  - a. Infeksione
  - b. Kista
  - c. Tumore
  - d. Trauma
  - e. Jatrogjene (Fistula oro-sinuzale , patologji dentoalveolare , implante etj )
  - f. Anomali zhvillimi (agenezi dhe hypoplazi të katit të mesëm të fytyrës , defekte të lindura të qiellzës etj )
  - g. Patologji të rralla (Granuloma e Vegenerit etj )

B. Patologji të vetë sinusit maksilar :

- a. Infeksione Sinogjene
- b. Kista
- c. Tumore
- d. Pseudotumore

*Sinuziti maksilar në varësi të rrugës së infeksionit ndahet :*

- Rinogjen
- Alergjik
- Hematogjen
- Traumatik
- Odontogjen

*Sinuziti maksilar në varësi të klinikës ndahet :*

- Sinuzit akut < 3 javë
- Sinuzit subakut 3 javë – 3 muaj
- Sinuzit kronik > 3 muaj

*Sinuziti maksilar odontogjen ndahet :*

- Akut 1- 4 javë i ndjeshëm ndaj antibiotikut
- Subakut 4-12 javë
- Kronik mbi 12 javë
- Rekurent rreth 4 riakutizime në vit

## 1.12 Simptomatologjia e patologjive që perfshijne Sinusin Maksilar

Patologjitë që prekin sinusin maksilar nga sfera OMF kanë një simptomatologji të larmishme që shpesh ngjajnë me njera tjetrën e në disa raste dhe me ato O.R.L. duke u bërë shkak për ngatërrim të diagnozës .Për të evituar problemet e mësipërme ,autorë të shumtë kanë munduar ti specifikojnë në varësi të patologjisë bazë, duke na dhënë një tablo klinike enkas për keto patologji.<sup>[1,8]</sup>

### Patologjitë infeksioze :

Për të vendosur diagnozën e një sinuziti duhen dy shenja madhore ose një shenjë madhore dhe dy shenja minore.

Kriteret klinike për diagnozën e sinusitit akut jane:

- Simptomat nuk përmirsohen për një periudhë 10 ditore pas një gjendje virale të rrugëve të sipërme respiratore
- Përkeqësim i shenjave klinike si rritja e temperatures mbi 39 gradë celcius, rrjedhje pusi nga hunda si dhe dhimbje në fytyrë për 3-4 ditë rrjesht pas fillimit të sëmundjes
- Përkeqësim i simptomave karakteristike si ethe , dhimbje koke, rrjedhje nga hundët pas një periudhe fillestare përmirësimi ( rikthim i patologjisë)

Kriteret imazherike për diagnozën e sinusitit akut janë:

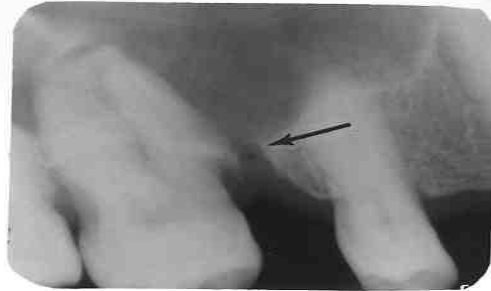
- Dyshime për nderlikime të rino-sinusitit akut bacterial ( orbitale, intrakraniale dhe indet e buta)
- Diagnoya diferenciale me patologjitë malinje ose shkaqe jo specifike të dhimbjes së fytyrës
- I sëmuri ka patologji shoqëruese apo trauma dhe kirurgji të mëparëshme të fytyrës

Simptomatologjia e proceseve infeksioze të sinusit maksilar odontogjen dhe jo odontogjen nuk është shumë e specifikuar.Për të dalluar këtë kirurgu OMF duhet të njohë mirë dhe të bëjë dallimin midis shenjave me origjinë odontogjene dhe shenjave me origjinë sinogjene.Sinuziti maksilar odontogjen zë 10-12 % te sinusiteve maksilar kronik dhe nga literatura raportohet një hiperplazi e mukozës së sinusit maksilar me origjinë odontogjene 58%- 78%.<sup>[ 36,39,40,41,42,43]</sup>

Shenjat e patologjive infeksioze :

- Prania e dhembit me lesion periapikal (Premolar dhe molar maksilar ) <sup>(Foto 22)</sup>
- Prania e fistules oro-sinuzale dhe rënie rrënje në sinus <sup>(Foto 23)</sup>
- Dhimbje faciale
- Rrjedhje pusi nga hunda
- Bllokim hundësh
- Crregullim i nuhatjes dhe shijes

- Dhimbje koke
- Temperaturë
- Kollë persistente
- Odontalgji
- Dalje ajri ose pusi nga fistula në gojë
- Ere e keqe nga goja ( Foetor ex oris)
- Dhimbje veshi



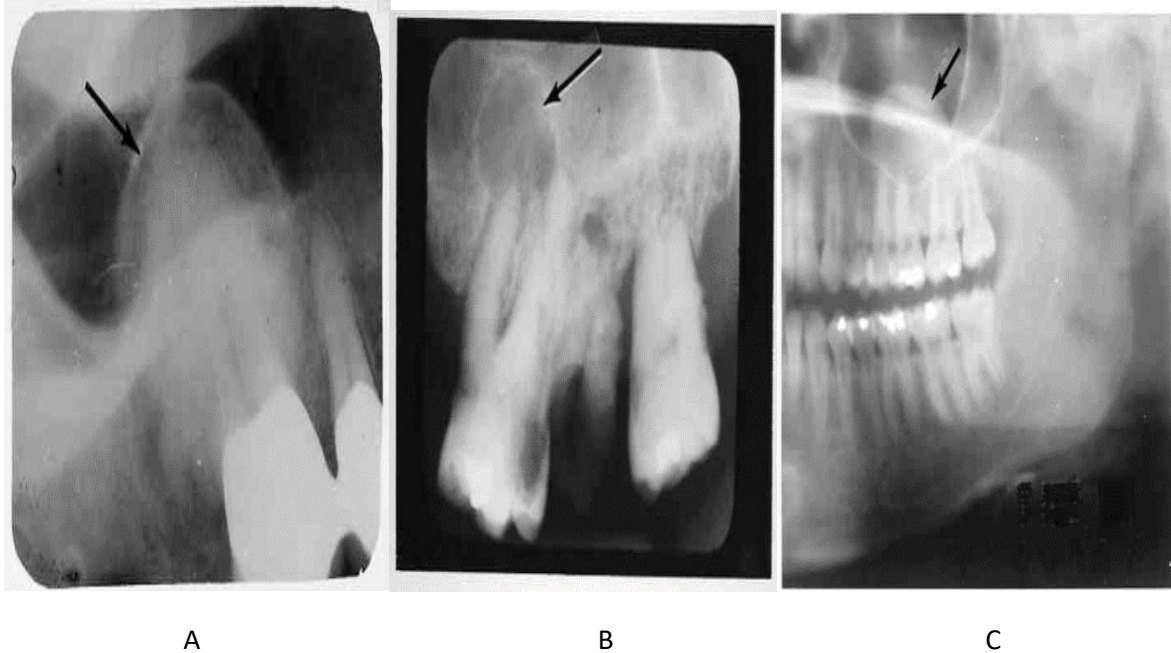
**Foto 22** Sinusit maksilar nga proces infeksioz periapikal **Foto 23** Fistul oro-sinusale pas ekstraksionit dentar

## Patologjitë Tumorale Beninje dhe kistat e maksilës

Tumoret beninje si dhe kistat që zhvillohen në maksilë janë të shumtë dhe behen shpesh shkak për përfshirje apo demttime të sinusit maksilar. Kirurgu OMF duhet të njohë mirë simptomatologjinë e këtyre patologjive si dhe të përcaktojë egzakht dëmtimin ose jo të sinusit maksilar sepse interventet kanë ndryshim për sa i përket zgjedhjes së teknikës operatore. Gjithmonë kirurgu duhet të jetë i kujdesshëm dhe të tregohet mjaft konservator në ruajtjen e mukozës së Shneiderit apo të murit të hollë kockor që egziston midis këtyre lezioneve sepse dëmtimi intra operator i këtyre formacioneve anatomike i sjellë problem në të ardhmen pacientit [1,8](Foto 24)

Shenjat kryesore të këtyre patologjive janë :

- Prania e lezionit në regjionin maksilar apo kockat fqinje
- Asimetri e fytyrës
- Dhimbje dhëmbi në disa raste dhimbje faciale
- Luksim apo spostim të dhëmbëve
- Prani e rrenjës së dhëmbit në lezion
- Lëng kistik dhe në disa raste i përzier me qelb
- Dhimbje të lehta të fytyrës
- Krepitacion
- Në disa raste mund të ketë rezorbim të rrënjëve të dhëmbëve



**Foto24** A Osteoma e dyshemesë së sinusit maksilar, B Kist radicular me zgjerim në sinusin maksilar , C Kist retensional në sinusin maksilar

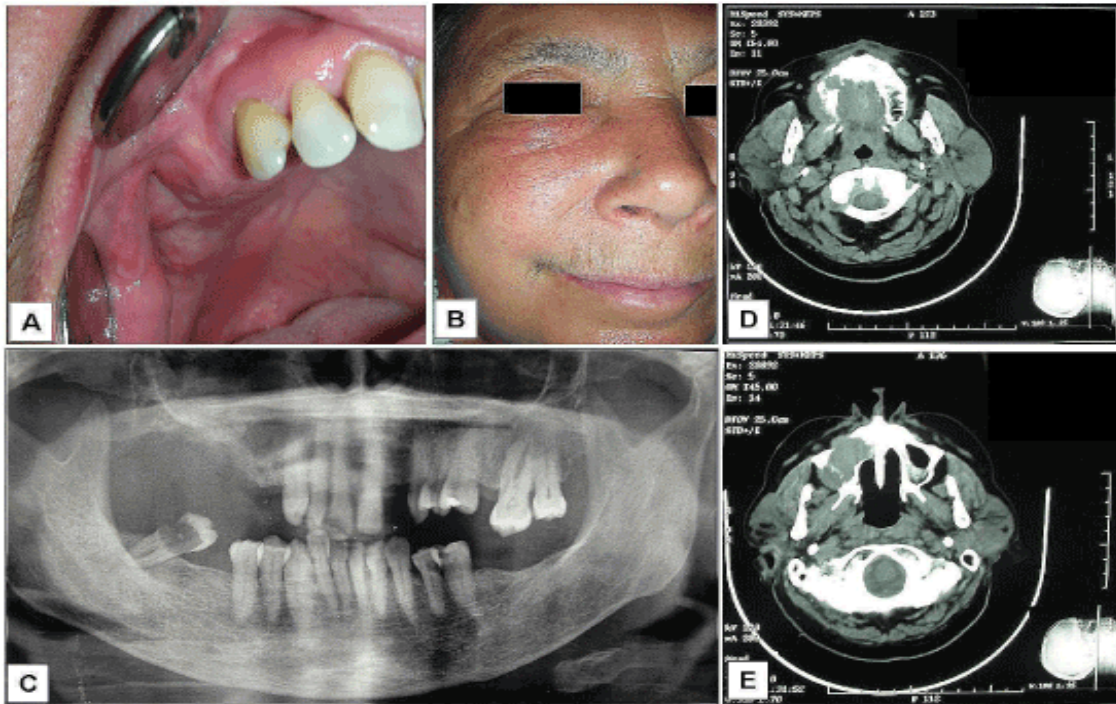
## Patologji tumorale malinje

Tumoret malinje të nofullave kanë si vecori sidomos format centrale se konstatohen me vonesë duke u bërë shkak për trajtime apo ekstraksione dhëmbësh të gabuara nga mjeku stomatolog . Në disa raste kur tumori malinje fillon nga sinusi maksilar ndodh që të trajtohet në menyre të gabuar jo vetëm nga kirurgu OMF por edhe ai ORL për sinuzit kronik maksilar. Tumoret malinje sinuso-nazale zene 1 % të tumoreve malinj të trupit dhe 3% të tumoreve malinj të kokës dhe qafës [\[1,8,44,48\]](#), (Foto 25 )

Shenjat e malinjitetit janë:

- Prania e lezionit në regjionin OMF
- Foetor ex oris (ere e keqe nga goja)
- Dhimbje të forta koke dhe neuropati kraniale
- Dhimbje apo luksim i dhëmbëve
- Asimetri unilaterale e fytyrës apo procesit alveolar dhe palatumit
- Hemroagji nga hunda ( epistaxis)
- Bllokim hundësh (obstruksion nazal )
- Diplopi dhe crregullime të pamjes
- Mosmbyllja e plagës pas ekstraksionit të dhëmbit
- Rezorbim i rrënjëve të dhëmbëve

- Prezenca e fistulës oro-antrale
- Humbje e linjës së bardhë të mureve të sinusit në imazheri



**Foto 25 : Adenokarcinoma e sinusit maksilar**

### Patologjitë traumatike të sinusit maksilar

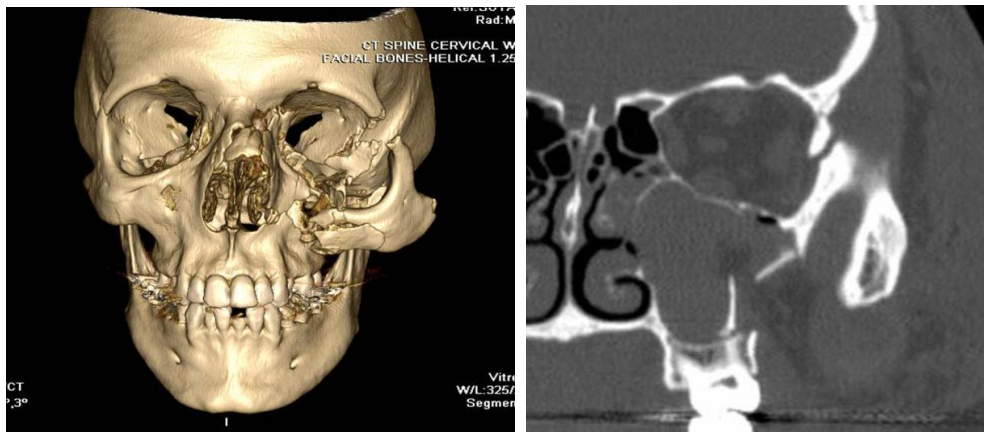
Sot si pasojë e aksidenteve automobilistike patologjitë traumatike të katit të mesëm dhe të sipërm të fytyrës janë shtuar .Kur jemi përpara një traume të katit të mesëm të fytyrës duhen marrë në konsideratë jo vetëm dëmtimet e mureve të sinusit maksilar por edhe dëmtimet e sinuseve të tjerë apo kockave fqinje.Kjo ka rëndësi jo vetem për anën estetike por dhe repozicionimin korrekt të fragmenteve si dhe për faktin se mund të bëhen shkak për dhimbje neuralgji-forme si pasojë e komprimimit të nervave që inervojnë muret e sinusit dhe aq me tepër për dëmtimin e kompleksit oseto meatal i cili bëhet shkak për patologji infeksioze të sinusit maksilar nga mos ajrosja e plotë e tij.Vec frakturave të katit të mesëm të fytyrës kemi dhe fraktura të izoluar të sinusit maksilar të cilat gjithashtu kërkojnë një menaxhim korrekt dhe të kujdeseshëm.Gjithashtu kirurgu OMF duhet patjetër të bëjë një konsultë paraprake me mjekun ORL, Okulist , Neurolog etj... përpara se të trajtojë një traumë të katit të mesëm të fytyrës për të marrë në konsideratë ndonjë patologji të kësaj sfere sepse me vonë mund të ndodhin komplikacione apo insuksese në trajtimin e traumës [1, 59,60,61 ], (Foto 26)



Mjaft i rëndësishme në trajtimin primar të traumës faciale është kirurgu OMF për të evituar probleme të mëvonshme në këtë regjion të cilat janë mjaft të veshitura për tu zgjidhur.

Shenjat kryesore të dëmtimeve traumatike :

- Epistaksis
- Rinoreha
- Deformim i katit të mesëm dhe të sipërm të fytyrës
- Bllokim hundësh
- Lëvizshmëri patologjike
- Hematoma
- Crregullime të pamjes dhe diplopi
- Dhimbje koke



**Foto 26** Frakturë e kompleksit zygomatiko-Maksilar

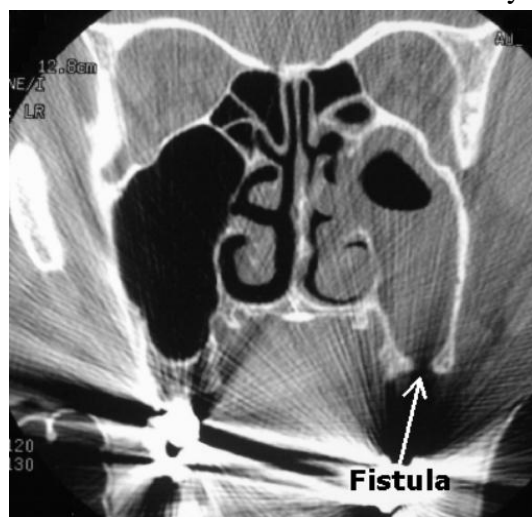
### **Komunikimet apo fistulat oro-sinuzale**

Mjeku stomatolog dhe në disa raste kirurgu OMF mund të bëhet shkak për hapje aksidentale të sinusit (komunikim oro-antral) apo fistula oro-sinuzale si pasojë e mosvlerësimit apo menaxhimit korrekt dhe në kohë të këtyre komunikimeve .Ky nderlikim mund ti sjellë pacientit probleme që mund të vazhdojnë për një kohë të gjatë si dhe pacienti mund ti nënshtrohen disa nderhyrjeve radikale me vone. <sup>[2,37,1,8,], (foto 27)</sup>

Simptomat e komunikimeve apo fistulave oro-sinuzale :

- Prania e alveolës bosh pas ekstraksionit të dhëmbit
- Kur shfryn hundët me hundë të mbyllura del ajër apo gjak nga goja (Testi Valsalvës)
- Testii veshjes së pasqyrës në gojë
- Testii levizjes së fijos së pambukut
- Prania e pusit në gojë nëpërmjet fistulës

- Dhimbja faciale
- Epistaksis ,pus nga hunda apo kalimi i lëngjeve nga goja në hundë
- Në disa raste të sëmurëve u ndryshon të folurit



**Foto27** Fistula oro-Sinusale

## 1.13 Protokoli bashkëkohor i trajtimit të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar

Në literaturë jepen protokolle të shumta për trajtimin e patologjive të ndryshme që prekin sinusin maksilar. Ne jemi munduar të shkëpusim protokollin më të përdorshëm për zgjidhjen e problemeve të cilët përbëjnë objekt të studimit tonë :

### Patologjite infeksioze

Në literaturë <sup>[1,4]</sup> 10-12% e sinusitit maxillar ka origjinë odontogjene <sup>[54, 55, 56, 57]</sup> Në studimet e fundit <sup>[5]</sup> 30-40% e sinusitit maxillar kronik i atribuohet infeksioneve dentare. Për trajtimin e sinusitit odontogjen përdoret mjekimi terapeutik dhe ai kirurgjikal, kjo në varësi të fazes, akute, subakute apo kronike.

### Mjekimi terapeutik :

Ky mjekim përdoret në të gjithë fazat e sinusitit odontogjen por në rastet e dështimit të tij dhe përdorimit për një kohë të gjatë, kalojmë në mjekim kirurgjikal. <sup>(Tabela 1), [2,1,8]</sup>

#### ❖ Antibiotikë

Antibiotic	Doza	Doza Pediatrike
<b>Terapia e linjes së parë</b>		
Amoxicillin	45 mg/kg/dita or 90 mg/kg/dita te ndara	500 g dy here ne dite
<b>Terapia e linjes së dytë</b>		
Amoxicillin/potassium calvulanate	22.5-45 mg/kg/dita te ndara (doza bazohet ne komponentet e Amixicillines)	500-875 mg dy here ne dite
Azithromycin	10 mg/kg/per diten 1, dhe 5 mg/kg/nga dits 2-5	500 mg 4 here diten 1, dhe 250 mg 4 here diten 2-5
Cefdinir	14 mg/kg/dita	300 mg dy here ne dite
Cefpodoxime	10 mg/kg/4 here ne dite	200 mg dy here ne dite
Cefprozil	15 mg/kg/4 here ne dite	250-500 mg 2 here ne dite
Cefuroxime	15 mg/kg/dita	250 mg dy here ne dite
Ciprofloxacin		500 mg dy here ne dite
Clarithromycin	7.5 mg/kg/dita	500 mg dy here ne dite
Cindamycin	8-20 mg/kg/4 here ne dite	150-450 mg dy here ne dite
Doxycycline		100-200 mg 4 here ne dite
Garifloxacin		400 mg 4 here ne dite
Levofloxacin		500 mg 4 here ne dite
Sulfamethoxazole/trimethoprim	6-12 mg/kg/dita te ndara ne doza	800-160 mg 2 here ne dite

**Tabela 1** Terapia që përdoret për sinusitin maksilar

❖ Steroide

Terapia e linjës së parë: Solucione topikale intrnazale (betamethasone, dexamethasone, triamcinolone)

Steroid sistemik: Prednisolone: 0.5-1mg/kg x3-4 dita (Foto 28)

❖ Dekongjestant

Topikal: phenylephrine HCl, oxymetazoline HCl

Efekte ansore rhinitis medikamentoz

Sistemik (phenylpropanolamine, pseudoephedrinë):

Kunderindikohen në rastet e hipertension, hipertiroidizmit dhe azmës

❖ Analgjezik

Opioid: acetaminophen, kodeinë

Anti-inflamator jo-steroid: Aspirin, Ibuprofen, Naproxen...)

❖ Antihistaminik

Mequitazinë, terfenad

Kunderindikohet në sinusitin bakterial

Efekte ansore :sedacion

❖ Spray dhe lavazh nazal

Eleminon mbeturinat dhe indet nekrotike

Pastron sekrecionet purulente

Eleminon burimin purulent

Metodat: Lavazh pot, me shiringë , bulb irigues

Teknikat e sprait nazal: Teknika Moffet, Teknika Mygind (Foto 29)



Foto 28 Irrigimi në hundë

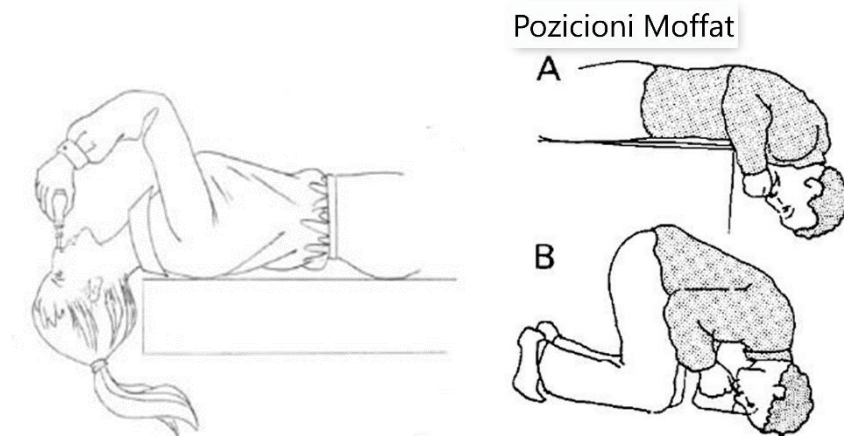


Foto 29 Teknikat e sprait nazal Mygind dhe Moffat

## Mjekimi Kirurgjikal

Trajtimi kirurgjikal aplikohet në rastet kur mjekimi terapeutik është përsëritur disa herë dhe ka deshtuar <sup>[2,1,8,60]</sup>.

Për trajtimin kirurgjikal të sinuzitit kronik odontogjen egzistojnë mënyra të ndryshme të cilat i përkasin si sferës OMF ashtu dhe asaj ORL. Kjo specifikohet në vartësi të kompetencës së shkollës dhe aftësisë trajnuese të kirurgut.

Ne po japim një protokoll të shkollës tonë ,të asaj ORL dhe të disa shkollave botërore për trajtimin e sinuzitit kronik odontogjen.

1. Irrigim sinuzal (ORL)
2. Fenestrim në meatus nazi inferior (ORL)
3. Antrostomi nazale (ORL)
4. Operacioni Caldwell Luc (OMF-ORL)
5. Operacioni Denker (OMF-ORL)
6. Operacioni Jansen (OMF-ORL)
7. FESS (ORL)

E rëndësishme në infeksionet me origjinë odontogjene është që përveç ndërhyrjes së mësipërme kirurgu OMF duhet të trajtojë jo vetëm patologjinë sinuzale por dhe shkaktarin odontogjen gjë që në praktikën e përditëshme në disa raste bëhet shkak për recidivë dhe dështim të interventit .Gjate radikales së sinusit maksilar , kur mukoza sinuzale nuk ka pësuar ndryshime të parikthyeshme gjë që vertetohet nga kroniciteti për një kohë të gjatë ajo mund të ruhet dhe pjesa e demtuar e mukozës rigjenerohet duke formuar mukozë të re jo funksionale. Në rastet e tjera kur infeksioni në sinus përsiston prej vitesh dhe mukoza ka trashje të madhe 0.5- 1 cm duhet që mukoza të kyretohet patjetër.

Trajtimi i sinuzitit odontogjen në ndryshim nga sinuzitet e tjerë si del edhe mësipër përveç infeksionit duhet trajtuar dhe shkaku dentar apo origjina tjetër nga regjioni O.M.F. Një gjë është e rëndësishme të theksohet se mjekët stomatologë i sjellin rastet pa shpjegim mjekësor kështu që diagnozën e sinusitit odontogjen në shumicën e rasteve e vendos kirurgu OMF Sot po perdoret me mjaft sukses FESS por në disa situata të vecanta është e pazëvendësueshme radikalja e sinusit maksilar sipas Caldwell-Luck .

### **Radikalja klasike Caldwell- Luc**

Përsa i perket metodave të tjera nuk po i pershkruajmë sepse nuk janë objekt i studimit tonë. U zbulua si teknike nga George Caldwell (1893) dhe Henry Luc (1897) <sup>(Foto 30)</sup>

Indikacionet e radikales së sinusit maksilar:

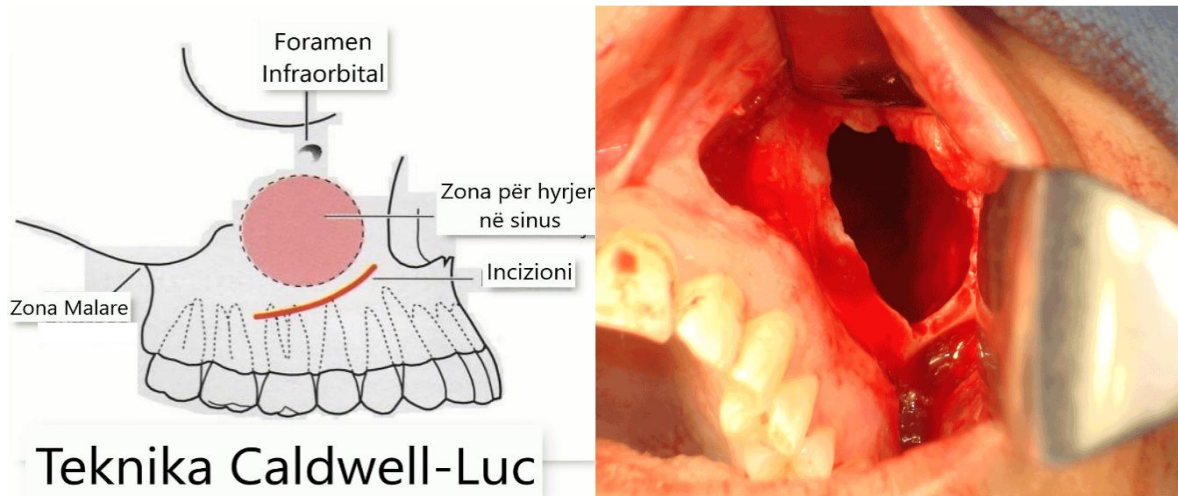
- Sinusitis fungal
- Lezione antrale multiple
- Polipe antro-koanale
- Ekscizionet e tumoreve
- Mbylljen e fistulave oro-antrale
- Heqien e trupave të huaj në sinus
- Në procedura për revizionimin e sinusit maksilar
- Si akses kirurgjikal transantral per sphenothmoidektomi, dekompressionin e orbitësetj.

Komplikacionet:

- Hemoragji
- Ndjeshmëri të dhembëve
- Neuralgji infraorbitale
- Defekt kockore në murin antero-lateral

Ne nuk do të përshkruajmë detaje këtë teknike operatore por duhet të theksojmë që incizioni në rastin e fistulave oro-sinusale modifikohet duke u shmangur nga incizioni klasik duke përfshirë fistulën dhe duke siguruar mbylljen e saj nëpërmjet fistuloplastikës pa tension që është mjaft e rëndësishme për te evituar recidiven.





**Foto 30** Radikale e sinusit maksilar Caldwell-Luc

### Trajtimi i patologjive beninje dhe kistave të nofullave në afërsi ose që përfshijnë sinusin maksilar

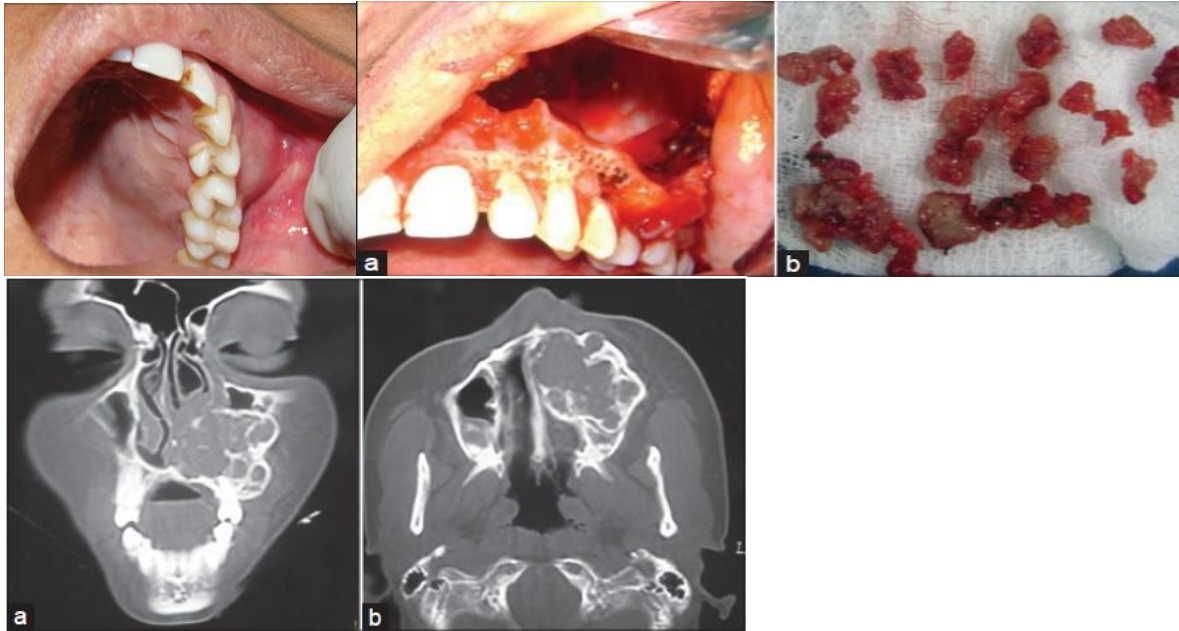
Pasi është vendosur një diagnozë të saktë nëpërmjet anamnezës, klinikës, imazherisë dhe në disa raste në tumore të mëdhenj beninje apo kista të mëdha aplikohet incisioni biopsia preoperatorë për të përcaktuar teknikën operatorë. Ndërhyrjet kirurgjikale kryhen gjithmonë duke pasur parasysh ruajtjen e mukozës së sinusit maksilar sidomos kur ky sinus nuk është i përfshirë nga një infeksion kronik i gjatë, nuk ka përfshirje totale të tij nga lezionet si dhe ndonjë erozion të mundshëm kockor, për të dhënë mundësi mukozës sinusale të rigjenerohet dhe të mos dëmtohet. Pas operacionit e rëndësishme është që i semuri të porositet të mos ushqehet me pip, të mos shfryjë hundët, të mos pije duhan dhe të mos perdore ushqime të forta. Në rastet kur sinusi është përfshirë plotësisht nga lezionet e mësipërme aplikohet ekscizion i lezionit apo cistektomi dhe radikale e sinusit . [1, 102], (Foto 31, 32, 33 )



**Foto 31** Keratokist me përfshirje të sinusit maksilar



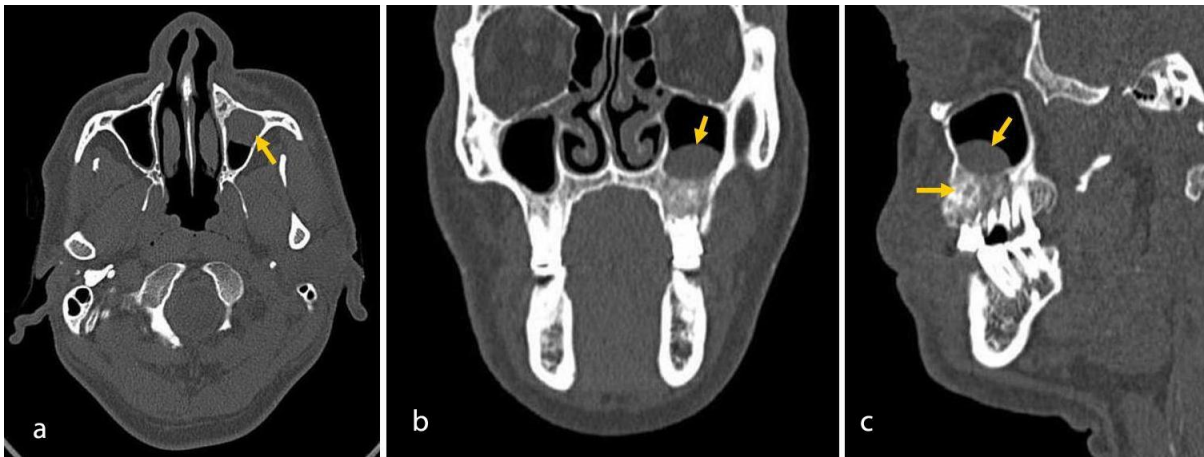
**Foto 33** Kist dentar me përfshirje të sinusit maksilar



**Foto 32** Histiocitoma fibroze e maksilës me penetrim në sinusim maksilar (tumor benignj)

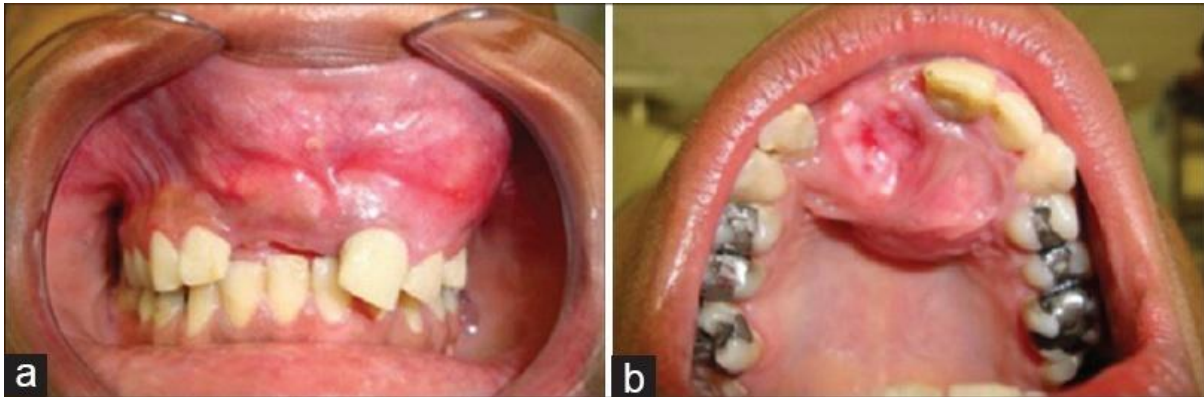
### Trajtimi i patologjive malinje që përfshijnë sinusin maksilar

Në keto raste paraprakisht duhet të vlerësohet shtrirja e masës nëpërmjet egzaminimit objektiv, imazherisë, konsultave të ndryshme, vlerësohet natyra e masës nëpërmjet incision biopsisë paraprake , shtrirja loko regjionale , metastazat e mundëshme , si dhe duhet të merret në konsideratë rikonstruksioni maksilofacial i cili duhet të jetë imediat apo i vonuar , gjithashtu duhet të merret në konsideratë dhe radio apo kimio terapia. (Foto 34, 35a,b.), [1, 102]





**Foto 34** Myxosarkoma me perfshirje te sinusit maksilar



**Foto 35 a, b,** Osteosarkoma kondroblastike e maksiles me përfshirje të sinusit maksilar

### Trajtimi i Komunikimeve apo fistulave oro – sinuzale

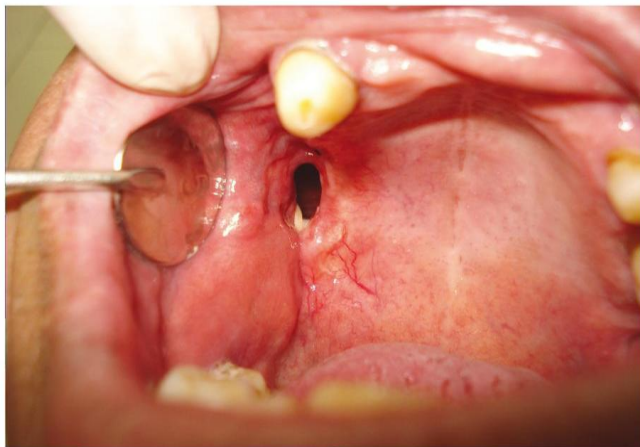
Shkaqet e komunikimeve apo fistulave oro-antrale janë : teknikë jo korrekte , pneumatizm i theksuar i sinusit , dëmtim i dyshemesë së sinusit nga lezionet e ndryshme .Komunikimi oro-antral është një komplikacion i kirurgjisë dento alveolare dhe në 80 % të rasteve ndodh si pasojë e ekstraksioneve në dhëmbët posterior maksilare, nga kistat e maksiles 10- 15 % , tumoret beninje dhe malinje 5-10 % , traumat 2-5 % dhe shkaktare te tjerë te fistulave oro-sinusale 1-3 % .<sup>[1,50, 51, 102]</sup>

Menaxhimi i komunikimit oro-antral shmang formimin e fistulave më vonë prandaj duhet bërë mbyllja primare si dhe menaxhimi mjeksor i përshtatshëm si me lembo bukale , palatinale , të kombinuar dhe në disa raste transplantim të molarit të tretë në komunikimin e krijuar .Kur rrenja ka rënë në sinus duhet të merret në konsideratë se ajo nuk qendron në vend por leviz për arsye të cilieve dhe pozicionit të kokës.Nëse rrenja bie në sinus duhet të zbatohet ky protokoll : jepen porosi të mos shfryje hundët , të mos përdorë duhan dhe të mos krijojë vakum , aplikojmë antibiotikë , japim sprai për të siguruar ostiumin e lirë dhe kur rrenja është e infektuar apo ka sinuzit aplikohet radikale e sinusit dhe heqje e rrënjës .Ajo që ka rëndësi në komunikimet oro-



antrale është vlerësimi i përmasave të defektit . Defektet nën 5 mm mund të mbylljen spontanisht duke porositur pacientin të zbatojë porositë e mjekut si më sipër. Në disa raste mund të vendosim sponge (sfungjerë) rezorbabel dhe një suture afruese për të siguruar mbylljen e komunikimit dhe mos infeksionin e sinusit. Kur ka ndodhur komunikimi dhe ka rënë rrenja në sinus duhet të bëhet heqja e saj nëpërmjet aspiratorit nga alveola ose më mirë të bëhet heqja me lembo sepse ka pamje direkte , gjithashtu duhet evituar zgjerimi i alveoles për nxjerrjen e rrënjës sepse krijon defekt me të madh dhe veshitrohet në mbylljen plastike të tij.

Defektet mbi 5 mm trajtohen me kirurgji me lembo të ndryshme por asnjëherë nuk bëhet mbyllje primare në rast se ka sinuzit apo trup të huaj sepse plastika dështon. Fistula është një komunikim midis gojës dhe sinusit maksilar i cili është i mbuluar me epitel dhe i mbushur me ind granulacioni apo polipozë të membranës së sinusit maksilar .Fistulat krijohen më shpesh nga trajtimi jo korrekt jatrogjen i komunikimit oro-sinuzal. Fistula formohet në këtë mënyrë pasi ka ndodhur komunikimi , plaga nuk shërohet nëpërmjet koagulit , në brendësi formohet ind granulacioni dhe në vestibulum dalja e fistulës mbulohet me qeliza epiteliale të gingivës. Në formimin e fistulës ndikon dhe ajri i futur në sinus nga hunda gjatë frymenxjerrjes i cili del në gojë në vendin e fistulës. Kur kemi prezencën e fistulës në gojë , sinusi mbetet gjithmonë i hapur dhe mikroflora nga kaviteti i gojës kalon në sinus duke dhënë infeksion të tij .Simptomat e fistulës janë : rrjedhje pusi në gojë , dalje lëngu në hundë , ajër nga goja , nëpërmjet sondimit futemi nga fistula në sinus .Në disa raste në praktikë fistulat mund të mbylljen vetë por në raste të tjera me gjithë teknikat operatore ato mund të persistojnë duke dhënë infeksion të sinusit dhe hiperplazi të membranës së Schneiderian , gjë që kërkon radikale të sinusit, fistuloplastike apo të zgjidhet nëpërmjet FESS. <sup>(Foto 36,37)</sup>



**Foto 36** Fistula oro-antrale

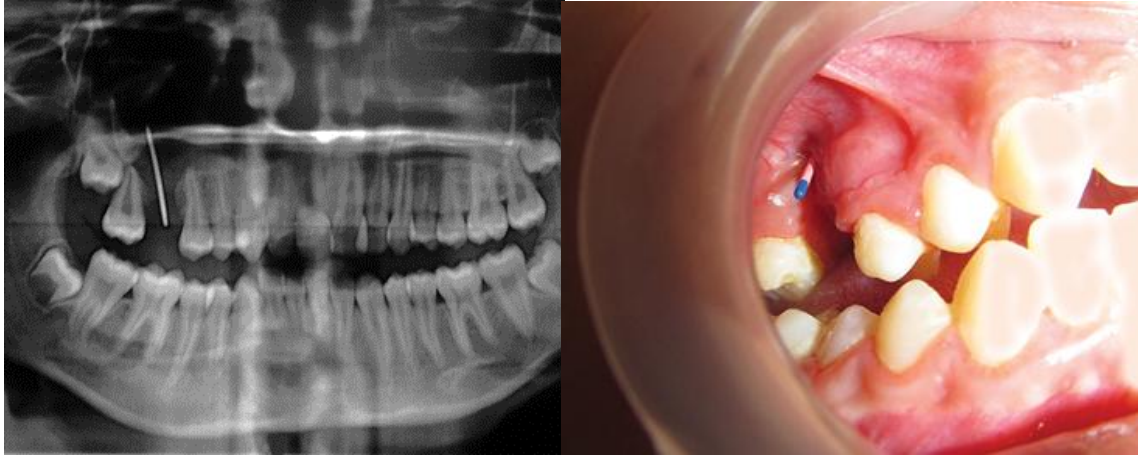


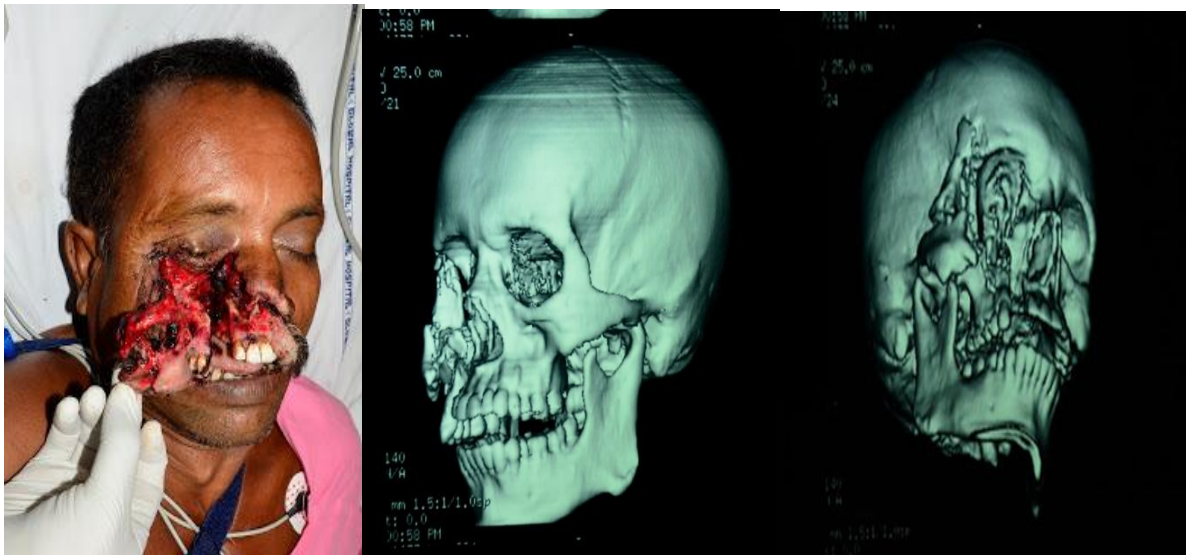
Foto 37 Fistula oro-antrale

## Protokoll i trajtimit të patologjive traumatike

Traumat e katit të mesëm të fytyrës sot po shtohen si pasojë e rritjes së aksidenteve automobilistike

Traumat e katit të mesëm të fytyrës shpesh kombinohen me trauma të strukturave të tjera fqinje si maksila, sinuset, os nazale, orbita, zigomatike etj. Por ajo që është e rëndësishme për ne në menaxhimin e traumave të katit të mesëm është vlerësimi i sinuseve paranazale dhe aq me tepër dëmtimet e sinusit maksilar që bëhen shkak për pasojat më vonshme të pacientit si dhimbje të karakterit neuralgjiform, infeksione të sinusit, probleme në shikim, zvoglime apo zmadhime të sinusit, prishje të kompleksit osteo-meatal si dhe në disa raste probleme estetike faciale.

Duke pasur parasysh sa thamë më sipër në trajtimin e traumave të katit të mesëm të fytyrës duhet marrë në konsideratë jo vetëm ripozicionimi i murit anterior të sinusit por dhe ai medial apo dhe muret e tjerë duke ripozicionuar kompleksin osteo-meatal si dhe procesin alveolar së bashku me dhëmbët posterior maksilare. Përpara repozicionimit të këtyre fragmenteve duhet përjashtuar një infeksion paraprak i sinusit, duhet bërë një sanim i kujdesshëm i gojës për të evituar dështimin e trajtimit të traumës. Për rikonstrukcionin e mureve të sinusit maksilar dominon përdorimi i osteosintezes me mikroplaka. [89.90.91.92.93.94.95.96.97.98 ](Foto 38)



**Foto 38** Frakturë e hapur e sinusit maksilar dhe frakturë e kockës zygomatike

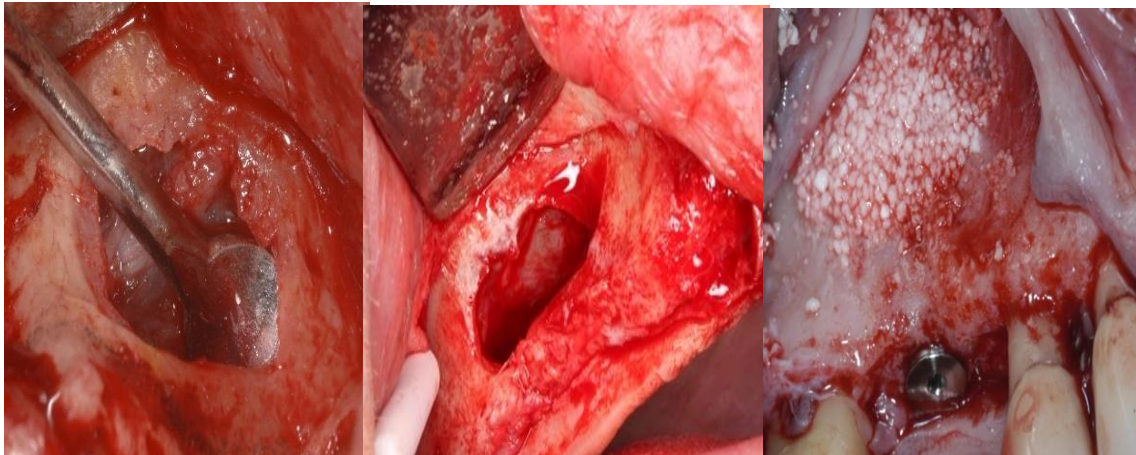


## **Protokoli i menaxhimit në interventet e kirurgjisë dento-alveolare dhe para-implantare**

Në pjesën posteriore të maksilës kryhen intervente të shumta të kirurgjisë dento-alveolare dhe para implantare. Ajo që meriton të theksohet është se në disa raste keto intervente kryhen nga mjekë stomatologë të përgjithshëm apo të ashtuquajtur implantologë të cilët nuk njohin sa duhet anatominë e sinusit maksilar. Për pasojë kjo ka sjellë dhe nderlikime si infeksione të sinusit, trupa të huaj apo implante në sinus të cilat e kanë detyruar pacientin të kryje disa operacione radikale.

Kur bëhen ndërhyrje afër sinusit maksilar perforimet e membranës sinusale janë të rigjenerueshme por duhet të ketë kujdes që pacienti të zbatojë porositë e mjekut.

[99,100, 101](Foto39)



**Foto 39** Ngritja e sinusit maksilar për vendosje implanti dentar

## Protokolli i menaxhimit të anomalive të nofullave

Në përcaktimin e diagnozës së anomalive të nofullave duhet një vlerësim i mirë i të semurit si persa i perket statusit lokal dhe atij të përgjithshëm. Nëpërmjet egzaminimeve përkatëse si panorameksi, cefalomertria, ro- grafia e kokës përcaktojmë nëse anomalia është dentare, dento-maksilare apo kranio-maksilofaciale.

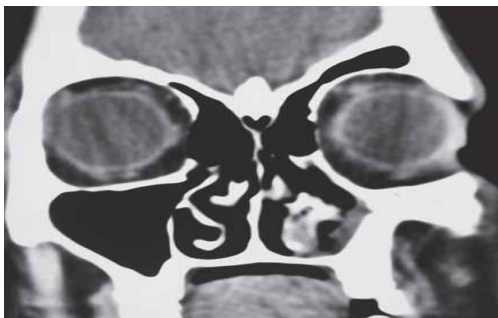
Në disa raste në praktikë harrohen anomalitë që përfshijnë sinusin maksilar të cilat luajnë rol në suksesin dhe mbarëvajtjen e kirurgjisë ortognatike. Anomalitë e sinusit maksilar mund të jenë të izoluara të sinusit si sinus i vogël apo i madh, mungesë totale e tij, asimetri e sinuseve, sinus me disa dhoma e shoqeruar me anomali të sinuseve të tjerë vecanërisht ai frontal, anomali të hundës, orbitës, anomalitë e kompleksit osteo-meatal të procesit uncinat, devijime të septumit etj... [52,59]

Në raste të tjera anomalitë e sinusit mund të jenë në kuadrin e sindromave malformativ kranio-maksilofacial si: Sindromi Treacher-Collins, Displazia maksilo-mandibulare (Sindromi Binder), Sindromi Apert, Sindromi Crouson, Sindromi Goldenhar (mikrosomia hemifaciale), silent- Sinus Sindromi si pasojë e bllokimit të ostiumit natyral. Keto që përmendem më lart duhen marrë në konsideratë jo vetëm për planifikimin e osteotomive në kirurgjinë ortognatike vecanërisht Le Forte I por edhe për ndërlikime të më vonshme si infeksione, probleme në frymëmarrjen nga hunda, fistula oro-sinusale etj...

Prandaj gjithmonë në dyshimin më të vogël për probleme të tilla para kirurgjisë ortognatike duhet një konsultë me mjekun ORL. [102,103,104](Foto40)



a. Sinus maksilar I ndare në dhomza



b. Aplazi unilaterale e sinusit maksilar

Foto 40 Anomali të sinusit maksilar

## 1.14 Protokoll i ndjekjes postoperatore të patologjive që perfshijne sinusin maksilare

Patologjitë e ndryshme që prekin sinusin maksilare kërkojnë një ndjekje postoperatore në vartësi të diagnozës dhe menyrës së trajtimit të tyre.

Në përgjithësi pas interventeve në këtë regjion i semuri porositet të zbatoj udhezimet e mëposhtme:

- Të përdorë kompresa të ftohta për 24-48 orë
- Të përdorë antibiotikë dhe dekonjestionante për 7-10 ditë
- Të përdorë qetesues dhe antiedematoze për 24-48 orë
- Djetë të lëngshme dhe të butë për 2 javë
- Të ushqehet me lugë dhe jo me pip
- Të eliminojë duhanin dhe fryrjen e fortë të hundëve apo krijimin e vakumeve për 2-3 javë
- Të hiqen suturat pas 7-10 ditësh
- Kontrolle të vazhdueshme 1, 3, 6, 12 muaj, 3 vjet dhe 5 vjet.
- Ne kontrollet periodike i semuri vlerësohet nga anamneza, egzaminimi objektiv, imazheria, histopatologjia dhe në vartësi të patologjisë është dhe koha e ndjekjes postoperatore.

## II

## 2. KAPITULLI I DYTË – PJESA SPECIALE

### 2.1 Qëllimi i studimit

Menaxhimi bashkëkohor i patologjive që përfshijnë sinusin maksilar nga kirurgu oro-maksillofacial.

### 2.2 Objektivat e studimit

- ✓ Te përcaktohet frekuenca e shfaqjes së patologjive që përfshijnë sinusin maxillar me origjinë nga regjioni O.M.F.
- ✓ Hartimi i protokollit të studimit tonë për vënien e diagnozës së këtyre patologjive
- ✓ Trajtimi i patologjive që prekin sinusin maksilar nga Shërbimi i Kirurgjisë O.M.F.
- ✓ Ndjekja post operatore e pacienteve të trajtuar me këto patologji.

### 2.3 Materiali dhe Metoda

Për realizimin e këtij studimi janë shqyrtuar 400 pacientë të trajtuar pranë Shërbimit të Kirurgjisë O.M.F. me patologji maksilo-sinusale për periudhën 2011-2016. Studimi është i tipit prospektiv.

Për mbledhjen e të dhënave janë shfrytëzuar kartelat spitalore të pacientëve, regjistrat spitalorë, si dhe kartelat tip të hartuara enkas për këto patologji në të cilat është bërë studimi, me detaje, i pacienteve tanë.

### 2.4 Kriteret përfshirëse të studimit

Janë marrë në studim të gjithë pacientet që janë diagnostikuar me këto patologji dhe kanë firmosur kartelen përkatëse

## 2.5 Kriteret përjashtuese të studimit

Janë përjashtuar nga ky studim të gjithë pacientët që kanë pasur kunderindikacion për trajtim kirurgjikal. Gjithashtu janë përjashtuar pacientët që nuk kanë pranuar trajtimin përkatës të rekomanduar nga ne.

## 2.6 Analiza Statistikore

Studimi i tipit Kohort prospektiv. Të dhënat e mbledhura u hodhën në kompjuter në programin Microsoft-Excel, nga ku më pas u eksportuan në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 20.0, program në të cilin u realizua e gjithë analiza statistikore.

Procedurat dhe teknikat statistikore të aplikuara në analizën e të dhënave të këtij studimi përshkruhen me hollësi më poshtë:

- Për të gjitha variabellet (ndryshorët) kategorike (*nominale* përfshi shkallën *binare/dikotomike* dhe *ordinale*), u llogaritën numrat absolutë dhe përqindjet përkatëse.
- Për të gjitha variabellet *numerike*, kur të dhënat që i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mesataret *aritmetike*  $\pm$  *deviacionet standarte* përkatëse.
- Diferencat mes grupeve për variable diskretë, të dhënat *joparametrike*, u kryen me anë të testit Hi-katror.
- Paraqitja e të dhënave u krye me anë të tabelave të thjeshta dhe të përbëra, si dhe përmes grafikëve të tipit bar-diagramë, box-plot, diagramë me sipërfaqe, etj.
- U konsideruan sinjifikante vlerat e  $p \leq 0.05$

## 2.7 Kartela tip hartuar enkas për studimin tonë

Datë: \_\_/\_\_/\_\_

Nr: \_\_\_\_\_

### Kartelë Mjekesore

Emer Mbiemër: \_\_\_\_\_

Mosha: \_\_\_\_\_

Seksi; M / F

Adresa:

### Historia Mjekesore

1. Ekzaminimi i fundit

mjekesor: \_\_\_\_\_

2. A jeni nën kujdesin e mjekut dhe nëse po për çfare

trajtoheni: \_\_\_\_\_

3. A keni qenë hospitalizuar këtë 5 vjecarin e fundit dhe nëse po specifiko

arsyen: \_\_\_\_\_

4. Ploteso me **Po** ose **Jo** nëse keni ndonjë nga semundjet e mëposhtëme:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ▪ a. Ethe reumatike   | Po | Jo |
| ▪ b. Probleme te zemrës   | Po | Jo |
| ▪ c. Probleme kardiovaskulare (angine, hipertension, aritmi ,atak kardiake etj) | Po | Jo |
| ▪ d. Uritikarie apo rash ne lëkure  | Po | Jo |
| ▪ e. Diabet   | Po | Jo |
| ▪ f. Hepatit apo sëmundje te heparit  | Po | Jo |
| ▪ g. Artrit apo probleme me artikulacionet                                      |    |    |
| ▪ h. Ulcer në stomak  | Po | Jo |
| ▪ i. Probleme me veshkat  | Po | Jo |
| ▪ j. Tuberkuloz   | Po | Jo |
| ▪ k. Sëmundje veneriane   | Po | Jo |
| ▪ l. Të tjera Specifiko   |    |    |

5. A keni probleme me gjakun, si probleme të koagulimit, hemofili , anemia apo probleme për te cilat ju është dashur transfuzion? Po Jo

Specifiko \_\_\_\_\_

6. A keni kryer ndonjë nderhyrje kirurgjikale apo trajtim me rreze për tumor ,kancer apo ndonjë patologji tjetër të rregjionit kokë qafë? Po Jo

7. A jeni duke perdorur ndonje lloj ilaci dhe nese po specifiko: Po Jo

Specifiko: \_\_\_\_\_

8. A jeni alergjik nga ndonjë medikament nëse po specifiko: Po Jo

- |                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| ▪ a. Anestetiku lokal | Po | Jo |
| ▪ b. Antibiotik       | Po | Jo |



- c. Aspirina Po Jo
- d. Kodeinë ose narkotik të tjerë Po Jo
- e. Të tjera; \_\_\_\_\_

9. Hera e fundit që keni kryer një ekzaminim radiologjik, grafi skaner etj \_\_\_\_\_

10. Për femrat

- a. Jeni shtatezanë ,nëse po cfare muaji? Po Jo
- b. A jeni duke ushqyer femijën me gji ? Po Jo

### Anamneza

❖ Shqetësimi primar:

\_\_\_\_\_

❖ Prania ose jo e shenjave të mëposhtme:

1. Dhimbje

I. Lokalizimi Po Jo

a) Faciale

b) Koke

c) Veshi

d) Dentare

e) Tjetër

Specifikiko:

II. Kohëzgjatja e dhimbjes Po Jo

- Më pak se 1 javë
- 2-3 javë
- Mbi 3 javë
- Episode që përsëriten disa herë në vit

### III. Lloji i dhimbjes

E lehtë Mesatare E fortë Shumë e fortë

### 2. Temperaturë

Temperatura në Po Jo  
Grade

- 36-37
- 37.5-38,5

- Mbi 38,5

## II.Kohëzgjatja

Po

Jo

- Më pak se 1 javë
- 2-3 javë
- Mbi 3 javë
- Episode që përsëriten disa herë në vit

## 3.Hunda

Po

Jo

Kohëzgjatja

- Bllokim hundësh
- Rinoreha
- Epistaksis
- Rrjedhje pusi nga hunda
- Crregullime të nuhatjes
- Devijim

## 4.Kavieteti oral

Specifiko nëse pacienti ka kryer ndonjë nga interventet e mëposhtme

Koha e interventit: \_\_\_\_\_

Po Jo

- Kirurgji dento-alveolare
- Trajtimet endodontike

- Implante dentarë
- Traumë në katin e mesëm te fytyrës
- Jatrogjene

Kirurgji ortognatike

Kirurgji Rikonstruktive

Radikale Sinusi

Kirurgji para implantare

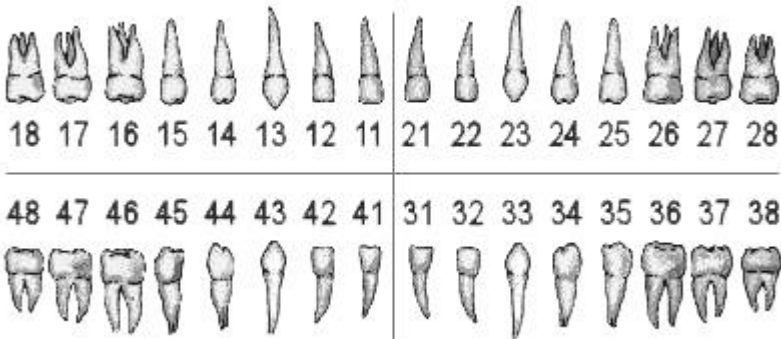
### 5.Ekzaminimi Objektiv

#### Fytyra

- Pamja e jashtme,ngjyra:

	Po	Jo
Asimetri		
Edemë		
Prania e lezioneve		

- Ekzaminimi intraoral



• Dhembë të pranishëm	_____/_____ _____/_____
• Dhembë me patologji (Karies/pulpit/paradontopati)	
• Radikse të pranishme	
• <i>Luksacion ose spostim i dhëmbëve</i>	
• Prania e fistulës	

<ul style="list-style-type: none"><li>• Probleme te gingivave Hipertrofi Gjakderdhje Lezione ulcerative Të tjera</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rrjedhje nga fistula</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Foetor ex oris</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Crrregullime të shijes</li></ul>	

- Ekzaminimi Radiologjik (Grafia /Skaneri /Rezonanca)  
Interpretimi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Konsultat disiplinore dhe ndërdisiplinore ORL OKULIST NEUROKIRURG  
ORTODONT  
Interpretimi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Anestezia e perdorur LOKALE VENOZE GJENERALE
- Interventi kirurgjikal i kryer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Histopatologjia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ndjekja post operatore

7-10 ditë \_\_\_\_\_

3 muaj \_\_\_\_\_

6 muaj \_\_\_\_\_

1 vit \_\_\_\_\_

3 vjet \_\_\_\_\_

6 vjet \_\_\_\_\_

Kur i sëmuri është paraqitur në periudhat e mësipërme të kontrollit është vlerësuar në bazë të një anamneze të kujdesëshme , egzaminimit intra –ekstra oral, egzaminimeve plotësuese si dhe konsulta ndërdisiplinore kur ka qenë e nevojshme.

**Pacienti / Prindi / Kujdestari ligjor**

**Mjeku**

Emër Mbiemër Firma

Emër Mbiemër Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2.8 Rezultatet e studimit

### 2.8.1 Frekuenca e shfaqjes së patologjive që përfshijnë sinusin maxillar me origjinë nga regjioni O.M.F.

Më poshte, po japim patologjite e ndryshme maksilo-sinusale të studimit tonë

#### Sinusiti maksilar kronik odontogjen

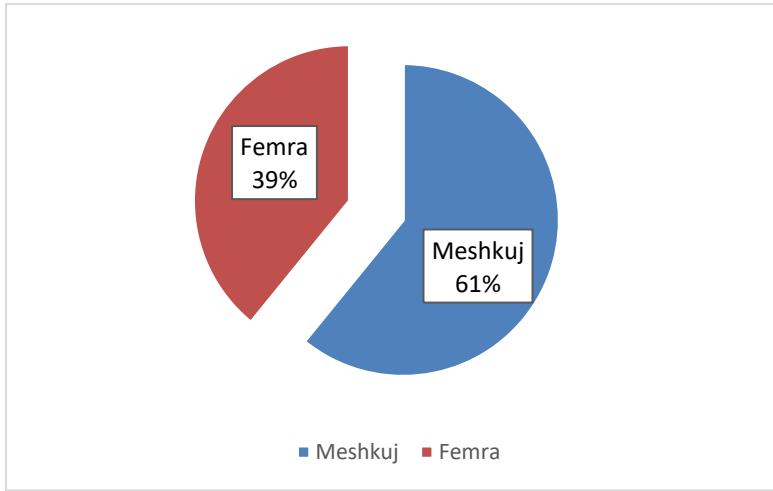
Në tabelat dhe grafikët e mëposhtem japim pacientët me sinusit maksilar kronik odontogjen.

Të dhënat Pacienteve me sinusit odontogjen		Nr. Pacientëve	Përqindja
Numri Total i pacienteve të marrë ne studim		400	-
Numri i Pacientëve me sinusit odontogjen		46	11.5
Gjinia n=46	M	28	60.9
	F	18	39.1
Diagnoza Klinike (Sinusit maksilar odontogjen) n=46	D	21	45.7
	S	25	54.3
Interventi n=46	Radikale sinusi dhe Fistuloplastikë	15	32.6
	Radikale sinusi	29	63.0
	Fistulo-plastikë	2	4.3
Diagnoza Histopatologjike n=46	Sinusit Kronik	23	50.0
	Sinusit kronik polipoid	20	43.5
	Sinusit kronik Pseudopolipoz	3	6.5

#### Tabela Nr. 2 Frekuenca e sinusitit maksilar kronik odontogjen në pacientët tanë

Nga tabela më sipër rezulton që sinusiti maksilar kronik odontogjen zë 46 raste nga 400 në total ose 11.5 % të të gjithë patologjive.

### Paraqitja e rasteve sipas gjinisë



**Grafiku Nr. 1 Raporti meshkuj femra ne pacientet me sinusitin kronik maksilar odontogjen**

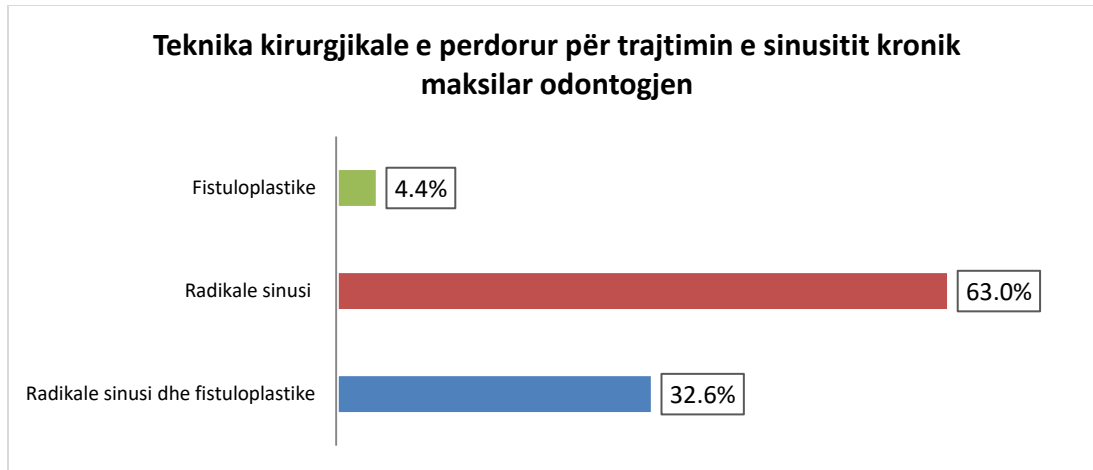
Më të prekur me sinusit maksilar rezultojnë meshkujt (61 % kundrejt femrave 39 %)



**Grafiku Nr. 2 Paraqitja grafike e anës më të prekur në pacientët me sinusit maksilar kronik odontogjen**

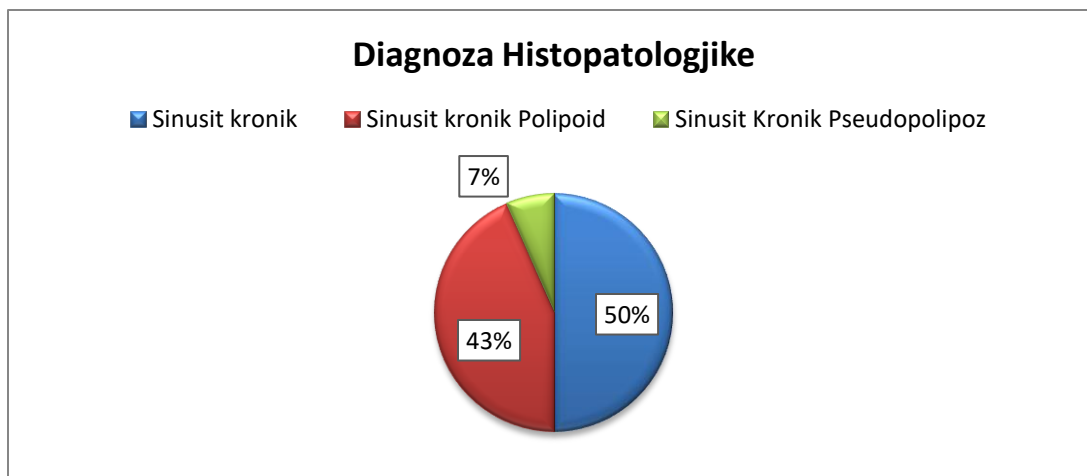
Ana më e prekur nga sinusitis maksilar odontogjen rezulton ana e majtë me 54 % dhe ana e djathtë me 46 % ( për këtë rezultat nuk kemi gjetur argumenta në literature)





**Grafiku Nr .3 Teknika kirurgjikale e perdorur për trajtimin e sinusitit kronik maksilar odontogjen**

Përsa i perket interventit kirurgjikal në sinusitin maksilar odontogjen rezultojn më i perdorur radikale e sinusit Caldwell-Luc 63 %, Radikale e sinusit Caldwell-Luc dhe fistuloplastikë 33 % dhe Fistuloplastikë 4 %



**Grafiku Nr. 4 Diagnoza histopatologjike në pacientët me sinusit kronik maksilar odontogjen**

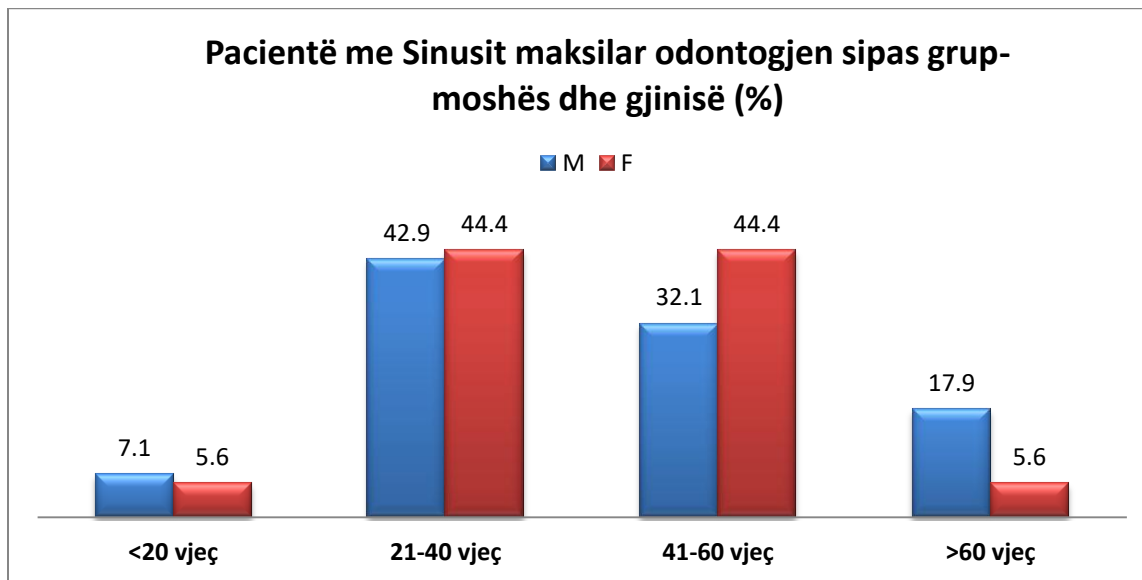
Në diagnozën histopatologjike të sinusitit kronik odontogjen rezultojn 50 % sinusit kronik, 43% sinusit kronik polypoid dhe 7% sinusit kronik pseudopolipoz

**Sinusiti maksilar Kronik Odontogjen sipas grupmohave**

Pacientët me Sinusit maksilar odontogjen sipas grup moshës dhe gjinisë			
Grup mosha	M n=28 (%)	F n=18 (%)	Vlera p
<20 vjeç	2 (7.1)	1 (5.6)	0.121
21-40 vjeç	13 (42.9)	8 (44.4)	0.079
41-60 vjeç	8 (32.1)	8 (44.4)	0.043
>60 vjeç	5 (17.9)	1 (5.6)	0.011

**Tabela Nr. 3 Shperndarja sipas grupmohave e pacienteve me sinusit maksilar kronik odontogjen**

Nga tabela e grupmohave rezulton grupmosha më e prekur 21-40 vjec dhe pasohet nga grupmosha 41 -60 vjec



**Grafiku nr. 5 Shperndarja sipas grupmohave në pacientët me sinusit maksilar odontogjen kronik**

## Patologjitë kistike maksilare

Trajtimi i patologjive kistike është realizuar nepermjet cistektomisë.

Përsa i përket kistave me penetrim në sinusin maksilar përvec cistektomisë është bërë dhe radikale e sinusit. Në të sëmuret tanë duke u orientuar nga anamneza, klinika, imazheria dhe eksperiencia intraoperatore është bërë cistektomi me ekscizion të mukozës patologjike të dyshemesë së sinusit maksilar duke ruajtur mukozën tjetër normale për ti dhënë mundesine e rigjenerimit në të ardhmen.

### Frekuenca e kistave të maksilës

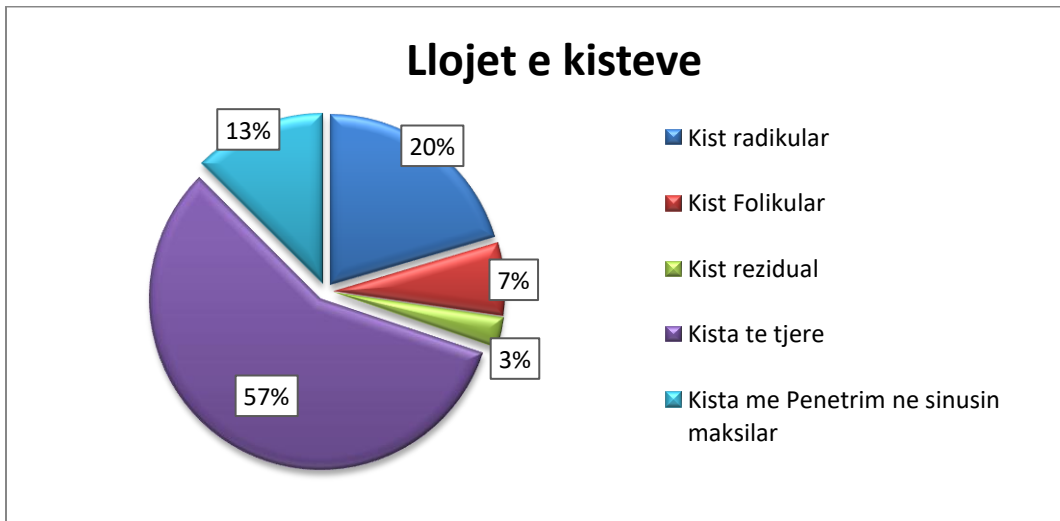
Nr. Total i pacientëve të marrë në studim		400	Përqindja
Nr. I Pacientëve me kista të maksilës		185/400	46.3
Gjinia n=185	m	119	64.3
	f	66	35.7
Diag. Klinike n=185	Kist radikular	36	19.5
		12	6.5
	Kist Folikular		0.0
	Kist rezidual	5	2.7
	Kistata të tjerë	101	54.6
	Kista me penetrim në sinusin maksilar	31	16.8
Interventi n=185	Cystektomi	156	84.3
	Cystektomi dhe radikale	23	12.4
	Cystektomi dhe ekstraksion apo rezeksion	6	3.2

### Tabela Nr.4 Frekuenca e kistave të maksilës në pacientët tanë

Nga tabela më sipër rezulton që kistat e maksilës hasen në 185 raste nga 400 në total ose 46.25 % dhe kistat që përfshijnë sinusin maksilar zëne 31 nga 185 në total ose 16.75 %.

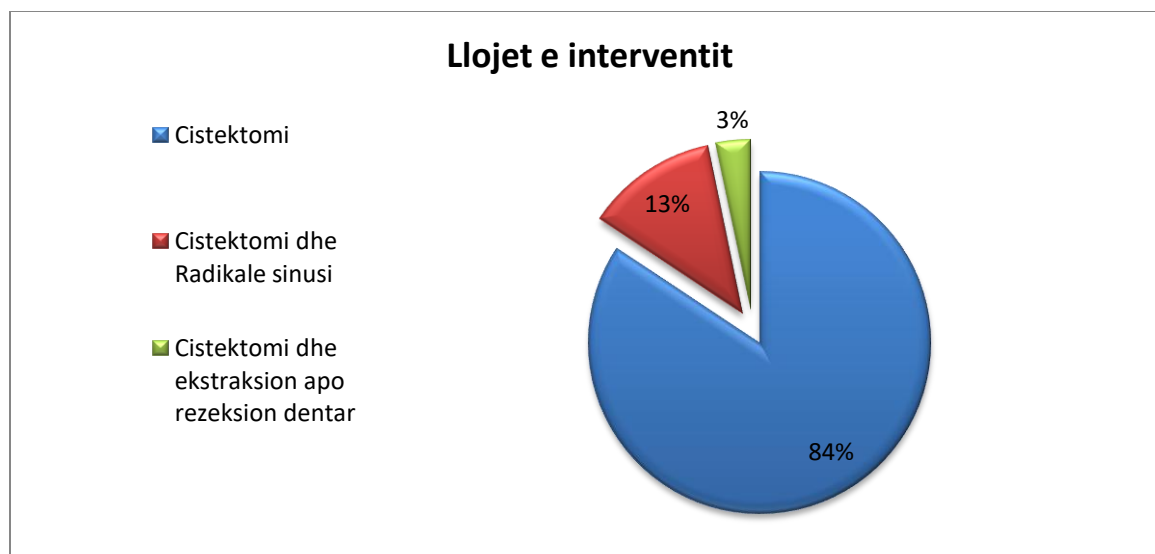


**Grafiku Nr. 6 Shperndarja meshkuj, femra në pacientët me kista të maksilës**  
Nga kistat në maksilë më të prekur rezultojnë meshkujt me 64% kurse femrat me 36%



**Grafiku Nr. 7 Paraqitja grafike e diagnozës klinike te kistave të maksilës**

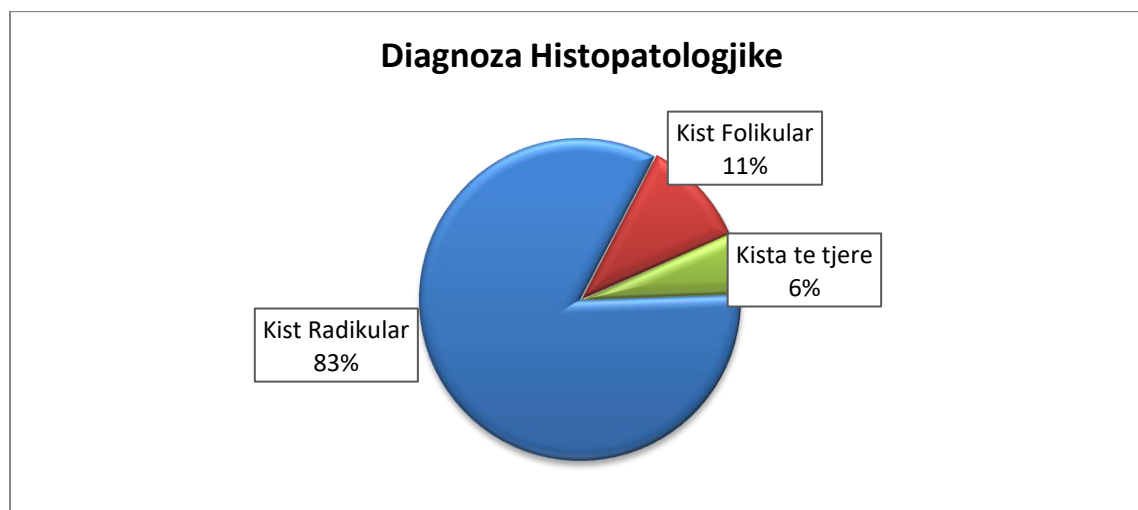
Nga Diagnoza klinike rezultojnë me shumë Kista maksilarë me 57%, Kista Radikular 20%, Kista me penetrim ne sinus 13%, Kista Folikular 7% dhe Kista rezidual 3%



**Grafiku Nr.8** Paraqitja grafike e interventit kirurgjikal të përdorur në pacientët me kista të maksilës

Përsa i përket interventit në kistat maksilarë rezultojnë në pjesën më të madhe të pacientëve cistektomi me 84% , Cistektomi dhe radikale e sinusit maksilar 13% dhe Cistektomi dhe ekstraksion apo rezeksion apikal 3%.

*Si shikohet nga grafiku i mësipërm dominon 100% cistektomi*



**Grafiku Nr.9** Paraqitja grafike e diagnozës histopatologjike në pacientët me kista të maksilës

Përsa i përket Diagnozës histopatologjike rezultojnë kista radikulare me 83%, Kista folikular 11% dhe Kista të tjerë 6%

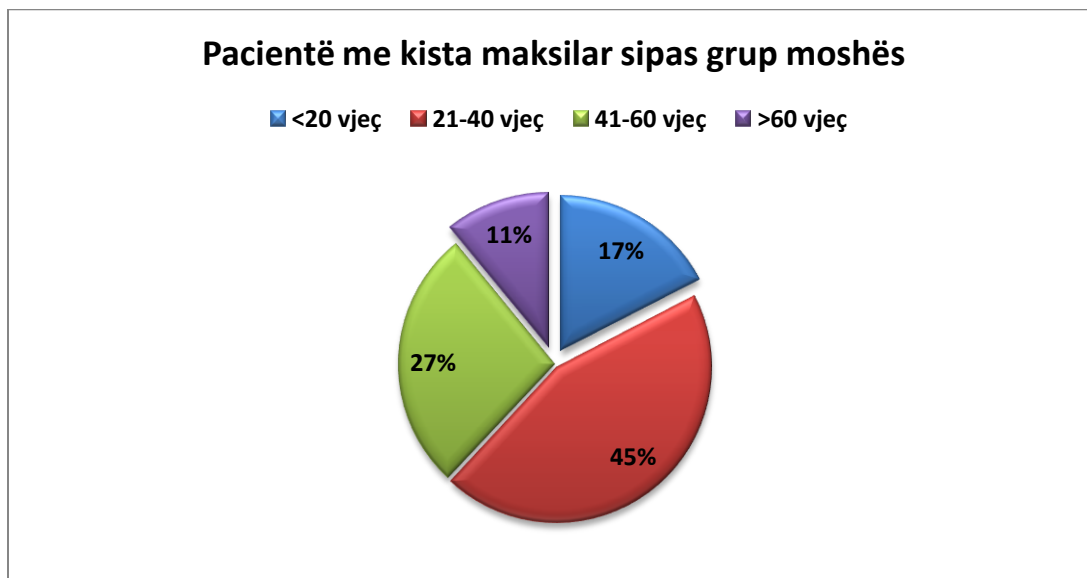
*Nga grafiku i mësipërm rezultojnë se dominojnë kistat radikulare me 83%*

### Kistat e maksilës shperndarja sipas grupmohave

Pacientët me kista maksilar sipas grup moshës dhe gjinisë			
Grup moshë	M n=119 (%)	F n=65 (%)	Vlera p
<20 vjeç	17 (14.3)	15 (23.1)	0.05
21-40 vjeç	53 (44.5)	29 (44.6)	0.405
41-60 vjeç	35 (29.4)	15 (23.1)	0.231
>60 vjeç	14 (11.8)	6 (9.2)	0.157

**Tabela Nr.5 Shperndarja e pacientëve me kista të maksilës sipas grupmohave**

Nga tabela e mësipërme rezulton se grupmosha më e prekur me kista maksilarë është 21-40 vjeç (82 raste ose 45%) pasuar nga grupmosha 41-60 vjeç ( 50 raste ose 27%)



**Grafiku Nr.10 Paraqitja grafike e shperndarjes së pacientëve me kista të maksilës sipas grupmohave**

## Tumoret beninj të maksilës

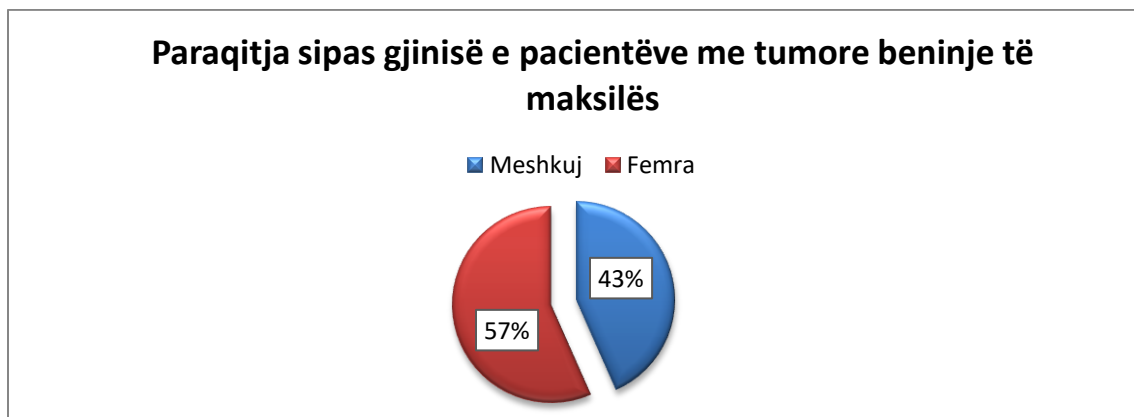
Tumoret beninj të maksilës kanë një ecuri të ngadaltë dhe vetëm në rastet e pa trajtuar apo të neglizhuara mund të përfshijnë sinusin maksilar.

Frekuenca e tumoreve beninj të maksilës

Të dhënat me tumore beninje		Nr. Pacienteve	Përqindja
Nr total i Pacientëve		400	-
Nr i Pacientëve me tumore beninje		53	13.3
Gjinia n=53	m	23	43.4
	f	30	56.6
Diag. Klinike n=53	Odontogjen	21	39.6
	Jo odontogjen	32	60.4
Interventi n=53	Eksizion	48	90.6
	Eks. Dhe Radikale sinusi	5	9.4
Diag. Histopatologjike n=53	Tu. odontogjen	21	39.6
	Tu. Jo Odontogjen	32	60.4

**Tabela Nr.6 Frekuenca e tumoreve beninj të maksilës në pacientët e marrë në studim**

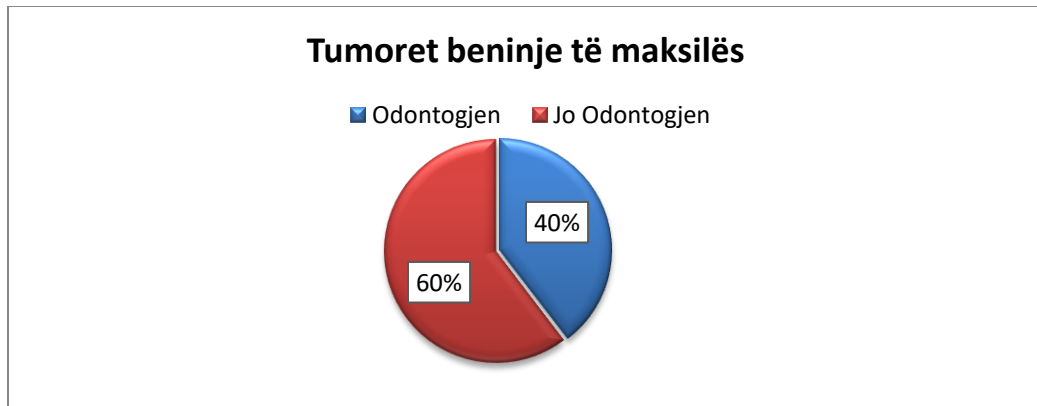
Nga tabela rezulton se tumoret beninje të maksilës zënë 53 raste nga 400 në total ose 13.25% dhe përfshijnë sinusin maksilar në 5 raste nga 53 në total ose 9.44%



**Grafiku Nr. 11 Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas gjinisë të pacientëve me tumore beninje të maksilës**

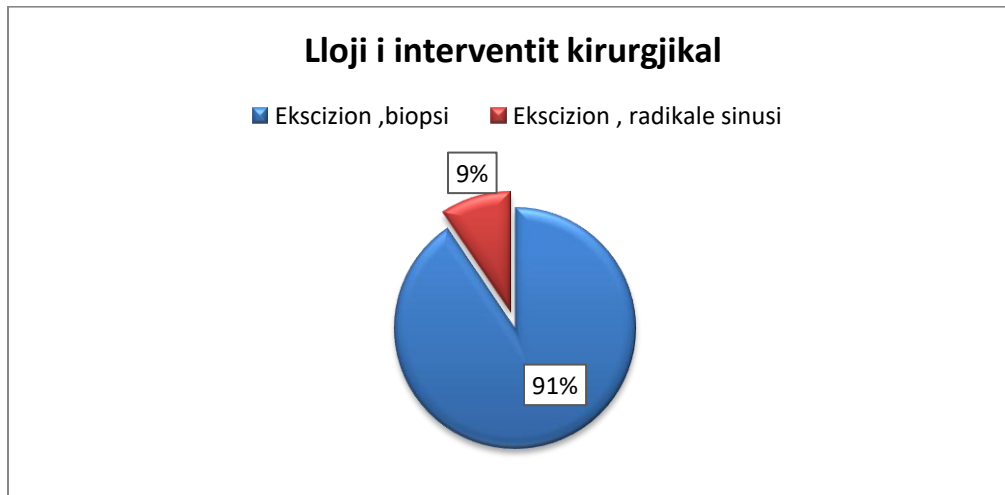


**Persa i perket gjinisë në tumoret beninje në maksilë rezultojnë më të prekur Femrat me 57% dhe meshkujt me 43%**



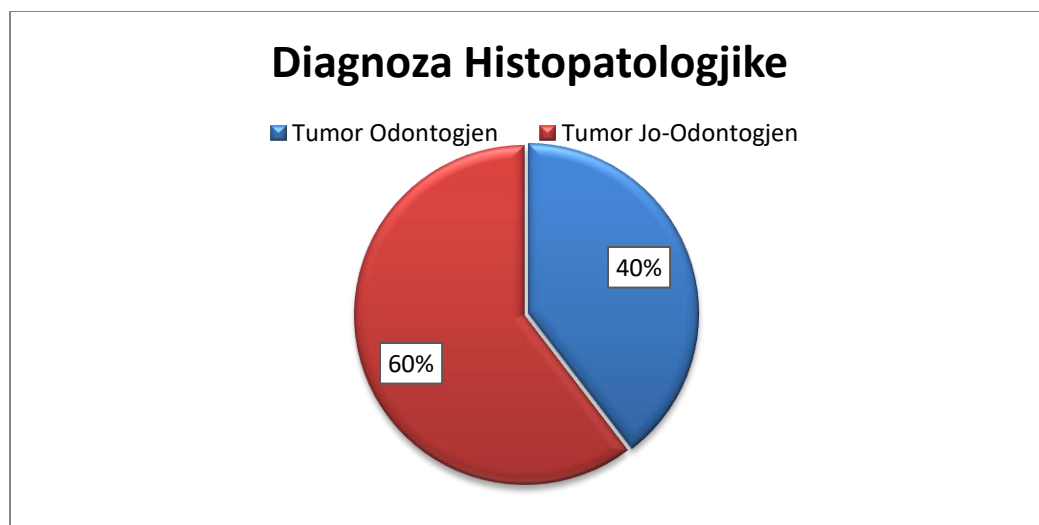
**Grafiku Nr.12 Paraqitja grafike e diagnozës klinike të pacientëve me tumore beninj të maksilës**

**Nga diagnoza klinike rezulton me përqindjen më të lartë tumore të maksilës jo odontogjen 60 % dhe odontogjen 40%**



**Grafiku Nr.13 Paraqitja grafike e interventit kirurgjikal të përdorur në pacientët e operuar me tumour beninj të maksilës**

**Interventi kirurgjikal më i perdorur në tumoret beninj të maksilës është Ekscizion dhe biopsi me 91% dhe Ekscizion dhe radikale e sinusit maksilar 9%**



**Grafiku Nr. 14** Paraqitja grafike e diagnozës histopatologjike në pacientët me tumore beninj të maksilës

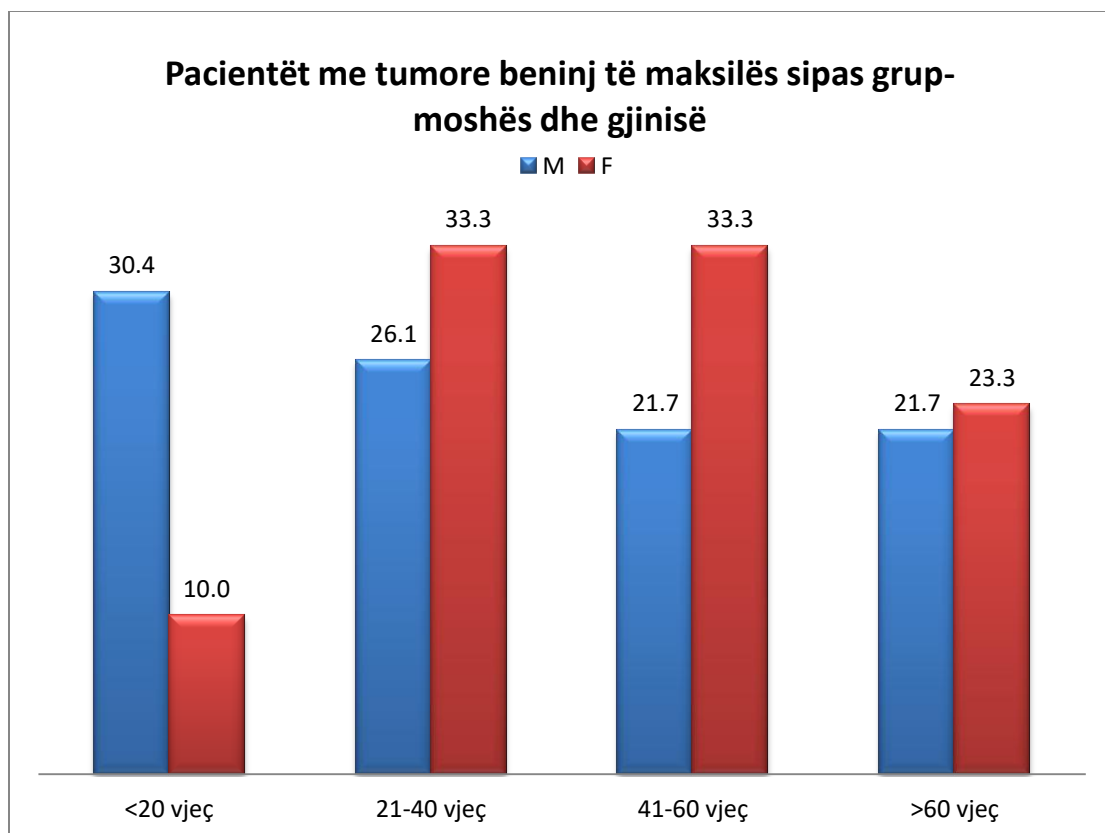
Përsa i përket diagnosës histopatologjike në tumoret beninj të maksilës rezulton Tumore jo-odontogjen 60% dhe tumore odontogjen 40%

#### Shpërndarja sipas grupmoshave në tumoret beninj të maksilës

Pacientet me tumore beninj të maksilës sipas grup moshës dhe gjinisë			
Grup mosha	M n=23 (%)	F n=30 (%)	Vlera p
<20 vjeç	7 (30.4)	3 (10.0)	<0.001
21-40 vjeç	6 (26.1)	10(33.3)	0.037
41-60 vjeç	5 (21.7)	10 (33.3)	0.011
>60 vjeç	5 (21.7)	7 (23.3)	0.151

**Tabela Nr.7** Shperndarja e pacienteve me tumore beninj të maksilës sipas grupmoshave

Nga tabela e mesiperme rezulton se tumoret beninj preferojnë moshën 21-60 vjec por pa nënvlersuar grupmoshën nën 20 vjeç dhe mbi 60 vjeç.



**Grafiku Nr.15 Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas grupmoshës në pacientët me tumore benign të maksilës**

## Tumoret malinj të maksilës

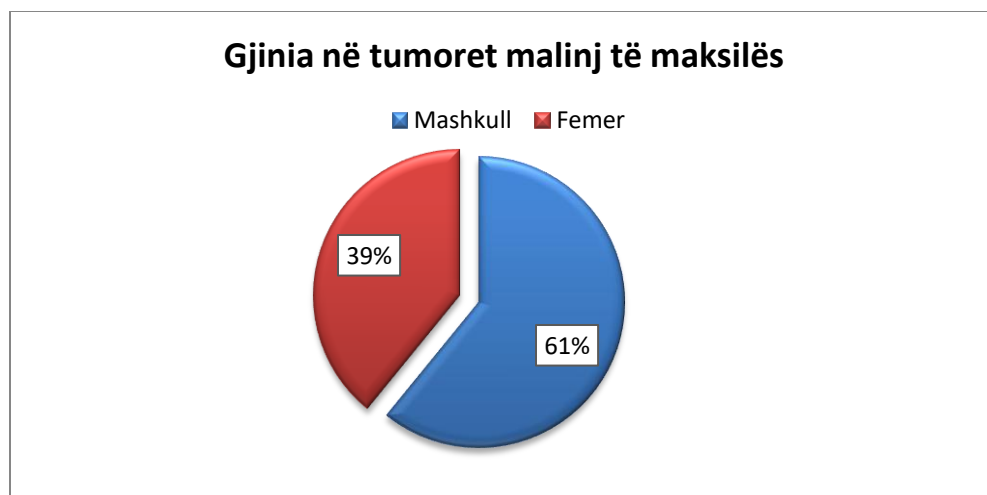
Tumoret malinj të maksilës sidomos format centrale konstatohen me tepër vonesë duke u bërë shkak për perfshirje jo vetëm të maksilës por edhe të sinusit maksilar apo strukturave të tjera fqinjë e në distancë. Kirurgu O.M.F. kur operon në katin e mesëm të fytyrës duhet të ketë njohuri të mira anatomike jo vetëm për maksilën por edhe për enët e gjakut me kalibër të madh (A. Carotis interna), Bazis Krani si dhe përmbajtja e orbitës (N. Optik). Ajo për të cilën në kemi treguar kujdes për rastet tona klinike ka qenë vlerësimi imazherik pre-operator (C.T. me Kontrast, I.R.M.) dhe për rastet me përfshirje të bayis crani i kemi konsideruar inoperable.

### Frekuenca e pacientëve me tumore malinj të maksilës

Të dhënat me tumore malinj të maksilës		Nr. Pacientëve	Përqindja
Nr total i Pacientëve		400	-
Nr i Pacientëve me tumour Malinj të maksilës		23/400	5.8
Gjinia	m	14	60.9
	f	9	39.1
Diag. Klinike	Ca. Maksile	13	56.5
	Ca. Të Tjera	10	43.5
	Ca palatum Ca. zygomatike	9 1	
Interventi	Ekscizion	19	82.6
	Maksilektomi Parciale	2	8.7
	Maksilektomi Totale	2	8.7
Diag. Histopatologjike	Ca. Skuamose	7	30.4
	Ca. Glandulare	4	17.4
	Ca. të Tjera Të padiferencuara	12	52.2

### Tabela Nr.8 Frekuenca e pacientëve me tumore malinj të maksilës në studimin tonë

Nga tabela më sipër rezulton se Tumoret malinj të maksilës zëne 23 raste nga 400 në total ose 5.75 % dhe kanë perfshirje të sinusit maksilar në 4 raste nga 23 në total ose 17.4 %



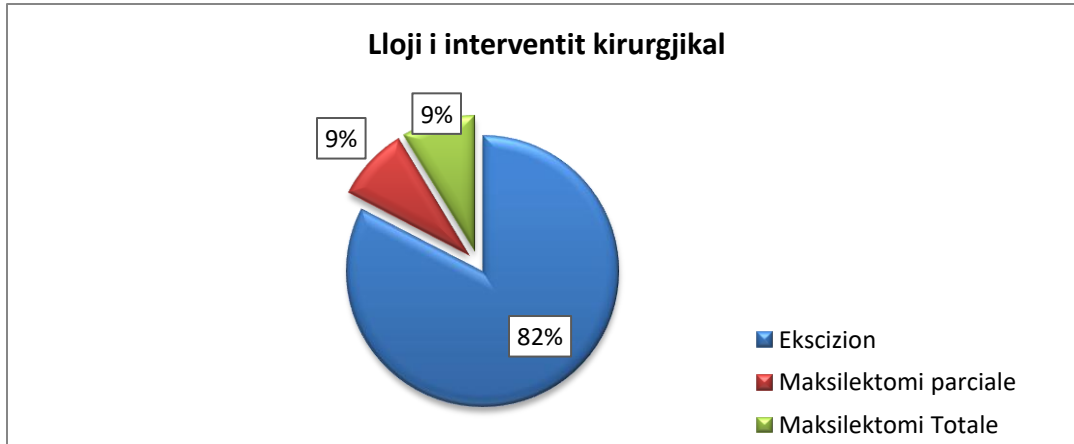
**Grafiku Nr.16** Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas gjinisë në pacientët me tumore malinj të maksilës

Shpërndarja sipas gjinisë në tumoret malinj të maksilës rezulton 61 % meshkuj dhe Femrat 39%



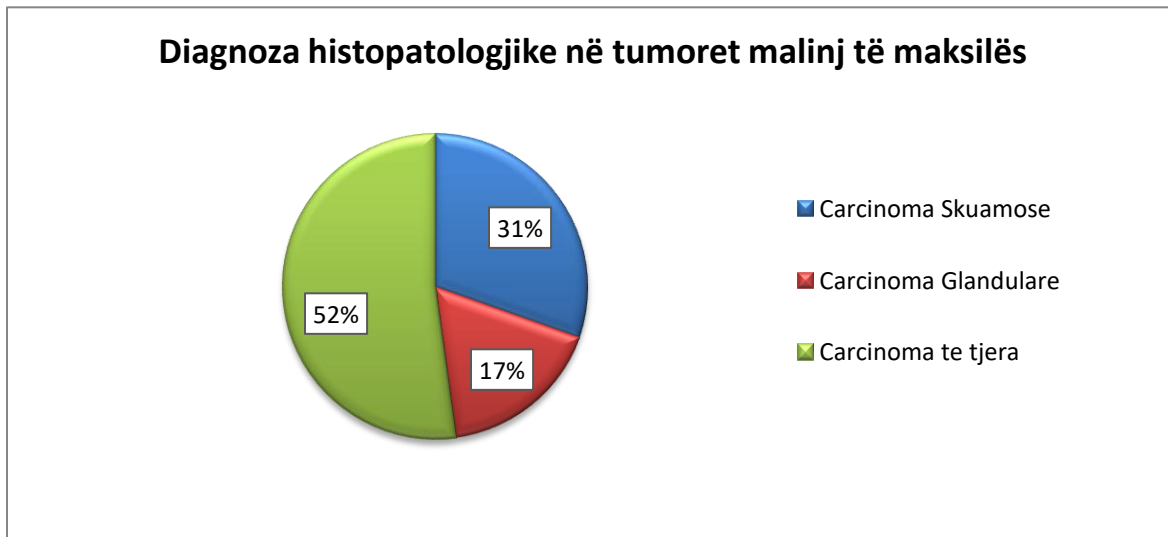
**Grafiku Nr. 17** Paraqitja grafike e diagnozës klinike të pacientëve me tumore malinj të maksilës

Në diagnozën klinike të tumoreve malinj të maksilës rezulton se në 57 % është Ca maksile dhe në 43% Ca të tjera (9 ca palatum, 1, 1 ca zygomatike)



**Grafiku Nr. 18** Paraqitja grafike e interventit kirurgjikal të përdorur në pacientët me tumore malinj të maksilës

Rezultatet në llojin e interventit kirurgjikal të përdorur në tumoret malinj të maksilës është 82% Ekscizion në kufinj onkologjik , 9% Maksilektomi parciale dhe 9% maksilektomi totale



**Grafiku Nr.19** Paraqitja grafike e diagnozës histopatologjike në pacientët me tumore malinj të maksilës

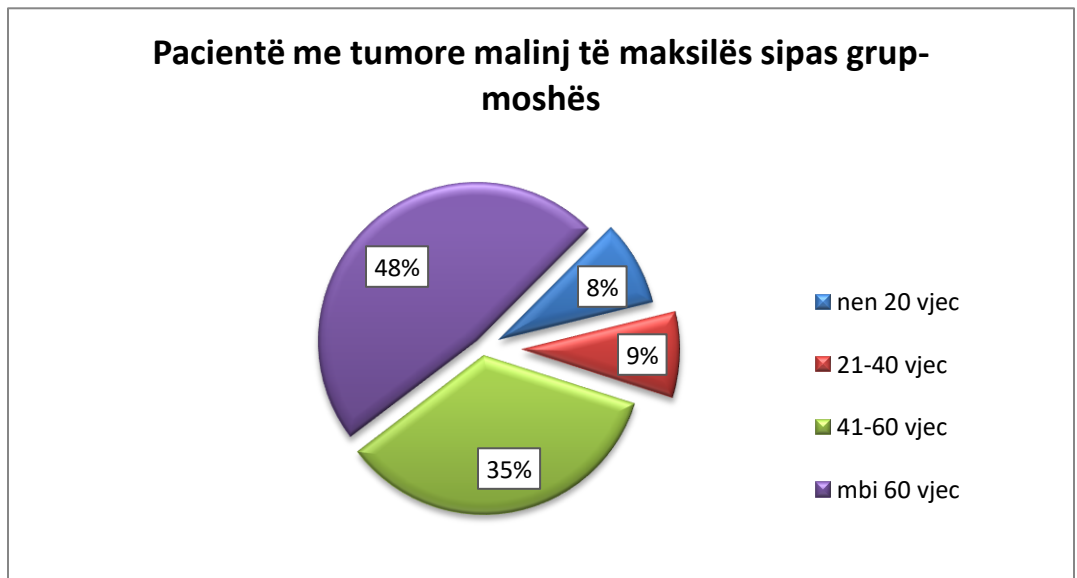
**Diagnoza Histopatologjike në tumoret malinj të maksilës rezulton Carcinoma të tjera 53%, Carcinoma skuamose 30% dhe Carcinoma Glandulare 17%**

**Shpërndarja sipas grupmoshave në pacientët me tumore malinj të maksilës**

Pacientë me tumore malinj te maksiles sipas grup moshës dhe gjinisë			
Grup mosha	M n=14 (%)	F n=9 (%)	Vlera p
<20 vjeç	1 (7.1)	1 (11.1)	0.100
21-40 vjeç	1 (7.1)	1 (11.1)	0.100
41-60 vjeç	6 (42.9)	2 (22.2)	<0.001
>60 vjeç	6 (42.9)	5 (55.6)	0.005

**Tabela Nr.9 Shperndarja e pacientëve me tumor malinj te maksilës sipas grupmoshave**

Duke ju referuar tabelës së mësipërme rezulton grupmosha më e prekur nga tumoret malinj të maksilës është mbi 60 vjeç ndjekur nga grupmosha 41-60vjeç.



**Grafiku Nr. 20 Paraqitja grafike e shperndarjes së pacientëve me tumore malinj të maksilës sipas grupmoshave**



## Anomalitë e katit të mesëm të fytyrës

Anomalitë e katit të mesëm të fytyrës janë të larmishme dhe përfshijnë si maksilën , hundën, sinusin maksilar, orbitën, kockën zygomatike dhëmbët maksilar etj...

Në korigjimin e anomalive të katit të mesëm të fytyrës duhen marrë në konsideratë dhe anomalitë e sinusit maksilar të cilat në disa raste bëhen shkak për insukses në trajtimin e anomalive të nofullave.

Keto anomali shpesh janë të kombinuara me anomali të kateve të tjera të fytyrës dhe vecanerisht me ato të mandibulës.

### Frekuenca e pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës

Të dhënat me anomali të katit të mesëm të fytyrës		Nr. Pacientëve	Përqindja
Nr total i Pacientëve		400	-
Nr i Pacientëve me Anomali të katit të mesëm të fytyrës		37/400	9.3
Gjinia n=37	m	14	37.8
	f	23	62.2
Diag. Klinike n=37	Hypoplazi Maksilare	9	24.3
	Hypoplazi et Progenia	17	45.9
	Laterogeni	9	24.3
	Anomali të Tjera	2	5.4
Interventi n=37	Le Fort I	5	13.5
	Le Fort I + BSSO	24	64.9
	SARPE	5	13.5
	Të Tjera	3	8.1

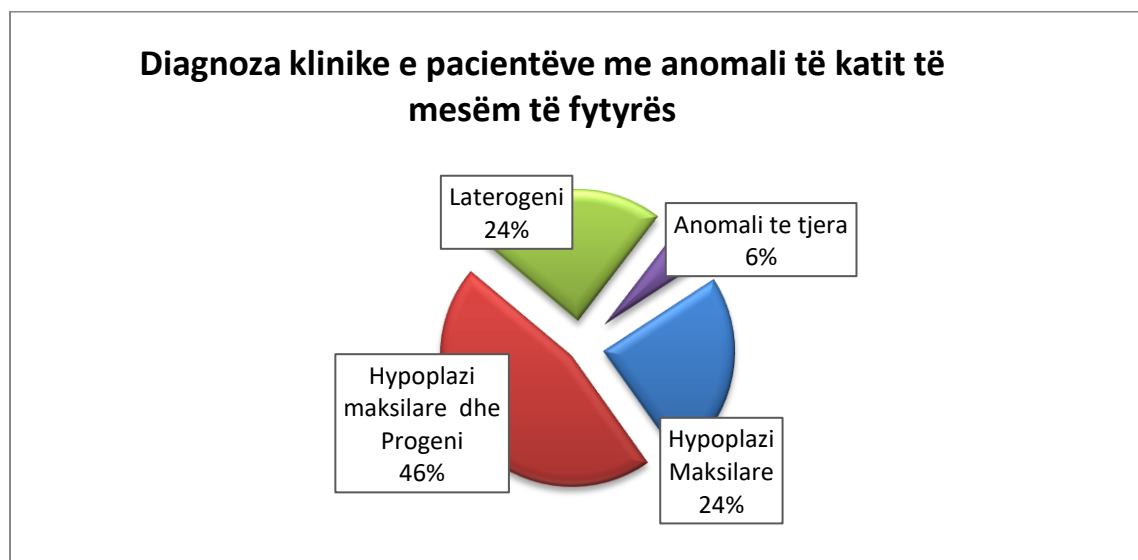
**Tabela Nr.10 Frekuenca e shpërndarjes së pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës në studimin tonë**

Nga tabela më sipër rezulton që anomalitë e katit të mesëm të fytyrës zënë 37 raste nga 400 në total ose 9.25 % dhe kanë përfshirje të sinusit maksilar 35 raste nga 37 në total ose 94.6%.



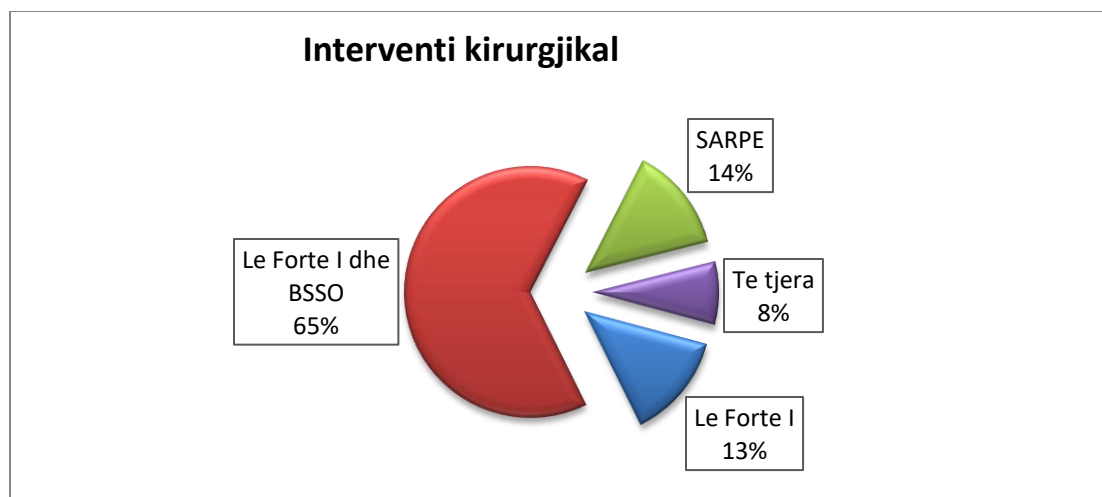
**Grafiku Nr. 21** Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas gjinisë të pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës

Shpërndarja sipas gjinisë në anomalitë e katit të mesëm të fytyrës rezulton femrat më të prekura në 62% dhe meshkujt 38%



**Grafiku Nr. 22** Paraqitja grafike e diagnozës klinike të pacientëve me anomali të katit të mesëm te fytyrës

Diagnoza klinike në anomalitë e katit të mesëm të fytyrës rezulton Hypoplazi maksilare dhe Progeni 46%, Hypoplazi Maksilare 24%, Laterogeni 24% dhe Anomali të tjera 5%. Nga grafiku i mësipërm rezulton se hypoplazia maksilare është e pranishme në 70% të rasteve.



**Grafiku Nr.23** Paraqitja grafike e interventit kirurgjikal të përdorur në pacientët me anomali të katit të mesëm të fytyrës

Interventi kirurgjikal më i përdorur në anomalite e katit të mesëm të fytyrës rezulton Le Fort I dhe BSSO me 65% pasuar nga Le Fort I me 14%, SARPE 14% dhe Intervente të tjera 7%

Nga grafiku rezulton se si osteotomi më e përdorur është Le Fort I me 79% të rasteve

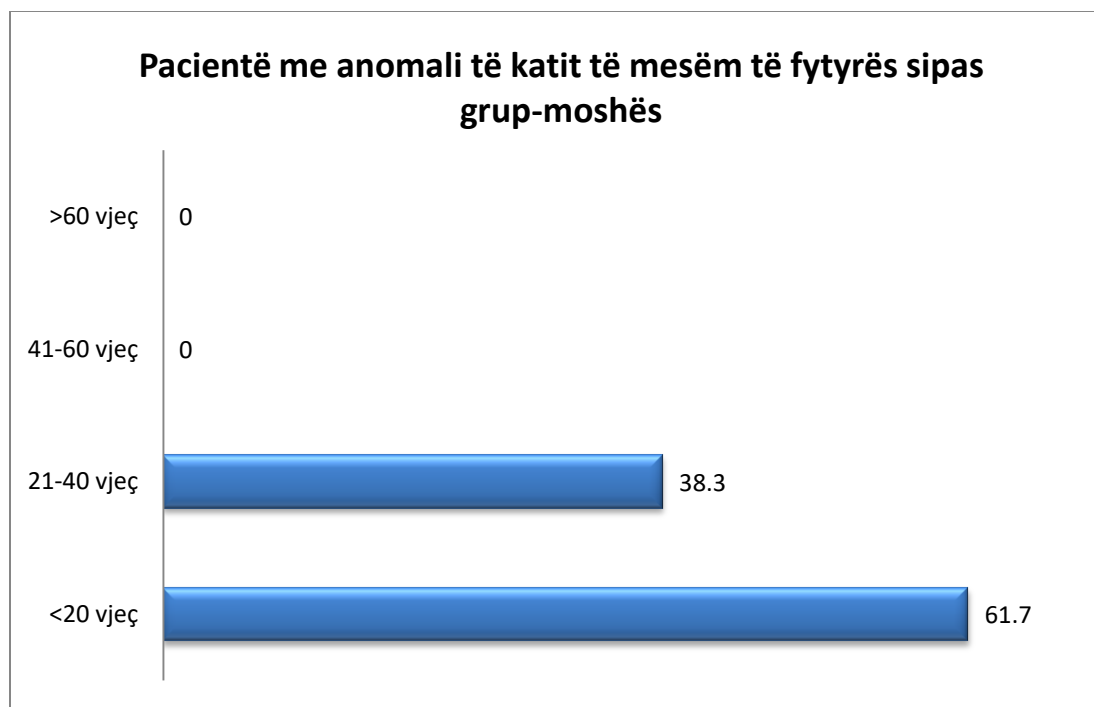
**Shpërndarja sipas grupmoshës në pacientët me anomali të katit të mesëm të fytyrës**

Pacientët me anomali të katit të mesëm të fytyrës sipas grup moshës dhe gjinisë			
Grup moshë	M n=14 (%)	F n=23 (%)	Vlera p
<20 vjeç	6 (42.9)	13 (56.5)	0.007
21-40 vjeç	8 (57.1)	10 (43.5)	
41-60 vjeç	-	-	na
>60 vjeç	-	-	na

**Tabela Nr.11** Shpërndarja e pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës sipas grupmoshave

Nga tabela e mësipërme rezulton se grupmosha më e interesuar për korigjimin e anomalive të katit të mesëm të fytyrës është nën 20 vjeç pasuar nga grupmosha 21-40 vjeç.

Mbi këto moshë nuk ka asnjë rast



**Grafiku Nr.24 Paraqitja grafike e shpërndarjes së pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës sipas grupmoshave**

## Traumat e katit të mesëm të fytyrës

Traumat në ditët e sotme po shtohen. Ajo që duhet të theksohet është se traumat e katit të mesëm të fytyrës përfshijnë maksilën ,sinusin maksilar, orbitën si dhe kockat fqinjë.

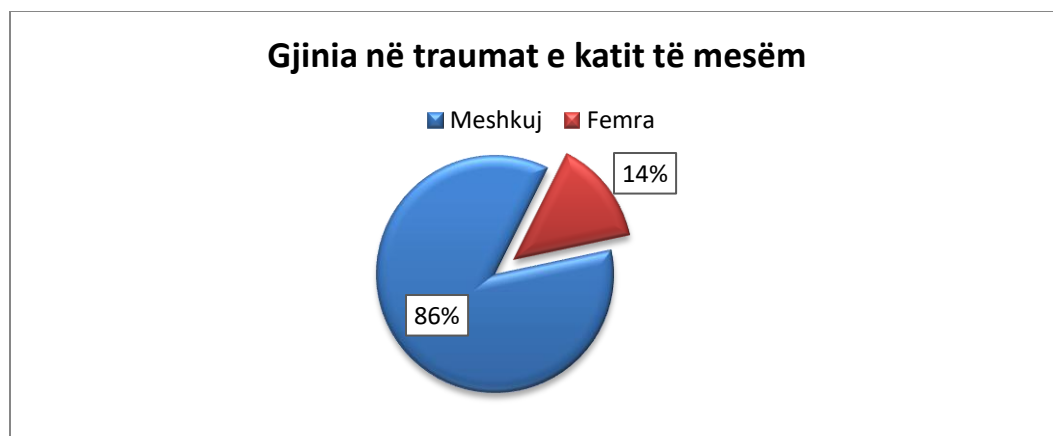
Në rikonstruksionin e fytyrës kanë rëndësi të gjithë kavitetet e dëmtuara pa prejashtuar dhe sinusin maksilar.

### Frekuenca e pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës

Të dhënat me trauma të katit të mesëm të fytyrës		Nr. Pacientëve	Përqindja
Nr total i Pacientëve		400	-
Nr i Pacientëve me Trauma të katit të mesëm të fytyrës		42	10.5
Gjinia	m	36	85.7
	f	6	14.3
Diag. Klinike n=42	Traumë e Katit të Mesëm	29	69.0
	Traumë e Katit të Mesëm dhe të Poshtëm	6	14.3
	Traum Panfaciale	7	16.7
Interventi n=42	Osteosintezë me minipllaka	42	100.0

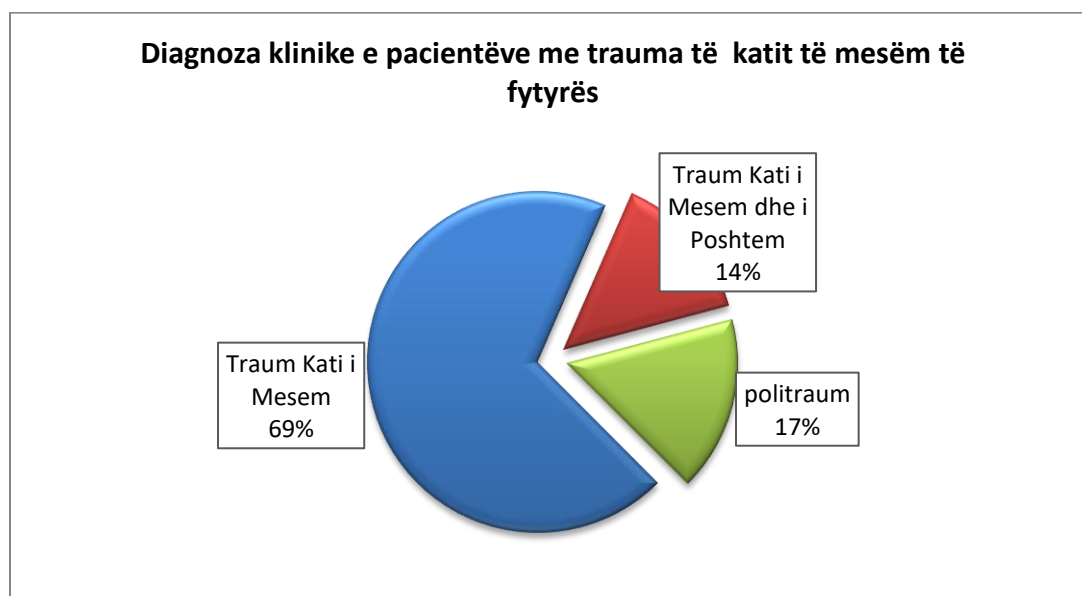
**Tabela Nr.12 Frekuenca e pacientëve me trauma të katit të mesëm te fytyrës në studimin tonë**

Nga tabela më sipër rezulton që traumat e katit të mesëm të fytyrës zënë 42 raste nga 400 në total ose 10.5% dhe kanë përfshirje të sinusit maksilar 35 raste nga 42 raste ose 83.4 %.



**Grafiku Nr.25** Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas gjinisë të pacientëve me trauma të katit të mesëm te fytyrës

Nga traumat e katit të mesëm të fytyrës rezultojnë më të prekur meshkujt me 86% dhe Femrat me 14%.



**Grafiku Nr. 26** Paraqitja grafike e diagnozës klinike të pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës

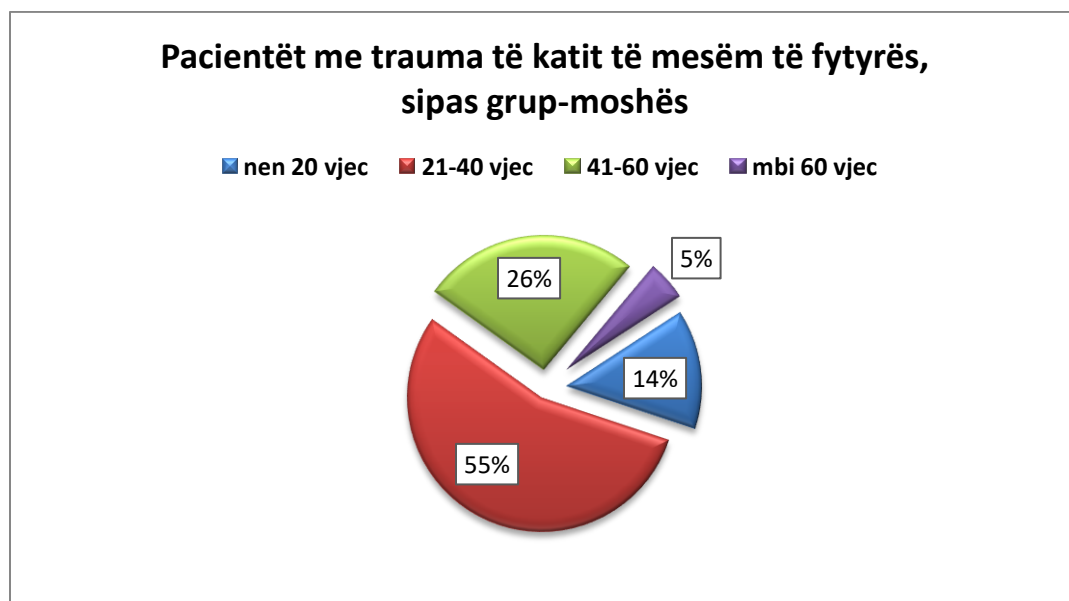
Përsa i përket diagnozës në traumat e katit të mesëm të fytyrës rezultojnë me traumë të katit të mesëm 69%, traumë të katit të mesëm dhe të poshtëm 14 % dhe Politraum 17% Nga grafiku i mësipërm rezulton se traumat e katit të mesëm të fytyrës janë komplekse.

### Shpërndaria e pacientëve sipas grupmohave në traumat e katit të mesëm të fytyrës

Pacientët me trauma të katit të mesëm të fytyrës sipas grup moshës dhe gjinisë			
Grup mosha	M n=36 (%)	F n=6 (%)	Vlera p
<20 vjeç	5 (13.9)	1 (16.7)	0.267
21-40 vjeç	20 (55.6)	3 (50.0)	0.545
41-60 vjeç	9 (25.0)	2 (33.3)	0.075
>60 vjeç	2 (5.6)	-	na

**Tabela Nr.13 Shpërndarja e pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës sipas grupmohave**

Nga tabela e mësipërme rezulton se grupmosha më e prekur është 21-40 vjeç e ndjekur nga grupmosha 41-60 vjeç.



**Grafiku Nr. 27 Paraqitja grafike e pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës sipas grupmohave**



## Fistulat oro-sinusale

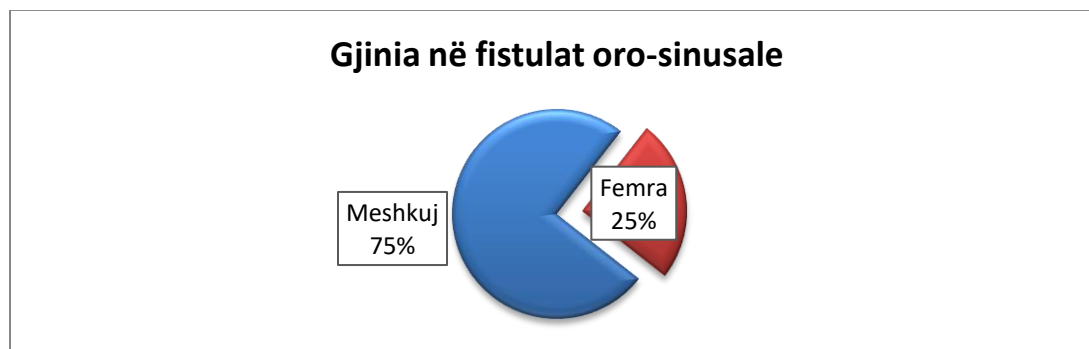
Fistulat oro-sinusale shkaktohen kryesisht nga manipulimet e mjekut stomatolog vecanërisht gjatë ekstraksionit të dhëmbit, trajtimit të kanalit të dhëmbëve, vendosjes së implanteve apo kirurgjisë dento-alveolare në pjesën posteriore të maksilës.

### Frekuenca e pacientëve me fistula oro-sinusale

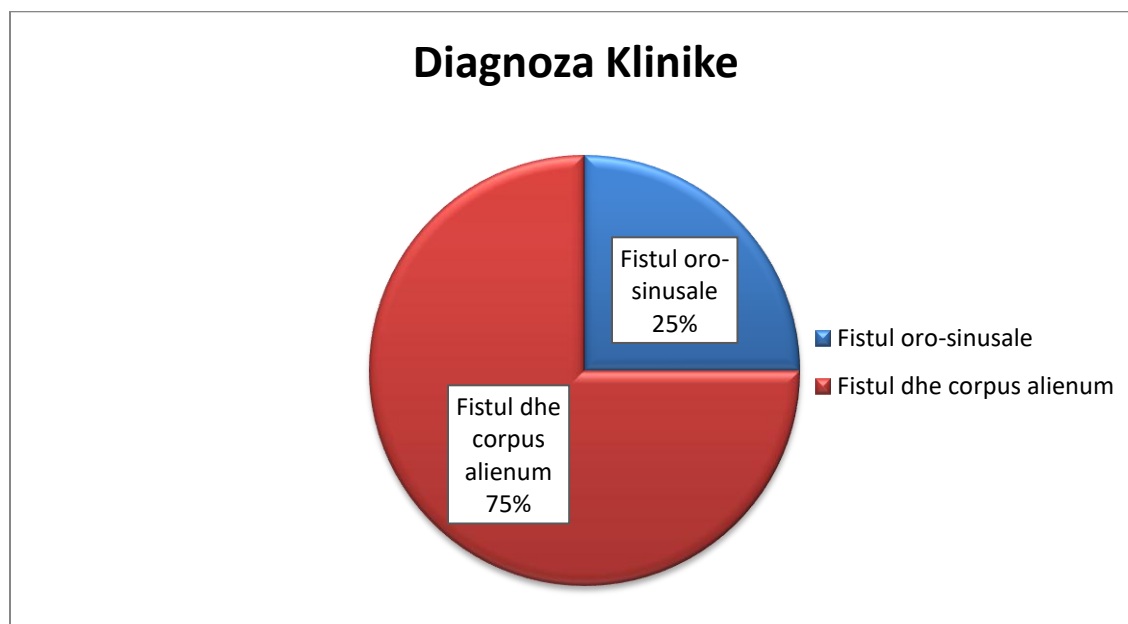
Të dhënat me fistula		Nr. Pacientëve	Përqindja
Nr total i Pacientëve		400	-
Nr i Pacientëve me Fistula		8/400	2.0
Gjinia	m	6	75.0
	f	2	25.0
Diag. Klinike	Fistul oro-sinusale	2	25.0
	Fistul dhe corpus alienum	6	75.0
Interventi	Fistuloplastikë	2	25.0
	Fistul dhe heqje e corpus alienum	5	62.5
	Fistuloplastikë dhe radikale sinusi	1	12.5

**Tabela Nr.14 Frekuenca e pacientëve me fistula oro-sinusale në studimin tonë**

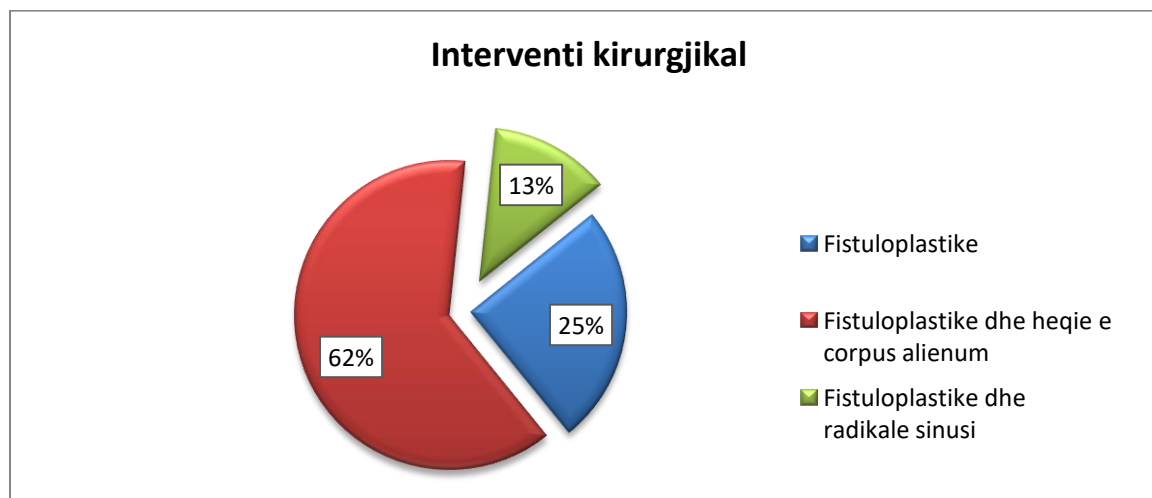
Nga tabela më sipër rezulton që fistulat oro-sinusale zënë 8 raste nga 400 në total ose 2%



**Grafiku Nr.28 Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas gjinisë të pacientëve me fistula oro-sinusale**  
Nga fistula oro-sinusale më të prekura rezultojnë meshkujt me 75% dhe Femrat me 25%



**Grafiku Nr.29** Paraqitja grafike e diagnozës klinike të pacientëve me fistula oro-sinusale  
Me diagnozë klinike fistul oro-sinusale dhe corpus alienum rezultojne 75% të rasteve kurse me diagnozë klinike fistul oro-sinusale rezultojnë 25%  
Nga grafiku i mësipërm rezulton se 75% të rasteve shoqerohen me trup të huaj në sinus.



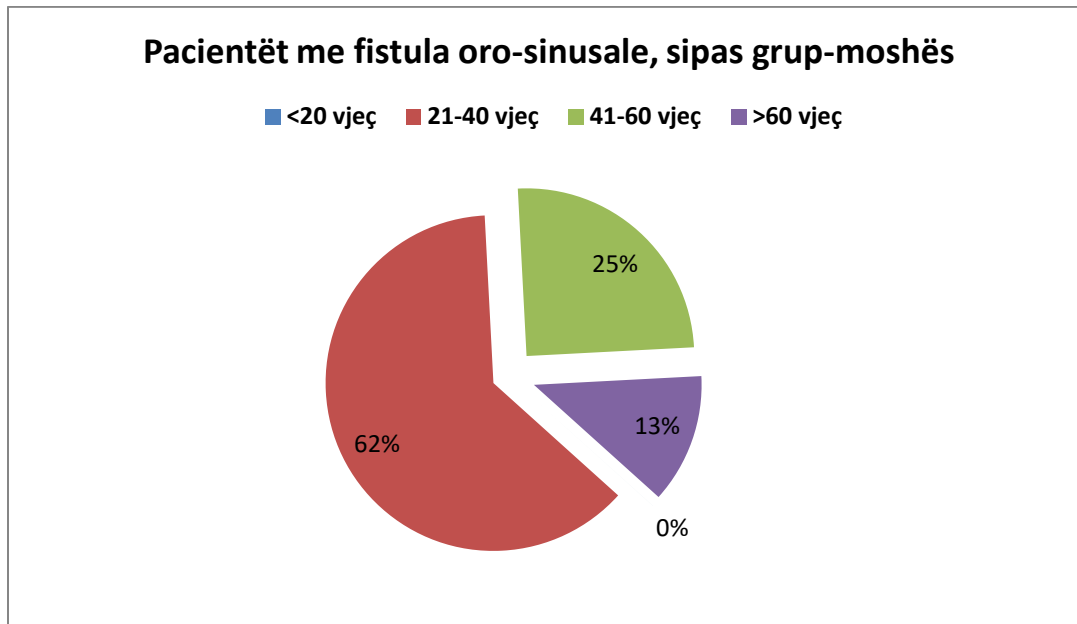
**Grafiku Nr.30** Paraqitja grafike e interventit kirurgjikal të përdorur në pacientët me fistula oro-sinusale

Interventi kirurgjikal në fistulat oro-sinusale rezulton Fistuloplastikë dhe heqie e corpus alienum 63%, Fistuloplastikë 25% dhe fistuloplastikë dhe radikale sinusi maksilar 12%  
Shpërndarja sipas grupmohës në pacientët me fistula oro-sinusale

Pacientët me fistulat oro-sinusale sipas grup moshës dhe gjinisë		
Grup moshë	M n=6 (%)	F n=2(%)
<20 vjeç	-	-
21-40 vjeç	3 (50.0)	2 (100.0)
41-60 vjeç	2 (33.3)	-
>60 vjeç	1 (16.7)	-

**Tabela Nr.15 Shpërndarja sipas grupmoshave e pacientëve me fistula oro-sinusale**

Nga tabela rezulton se fistulat oro-sinusale takohen më shumë në moshën 21-60 vjeç. v.o numri i pakët i fistula në kushte spitali flet se mund të trajtohen ambulatorisht ose mund të shërohen në mënyrë spontane.



**Grafiku Nr. 31 Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas grupmoshave të pacientëve me fistula oro-sinusale**

## Osteomyeliti i maksilës

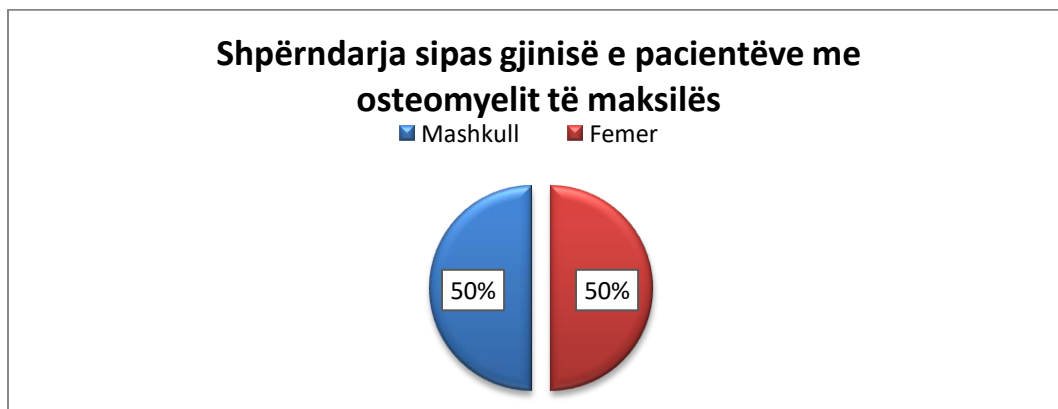
Osteomyeliti në kohën e sotme dhe vecanërisht ai i maksiles është shumë i rrallë.

### Frekuenca e pacientëve me osteomyelit të maksilës

Të dhënat për pacientë me osteomyelit të maksilës		Nr. Pacienteve	Përqindja
Nr total i Pacientëve		400	-
Nr i Pacientëve me Osteomyelit të maksilës		6/400	1.5
Gjinia	m	3	50.0
	f	3	50.0
Diag. Klinike	Osteomyelit	4	66.7
	Suspekt Tumor	2	33.3
Interventi	Sekuesterektomi	4	66.7
	Ekscizion biopsi	2	33.3
Histopatologji	Infeksion kronik	6	100.0

**Tabela Nr.16 Frekuenca e pacientëve me osteomyelit të maksiles t5ë marrë në studim**

Nga tabela më sipër rezulton që osteomyeliti i maksilës zë 6 raste nga 400 në total ose 1.5 % dhe ka përfshirje të sinusit me 1 rast nga 6 ne total ose 16.67%.



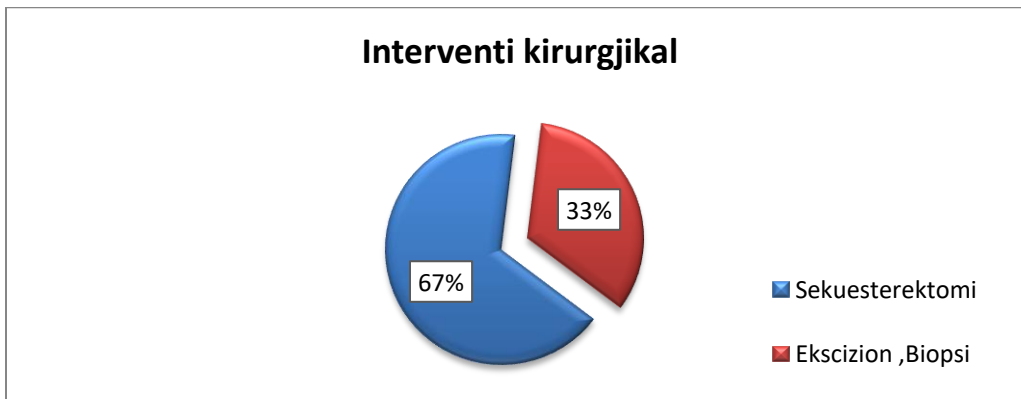
**Grafiku Nr. 32 Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas gjinisë të pacientëve me osteomyelit të maksilës**

**Në osteomyelitin e maksilës rezultojnë 50% Meshkuj dhe 50% Femra (osteoporoza)**



**Grafiku Nr.33 Paraqitja grafike e diagnozës klinike të pacienteve me osteomyelit të maksilës**

**Diagnoza Klinike në Osteomyelitin e maksilës rezulton 67% osteomyelit dhe 33% suspekt tumor maksile.**



**Grafiku Nr. 34 Paraqitja grafike e interventit kirurgjikal të përdorur në pacientët me osteomyelit të maksilës**

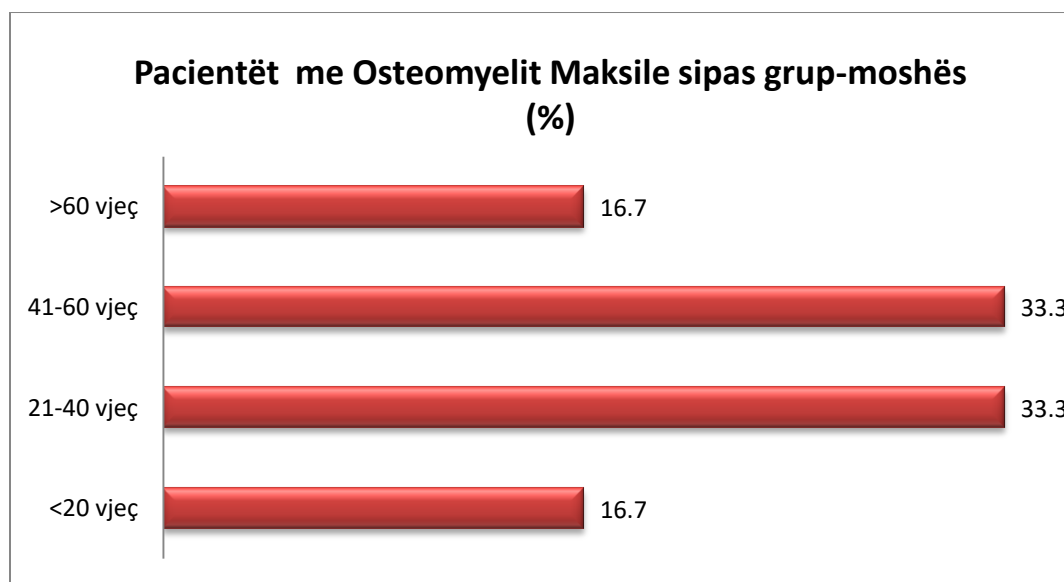
**Interventi kirurgjikal në osteomyelitin e maksilës rezulton 67% Sekuesterektomi dhe 33% Ekscizion biopsi.**

### Shpërndarja sipas grupmoshave në pacientët me Osteomyelit të maksilës

Pacientët me Osteomyelit të Maksilës sipas grup moshës dhe gjinisë		
Grup moshë	M n=3 (%)	F n=3 (%)
<20 vjeç		1 (33.3)
21-40 vjeç	2 (66.7)	
41-60 vjeç		2 (66.7)
>60 vjeç	1 (33.3)	

**Tabela Nr.17** Shpërndarja sipas grupmoshave të pacientëve me osteomyelit të maksilës

Nga tabela rezulton se osteomyelitis në maksilë takohet më shumë në grupmoshën 21-60 vjeç (4 pacientë ose 66.6%).



**Grafiku Nr.35** Paraqitja grafike e shpërndarjes sipas grupmoshave në pacientët me osteomyelit të maksilës

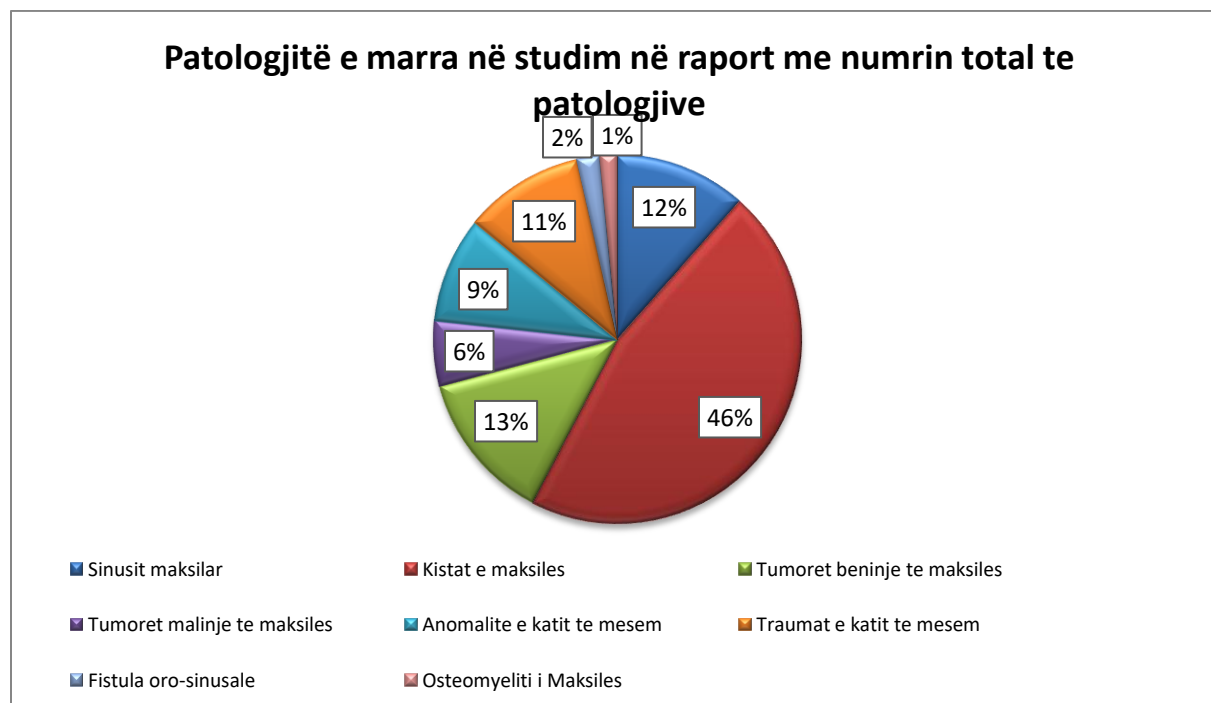
**Më poshtë po japim një tabelë përmbledhëse të shpërndarjes së pacientëve me patologji që kanë përfshirë sinusin maksilar.**

Patologjitë	Sinusiti maksilar	Kistat e maksilae	Tumoret Beninje	Tumoret Malinje	Anomalite e katit të mesem	Traumata e katit të mesem	Fistulat Oro-Sinusale	Osteomyeliti i maksiles
Perfshirja e sinusit nga vetë patologjitë	46/46 100%	31/185 16.75%	5/53 9.44%	4/23 17.4%	35/37 94.6%	35/42 83.4%	8/8 100%	1/6 16.67%
Patologjitë që përfshijnë sinusin në raport me patologjitë në total	46/400 11.5 %	31/400 7.75 %	5/400 1.25%	4/400 1 %	35/400 8.75 %	35/400 8.75 %	8/400 2 %	1/400 0.25 %
Patologjitë në raport me numrin total të patologjive	46/400 11.5 %	185/400 46.25 %	53/400 13.25%	23/400 5.75%	37/400 9.25%	42/400 10.5%	8/400 2%	6/400 1.5%

**Tabela Nr.18 Tabelë përmbledhëse e shpërndarjes së patologjive në raport me përfshirjen e sinusit maksilar, në raport me vetë patologjitë dhe në raport me numrin total të patologjive**

Nga tabela rezultojnë që në 165 raste nga 400 raste me patologji të maksilës dhe katit të mesëm të fytyrës kanë prekje të sinusit maksilar 41.25% të patologjive totale. Nga të cilat në 105 raste janë pacientë meshkuj dhe në 60 raste paciente femra.

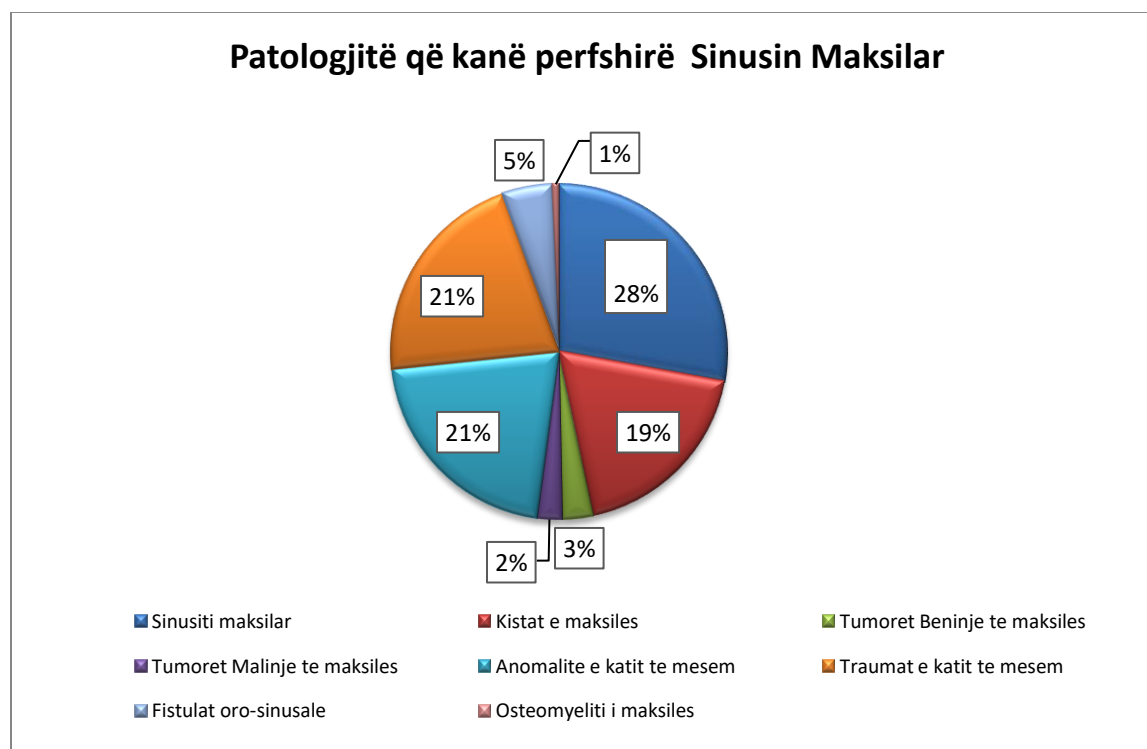
Paraqitja grafike e patologjive të maksilës dhe katit të mesëm të fytyrës sipas numrit të rasteve.



**Grafiku Nr.36 Paraqitja grafike e shpërndarjes në përqindje të patologjive të marra në studim në raport me numrin total të patologjive**



Në grafikun më poshtë po paraqesim shpërndarjen sipas patologjive të maksilës dhe katit të mesëm të fytyrës që kanë përfshirë sinusin maksilar.



**Grafiku Nr. 37 Paraqitja grafike e shpërndarjes së patologjive në përqindje në raport me përfshirjen e sinusit maksilar**

Si shikohet nga grafiku rezultojnë që sinusi maksilar është prekur në 165 raste nga 400 në total, më shumë është prekur nga sinusiti maksilar odontogjen kronik me 28%, Traumat e katit të mesëm të fytyrës 21%, Anomalitë e katit të mesëm të fytyrës 21%, Kistat e maksilës 19%,Fistulat oro-sinusale 5%, Tumoret beninj 3%, Tumoret malinj 2% dhe osteomyeliti i maksilës 1%.

## 2.8.2 Protokoli ynë për vënien e diagnozës së patologjive maksilo-sinusale

Ne për hartimin e protokolleve diagnostike të patologjive të marra në studim jemi orjentuar nga protokollet egzistuese të Shërbimit O.M.F., nga shqyrtimi i protokolleve bashkëkohore për këto patologji duke bërë ndonjë modifikim dhe pershtatje me nivelin aktual të sistemit tonë shëndetësorë si dhe me mundësitë e përmirimit të tij në të ardhmen. Gjithashtu në jemi orjentuar dhe nga klasifikimi jonë i këtyre patologjive i hartuar enkas për këtë studim.

Sot në botë qarkullojnë dhe përdoren klasifikime dhe protokolle të reja për menaxhimin e patologjive të sinusit maksilar në vecanti si dhe patologjitë maksilo-sinusale në përgjithësi duke shprehur dhe detaje më të imta si : marrja në konsideratë e funksionit ciliar, shkalla e trashjes së mukozës sinusale të Shneiderit, funksioni dhe anomalitë e kompleksit osteo-meatal, shmangia nga kirurgjia klasike si dhe konsideratat estetike faciale me focus sinusin maksilar, të cilat më parë as nuk konstatoheshin dhe as nuk merreshin në konsideratë kjo për arsye të nivelit të imazherisë dhe teknologjisë mjeksore.

Përsa i perket protokollit diagnostik të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar ne në studimin tonë kemi përmbledhur disa shenja patognomonike të cilat na kanë orjentuar për përfshirje të sinusit maksilar dhe na kanë orjentuar drejt vënies së diagnozës përfundimtare të këtyre patologjive.

Duke studiuar kartelat e pacientëve tanë këto shenja kanë qenë:

- Epistaksis
- Rrjedhje sekrecionesh nga hunda
- Erë e keqe
- Dhimbje dhe mpirje të regjionit të fosa kanine , regjioni infraorbital apo dhimbje të dhëmbëve posterior maksilar
- Bllokim hundësh
- Komunikim oro-sinusal
- Probleme në shikim
- Asimetri kati i mesëm i fytyrës
- Simptomi i syzave

Protokoli ynë për vënien e diagnozës së patologjive që përfshijnë sinusin maksilar jepet më poshtë:

1. Anamneza e kujdesëshme ( Vecanërisht shenjat patognomonike të mësipërme)
2. Egzaminimi Objektiv (Inspeksion ,palpacion ,perkusion , rinoskopi , endoskopi )
3. Imazheria :
  - f. Ro grafi dentare
  - g. Panoramex digital
  - h. Ro grafi sinusesh

- i. CT (prerje të ndryshme për sinusin maksilar vecanërisht aksiale dhe koronale)
- j. IRM
- 4. Antibiograme
- 5. Histopatologji
- 6. Konsulta disiplinore dhe ndërdisiplinore ( e domosdoshme konsulta O.R.L.)

### Protokolli ynë diagnostik për pacientët me sinusitin maksilar odontogjen kronik

Më poshtë po japim protokollin e diagnostikimit të pacientëve me sinusit maksilar kronik odontogjen.

Të dhënat		Nr. Pacientëve	Përqindja
Anamneza	Dhimbje	40	87.0
	Rrjedhje nga hunda	32	69.6
	Ndryshime të zërit	23	50.0
	Erë e keqe	20	43.5
	Manipulim stomatologjik	36	78.3
Egzaminimi objektiv	Inspeksion	46	100.0
	Palpacion	46	100.0
	Perkusion	46	100.0
	Rinoskopi	40	87.0
	Endoskopi	5	10.9
	Fistul oro-sinusale	20	43.5
Imazheria	Panorameks	46	100.0
	Ro- Grafi dentare	39	84.8
	Grafi sinusesh	46	100.0
	CT Skaner	40	87.0
	IRM	3	6.5
Antibiograma		10	21.7
Anatomo-patologjia		45	97.8
Konsulta ndërdisiplinore	ORL	40	87.0
	OKULISTIKË	2	4.3
	Mjek Stomatolog	10	21.7

**Tabela Nr.19 Protokolli i përdorur për vëndosjen e diagnozës së pacientëve me sinusit maksilar kronik odontogjen**

Sic shihet nga tabela nr.19 për vënien e diagnozës së sinusitit maksilar odontogjen kronik përvec anamnezës dhe egzaminimit objektiv dominon panorameksi 46 raste, Ro-Grafi sinusesh 46 raste, C.T. skaner 40 raste dhe egzaminimi histopatologjik 45 raste. Përsa i përket konsultave dominon konsulta O.R.L. dhe mungesa e epikrizës përciellëse nga mjeku stomatolog.

### Protokolli diagnostik për pacientët me kista të maksilës

Të dhënat		Nr. Pacientëve	Përqindja
Anamneza	Dhimbje	30	16.2
	Rrjedhje nga hunda	15	8.1
	Ndryshime të zërit	5	2.7
	Fryrje, spostim dhëmbësh	10	5.4
	Manipulim stomatologjik	60	32.4
Egzaminimi objektiv	Inspeksion	185	100.0
	Palpacion	185	100.0
	Perkusion	185	100.0
	Rinoskopi	5	2.7
	Endoskopi		0.0
	Fistul orale	10	5.4
Imazheria	Panoramex	185	100.0
	Ro- Grafi dentare	100	54.1
	Grafi sinusesh	90	48.6
	CT Skaner	40	21.6
	IRM	2	1.1
Antibiograma		2	1.1
Anatomo-patologjia	Pre Operatore	18	9.7
	Post operatore	185	100.0
Konsulta nderdisiplinore	ORL	10	5.4
	OKULISTIKE		0.0
	Mjek Stomatolog	10	5.4

### Tabela Nr.20 Protokolli i përdorur për vendosjen e diagnozës në pacientët me kista të maksilës

Sic shihet nga tabela e mësipërme për vënien e diagnozës përvec anamnezës dhe egzaminimit objektiv një ndihmesë të madhe na kanë dhënë dhe egzaminimi imazherik panorameksi, ro-grafi e sinuseve dhe C.T. skaneri, egzaminimi histopatologjik post operator në të gjithë rastet si dhe në 18 raste të cilët kanë qenë kista me permasa të mëdha është aplikuar incision biopsi preoperatore.

**Protokolli diagnostik për pacientët me tumore beninj të maksilës**

Të dhënat		Nr. Pacientëve (n=53)	Përqindja
Anamneza	Dhimbje	15	28.3
	Rrjedhje nga hunda	2	3.8
	Ndryshime të zërit	3	5.7
	Fryrje regj. maksilar	8	15.1
	Manipulim stomatologjik	5	9.4
Egzaminimi objektiv	Inspeksion	53	100.0
	Palpacion	53	100.0
	Perkusion	53	100.0
	Rinoskopi	5	9.4
	Endoskopi		0.0
Imazheria	Panoramex	53	100.0
	Ro- Grafi dentare	15	28.3
	Grafi sinusesh	15	28.3
	CT Skaner	45	84.9
	IRM	0	0.0
Antibiograma		0	0.0
Anatomo-patologjia	Pre operatore	6	11.3
	Post operatore	53	100.0
Konsulta nderdisiplinore	ORL	5	9.4
	OKULISTIKE	2	3.8
	Mjek Stomatolog	2	3.8

**Tabela Nr.21 Protokolli i përdorur për vendosjen e diagnozës së pacientëve me tumore beninj të maksilës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se vënia e diagnozës përveç anamnezës dhe egzaminimit objektiv te kujdesëshëm është realizuar nga panorameksi dixhital në 53 raste ,C.T. skaneri në 45 raste dhe histopatologjia për të gjithë rastet.

**Protokolli diagnostik për pacientët me tumore malinj të maksilës**

Të dhënat		Nr. Pacientëve (n=23)	Përqindja
Anamneza	Dhimbje	17	73.9
	Rrjedhje nga hunda	4	17.4
	Ndryshime të zërit	3	13.0
	Asimetri	6	26.1
	Manipulim stomatologjik	5	21.7
Egzaminimi objektiv	Inspeksion	23	100.0
	Palpacion	23	100.0
	Perkusion	23	100.0
	Rinoskopi	2	8.7
	Endoskopi	1	4.3
	Fistul oro-sinusale	6	26.1
Imazheria	Panorameks	23	100.0
	Ro- Grafi dentare	15	65.2
	Grafi sinusesh	20	87.0
	CT Skaner	23	100.0
	IRM	2	8.7
Antibiograma		0	0.0
Anatomo-patologjia	Pre operatore	14	60.9
	Post operator	23	100.0
Konsulta ndërdisiplinore	ORL	4	17.4
	Okulistike	4	17.4
	Mjek Stomatolog	5	21.7

**Tabela Nr.22 Protokolli i përdorur për vendosjen e diagnozës së pacientëve me tumore malinj të maksilës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se për vënien e diagnozës së tumoreve malinj në maksilë përveç anamnezës dhe egzaminimit objektiv na ka ndihmuar panorameksi 23 raste, ro grafi sinusesh 20 raste dhe C.T. skaner 23 raste si dhe egzaminimi histopatologjik pre dhe post operator konkretisht 14 preoperator dhe të gjithë rastet post operator.

**Protokolli diagnostik i anomalive të katit të mesëm të fytyrës**

Të dhënat		Nr. Pacientëve	Përqindja
Anamneza	Estetika	35	94.6
	Funksioni	36	97.3
	Estetika dhe Funksioni	37	100.0
	E Trashëguar	7	18.9
	E Fituar	30	81.1
Egzaminimi objektiv	Simetria e Fytyrës	37	100.0
	Dimensionet vertikal	37	100.0
	Dimensionet Transversal	37	100.0
	Profili i fytyrës	37	100.0
	Raportet Dentare	37	100.0
Imazheria	Panorameks	37	100.0
	Ro- Laterale	37	100.0
	Grafi sinusesh	37	100.0
	CT Skaner	5	13.5
	IRM		0.0
Konsulta nder-disiplinore	ORL	20	54.1
	OKULISTIKË		0.0
	Mjek Ortodont	37	100.0

**Tabela Nr.23 Protokolli i ndjekur për vendosjen e diagnozës së pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se për vënien e diagnozës së anomalive të katit të mesëm të fytyrës përvec anamnezës dhe egzaminimit objektiv na ka ndihmuar egzaminimi imazherik nepermjet ro-grafia laterale, ro-grafi sinusesh dhe panorameksi dixhital në të gjitha rastet. Në konsultat me specialistët e tjerë dominon konsulta e ortodontit në të gjithë rastet dhe konsulta O.R.L. në 20 raste.

**Protokolli diagnostik për pacientët me trauma të katit të mesëm të fytyrës**

Të dhënat		Nr. Pacientëve (n=42)	Përqindja
Anamneza	Dhimbje	42	100.0
	Rrjedhje nga hunda	10	23.8
	Ndryshime të zërit	8	19.0
	Dhuna	10	23.8
	Aksidente	32	76.2
Egzaminimi objektiv	Inspeksion	42	100.0
	Palpacion	42	100.0
	Perkusion	42	100.0
	Simetria e Fytyres	42	100.0
	Okluzioni	42	100.0
Imazheria	Panorameks	42	100.0
	Ro- Grafi dentare	10	23.8
	Grafi sinuses	30	71.4
	CT Skaner	42	100.0
	IRM		0.0
Konsulta nderdisiplinore	ORL	10	23.8
	OKULISTIKË	30	71.4
	Neurokirurgu	15	35.7

**Tabela Nr.24 Protokolli i ndjekur në vendosjen e diagnozës së pacientëve me traum të katit të mesëm të fytyrës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se në vënien e diagnozës së traumave të katit të mesëm të fytyrës përveç anamnezës dhe egzaminimit objektiv na ka ndihmuar imazheria C.T. skaneri në të gjithë rastet. Në konsultat dominojnë ato me okulistin në 30 raste dhe me neurokirurgun në 15 raste si dhe O.R.L. 10 raste.



**Protokolli dignostik për pacientët me fistula oro-sinusale**

Të dhënat		Nr. Pacientëve (n=8)	Përqindja
Anamneza	Dhimbje	5	62.5
	Rrjedhje nga hunda	8	100.0
	Ndryshime të zërit	7	87.5
	Fistul oro-sinusale	8	100.0
	Manipulimi stomatologjik	8	100.0
Egzaminimi objektiv	Inspeksion	8	100.0
	Palpacion	8	100.0
	Perkusion	8	100.0
	Rinoskopi	5	62.5
	Endoskopi		0.0
Imazheria	Panoramex	8	100.0
	Ro- Grafi dentare	4	50.0
	Grafi sinusesh	8	100.0
	CT Skaner	3	37.5
	IRM		0.0
Anatomo-patologjia		1	12.5
Konsulta nderdisiplinore	ORL	5	62.5
	OKULISTIKË		0.0
	Mjek Stomatolog	5	62.5

**Tabela Nr.25 Protokolli i ndjekur për vendosjen e diagnozës së pacientëve me fistul oro-sinusale**

Nga tabela e mësipërme rezulton se diagnoza e fistulave oro-sinusale vihet nga egzaminimi subjektiv dhe objektiv pa nënvlersuar dhe egzaminimet imazherike.

**Protokolli diagnostik për pacientët me ostomyelit të maksilës**

Të dhënat		Nr. Pacientëve (n=6)	Përqindja
Anamneza	Dhimbje	5	83.3
	Rrjedhje nga hunda	1	16.7
	Ndryshime të zërit	1	16.7
	Fistul oro-sinusale	1	16.7
	Manipulimi stomatologjik	3	50.0
Egzaminimi objektiv	Inspeksion	6	100.0
	Palpacion	6	100.0
	Perkusion	6	100.0
	Rinoskopi	1	16.7
	Endoskopi		0.0
Imazheria	Panoramex	6	100.0
	Ro- Grafi dentare	6	100.0
	Grafi sinusesh	1	16.7
	CT Skaner	5	83.3
	IRM		0.0
Antibio-grama		2	33.3
Anatomo-patologjia		6	100.0
Konsulta nderdisiplinore	ORL	1	16.7
	OKULISTIKË		0.0
	Mjek Stomatolog	4	66.7

**Tabela Nr.26 Protokolli i ndjekur për vendosjen e diagnozës së pacientëve me osteomyelit të maksilës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se diagnoza e osteomyelitit maksilar është vënë nga imazheria dhe egzaminimi anatomopatologjia pa nënvlersuar egzaminimin klinik.

## 2.8.3 Protokoli i trajtimit të patologjive maksilo-sinusale në studimin tonë

Përsa i përket trajtimit kirurgjikal të patologjive të ndryshme të marra në studim kanë dominuar kryesisht teknikat e reja kirurgjikale bashkëkohore, si përsa i përket sinusiteve maksilar, traumave, kirurgjisë ortognatike dhe rikonstruktive O.M.F..

Në pacientët tanë ne jemi munduar të shmangemi nga kirurgjia klasike invasive duke bërë disa modifikime që na kanë rezultuar të suksesëshme. Përsa i përket kirurgjisë traumatike dhe rikonstruktive kemi futur elementë të rinj të përdorimit të mikro dhe minipllakave gjë që ka rritur mjaft përfitimin e pacientëve tanë.

Një gjë e tillë është arritur jo vetëm nga trajnimet e herëpas-herëshme të stafit të këtij shërbimi por edhe falë zhvillimit të teknologjisë mjeksore.

### Protokoli i trajtimit të pacientëve me sinusitit maksilar kronik odontogjen

Nr. Pacientëve	Mjekim terapeutik						Mjekim kirurgjikal			
	Antibiotikë	Steroide	Dekongjestant	Antihistaminik	Analgjezik	Sprai & lavazh nazal	Caldwell-Luc	Danker	Jansen	FESS
46	44 (95.7)	20 (43.5)	45 (97.8)	2 (4.3)	45(97.8)	20 (43.5)	41 (89.1)	3 (6.5)	2 (4.3)	1 (2.2)

**Tabela Nr.27 Protokoli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me sinusit maksilar kronik odontogjen**

Nga tabela e mësipërme 44 raste ose 95.65% kanë përdorur mjekim terapeutik dhe të gjithë rastet i janë nënshtruar mjekimit kirurgjikal nga këto në 41 raste 89.13% është përdorur teknika kirurgjikale Caldwell-Luc.

### Protokoli i trajtimit të pacientëve me patologji kistike të maksilës

Nr. Pacientëve	Trajtim kirurgjikal			
	Cystektomi	Cystotomi	Cystektomi & Radikale klasike	Cystektomi & Radikale e modifikuar
185	153 (82.7)	4 (2.2)	21 (11.4)	7 (3.8)

**Tabela Nr.28 Protokoli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me kista të maksilës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se trajtimi i kistave të maksilës është bërë kryesisht me cystektomi 153 raste ose 82.70 %, në 28 raste ose 15.22% të kistave që kanë përfshirë sinusin maksilar ne kemi përdorur në 21 raste cystektomi dhe radikale klasike të sinusit dhe në 7 raste cystektomi dhe radikale e modifikuar e sinusit, duke ruajtur një pjesë të mirë të mukozës sinusale.

**Protokolli i trajtimit të pacientëve me tumore benignj të maksilës**

Nr.Pacientëve	Trajtim kirurgjikal	
	Ekscizion & biopsi	Ekscizion & Radikale e sinusit
53	48 (90.6)	5 (9.4)

**Tabela Nr.29 Protokolli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me tumore benignj të maksilës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se tumoret benignj të maksilës janë trajtuar me ekscizion dhe biopsi. Në 5 raste ose 9.43% është bërë ekscizion, radikale sinusi dhe biopsi.

**Protokolli i trajtimit të pacientëve me tumore malinj të maksilës**

Nr.Pacientëve	Trajtim Kirurgjikal		
	Ekscizion & Biopsi	Maksilektomi parciale	Maksilektomi Totale
23	19	2	2

**Taberla Nr.30 Protokolli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me tumore malinj të maksilës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se në trajtimin e tumoreve malinj të maksilës në 19 raste 82.60 % është përdorur ekscizion në kufinj onkologjik. Ndërsa në tumoret malinj që kanë përfshirë sinusin maksilar në 2 raste ose 8.70% është përdorur maksilektomi parciale intra orale dhe në 2 rastet e tjera ose 8.70% është përdorur maksilektomi totale ekstra orale (Weber-Ferguson).

**Protokolli i trajtimit të pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës**

Nr. Pacientëve	Trajtimi						
	Trajtim Ortodontik & Kirurgjikal			Trajtim Kirurgjikal			
37	33			37			
	Ortodonci Përpara kirurgjisë	Ortodonci pas kirurgjisë	Pa ortodonci	Le Fort I	Le Fort I& BSSO	SARPE	Të Tjera
37	30 (81.1)	3 (8.1)	4 (10.8)	5 (13.5)	24 (64.9)	5 (13.5)	3 (8.1)

**Tabela Nr.31 Protokolli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës**

Nga tabela e mësipërme konstatohet se 33 raste ose 89.20% i janë nënshtruar trajtimit ortodontik para dhe pas kirurgjisë dhe 4 raste ose 10.81 % i janë nënshtruar trajtimit kirurgjikal pa ortodonci, persa i përket osteotomive në nofulla në 24 raste ose 64.86% është bërë Le fort I dhe BSSO, në 5 raste ose 13.51% është bërë Le Fort I , në 5 raste ose 13.51% është bërë S.A.R.P.E. dhe në 3 raste ose 8.10% janë bërë osteotomi të ndryshme.

**Protokolli i trajtimit të pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës**

Nr Pacientëve	Trajtim Kirurgjikal	Trajtim kirurgjikal & Ortopedik
42	42	5

**Tabela Nr.32 Protokolli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës**

Nga tabela e mësipërme rezulton se traumat e katit të mesëm të fytyrës janë trajtuar në të gjithë rastet me trajtim kirurgjikal osteosinteze me miniplaka dhe në 5 raste ose 11.90% është bërë edhe kombinim me trajtim ortopedik.

**Protokolli i trajtimit të pacientëve me fistula oro-sinusale**

Nr Pacientëve	Trajtim kirurgjikal		
	Fistuloplastikë	Fistuloplastikë pas heqjes së trupit të huaj	Fistuloplastikë & Radikale sinusi
8	2 (25.0%)	5(62.5%)	1 (12.5%)

**Tabela Nr. 33 Protokolli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me fistula oro-sinusale**

Nga tabela e mësipërme rezulton se fistulat oro-sinusale janë trajtuar me fistuloplastikë pas eliminimit të trupit të huaj apo infeksionit paraprak të sinusit.

**Protokolli i trajtimit të pacientëve me osteomyelit të maksilës**

Nr. Pacientëve	Trajtim Kirurgjikal	
	Sekuestrektomi	Ekscizion Biopsi
6	4 (66.7%)	2 (33.3%)

**Tabela Nr.34 Protokolli i ndjekur për trajtimin e pacientëve me osteomyelit të maksilës**

Nga tabela më sipër rezulton se osteomyeliti maksilar është trajtuar nepermjet sekuestrektomisë dhe biopsi post operatore.

## 2.8.4 Protokoll i ndjekjes post operatore të pacientëve të trajtuar me patologji maksilo-sinusale në studimin tonë

Përsa i përket ndjekjes post operatore të patologjive tona të marra në studim për 20 vitet e fundit nuk ka ndonjë pyetsor standart në literaturë, për këtë arsye ne ndjekjen e pacientëve tanë e kemi realizuar duke përgatitur një pyetësor enkas për studimin tone me subjektivitetin e vet.

Protokollin ynë i ndjekjes post operatore është shtrirë në kohë që nga dita e operacionit deri në një periudhë 6 vjecare, duke e ndarë në 7-10 ditë, 3 muaj, 6 muaj, 1 vit, 3 vjet dhe 6 vjet.

Pacientët që janë operuar nga fund i periudhës së mësipërme nuk kanë mbushur periudhën 6 vjecare të ndjekjes por ato janë duke u ndjekur në vazhdimësi nga ana jonë.

Në ndjekjen post operatore ne kemi hasur disa vështirësi, kjo për neglizhencë të pacientëve apo lëvizjeve demografike, ndryshimi i numrit të telefonit si dhe në rastet kur pacienti nuk ka pasur shqetësime në lidhje me patologjinë e trajtuar gjë që konstatohet edhe në tabelat e mëposhtme.

### Ndjekja post-operatore e pacientëve me sinusit maksilar kronik odontogjen

Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3 vjet	6 vjet
46 (%)	46 (100.0)	46(100.0)	45(100.0)	40(100.0)	29(100.0)	7 (100.0)
Gjendja e Pacientëve	5 raste edemë	E mirë	E mirë	1 (2.5) rast recidivë	E mirë	E mirë

**Tabela Nr.35 Ndjekja post operatore e pacientëve me sinusit maksilar kronik odontogjen**

Nga tabela e mësipërme rezulton se pacientët tanë që kanë ardhur për kontroll pas periudhës 7-10 ditore 5 raste kanë paraqitur një edemë post operatore. Ato që kanë ardhur në periudhën 3-6 muaj janë paraqitur thuajse të gjithë pacientët e operuar dhe kanë rezultuar pa probleme.

Për periudhën 1 vjecare janë paraqitur 40 raste dhe vetëm 1 rast ka rezultuar me recidivë post operatore. Për periudhën 3 vjecare janë paraqitur 29 raste pa problem edhe për periudhën 6 vjecare janë paraqitur 7 raste të operuar që kanë rezultuar pa probleme.

### Protokoll i ndjekjes post operatore të pacientëve me patologji kistike të maksilës

Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3vjet	6vjet
185	185	182	175	150	80	25
Gjendja e Pacientëve	10 raste edemë	6 hapje e kavitetit kistik	2 raste defekt mukozal	1 rast me fistul oro-sinusale	1 rast recidivë	E mirë

**Tabela Nr.36 Ndjekja post operatore e pacientëve me kista të maksilës**

Nga tabela më sipër rezulton që në ndjekjen post operatore të pacientëve me patologji kistike në 7-10 ditëshin e parë 10 pacientë patën edemë , në 3 muaj kemi 6 raste me hapje të kavitetit kistik, në 6 muaj kemi 2 raste me defekt mukozal. Pas një viti rezulton që numri i pacientëve për kontroll është ulur dhe ato që janë paraqitur rezultojn 1 rast me fistul oro-sinusale dhe 1 rast me recidivë. Pas 3 vitesh janë paraqitur 80 raste nga të cilët 1 rast ka pasur recidivë. Për periudhën 6 vjecare janë paraqitur 25 raste që kanë rezultuar pa probleme.

### Protokolli i ndjekjes post operatore të pacientëve me tumore beninj të maksilës

Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3 vjet	6 vjet
53	53	53	51	45	24	9
Gjendja e Pacientëve	3 pacientë lëshim suturash	2 pacientë fistul oro-sinusale	1 pacient me fistul oro-sinusale 1 pacient recidivë	1 pacient recidivë	1 rast me recidivë	E mirë

### Tabela Nr. 37 Ndjekja post operatore e pacientëve me tumore beninj të maksilës

Nga tabela më sipër rezulton se pas 7-10 ditësh janë paraqitur të gjithë pacientët dhe në 3 raste janë kostatuar lëshim suturash, në 3 muaj janë paraqitur të gjithë pacientët dhe në 2 raste kanë patur fistul oro-sinusale, në 6 muaj janë paraqitur 51 pacientë dhe nga keto 1 rast me fistul oro-sinusale dhe 1 rast me recidivë, në 1 vit janë paraqitur 45 pacientë nga të cilët 1 rast me recidivë, në 3 vjet janë paraqitur 24 raste nga keto 1 rast me recidivë dhe në 6 vjet janë paraqitur 9 raste të cilët kanë rezultuar pa probleme.

### Protokolli i ndjekjes se pacientëve me patologji tumorale malinj të maksilës

Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3 vjet	6 vjet
23	23	23	23	18	10	5
Gjendja e Pacientëve	2 raste me hemoragji 2 raste me edemë	5 raste fistul oro-sinusale	5 raste me fistul oro-sinusale	2 raste me recidivë 2 raste me fistul oro-sinusale	1 rast fistul oro-sinusale 1 rast recidivë	1 rast me recidivë 1 rast me fistul oro-sinusale

### Tabela Nr. 38 Ndjekja post operatore e pacientëve me tumore malinj të maksilës

Nga tabela më sipër në ndjekjen post operatore të pacientëve me patologji tumorale malinje rezulton që në 7-10 ditëshin e parë 2 pacientë kanë qenë me hemoragji dhe 2 pacientë me edemë, në 3 muaj kemi pasur 5 raste me fistul oro-sinusale, në 6 muaj kemi patur 5 raste me fistul oro-sinusale deri në këtë periudhë janë paraqitur të gjithë pacientët e operuar. Në 1 vit kemi patur 2 raste me recidivë dhe 2 raste me fistul oro-sinusale nga 18 pacientë të paraqitur, në 3 vjet kemi patur 1 rast me recidivë dhe 1 rast me fistul oro-sinusale në 10 pacientë të paraqitur dhe në 6 vjet ndjekje post operatore kemi patur 1 rast me recidivë dhe 1 rast me fistul oro-sinusale në 5 pacientë të paraqitur për kontroll.

**Protokolli i ndjekjes së pacientëve të operuar me anomali të katit të mesëm të fytyrës**

Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3 vjet	6 vjet
37	37	37	37	30	12	3
Gjendja e Pacientëve	5 raste me edemë (13.5%) 2 raste me probleme okluzioni (5.4%)	1 rast malokluzion (2.7%)	Pa probleme	2 raste me zbulim të pllakave (6.7%)	1 rast me zbulim të pllakave (8.3%)	1 rast recidivë

**Tabela Nr.39 Ndjekja post operatore e pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës**

Nga tabela më sipër rezulton që në 7-10 ditëshin e parë janë paraqitur të gjithë pacientët dhe kanë rezultuar 5 raste me edemë dhe 2 raste me probleme okluzioni, në 3 muaj nga të gjithë pacientët e operuar ka rezultuar 1 rast me malokluzion, në 6 muaj janë paraqitur për kontroll të gjithë pacientët dhe kanë rezultuar pa probleme , në 1 vit janë paraqitur për kontroll 30 pacientë nga të cilët 2 raste kanë rezultuar me zbulim të minipllakave, në 3 vjet janë paraqitur për kontroll 12 pacientë nga të cilët 1 rast ka rezultuar me zbulim të minipllakave dhe në 6 vjet janë paraqitur për kontroll 3 raste nga të cilët ka rezultuar 1 rast me recidivë.

**Protokolli i ndjekjes post operatore të pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës**

Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3 vjet	6 vjet
42	42	35	32	30	25	10
Gjendja e Pacientëve	2 raste edemë (4.8%) 2 raste ekimozë (4.8%)	1 rast me mpirje te buzës (2.9%)	Pa probleme	1 rast malokluzion (3.3%)	1 rast me zbulim minipllake (4.0%)	E mirë

**Tabela Nr.40 Ndjekja post operatore e pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës**

Nga tabela më sipër rezulton se në 7-10 ditë të kontrollit të pacientëve janë paraqitur të gjithë rastet nga ku kanë rezultuar 2 raste me edemë dhe 2 raste me ekimozë të palpebrave , në periudhën 3 mujore jane paraqitur 35 raste nga te cilet 1 rast me mpirje të regjionit infraorbital, në periudhën 6 mujore janë paraqitur 32 raste që rezultuan pa problem, në periudhën 1 vjecare janë paraqitur 30 raste nga të cilët 1 rast me malokluzion, në periudhën 3 vjecare janë paraqitur 25 raste nga të cilët 1 rast me zbulim të pllakës dhe në periudhën 6 vjecare janë paraqitur 10 pacientë të cilet kanë qenë pa probleme.



### Protokolli i ndjekjes post operatore të pacientëve me fistula oro-sinusale

Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3 vjet	6 vjet
8	8 (100%)	8 (100%)	8 (100%)	7 (87.5%)	2 (25.0%)	1(12.5%)
Gjendja e Pacientëve	1 rast me edemë	E mirë	E mirë	E mirë	E mirë	E mirë

#### Tabela Nr.41 Ndjekja post operatore e pacientëve me fistula oro-sinusale

Nga tabela më sipër rezulton që në 7-10 ditë janë paraqitur të gjithë pacientët pas fistuloplastikës nga të cilët ka rezultuar 1 rast me edemë , në periudhat e tjera të kontrollit ato pacientë që janë paraqitur kanë rezultuar pa probleme.

#### Osteomyeliti i maksilës

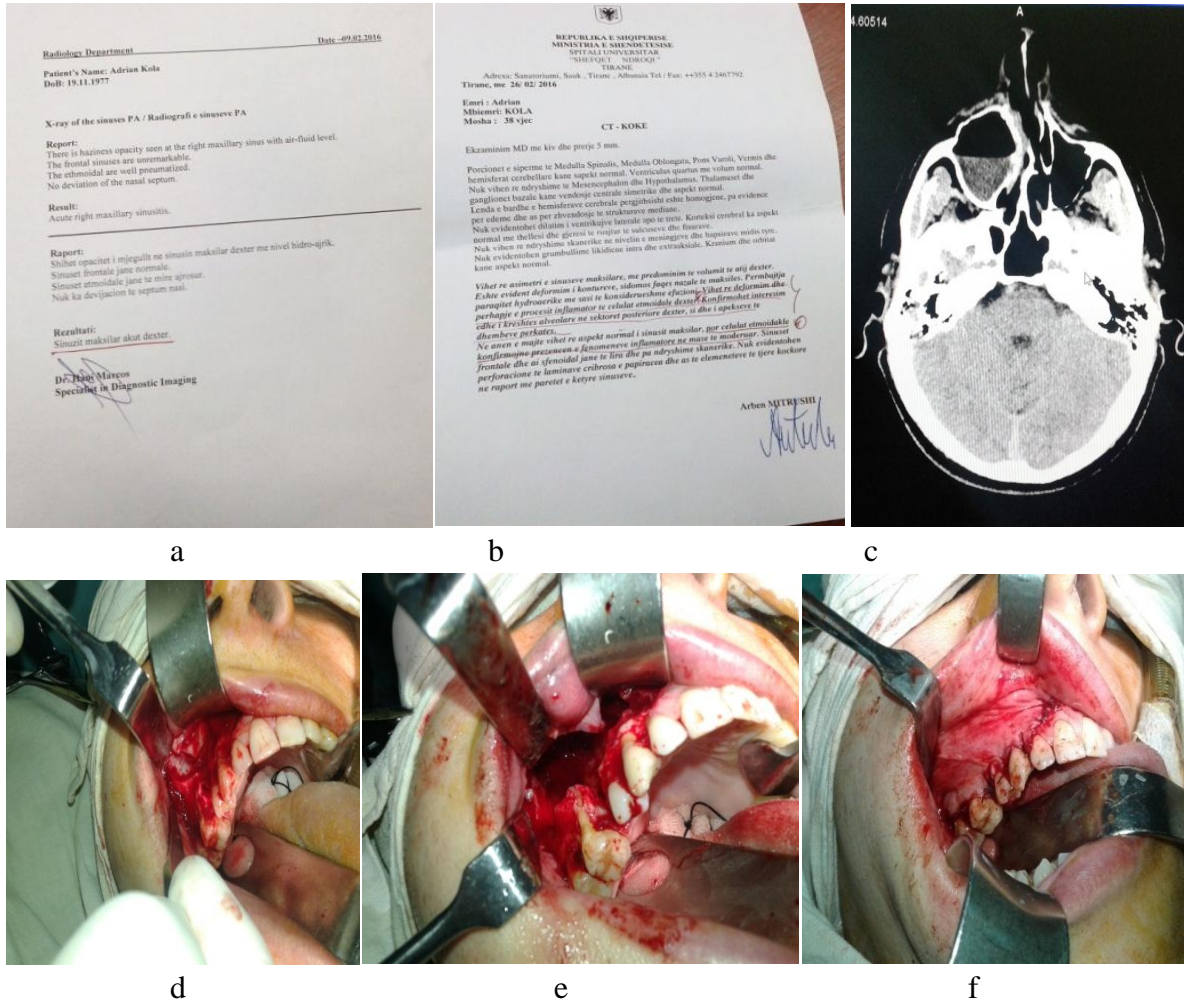
Nr Pacientëve	Ndjekja post operatore					
	7-10 ditë	3 muaj	6 muaj	1 vit	3 vjet	6 vjet
6	6 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	5 (83.3%)		
Gjendja e Pacientëve	E mirë	E mirë	E mirë	E mirë		

#### Tabela Nr.42 Ndjekja post operatore e pacientëve me osteomyelit të maksilës

Nga tabela më sipër rezulton që në ndjekjen post operatore të pacientëve të operuar me osteomyelit të maksilës deri në 1 vit thuajse janë paraqitur të gjithë pacientët dhe kanë rezultuar pa probleme.Pas kesaj periudhe pacientët nuk janë paraqitur më për kontroll.

*Ajo që vlen të theksohet është fakti se pas periudhës 3 vjeçare të ndjekjes post-operatore numri i pacientëve tanë të ardhur për kontroll është reduktuar ndjeshëm, me prejashim të rasteve me tumore malinj.*

## 2.9 Foto me raste klinike të patologjive që përfshijnë sinusin maksilar



**Rasti 1 A. K. 48 vjeç** Sinuzit maksilar kronik odontogjen dextrae.

- a. Përgjigjia e ro grafisë së sinuseve
- b. Përgjigjia e C.T. koke qafë
- c. Pamje nga C.T. \_ja
- d. Interventi kirurgjikal
- e. Aksesi në sinusin maksilar dextrae
- f. Radikale e modifikuar e sinusit pa komunikim nazal



a

b

*G. kore*

*TEKNIKA: Përgjigjia e C.T. Skanerit.*

*REZULTATI: Faza ecuri pratishtjeje të lësuarit cistozeloz. Cistozelozit detyrohet të lëvizë vertikalisht lateralisht në lypsin medial dhe të lësuarit cistozelozit superior. Kolektili i të drejtës të sinusit maxilar dëx me përbërje "eggshell". Përbërja e mukozës së sinusit maxilar dëx dhe fustel sin. dëx: vogël në afërsi të kolektilit. Cakullat mastoidiane të përcaktuara mundësi.*

*25.11.16*



c

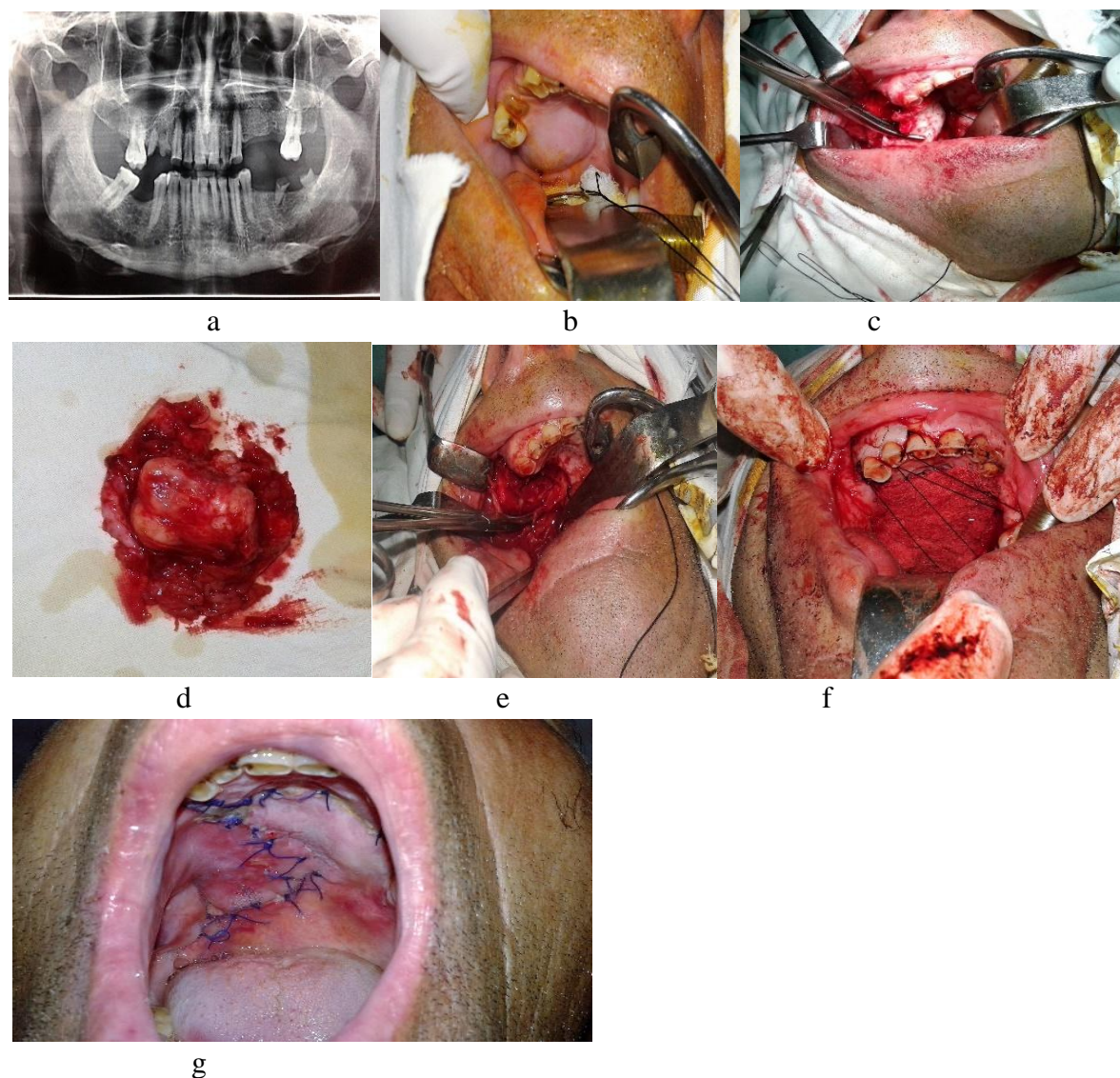
d

e

**Raste 2 J. G. 24 vjec** Cysta maksilare dextrae me penetrim në sinusin maksilar.

- a. Ro –grafi panorameks
- b. C.T. Skaner pamje të sinusit maksilar
- c. Përgjigjia e C.T. Skanerit
- d. Interventi kirurgjikal cystektomi dhe radikale e modifikuar e sinusit maksilar
- e. Mbyllja e sinusit me dren intraoral pa komunikim me hundën



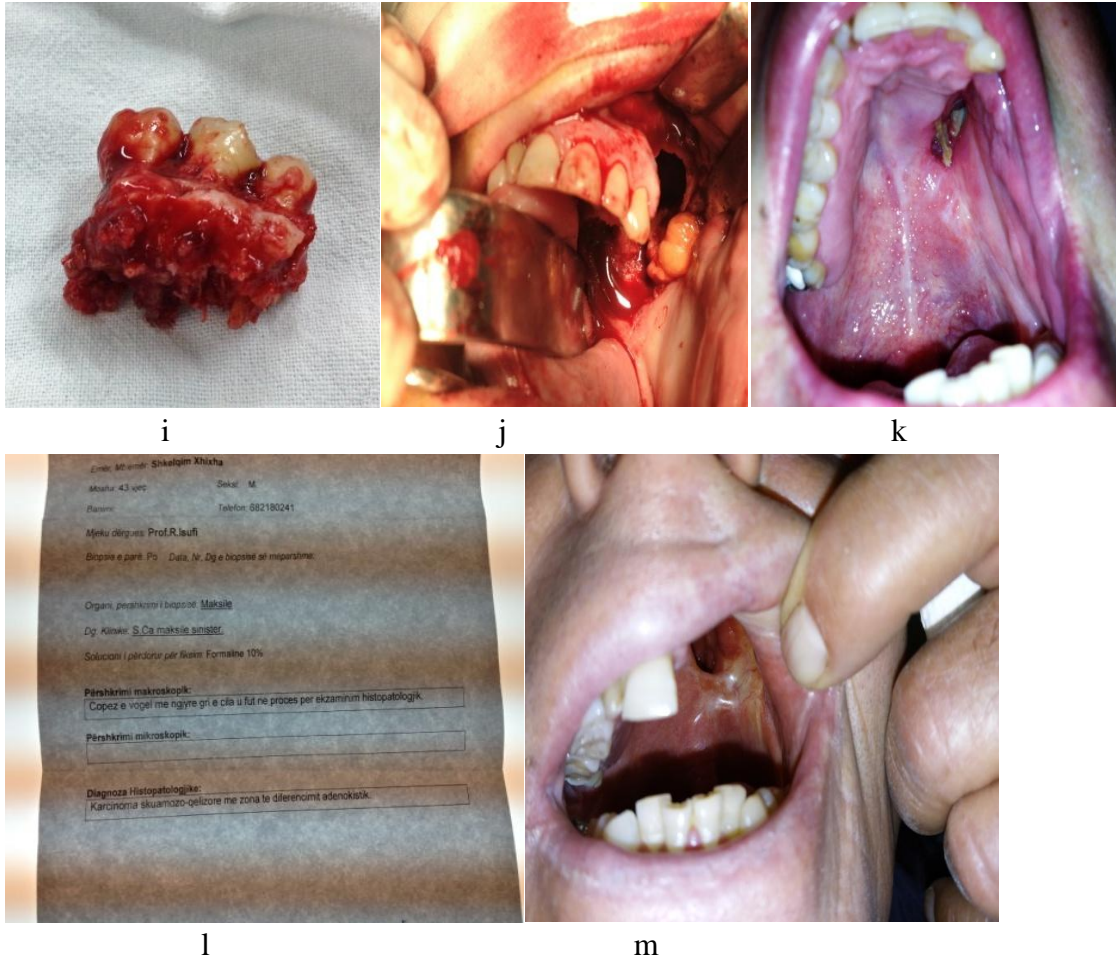


**Raste 3M. T. 62 vjec** Tumor miks i palatum durum dextrae me përfshirje të sinusit maksilar

- a. Pamje e ro -grafisë panoramike
- b. Pamje e masës në palatum
- c. Incizioni kirurgjikal
- d. Masa e hequr nga palatum
- e. Defekti pas heqies së tumorit
- f. Suturimi dhe mbullja e defektit
- g. Pamja e pacientit pas 10 ditësh

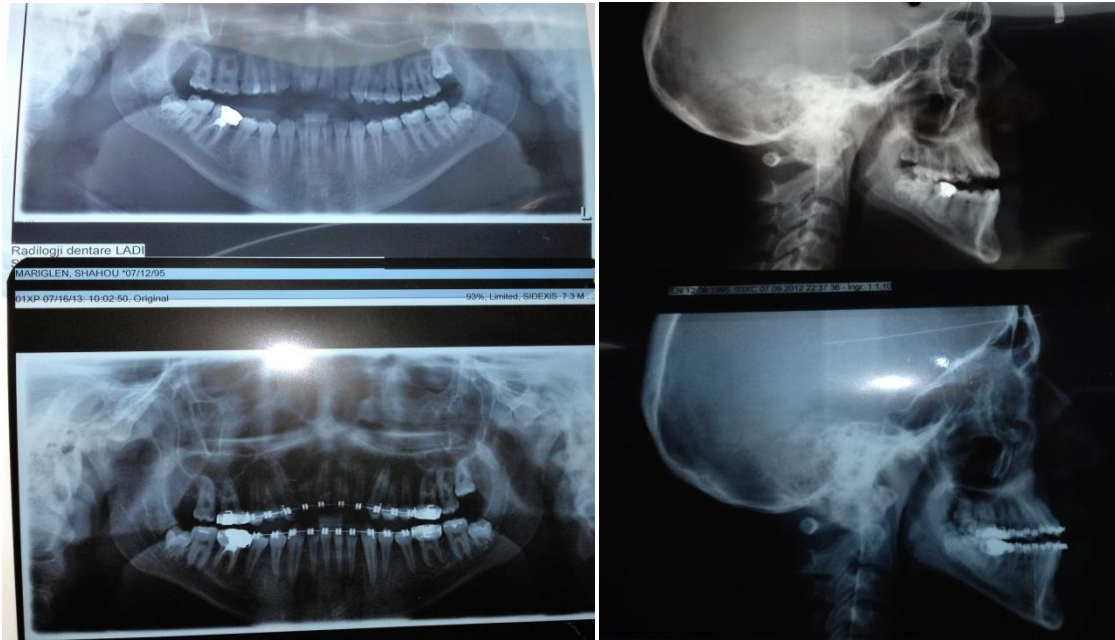






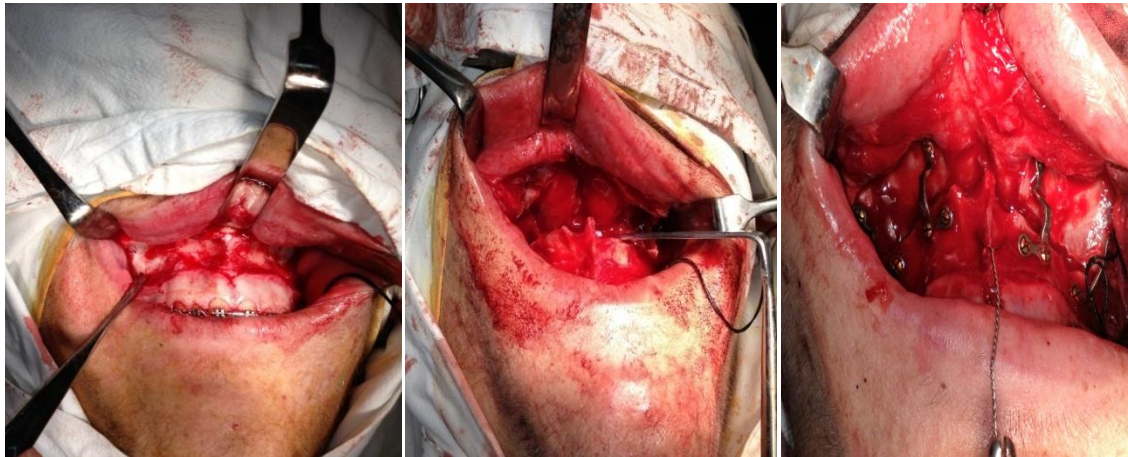
**Rasti 4 Sh. Xh. 48 vjec** Carcinoma maksilar sinistrae me përfshirje të sinusit maksilar.

- a. Ro –grafi panorameks
- b. Grafi e sinusesh,
- c. Pamje të lezionit në IRM
- d. Pamje e lezionit në C.T. Skaner
- e. Përgjigjia e Rezonancës Magnetike
- f. Përgjigjia e CT Skanerit
- i. Masa e ekscizuar
- j. Hapja e sinusit maksilar pas ekscizionit të masës
- k. Vendi ku u hoq lezioni pas 6 muajsh
- l. Përgjigjia e biopsisë
- m. Pamja e defektit pas 3 vitesh



a

b



c

d

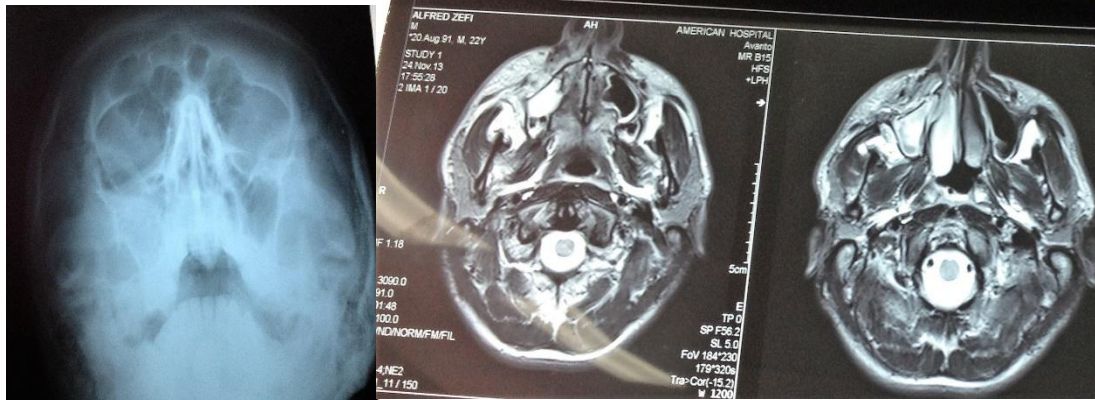
e

**Rasti 5 M. Sh.18 vjec**

**Hypoplazi maksilare**

- a. Ro-Grafi panorameks para dhe pas trajtimit ortodontik
- b. Ro-Grafi latero-laterale para dhe pas trajtimit ortodontik
- c. Incizioni kirurgjikal për korigjimin e anomalisë
- d. Prerja dhe shkëputja e maksilës (eksponohet sinusi maksilar)
- e. Vendosja e miniplakave për fiksimin e maksilës





a

b



c



d



e

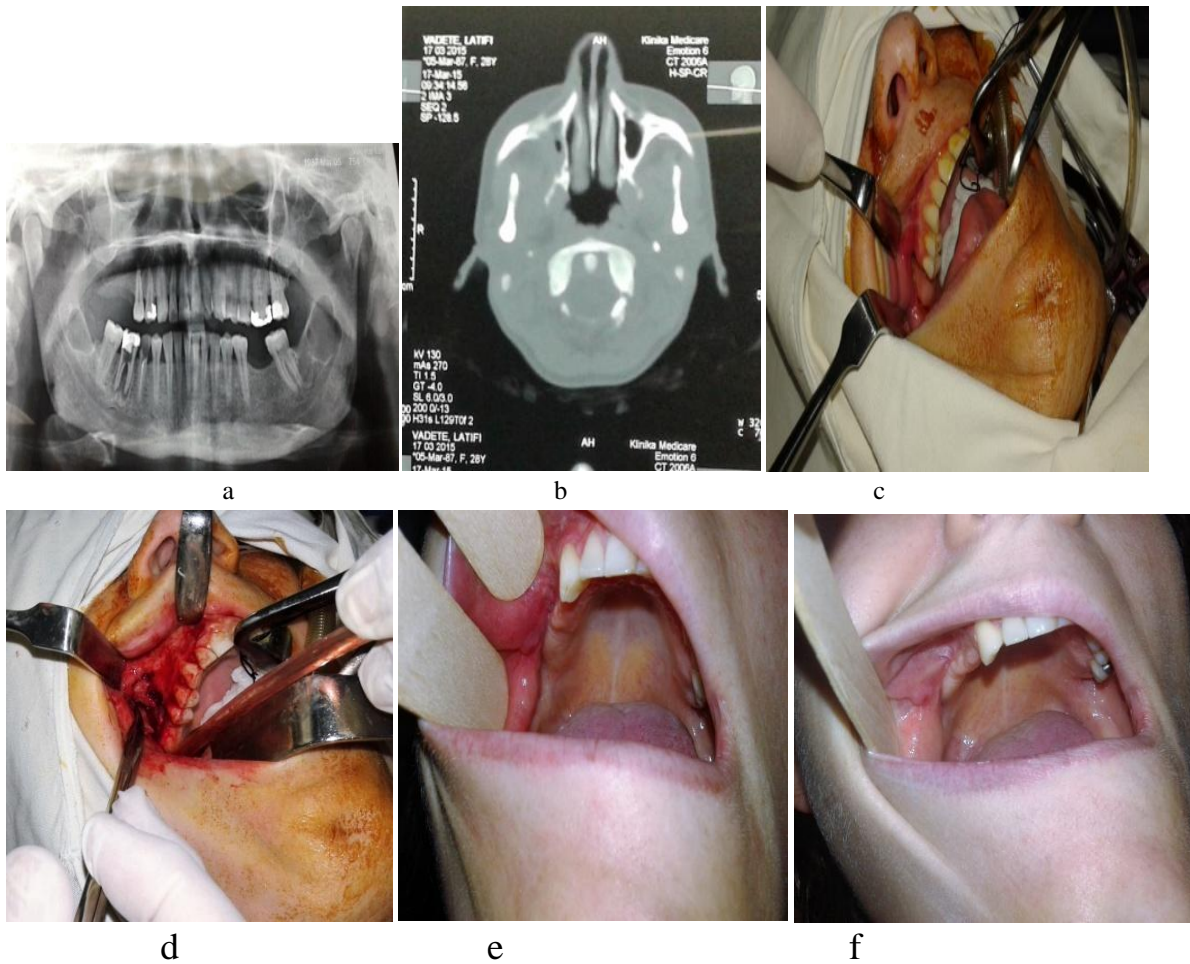


f

**Rasti 6 A. Z. 22 vjec** Frakture e sinusit maksilar dextrae

- a. Pamje e grafisë së sinuseve
- b. Pamje nga rezonanca magnetike
- c. Pamje e pacientit para nderhyrjes nën anestezi gjenerale
- d. Pamje e pacientit gjatë ndërhyrjes në vendosjen e mikro pllakave në maksilë
- e. Pamje e pacientit në okluzion qendror pas 3 muajsh
- f. Prova e hapjes së gojës së pacientit pas 1 viti





- Rasti 7 V.L. 28 vjec** Fistul oro-sinusale maksilare dextrae
- a. Ro-Grafi panorameks
  - b. Pamje e sinusit maksilar dextra në CT Skaner
  - c. Pamja e fistules oro-sinusale
  - d. Ndërhyrja kirurgjikale ( fistuloplastikë)
  - e. Pacientia pas 3 muajsh nga ndërhyrja
  - f. Pacientia 1 vit pas ndërhyrjes

## 2.9 Diskutime

Ne do të diskutojmë rezultatet e studimit tonë duke i debatuar dhe ballafaquar me të dhënat e literaturës kombëtare dhe ndërkombëtare. Në vartësi të prioritetit të objektivave të studimit të pacientëve tanë do të realizojmë diskutimet për të gjitha patologjitë maksilo-sinusale.

### Sinuziti maksilar kronik odontogjen

#### *Frekuenca e sinuzit maksilar kronik odontogjen në pacientët e marrë në studim*

Nga studimi ynë rezulton se në 400 raste të marra në studim 46 ose 11.5% janë me sinuzit maksilar, autorët Johnson NR<sup>1</sup>, Gannon OM, Savage NW japin 2.29% por e kanë llogaritur sinuzitin odontogjen në raport me të gjithë patologjitë e sinuseve paranazale<sup>(136)</sup>, ndërsa autorët Rafael.Cr.Martinez et al. japin se sinuziti maksilar odontogjen zë 10-40% të sinuziteve maksilarë<sup>(108)</sup> dhe autorët Christian. B et al japin 98% të rasteve të sinuzitit maksilar si shkak nga lezionet periapikale të dhëmbëve posterior maksilar.<sup>(109)</sup>

Në literaturën shqiptare nuk gjetëm studime të njëjta apo të përafërta me studimin tonë për të bërë krahasim të rezultateve.

Përsa i përket diagnozës histopatologjike ne kemi 50% sinuzit kronik, 43.48% sinuzit kronik polipoz dhe 6.52% trashje të mukozës ose pseudo-polipoz. Autorët Jarosław Miłośki, Piotr Pietkiewicz, Joanna Urbaniak, Jurek Olszewski në studimin e tyre në revistën Otolaringologia Polska japin sinuzit kronik polipoz 56.5%, sinuzit kronik 22.8% dhe 7.3% trashje të mukozës ose pseudopolipoz<sup>(125)</sup>. Autorët Guy Cormely et al japin trashje të mukozës < 10 mm 25.7%<sup>(110)</sup> dhe autorët Johnson NR<sup>1</sup>, Gannon OM, Savage NW trashje të mukozës mbi >10 mm 74.3%<sup>(136)</sup>. Kjo vërtetohet se trajtimi kirurgjikal në pacientët tanë është bërë pasi është përcaktuar një diagnozë egzakthe e sinuzitit kronik odontogjen kjo e vendosur edhe pas konsultës me kirurgun ORL dhe vlerësimit të CT së sinusit.

Autorët Johnson NR<sup>1</sup>, Gannon OM, Savage NW japin trashje të mukozës sinusale 21.25%, polip i sinusit 10.76% dhe sinuzit kronik odontogjen 2.29%.<sup>(136)</sup>

Nga krahasimi i rezultateve tona me autorët e mësipërm vihet re diferencë në përqindje kjo për arsye së autorët e mësipërm e kanë studiuar sinuzitin maksilar në raport me të gjithë sinuzitet e tjerë paranazal.

Përsa i përket gjinisë në studimin tonë rezulton se dominon seksi mashkull me 61%, autorët Rafael.Cr.Martinez et al. japin meshkujt 60%<sup>(108)</sup>, autorët Jarosław Miłośki, Piotr Pietkiewicz, Joanna Urbaniak, Jurek Olszewski japin meshkujt 54.63%<sup>(125)</sup>

Ana e majtë është ana më e prekur me sinuzit maksilar odontogjen me 54% të rasteve tona. Autorët Jarosław Miłośki, Piotr Pietkiewicz, Joanna Urbaniak, Jurek Olszewski japin patologji të sinusit maksilar 57% në anën e majtë dhe 43% ana e djathtë duke përfshirë dhe patologji të tjera të sinusit<sup>(125)</sup>. Nuk kemi gjetur argumente në literaturë për përqindjen më të madhe të prekjes së anës së majtë nga këto patologji por mund të përmendim studimin nga autorja Ann.

W.Kummer 2014 i cili referon që anomalitë e lindura dhe kryesisht ato të buzës dhe të qiellzës janë më të shprehura në anën e majtë <sup>(138)</sup> .

Grupmosha më e prekur në studimin tonë për sinuzitin maksilar odontogjen është 21-40 vjeç e pasuar nga grupmosha 41-60 vjeç. Frekuenca më e madhe në këtë grupmoshë vjen për arsye të rritjes së manipulimeve gjatë trajtimit të kariesit , ekstraksionit të dhëmbëve dhe kirurgjisë dento-alveolare. Të njëjtin rezultat ndajnë edhe autorët Rafael.Cr.Martinez et al. të cilët referojnë si moshë mesatare 47.8 vjeç që afrohet me moshën mesatare të studimit tonë <sup>(108)</sup> .

### ***Vendosja e diagnozës së sinuzitit maksilar kronik odontogjen në pacientët e marrë në studim***

Nga studimi ynë rezulton se për vendosjen e diagnozës së sinuzitit maksilar odontogjen kronik përveç anamnezës dhe egzaminimit objektiv kërkohet panorameksi digital, ro- grafi sinusesh, C.T skaner (prerje aksiale dhe koronale) , egzaminimi histopatologjik si dhe konsulta O.R.L. Të njëjtin mendim me ne ndajnë edhe autorët, Ramazan Isufi, Lore & Medina, James A. , Pushkar Mehra, Prof. Pjerin Radovani, etj ... <sup>(1,2,3,6,8,9,12,13,14,30,31,36,99,108)</sup> .

Të gjithë pacientët tanë me sinuzit kronik odontogjen janë trajtuar ambulatorisht me mjekim terapeutik si antibiotiko-terapi mbi 2 javë konkretisht augmentini 625 mg 2 here 1 tabletë dita, vitamin B kompleks 3 here 1 tablete dita, steroide si betamethasoni topical , dekongjestant phenylepinefrina topikale si dhe antihistaminik mequitazini etj....

### ***Trajtimi kirurgjikal i sinuzitit maksilar kronik odontogjen në pacientët e marrë në studim***

Në bazë të studimit tonë pacientët pasi janë trajtuar me mjekimin e mësipërm dhe nuk kanë pasur rezultat i janë nënshtruar mjekimit kirurgjikal dhe në 41 raste ose 89.13 % është përdorur teknika kirurgjikale Calwell-Luc, në një rast është përdorur F.E.S.S, në 3 raste është përdorur Danker dhe në 2 raste Jansen. Po të njëjtat rezultate janë konstatuar dhe në literaturën e mëposhtme, Ramazan Isufi, Lore & Medina, James A. , Pushkar Mehra, Prof. Pjerin Radovani, R. Simuntis etj ... <sup>(1,2,3,6,7,8,9,10,12,13,14,30,31,36,99,108)</sup>

Me ndonjë përjashtim nga autorët Daniel Simmen, Nick Jones dhe Levine HL, Clemente MP që japin përqindje më të lartë të përdorimit të F.E.S.S. <sup>(46,67)</sup> .

Kjo diferencë në përqindje ka ardhur për faktin se F.E.S.S. nuk përdoret në Q.S.U.T. dhe një pjesë e pacientëve e kanë refuzuar ta bejnë në mënyrë private.

### ***Ndjekja post operative e pacientëve me sinuzit maksilar kronik odontogjen***

Nga studimi ynë ka rezultuar që në pacientët e operuar me sinuziti kronik maksilar odontogjen në periudhën operative 1 vjeçare kemi patur 1 rast me recidivë i cili është rioperuar. Ajo që del nga ndjekja post-operative e pacientëve tanë është se numri i rasteve për kontroll pas vitit të parë ka ardhur duke u zvogëluar . Mendojmë se periudha e ndjekjes post operative të pacientëve të operuar me sinuzit maksilar kronik odontogjen duhet të jetë deri në një periudhë 3 vjeçare. Të

njëjtin opinion me ne ndajnë edhe autorë të ndryshëm si, Ramazan Isufi, Sysolyatin P.G. , Anthony B. Longhim, R. Simuntis, Paulius Ligincius, etj ... (1,7,9,12,13,14,30,31,36) .

## Kistat maksilarë

### *Frekuenca e kistave të maksilës në pacientët e marrë në studim*

Patologjite kistike të maksilës zënë 46.25 % të totalit të rasteve të marra në studim dhe ato që përfshijnë sinusin maksilar zënë 7.75%. Ndërsa kistat që përfshijnë sinusin maksilar në raport me numrin total të kistave të maksilës zënë 16.75%.

Autorët A.V. Jones, G. T. Craig, C. D. Franklin japin një përqindje 33.8% të kistave në maksilë dhe mandibul (140) .

Përsa i përket gjinisë më të prekur rezultojnë meshkujt me 64% të rasteve, autorët Banu Gurkan Koseoglu et al japin 57% meshkuj, ndërsa autorët A.V. Jones, G. T. Craig, C. D. Franklin japin 58.4 % meshkuj (139) (140) .

Të dhënat e diagnozës histopatologjike në studimin tone rezultojnë kista radikularë 83%, kista folikularë 11% dhe kista të tjerë 6%. Përqindje të ndryshme gjejmë në studime të ndryshme si përshebull studimi nga autorët Johson NR et al jep kistat radikularë 45.7%. Autorët Johnson NR<sup>1</sup>, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD japin 54.6% kista radikularë, 20.6 % kista folikular dhe kista të tjerë 11.7%, autorët Banu Gurkan Koseoglu et al japin kista radikular 59%, folikular 14% dhe kista të tjerë dhe keratokista 27%. Të tjerë autorë si A.V. Jones, G. T. Craig, C. D. Franklin japin kista radikular 52.3%, kista folikular 18.1%, keratokista dhe kista të tjerë 11.6%. Autorët F. Guilbert et al japin 58.75% kista radikular, kista folikular 21.30%, dhe kista të tjerë 19.95 % . Raportet të tjera gjejmë në studimin nga autorët Tom D. Daley et al të cilët japin kista radikular 65.15% , kista folikular 24.08% , kista të tjerë 10.77% apo dhe studimi nga autorët Esther Mamar et al. ku kista radikular përbëjnë 55% të rasteve , kista folikular 25% dhe kista të tjerë 20% . Në studimi tone kistat radikular zënë 83% të rasteve, shifër kjo e lartë në krahasim me autorët e mësipërm çka argumentohet me faktin se përkujdesja për dhëmbët në vendin tonë nuk është akoma në nivelin e duhur (114) (120) (136) (139) (140) (144) (145) .

Grupmosha më e prekur nga kistat e maksilës është 21-40 vjeç me 44.86% të rasteve pasuar nga grupmosha 41-60 vjeç me 28.80% të rasteve, autorët A.V. Jones, G. T. Craig, C. D. Franklin japin moshën mesatare 42 vjeç (140) .

### *Diagnoza e kistave të maksilës në pacientët e marrë në studim*

Për vënien e diagnozës në kistat e maksilës përvec anamnezës dhe egzaminimit objektiv na ka ndihmuar panorameksi digital, ro grafitë dentare , C.T. skaneri si dhe egzaminimi histologjik pre dhe post operator. Këto të dhëna japin edhe autorët e mëposhtëm si: Ramazan Isufi, Lore & Medina, James A. Duncavage, Johson NR et al, F. Guilbert et al, etj... (1,2 ,3,114,120,130,131,136,140,145) .

### ***Trajtimi i kistave të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Përsa i përket trajtimit të kistave të maksilës ka predominuar cistektomia në 153 raste ose 82.70%. Ndërsa në 28 raste ose 15.22% janë kista që kanë përfshirë sinusin maksilar. Nga këto në 21 raste ose 75 % është përdorur cistektomi dhe radikale klasike e sinusit maksilar dhe në 7 raste ose 25 % është përdorur cistektomi dhe radikale e modifikuar e sinusit duke i dhënë mundësi rigjenerimi të mukozës së Shneiderit. Shifra të përafërta me tonat japin edhe autorët e mëposhtëm, Ramazan Isufi, Johson NR et al, I.Clin, Anshuman Jamade et Al, Johnson NR, etj ... (1,114,130,131,136,139,140,145)

### ***Ndjekja post operative e pacientëve me kista të maksilës***

Duke analizuar ndjekjen post operative të pacientëve të operuar me kista të maksilës në studimin tonë në periudhën 3-6 muaj kemi 8 raste ose 4.32 % me hapje të kavitetit kistik apo defekt mukozal. Për periudhën 1 – 3 vjet numri i pacientëve për kontroll ka ardhur duke u ulur dhe në 1 rast ka pasur fistul oro-sinusale, 1 rast me recidivë. Per periudhën 3 vjeçare janë paraqitur 80 raste ose 43.24 % nga këto 1 rast ka ardhur me recidivë.

Për periudhën 6 vjeçare janë paraqitur 25 raste ose 13.51 % të cilët nuk kanë pasur problem edhe autorë si Ramazan Isufi, Johson NR et al, I.Clin, Anshuman Jamade et Al, Johnson NR, etj ... japin përqindje të përafërta me studimin tonë për ndjekjen post operative të kistave të maksilës. (1,114,130,131,136,139,140)

## **Tumoret beninj të maksilës**

### ***Frekuenca e tumoreve beninj të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Tumoret beninj të maksilës në studimin tonë zënë 13.25 % të rasteve në total. Autorët Ahmed. A et al japin tumoret beninj në raport me tumoret e tjera të kockave fqinj me maksilën 28%, autorët W. Jing et al shprehin se në studimin e tyre 97% tumoreve odontogjen janë beninj dhe 3% tumore malinj. Autorët F. Guilbert et al japin tumore beninj odontogjen 98.65% dhe tumore malinj 1.35% , autorët Hai-Jan Luo et al japin 3.92 % të të gjithë patologjive e zënë tumoret odontogjene (111) (120) (141) (143)

Nga studimi ynë rezulton se tumoret beninj maksilarë në 9.44% të rasteve përfshijnë sinusin maksilar.

Përsa i përket gjinisë në studimin tonë rezulton se tumoret beninj në maksilë prekin femrat në 57% të rasteve , autorët W. Jing et al. japin raportin 1:4 meshkuj / femra per popullatën e Kinës në një studim në vitin 2007 (141)

Interventi kirurgjikal më i përdorur për trajtimim e tumoreve beninje në pacientët tanë është ekscizion dhe biopsi në 91% të rasteve , në 9% të rasteve është bërë dhe radikale e sinusit.

Të njëjtin mendim ndajnë dhe shume autorë të tjerë si Ramazan Isufi, Lore & Medina, etj... (1,2)



Diagnoza histopatologjike ka rezultuar 60% tumore jo-odontogjen dhe 40% tumore odontogjen, në studimin e autorëve Johnson NR et al tumore beninj odontogjen zënë 70.64 % dhe 29.36% zënë tumoret jo odontogjen <sup>(114)</sup> .

Tumoret beninj të maksilës në studimin tonë preferojnë grupmoshen 21-60 vjeç, në studimin e autorëve Ahmed. A et al preferojnë grupmoshën 50-60 vjeç dhe studimi i autorëve Laura Wertheimer-Hatch George F. Hatch, III Kathryn F. Hatch B.S. Gregory B. Davis D. Kay Blanchard Roger S. Foster, Jr. John E. Skandalakis jep si grupmoshë më të prekur 40-49 vjeç <sup>(111) (142)</sup> .

### ***Diagnoza e tumoreve beninj të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Për vënien e diagnozës në pacientët me tumore beninj të maksilës në studimin tonë jemi orjentuar nga anamneza, egzaminimi objektiv, panorameksi digital, C.T. skaneri dhe egzaminimi histopatologjik edhe autorë të tillë si Ramazan Isufi, Lore & Medina , James A. Duncavage , Ahmed. A et al, W. Jing et al, Hai-Jan Luo et al, Tom D. Daley et al zbatojnë të njejtin protokoll për vendosjen e diagnozës <sup>(1,2,3, 111,141,143,144)</sup> .

### ***Trajtimi i tumoreve beninj të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Nga studimi ynë rezulton se të gjithë tumoret beninj të maksilës janë trajtuar me ekscizion në kufinj të shëndoshë, në 5 raste ose 9.43% është bërë ekscizion radikale sinusi maksilare dhe biopsy edhe studimet e autorëve Ramazan Isufi, Ahmed. A et al, W. Jing et al, Hai-Jan Luo et al, Tom D. Daley et al paraqesin të njejtin trajtim <sup>(1,111,141,143,144)</sup> .

### ***Ndjekja post operatore e pacientëve me tumore beninj të maksilës***

Duke analizuar ndjekjen post operatore të pacientëve të operuar me tumore beninj të maksilës ajo që bie në sy është se në periudhën 3 mujore janë paraqitur të gjithë pacientët nga të cilët 2 raste kanë ardhur me fistul oro-sinusale. Në periudhën 1 vjeçare janë paraqitur 45 raste ose 84.90 % nga të cilët 1 rast me fistul oro-sinusale dhe 2 raste me recidivë. Në periudhën 3 vjeçare janë paraqitur 24 raste ose 45.28 % nga të cilët 1 rast me recidivë.

Për periudhën 6 vjeçare janë paraqitur 9 raste ose 16.98 % dhe asnjë pacient me problem. Në studimet e autorëve Ramazan Isufi, Ahmed. A et al, F. Guilbert et al, W. Jing et al, Hai-Jan Luo et al, Tom D. Daley et al ka vlera të përafërta me studimin tonë në ndjekjen post operatore të pacientëve me tumour beninj të maksilës <sup>(1,111,120,141,143,144)</sup> .

## Tumoret malinj të maksilës

### *Frekuenca e tumoreve malinj të maksilës ne pacientët e marrë në studim*

Nga studimi ynë rezulton se tumoret malinj të maksilës zënë 5.75 % të totalit të rasteve të marra në studim, autorët Johnson NR<sup>1</sup>, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD në studimin e tyre japin carcinoma të sinusit maksilar 3% , në studimin e autorëve Arnold C. Paulino et al tumore malinj të maksilës zënë 2-3 % të tumoreve malinj kokë-qafë <sup>(132)(136)</sup> , ndërsa tumoret malinj që kanë përfshirë sinusin maksilar janë 17.4% të tumoreve malinj të maksilës të marrë në studim, në studimin e autorëve Viau Kump et al rezulton që carcinoma e sinusit maksilar zë 80 % të të gjithë rasteve të tumoreve malinj të sinuseve paranazal <sup>(146)</sup>.

Përsa i përket gjinisë nga studimi ynë rezulton se 61% janë meshkuj dhe 39% janë femra, autorët Alvares MD et al në studimin e tyre japin 73.64% meshkuj dhe 26.36% femra por llogarit edhe sinuset e tjerë paranazal, në një studim tjetër të autorëve Jamashita T et al rezulton 91.2% meshkuj dhe 8.8 % femra dhe në studimin e autorëve Viau Kump et al rezultojnë meshkuj 31% dhe femra 68% <sup>(112)(122)(146)</sup> .

Nga studimi histopatologjik i rasteve tona ka rezultuar se carcinoma skuamose zë 30 % , carcinoma glandular zë 17 % dhe tumore të tjerë malinj me diagnoze histopatologjike të ndryshme zënë 53% ( carcinoma spinocelulare, limfoma, tu malinj të pa specifikuar). Përqindja më e madhe e këtyre të fundit ka ardhur si pasojë e mos përcaktimit egzakt të diagnozës histopatologjike nga anatomopatologu.

Autorët Johnson NR<sup>1</sup>, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD në studimin e tyre japin një diagnozë histopatologjike me 85% carcinoma skuamoqelizore, 5-15 % carcinoma glandulare dhe tumore malinj të tjerë, në studimin e autorëve Alvares MD et al zë përqindjen më të madhe carcinoma skuamo-qelizore pasuar nga tu malinj glandular <sup>(112)(136)</sup> .

Grupmosha më e prekur në studimin tonë rezulton mbi 60 vjeç ndjekur nga grupmosha 41-60 vjeç.

Studimi i autorëve Alvares MD et al jep si moshë mesatare në tumoret malinj 59 vjeç, studimi i autorëve Jamashita T et al jep si moshë mesatare në tumoret malinj 62.7 vjeç dhe studimi i autorëve Viau Kump et al jep për tumoret malinj të maksilës moshën nën 50 vjeç 39.6% dhe moshën mbi 50 vjeç 60.94% <sup>(112)(122)(146)</sup> .

Nga studimi ynë rezulton se në tumoret malinj të maksilës është përdorur në 82% ekscizion në kufinj onkologjik , në 9% maksilektomi totale dhe në 9% maksilektomi parciale edhe në studimet e autorëve Alvares MD et al dhe Jamashita T et al ka vlera të përafërta <sup>(112,122)</sup> .

Studimi i autorëve Arnold C. Paulino et Al rezulton se 35-45% të tumoreve të maksilës janë konsideruar inoperabël <sup>(132)</sup> .

Nga literatura mbijetesa në tumoret malinj të nofullave shkon ne 40-60%, në rastet kur ka metastaza regjionale mbijetesa përgjysmohet.

### *Diagnoza e tumoreve malinj të maksilës në pacientët e marrë në studim*

Për vënien e diagnozës së tumoreve malinj të maksilës ne jemi orjentuar nga anamneza egzaminimi objektiv, panorameksi digital, ro- grafi sinusesh,C.T., egzaminimi histopatologjik pre dhe post operator si dhe konsultat me specialistë të regjioneve fqinjë edhe në studimet dhe botimet e autorëve të ndryshëm si Ramazan Isufi, Pjerin Radovani, Rosa Angelica, Majumdar B, etj... përdoret i njëjti protokoll <sup>(1,8,20,43,48, 112,122,124,132,146)</sup>.

### ***Trajtimi i tumoreve malinj të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Në studimin tonë rezulton se për trajtimin e tumoreve malinj të maksilës në 19 raste ose 82.60% është përdorur ekscizion në kufinj onkologjik. Ndërsa nga tumoret që kanë përfshirë sinusin maksilar në 2 raste ose 8.70% është përdorur maksilektomi parciale intraorale dhe në 2 raste është përdorur maksilektomi totale ekstraorale Weber-Ferguson, përfundime që përputhen edhe me studimet e autorëve si Ramazan Isufi, Pjerin Radovani, Rosa Angelica, Majumdar B, etj... <sup>(1,8,20,43,48,112,122)</sup>.

### ***Ndjekja post operatore e pacientëve me tumore malinj të maksilës***

Në ndjekjen post operatore të pacientëve me tumore malinj të maksilës rezulton që në periudhën 3-6 muaj janë paraqitur të gjithë pacientët e operuar nga të cilët 5 raste me fistul oro-sinusale si pasojë e defektit të krijuar pas trajtimit në kufijë onkologjik të tumorit malinj. Në periudhën 1-3 vjeçare janë paraqitur 18 raste ose 78.26 % nga këto 3 raste me recidivë dhe 3 raste me fistul oro-sinusale.Në periudhën 6 vjeçare janë paraqitur për kontroll 5 raste ose 21.74 % nga të cilët 1 rast me recidivë dhe 1 rast me fistul oro-sinusale.Mendojmë se numri i pakët i kontrollit të pacientëve në vite ka ardhur si pasojë e neglizhencës së pacientëve, mos plotësimit të periudhës 6 vjeçare dhe si pasojë e mortalitetit. Përsa i përket ndjekjes së pacientëve me tumore malinj të maksilës edhe protokollat e autorëve të ndryshëm si Ramazan Isufi, Pjerin Radovani, Rosa Angelica, Majumdar B, etj... janë të njëjta me atë tonin <sup>(1,8,20,43,48,112,122)</sup>.

## **Anomalitë e katit të mesëm të fytyrës**

### ***Frekuenca e anomalive të katit të mesëm të fytyrës në pacientët e marrë në studim***

Nga studimi ynë rezulton se anomalitë e katit të mesëm të fytyrës zënë 9.25% të rasteve në total, Prof. Ramazan Isufi në librin e tij jep se deformimet dento maksilofaciale përfshijnë 20% të popullsisë në botë <sup>(1)</sup>.

Në 94.6% të anomalive të katit të mesëm të fytyrës janë realizuar osteotomi ku është përfshirë sinusi maksilar.

Përsa i përket gjinisë në studimin tonë 62% janë femra dhe 38% meshkuj, autorët Sandeep Garg and Supreet Kaur në studimin e tyre japin 88% femra dhe 12% meshkuj <sup>(148)</sup>.



Në studimin tonë nga diagnoza rezulton se hypoplazi maksilare dhe progeni zënë 46% të rasteve, hypoplazi maksilare zë 24% të rasteve , laterogenia zë 24% të rasteve dhe anomalitë e tjera zënë 5% të rasteve. Në studimin tonë mbizotron hypoplazia maksilare me 70 % të rasteve. Përsa i përket klasifikimit të anomalive të katit të mesëm të fytyrës autorët Ramazan Isufi et al japin se anomalitë e klasës së dytë zënë 66.66% dhe autorët K Frankovic, D Kuchárska, L Takác në studimin e tyre japin anomali dento maksilare 70.2% <sup>(1)(150)</sup> .

Osteotomitë më të përdorura në pacientët tanë kanë qenë Le Fort I dhe BSSO në 65% të rasteve, Le Fort I 14% të rasteve, SARPE 14% të rasteve dhe intervente të tjera 7% të rasteve.

Duke analizuar rastet tona rezulton se osteotomia më e përdorur është Le Fort I me 79% të rasteve, sipas studimit të autorëve Lop Keung Chow MDS, MOSRCS(Edin)\* et al rezulton se kirurgjia bimaksilare zë 82.69% të rasteve dhe kirurgjia vetëm në një nofull 17.31% të rasteve <sup>(147)</sup> .

Grupmosha që dominon në studimin tonë është nën 20 vjeç pasuar nga grupmosha 21 - 40 vjeç, studimi i autorëve Sandeep Garg and Supreet Kaur jep moshën mesatare 21.64 vjeç dhe grupmoshën më të prekur nga këto anomali 18-35 vjeç <sup>(148)</sup> .

Nga burime të ndryshme të literaturës jepen komplikacionet në total në kirurgjinë ortognatike janë 9.7% , në studimin e autorëve Sandeep Garg and Supreet Kaur jepet 4% komplikacionet e kirurgjisë ortognatike dhe studimi i autorëve Kramer FJ<sup>1</sup>, Baethge C, Swennen G, Teltzrow T, Schulze A, Berten J, Brachvogel P jep komplikacionet 6.4 % , sinuzit maksilar 1.1% dhe probleme me materialet e osteosintezës 0.5 % <sup>(148) (149)</sup> .

### ***Diagnoza e anomalive të katit të mesëm të fytyrës të pacientëve të marrë në studim***

Për vënien e diagnozës së pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës krahas anamnezës dhe egzaminimit objektiv korrekt na ka ndihmuar imazheria si panorameksi digital, ro-grafia latero-laterale, ro grafi anterio posterior të kokës, si dhe e domosdoshme konsulta me mjekun ortodont dhe kirurgun O.R.L , studime të autorëve të ndryshëm si Ramazan Isufi, Rachna K Tiwari (Nautiyal), William e Bolger, Valfrido A, etj ... dhe të dhënat e literaturës përputhen me rezultatet tona <sup>(1,52,113,115,138,147,148,149,150)</sup> .

### ***Trajtimi i anomalive të katit të mesëm të fytyrës në pacientët e marrë në studim***

Në bazë të studimit tonë rezulton se në 33 raste ose 89.20% i janë nënshtruar trajtimit ortodontik para dhe pas kirurgjisë dhe 4 raste ose 10.81% i janë nënshtruar mjekimit kirurgjikal pa ortodonci. Përsa i përket osteotomive në nofulla në 24 raste ose 64.86% është bërë Le Fort I dhe B.S.S.O, në 5 raste ose 13.51% është bërë vetëm Le Fort I , në 5 raste është bërë vetëm S.A.R.P.E. dhe në 3 raste ose 8.10 % janë bërë osteotomi të ndryshme .

Autorë të ndryshëm si Ramazan Isufi, Lop Keung Chow MDS, Sandeep Garg, Kramer FJ<sup>1</sup> , K Frankovic japin shifra të përafërta me të dhënat e studimit tonë <sup>(1, 147,148,149,150)</sup> .

### *Ndjekja post operatore e pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës*

Për ndjekjen post operatore të pacientëve të operuar me anomali të katit të mesëm të fytyrës në periudhën 3-6 muaj janë paraqitur të gjithë rastet nga të cilët 3 raste kanë rezultuar me problem të vogla të okluzionit dentar. Në periudhën 1-3 vjeçare janë paraqitur konkretisht 30 dhe 12 pacientë për kontroll nga këto 3 raste rezultuan me zbulim të pllakave të osteosintezës. Në periudhën 6 vjeçare janë paraqitur për kontroll 3 raste nga këto 1 rast rezultoi me recidivë. Numri i vogël i pacientëve për kontroll në periudhën 6 vjeçare ka ardhur si rezultat i mos plotësimit të periudhës 6 vjeçare sepse është një kirurgji relativisht e re në shërbimin tonë.

Protokolli ynë i ndjekjes post operatore të pacientëve me anomali të katit të mesëm të fytyrës përputhet edhe me studimet e autorëve Ramazan Isufi, Ann. W.Kummer, Lop Keung Chow MDS, Sandeep Garg, Kramer FJ<sup>1</sup>, K Frankovic <sup>(1,138,147,148,149,150)</sup>.

### **Traumat e katit të mesëm të fytyrës**

#### *Frakuenca e traumave të katit të mesëm të fytyrës në pacientët e marrë në studim*

Në studimin tonë rezulton që traumat e katit të mesëm të fytyrës zënë 10.5 % të rasteve në total të marra në studim dhe kanë përfshirje të sinusit maksilar 83.4 % të rasteve me traumë të katit të mesëm të fytyrës. Studimi i autorëve Kochhar A, Byrne PJ. jep 33.9% përqindjen e traumave të katit të mesëm të fytyrës, autori Motamedi MH ë studimin e tij jep se traumat e katit të mesëm të fytyrës zënë 27.1 % të traumave maksilofaciale dhe autorja A. Teliti në studimin e saj jep 28.7 % përqindjen e traumave të katit të mesëm dhe të kombinuara <sup>(90)(96)(151)</sup>.

Përsa i përket gjinisë në studimin tonë rezultojnë 86 % meshkuj dhe 14% femra. Autori Motamedi MH në studimin e tij jep meshkuj 89% dhe femra 11%, studimi i autorëve Kochhar A dhe Salentijn EG jep dominim të seksit mashkull në traumat e katit të mesëm të fytyrës, autorja L. Ymeri në studimin e saj jep 88% meshkuj dhe 12% femra, studimi me grup autorësh Motamedi MH, Dadgar E, Ebrahimi A, Shirani G, Haghghat A, Jamalpour MR jep meshkuj 83.6% dhe femra 15.7% <sup>(90)(91)(96,97)(152)</sup>.

Në studimin tonë diagnoza klinike me traumë të katit të mesëm të fytyrës rezultoi 69% të rasteve, traumë e katit të mesëm dhe të poshtëm 14% të rasteve dhe traumë panfaciale 17% të rasteve, studimi i autores A. Teliti jep 14.7% trauma të katit të mesëm, 13.2 % trauma të kombinuara dhe 71.3% trauma të mandibulës. Autorët Kochhar A, Byrne PJ në studimin e tyre japin 33.9% trauma të katit të mesëm, në studimin e autorit Motamedi MH. rezulton 13.9 % trauma të maksilës, 24% zygomatiko-orbitale dhe 13.5 % zygomatike, studimi i autorëve Kochhar A, Byrne PJ jep gjithashtu se traumat panfaciale zënë 4-10% të traumave kranio-maksilofaciale <sup>(90)(96)(151)</sup>.

Grupmoshat më të prekura në traumat e katit të mesëm të fytyrës janë moshat 21-40 vjeç ndjekur nga grupmosha 41-60 vjeç. Autori Motamedi MH në studimin e tij jep grupmoshën më të prekur 20-30 vjeç me 59%, autorët Kochhar A, Byrne PJ në studimin e tyre japin grupmoshë më të

prekur 20-30 vjeç me 33.9% dhe në studimin e autorëve Salentijn EG, Boverhoff J, Heymans MW, van den Bergh B, Forouzanfar T. moshë mesatare është 43 vjeç. Ashtu sikurse dhe e studimin tonë edhe studimi i autores A .Teliti jep grupmoshën më të prekur 20-40 vjeç. Autorët të tjerë si Motamedi MH et al dhe Martines AZ et al japin si më të prekur përkatesisht grupmoshën 21-30 vjeç me 39.54% dhe grupmoshën 21-40 vjeç me 61.7% <sup>(90) (91) (92) (96) (97) (151)</sup>

Përsa i përket trajtimit të traumave të katit të mesëm të fytyrës është përdorur në të gjithë rastet mjekim kirurgjikal osteosintezë me miniplaka, studimi i autores L. Ymeri jep të njëjtin mendim, autori Motamedi MH në studimin e tij jep për traumat e katit të mesëm dhe të poshtëm të fytyrës 40.9% me mjekim kirurgjikal. Në studimin e autorëve Salentijn EG, Boverhoff J, Heymans MW, van den Bergh B, Forouzanfar T. jepet një dominim i trajtimit kirurgjikal të traumave <sup>(90) (97) (152)</sup>

### ***Diagnoza në traumave e katit të mesëm të fytyrës në pacientët e marrë në studim***

Nga studimi ynë rezulton se për vënien e diagnozës së trauma të katit të mesëm të fytyrës përveç anamnezës dhe egzaminimit objektiv na ka ndihmuar C.T. Skaneri si dhe konsultat me okulistin , O.R.L. dhe neurokirurgun . Të njëjtin mendim me ne ndajnë dhe autorët e mëposhtëm Ramazan Isufi, Lore & Medina, James A. Duncavage, Michael Perry, etj ... <sup>(1,2,3,25,49,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,128,129,151,152)</sup>

### ***Trajtimi i traumave të katit të mesëm të fytyrës në pacientët e marrë në studim***

Nga studimi ynë rezulton se trajtimi i traumave të katit të mesëm të fytyrës është bërë me trajtim kirurgjikal me mikro dhe mini pllaka gjë të cilën e rekomandojnë dhe shumë autorë të tjerë si Ramazan Isufi në traktatin e Kirurgjisë OMF, Nasir Siddiqui, Buchanan EP, Motamedi MH. , Martinez AY, Gentile MA, etj... <sup>(1,49,89,90,91,92,95,96,97,98,128,129,151)</sup>

### ***Ndjekja post operatore e pacientëve me trauma të katit të mesëm të fytyrës***

Duke analizuar ndjekjen post operatore të pacientëve të trajtuar me trauma të katit të mesëm të fytyrës në periudhën 3-6 mujore janë paraqitur për kontroll konkretisht 35 dhe 32 pacientë nga të cilët 1 rast me mpirje të regjionit infraorbital. Në periudhën 1-3 vjeçare janë paraqitur për kontroll 30 dhe 25 pacientë nga të cilët 1 rast me malokluzion dhe 1 rast me zbulim të pllakës së osteosintezës.Në periudhën 6 vjeçare janë paraqitur 10 pacientë për kontroll të cilët kanë rezultuar pa probleme , të njëjtin opinion kanë dhe disa autorë të tjerë si Ramazan isufi në traktatin e Kirurgjisë OMF, Nasir Siddiqui, Buchanan EP, Motamedi MH. , Martinez AY, Gentile MA, Smith HL, etj... <sup>(1,25,89,90,91,92,95,96,97,98,129)</sup>

## Fistulat Oro-sinusale

### *Frekuenca e fistulave oro-sinusale në pacientët e marrë në studim*

Në bazë të studimit tonë fistulat oro-sinusale zënë 2 % të rasteve total të marra në studim.

Përsa i përket gjinisë në rastin e fistulave oro-antrale në studimin tonë më të prekur janë meshkujt me 75% dhe femrat me 25%, studimi i autorëve S. P. S. Sodhi , Palvi

Kapoor, dhe Dheeraj Kapoor jep 60 % meshkuj dhe 40 % femra. Autorë të tjerë si Anavi Y<sup>1</sup>, Gal G, Silfen R, Calderon S. Ë në studimin e tyre japin meshkuj 55.55% dhe femra 44.45%. Studimi i autorëve Hirata Y1, Kino K, Nagaoka S, Miyamoto R, Yoshimasu H, Amagasa T. jep 35.38 % meshkuj dhe 64.62 % femra <sup>(153) (154) (157)</sup> .

Në studimin tonë përsa i përket diagnozës klinike rezultojnë në 75% të rasteve fistul oro-sinusale dhe trup i huaj, në 25 % të rasteve fistul oro sinusale.

Trajtimi i fistulave në rastet tona është bërë me fistuloplastikë dhe heqie e trupit të huaj në 63% të rasteve duke përdorur lembo bukale muko-periostale, fistuloplastikë me lembo bukale 25% dhe 12% radikale sinusi te modifikuar duke ruajtur një pjesë të mirë të mukozës sinusale, autorët Klara Sokler Et al në studimin e tyre ndajë të njejtin mendim me ne për të bërë radikale të modifikuar me ruajtje të mukozës sinusale <sup>(32)</sup> . Në një rast kemi përdorur lembo bukale me corpus adiposum buke.

autorët Klara Sokler Et al në studimin e tyre përdorin flapin bukal me një sukses mbi 93 % të rasteve. Autorët Visscher SH1, van Roon MR, Sluiter WJ, van Minnen B, Bos RR përdorin flapin bukal në 60.7 % të rasteve në studimin e tyre, autorët Abuabara A<sup>1</sup>, Cortez AL, Passeri LA, de Moraes M, Moreira RW në studimin e tyre përdorin flapin bukal në 36 % të rasteve, atë palatinal në 18% të rasteve. Autorët Hirata Y1, Kino K, Nagaoka S, Miyamoto R, Yoshimasu H, Amagasa T. në studimin e tyre përdorin radikalen e sinusit në 55.8 % të rasteve, autorët Prasad KC<sup>1</sup>, Prasad SC, Mouli N, Agarwal S në studimin e tyre përdorin radikalen e sinusit dhe fistuloplastikë në 51 % të rasteve <sup>(32) (155) (156) (157) (158)</sup> .

Përsa i përket moshës në studimin tonë fistulat oro-sinusale hasen më shumë në moshën 21-60 vjeç, autorët Klara Sokler Et al në studimin e tyre japin moshën më të prekur mbi 30 vjeç, studimi i autorëve Anavi Y<sup>1</sup>, Gal G, Silfen R, Calderon S. jep moshën mesatare 50.3 vjeç, autorët Hirata Y1, Kino K, Nagaoka S, Miyamoto R, Yoshimasu H, Amagasa T. në studimin e tyre japin si moshë më të prekur atë pas moshës 30 vjeç <sup>(32) (154) (157)</sup> .

### *Diagnoza e fistulave oro-sinusale në pacientët e marrë në studim*

Rol kryesor në diagnozën e fistulave oro- sinusale na ka rezultuar se luan anamneza, egzaminimi objektiv dhe imazheria për përcaktimin e infeksionit apo trupi të huaj në sinusin maksilar . Të njejtat të dhëna japin dhe autorët si Ramazan Isufi, Guven O, S. P. S. Sodhi, Anavi Y, etj... në studimet e tyre <sup>(1,50,153,154,155,156,157)</sup> .

### ***Trajtimi i fistulave oro-sinusale në pacientët e marrë në studim***

Në studimin tonë rezulton se në të gjithë rastet me fistul është aplikuar fistula-plastikë duke bërë një revizionim të kujdesëshëm të sinusit për eliminimin e trupave të huaj apo infeksionit të tij. Këtë trajtim e rekomandojnë dhe autorë si Ramazan Isufi, S. P. S. Sodhi, Anavi Y, Abuabara A në studimet e tyre <sup>(1,153,154,156)</sup>.

### ***Ndjekja post operative e pacientëve me fistula oro-sinusale***

Në ndjekjen post operative të pacientëve të operuar me fistula oro-sinusale pacientët nuk kanë rezultuar me probleme. Disa autorë si Ramazan Isufi, S. P. S. Sodhi, Anavi Y, Visscher SH, Hirata Y japin shifra insuksesi të fistuloplastikës kjo për faktin se në studimin tone fistulat janë të pakta si numër rastesh <sup>(1,153,154,155,157)</sup>.

## **Osteomieliti i maksilës**

### ***Frekuenca eosteomielitit të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Nga studimi ynë rezulton se osteomieliti i maksilës zë 1.5 % të rasteve total të marra në studim, autorët Ramazan Isufi, Andis Qendro, Esat Bardhoshi në traktatin e tyre japin raportin 4:1 mandibul maksilë për osteomielitin <sup>(1)</sup>.

Raste që kanë përfshirë sinusin maksilar nga osteomieliti i maksilës zënë 16.66%, në studimin e tyre autorët Prasad KC<sup>1</sup>, Prasad SC, Mouli N, Agarwal S japin në 10 raste me osteomielit të maksilës 3 prej tyre ose (30%) kanë përfshirë sinusin maksilar <sup>(158)</sup>.

Përsa i përket gjinisë kanë rezultuar në përqindje të njëjtë meshkuj/ femra, autorët Ramazan Isufi, Andis Qendro, Esat Bardhoshi në traktatin e tyre japin një preferencë të lehtë për femrat <sup>(1)</sup>.

Trajtimi kirurgjikal në pacientët tanë ka rezultuar sekuesterektomi 67% dhe 33% ekscizion biopsi, studimi i autorëve Elerson Gaetti-Jardim Júnior; Francisco Isaak Nicolas Ciesielski; Ricélia Possagno; Alvimar Lima de Castro; Antonio Carlos Marqueti & Ellen Cristina Gaetti-Jardim për osteomielitet kronike jep se mjekimi baze është ai kirurgjikal <sup>(159)</sup>.

Grupmosha më e prekur në studimin tonë për këtë patologji ka qenë 21-60 vjeç, autorët Ramazan Isufi, Andis Qendro, Esat Bardhoshi në traktatin e tyre japin moshën më të prekur 15-40 vjeç, studimi i autorëve Elerson Gaetti-Jardim Júnior; Francisco Isaak Nicolas Ciesielski; Ricélia Possagno; Alvimar Lima de Castro; Antonio Carlos Marqueti & Ellen Cristina Gaetti-Jardim jep adolehencën dhe grupmoshën 40-60 vjeç me përqindje më të lartë <sup>(1)(159)</sup>.

### ***Diagnoza e osteomielitit të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Nga studimi ynë rezulton se diagnoza e osteomielitit të maksilës është vënë kryesisht nga imazheria dhe histopatologjia pa nënvlersuar egzaminimin klinik. Të dhënat tona përputhen dhe me ato të literaturës dhe autorëve si Ramazan Isufi, Prasad KC, Elerson Gaetti-Jardim Júnior (1,158,159).

### ***Trajtimi i osteomielitit të maksilës në pacientët e marrë në studim***

Përsa i përket trajtimit të osteomielitit të maksilës në të gjithë rastet kemi bërë sekuesterektomi dhe biopsi post –operatore dhe autorët Ramazan Isufi ,Elerson Gaetti-Jardim Júnior janë të këtij mendimi (1,159).

### ***Ndjekja post operative e pacientëve me osteomielit të maksilës***

Ndjekja post operative e pacientëve me osteomielit të maksilës rezulton se deri në periudhën 1 vjeçare janë paraqitur thuajse të gjithë pacientët që kanë rezultuar pa probleme , pas kësaj periudhe nuk kanë ardhur më për kontroll. Osteomieliti në maksilë është më i lehtë për tu trajtuar nga ana kirurgjikale. Të njëjtat të dhëna japin edhe autorët Ramazan Isufi, Prasad KC, Elerson Gaetti-Jardim Júnior në studimet e tyre (1,158,159).

***Duke ju referuar tabelës përmbledhëse të shpërndarjes së patologjive që kanë përfshirë sinusin maksilar në studimin tonë rezulton se : 165 raste ose 41.25 % nga 400 raste të marra në studim me patologji maksilo-sinusale, kanë përfshirje të sinusit maksilar.***

***Autorët Vogiatzi T et al në studimin e tyre japin frekuencën e patologjive që përfshijnë sinusin maksilar nga***

***14.3- 82%. Rezultati i dalë nga studimi ynë dhe i ballafaquar me autorin e mësipërm e bën më të domosdoshme marrjen në studim të kësaj doktrature (134).***

## 2.10 Konkluzione

- Frekuenca e patologjive maksilo-sinusale që përfshijnë sinusin maksilar në studimin tonë ka rezultuar 41. 25 % .
- Protokolli ynë diagnostik i patologjive maksilo-sinusale ka rezultuar i kompletuar dhe bashkëkohorë.
- Trajtimi kirurgjikal i patologjive maksilo-sinusale në pacientët e marrë në studim është orjentuar nga aplikimi i disa teknikave të reja kryesisht në kirurgjinë rikonstruktive ( Traumatike, Ortognatike, Onkologjike) me prirje drejt kirurgjisë mikro-invazive.
- Rikonstrukcioni i regjionit maksilo-sinusale në studimin tonë është bërë duke e konsideruar hapsirën sinusale me rëndësi jo vetem nga ana funksionale por edhe në fokus të estetikës faciale.
- Në bazë të studimit tonë ne arritëm në konkluzion që periudha e ndjekjes post – operatore të pacientëve me patologji maksilo-sinusale është e mjaftueshme deri në 3 vite me përjashtim të tumoreve malinj të cilët këtë periudhë e kanë 5-10 vjeçare.
- Vlerat shkencore të studimit tonë janë të garantuara jo vetëm nga arritja e qëllimit dhe objektivave përkatëse por edhe nga suporti statistikor.
- **Si konkluzion përmbyllës mund të themi se arritjet në trajtimin e pacientëve me patologji maksilo-sinusale në studimin tonë kanë ardhur si rezultat i:**
  1. *Sukseseve në imazheri*
  2. *Diagnozës së saktë dhe planit të trajtimit profesional*
  3. *Futjes së materialeve të osteosintezës dhe fiksimit rigid*
  4. *Shfrytëzimit kryesisht të hapjes kirurgjikale intra-orale*
  5. *Teknologjisë në instrumentat dhe paisjet kirurgjikale*
  6. *Trajnimit të stafit tonë kryesisht në vendet perendimore*

## 2.11 Rekomandime

- Vendosja e diagnozës së saktë të patologjive maksilo-sinusale kërkon bashkëpunim të Kirurgut OMF, Mjekut Stomatolog, ORL dhe Okulist.
- Kirurgu OMF kur trajton patologjitë e katit të mesëm të fytyrës nuk duhet të harrojë lidhjen e ngushtë që kanë këto patologji me sinusin maksilar dhe strukturave anatomike fqinjë veçanërisht bazis krani.
- Kirurgu OMF duhet të dijë se karcinomat e maksilës dhe të katit të mesëm të fytyrës kapen shumë vonë për arsye të shenjave jo specifike si dhimbje koke , sinuzit etj...
- Në të ardhmen rekomandojmë futjen e procedurave endoskopike si për vënien e diagnozës ashtu edhe për trajtimin e këtyre patologjive.
- Në rikonstrukcionin oro-maksilofacial rekomandojmë që në të ardhmen të futen materialet rezorbabël, implantet intra kockorë dhe inxhineria indore.



## 2.13 Referencat

### Literatura

1. Ramazan Isufi, Andis Qendro, Esat Bardhoshi "Kirurgjia Orale dhe Maksilofaciale I, II, Tirane 2015
2. Lore & Medina, "An Atlas of Head & Neck surgery, Fourth Edition 2005, F.214-258, F.256 (fistulat)
3. James A. Duncavage, Samuel S.Becker, "The Maxillary Sinus Medical and Surgery management " 2011
4. Int. Jurnal Oral Max, Fac Surgery 2004; 33, 195-197, N. Nakamura, T. Mitsushashi, M. Oishi.
5. British Journal of Oral and Max-Fac Surgery 48, 2010, F.154-157. Nikolas Wheel United Kingdom.
6. Otolaringol. Clin N. Am 37 (2004) 347-364, "Maxillary Sinus Disease of Odontogenic Origin", Pushkar Mehra BDS. DMD, Hatham Murad AMD.
7. Lopatina Sysolyatin SP , Sysolyatin P.G. Melnikov M.N. " Chronic Maxillary Sinusitis of Dental Origin: Laryngoscope 2002";112; 1056-1059
8. Prof. Pjerin Radovani, Dr.Sh. Besim Boci, "Semundjet e Veshit, Hundes dhe Grykes, Tirane 2010.
9. Clinical Aspects of Odontogenic Maxillary Sinusitis: A Case series ,Anthony B. Longhim , Benylin J. Ferguson, 2011
10. Stomatologja, Baltic Dental and Maxillofacial Journal 2016, 39-43 ,2014.
11. Clinical Features and Treatments of Odontogenic Sinusitis, Kyung Chulzee et Al.Semikorea
12. Odontogenic Maxillary Sinus :A review, R. Simuntis, Ricard Kubilius, Saulius Vaitkus, Stomatologija, Baltic Dental and Max-Fac Journal 16 :39-43, 2014.
13. Chronic Odontogenic Maxillary Sinusitis, Paulius Ligincius, Ricardas Kubilius, Albinas Gerviekas, Saulius Vaitkus, Stomatologija , Baltic Dental and Maxillo-Facial Journal 8: 44-48, 2006.
14. Sinusitis and Dental Office Cape Dental Low ,2012
15. Pushkar Mehra BDS ,DDM,Hatham Murad DMD : "Otolaringolog Clinic N.America, 37 (2004) 347-364 . "Maxillary sinus disease of odontogenic origin.
16. Barak Nurbak SH "Master of Science 2011. "Resolution of maxillary sinus , Mucositis , after endodontic treatment of maxillary teeth of apical periodontitis : A cone beam computed tomography pilot study
17. Gunery P Kaja A , Caliskan A (2005) Anthrolis survey of litherature and report of a case oral surg , oral med , oral pathology , oral radiolog 517-521
18. James J Abrahams M.D Dental CT imaging : A cook at the jaw , a review radiologic society of north America February 2010 (anat emb diag)
19. James R Hupp CD , Wardt Ellis III, Myron R Trucker : Contemporary of oral and maxillofacial surgery Fifth Edition 2018 ,
20. Rosa Angelica , Slacedo Hernandez et al : Soft tissue sarcomas of the head and neck clinical and pathological evulation of 108 cases in mexico . Journal of crano-maxilofacial vol 42 issue 8 december 2014
21. Christopher J Haggerty , Robert , Lauglic : Atlas of operative oral and maxillofacial surgery
22. Mathia Troel et al : Etiology and clinical characteristic of sympatic unilateral maxillary sinusitis , A review of 174 cases journal of craniomaxilofacial surgery vol 43 , september 2015
23. Methew R , Idle Andrew Chalenging concepts in oral and maxillofacial surgery , cases with experts coments , oxford university press 2016
24. Christoph T Suwovski : Implantology step by step , second edition 2015 , gernay sinus lift
25. Michael Perry , Andrew Brown , Peter Banks : Fractures of facial sceleton second edition
26. G.W.Bell , BB Joshi R.I , Macleo D : "Maxillary sinus disease : diagnosis and treatment " british dental journal , 2010 . 113-118 , 2011
27. Schully C ; Feliks DH , : " Oral medicine – update for the practioner , oro facial pain, british dental journal , 2006 , 200 – 75 – 83 "
28. Jones .NS : "Sinus head aches : avoiding oveant miss diagnosis expert rev neurother 2009 . 9 , 439-444 art pub med ISI
29. Mehra P . Jong D : "Maxillary sinusitis of odontogenic origin " curr allergy asthma 2009 , 9 , 238 , 243 art pub med ISI
30. Burnham R ; Bridle C : " Aspergillosis of the maxillary sinus to a foreign body (amalgam) in the maxillary antrum , British journal oro-maxillo-facial surgery 2009 , 47 , 313-315 . Art pub med
31. Lopatina Syloscatin SP ,: Chronic maxillary sinusitis of dental origin :Arthroscopie 2002 , 112 , 1056-1059
32. Klara Sokler Et al: Treatment of oro antral fistula vol 36 2002
33. Minimar Ketal : Oroantral fistula closure by tongue Jidas Jaw Mar 2011
34. Anthony B Longhim , Berylin J Ferguson : Clinical aspects of odontogenic maxillary sinusitis , a case series 2011
35. William Lawson; zara M Patel, Fred Y Lin : The development and pathologic processes that influence maxillary sinus pleumatization: Vol 291 Issue 11 Nuvenbre 2008 P. 1554-1563
36. Maxillary Sinus Pathology of Odontogenic Origin Brady Huang, MD, Tore A. Larheim, DDS, PhD, P-L Westesson, MD, PhD, DDS Division of Diagnostic and Interventional Neuroradiology, Department of Imaging Sciences University of Rochester Medical Center, Rochester, New York 2006
37. Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY Association between maxillary sinus pathologies and healthy teeth \_\_, \_\_ Gina D. Roque-Torres\*, Laura Ricardina Ramirez-Sotelo, Sergio Lins de Azevedo Vazb,c, Solange Maria de Almeida de Bóscolo, Frab Norberto Bóscolo 10 December 2015
38. Radiological anatomy -PNS, Dr. Asst. Prof Medical College, 2009S529
39. Winther B, Gwaltney JM Jr, Mygind N, Hendley JO (1998)Viral-induced rhinitis. Am J Rhinol 12:17–20

40. Anon JB (2003) Acute bacterial rhinosinusitis in pediatric medicine: current issues in diagnosis and management. *Paediatr Drugs* 5 [Suppl 1]:25–33
41. Brook I, Frazier EH (2004) Microbiology of recurrent acute rhinosinusitis. *Laryngoscope* 114:129–131
42. Benninger MS, Ferguson BJ, Hadley JA, Hamilos DL, Jacobs M, Kennedy DW, Lanza DC, Marple BF, Osguthorpe JD, Stankiewicz JA, Anon J, Denneny J, Emanuel I, Levine H (2003) Adult chronic rhinosinusitis: definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology. *Otolaryngol Head Neck Surg* 129:S1–S32
43. Majumdar B, Kent S (1983) Malignant neoplasms of the nose and paranasal sinuses. A survey of cases treated in a regional centre. *Clin Otolaryngol* 8:97–102
44. Walike JW (1973) Anatomy of the nasal cavities. *Otolaryngol Clin North Am* 6:609-621
45. Sadler TW (1985) Langman's medical embryology, 5th edn. Williams & Wilkins, Baltimore
46. Manual of Endoscopic Sinus Surgery and its Extended Applications, Daniel Simmen, Nick Jones, 2005 p. 51-55
47. TIZIANO TESTORI MASSIMO DEL FABBRO ROBERTO WEINSTEIN STEPHEN WALLACE Maxillary sinus surgery and alternatives in treatment. 7-23
48. Adenocarcinoma NOS of The Maxillary Sinus: Clinical and Histopathological Features with Therapeutic Considerations Angela Santoro1\*, Luigi Laino2#, Maria Contaldo2#, Giuseppe Pannone1#, Agostino Guida2, Rosario Serpico2 and Pantaleo Bufol1, Naples 2011, *Otolaryngology: Open Access*.
49. Zygomaticomaxillary complex fracture, Dr Nasir Siddiqui et al. *Radiopaedia.org*
50. Guven O. A clinical study on oroantral fistulae. *J Craniomaxillofac Surg*. 1998;26:267–71. [PubMed]
51. : Research Oroantral communications. A retrospective analysis Josué Hernando 1 , Lorena Gallego 1 , Luisa Junquera 2 , Pedro Villareal 2, Article Number: 2855 <http://www.medicinaoral.com/> © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - p-ISSN 1698-4447 - e-ISSN: 1698-6946 , may 2010
52. Unilateral Maxillary Sinus Aplasia with Ipsilateral Rhinolith: A Rare Anomaly with a Rare Association, *Jaypee Journals* 1 Rachna K Tiwari (Nautiyal), 2 Vaishali S Sangole, 3 Suman P Rao 4 Kalpana R Kumar, 5 Sujata A Gawai, 5 Divya A George, *Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal*, May-August 2011;3(2):113-116
53. Mehra P, Jeong D. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. *Curr Allergy Asthma Rep* 2009;9:238-43.
54. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:349-55
55. Arias-Irimia O, Barona-Dorado C, Santos-Marino JA, Martínez-Rodríguez N, Martínez-González JM. Metaanalysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15:e70-3.
56. Lee KC, Lee SJ. Clinical features and treatments of odontogenic sinusitis. *Yonsei Med J* 2010;51:932-7
57. Patel NA, Ferguson BJ. Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;20:24-8.
58. Dental and maxillofacial radiology: freny r kajodkar ,2 edition, jaypee 2009;page 751-753
59. Text book of oral medicine: anil govindharao editors , ghom, 2 edition, jaypee 2010, f 677-696
60. Text book of oral and maxilla facial surgery: chitra chakravathy editor, 2 edition ,2011, f. 246-263
61. Oral and maxillofacial pathology: Neville .b et al. editors, 3 edition, Saunders 2002, 219-226
62. Text book of medicine: Paramod John R editor, 2 edition , jaypee 2005, 284-288
63. Prenatal development of the maxillary sinus: a perspective for paranasal sinus surgery. Nuñez-Castruita A1, López-Serna N, Guzmán-López S. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012 Jun;146(6):997-1003. doi: 10.1177/0194599811435883. Epub 2012 Jan 20.
64. Illustrated Review of the Embryology and Development of the Facial Region, Part 1: Early Face and Lateral Nasal Cavities P.M. Som and T.P. Naidich, *American Society of Neuroradiology*. Published March 14, 2013 as 10.3174/ajnr.A3415
65. Kim CH, Park HW, Kim K, et al. Early development of the nose in human embryos: a stereomicroscopic and histologic analysis. *Laryngoscope* 2004;114:1791–800
66. Streit A. The preplacodal region: an ectodermal domain with multipotential progenitors that contribute to sense organs and cranial sensory ganglia. *Int J Dev Biol* 2007;51:447–61
67. Levine HL, Clemente MP. Surgical anatomy of the paranasal sinus. In: Levine HL, Clemente MP, eds. *Sinus Surgery: Endoscopic and Microscopic Approaches*. New York: Thieme; 2005
68. Bolger WE. Anatomy of the paranasal sinuses. In: Kennedy DW, Bolger WE, Zinreich SJ, eds. *Diseases of the Sinuses: Diagnosis and Management*. Hamilton, Ontario, Canada: B.C. Decker; 2001:1–11
69. Lee KJ. *Essentials of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 8th ed. New York: McGraw Hill; 2003: Chapter 19
70. Cochard LR, ed. *Netter's Atlas of Human Embryology*. Teterboro, New Jersey: Icon Learning Systems; 2002
71. Netter FL, Craig J, Machado C. *netterimages.com*. Netter Illustrations. Elsevier. [www.netterimages.com](http://www.netterimages.com). Accessed 2011
72. Arterial blood architecture of the maxillary sinus in dentate specimens Lumnije Kqiku, 1 Robert Biblekaj, 2 Andreas H. Weiglein, 2 Xhylsime Kqiku, 3 and Peter Städtler 1 *Croat Med J*. 2013 Apr; 54(2): 180–184.
73. Flanagan D. Arterial supply of maxillary sinus and potential for bleeding complication during lateral approach sinus elevation. *Implant Dent*. 2005;14:336–8. [PubMed]
74. Solar P, Geyerhofer U, Traxler H, Windisch A, Ulm C, Watzek G. Blood supply to the maxillary sinus relevant to sinus elevation procedures. *Clin Oral Implants Res*. 1999;10:34–44. doi: 10.1034/j.1600-0501.1999.100105.x. [PubMed] [Cross Ref]

75. Traxler H, Windisch A, Geyerhofer U, Surd R, Solar P, Firbas W. Arterial blood supply of the maxillary sinus. *Clin Anat.* 1999;12:417–21. doi: 10.1002/(SICI)1098-2353(1999)12:6<417::AID-CA3>3.0.CO;2-W. [PubMed] [Cross Ref]
76. Rosano G, Taschieri S, Gaudy JF, Del Fabbro M. Maxillary sinus vascularization: a cadaveric study. *J Craniofac Surg.* 2009;20:940–3. doi: 10.1097/SCS.0b013e3181a2d77f. [PubMed] [Cross Ref]
77. Rodella LF, Labanca M, Boninsegna R, Favero G, Tschabitscher M, Rezzani R. Intraosseous anastomosis in the maxillary sinus. *Minerva Stomatol.* 2010;59:349–54. [PubMed]
78. Elian N, Wallace S, Cho SC, Jalbout ZN, Froum S. Distribution of the Maxillary artery as it relates to sinus floor augmentation. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2005;20:784–7. [PubMed]
79. Mardinger O, Abba M, Hirshberg A, Schwartz-Arad D. Prevalence, diameter and course of the maxillary intraosseous vascular canal with relation to sinus augmentation procedure: a radiographic study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36:735–8. doi: 10.1016/j.ijom.2007.05.005. [PubMed] [Cross Ref]
80. Kim JH, Ryu JS, Kim KD, Hwang SH, Moon HS. A radiographic study of the posterior superior alveolar artery. *Implant Dent.* 2011;20:306–10. doi: 10.1097/ID.0b013e31822634bd. [PubMed] [Cross Ref]
81. Rosano G, Taschieri S, Gaudy JF, Weinstein T, Del Fabbro M. Maxillary sinus vascular anatomy and its relation to sinus lift surgery. *Clin Oral Implants Res.* 2011;22:711–5. doi: 10.1111/j.1600-0501.2010.02045.x. [PubMed] [Cross Ref]
82. Farina R, Pramstraller M, Franceschetti G, Pramstraller C, Trombelli L. Alveolar ridge dimensions in maxillary posterior sextants: a retrospective comparative study of dentate and edentulous sites using computerized tomography data. *Clin Oral Implants Res.* 2011;22:1138–44. doi: 10.1111/j.1600-0501.2010.02087.x. [PubMed] [Cross Ref]
83. Orban's oral histology and embryology, 11 edition
84. Cate A.R. Ten, *Oral Histology: development, structure and function*, 6 edition
85. Textbook of Maxillary sinus Mc Gowan
86. Textbook of General Anatomy B.D. Chaurasia
87. The maxillary sinus: evolution and function in aging Dargaud J1, Cotton F, Buttin R, Morin A. *Morphologie.* 2003 Mar;87(276):17-22 (PubMed)
88. Diagnosis and treatment of maxillary sinusitis after implant placement. Kim SG1, Baik SM. *Implant Dent.* 2010 Apr;19(2):115-21. doi: 10.1097/ID.0b013e3181d43a76 (PubMed)
89. Buchanan EP, Hopper RA, Suver DW, Hayes AG, Gruss JS, Birgfeld CB. Zygomaticomaxillary complex fractures and their association with naso-orbito-ethmoid fractures: a 5-year review. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Dec;130(6):1296–1304. doi:10.1097/PRS.0b013e31826d1643. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e31826d1643>. [PubMed] [Cross Ref]
90. Motamedi MH. An assessment of maxillofacial fractures: a 5-year study of 237 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Jan;61(1):61–64. doi:10.1053/joms.2003.50049. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/joms.2003.50049>. [PubMed] [Cross Ref]
91. Motamedi MH, Dadgar E, Ebrahimi A, Shirani G, Haghigat A, Jamalpour MR. Pattern of maxillofacial fractures: a 5-year analysis of 8,818 patients. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014 Oct;77(4):630–634. doi: 10.1097/TA.0000000000000369. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0000000000000369>. [PubMed] [Cross Ref]
92. Martinez AY, Como JJ, Vacca M, Nowak MJ, Thomas CL, Claridge JA. Trends in maxillofacial trauma: a comparison of two cohorts of patients at a single institution 20 years apart. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Apr;72(4):750–754. doi: 10.1016/j.joms.2013.11.018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2013.11.018>. [PubMed] [Cross Ref]
93. Hollier LH, Jr, Sharabi SE, Koshy JC, Stal S. Facial trauma: general principles of management. *J Craniofac Surg.* 2010 Jul;21(4):1051–1053. doi: 10.1097/SCS.0b013e3181e5701c. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181e5701c>. [PubMed] [Cross Ref]
94. Mast G, Ehrenfeld M, Cornelius CP. Maxillofaziale Frakturen: Mittelgesicht und interne Orbita. Teil 2: Therapieoptionen. [Maxillofacial fractures: midface and internal orbit. Part 2: therapeutic options]. *Unfallchirurg.* 2012 Feb;115(2):145–163. doi: 10.1007/s00113-011-2111-x. (Ger). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00113-011-2111-x>. [PubMed] [Cross Ref]
95. Gentile MA, Tellington AJ, Burke WJ, Jaskolka MS. Management of midface maxillofacial trauma. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2013 Mar;21(1):69–95. doi:10.1016/j.cxom.2012.12.010. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cxom.2012.12.010>. [PubMed] [Cross Ref]
96. Kochhar A, Byrne PJ. Surgical management of complex midfacial fractures. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013 Oct;46(5):759–778. doi:10.1016/j.otc.2013.06.002. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2013.06.002>. [PubMed] [Cross Ref]
97. Salentijn EG, Boverhoff J, Heymans MW, van den Bergh B, Forouzanfar T. The clinical and radiographical characteristics of zygomatic complex fractures: a comparison between the surgically and non-surgically treated patients. *J Craniofac Surg.* 2014 Jul;42(5):492–497. doi: 10.1016/j.jcms.2013.06.008. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2013.06.008>. [PubMed] [Cross Ref]
98. Marinho RO, Freire-Maia B. Management of fractures of the zygomaticomaxillary complex. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2013 Nov;25(4):617–636. doi: 10.1016/j.coms.2013.07.011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2013.07.011>. [PubMed] [Cross Ref]
99. Doud Galli SK, Lebowitz RA, Giacchi RJ, Glickman R, Jacobs JB. Chronic sinusitis complicating sinus lift surgery. *Am J Rhinol.* 2001;15:181–186. [PubMed]
100. Timmenga NM, Raghoebar GM, van Weissenbruch R, Vissink A. Maxillary sinusitis after augmentation of the maxillary sinus floor: a report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:200–204. [PubMed]
101. Kasabah S, Kruk J, Simunek A, Lecaro MC. Can we predict maxiller sinus mucosa perforation? *Acta Med.* 2003;46:19–23. [PubMed]

102. The Development and Pathologic Processes that Influence Maxillary Sinus Pneumatization WILLIAM LAWSON,\* ZARA M. PATEL, AND FRED Y. LIN, Published online in Wiley InterScience ( ,22 April 2008
103. Bothwell MR, Piccirillo JF, Lusk RP, Ridenour BD. 2002. Long-term outcome of facial growth after functional endoscopic sinus surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg Jun* 126:628–634.
104. Gevorgyan A, La Scala GC, Neligan PC, Pang CY, Forrest CR. 2007. Radiation-induced craniofacial bone growth disturbances. *J Craniofac Surg Sep* 18:1001–1007.
105. Some historical aspects of the surgical treatment of the infected maxillary sinus. Tange RA1 .*Rhinology*. 1991 Jun;29(2):155-62, PubMed
106. The history of maxillary sinus surgery from Leonardo da Vinci until today. Harle F1, *Bull Hist Dent*. 1992 Oct;40(2):79-84, PubMed
107. The Maxillary Sinus PRESIDENT'S ADDRESS By MYLES L. FORMBY, F.R.C.S. London, Proceedings of the Royal Society of Medicine, November 6, 1959
108. *Med. Oral-Patol. Bucal* 2014 Jul. 19(4): e 409-e 413. "Frequency of the odontogenic maxillary sinusitis, extended to the anterior ethmoid sinus and response to surgical treatment" Rafael. Cr. Martinez et al.
109. *Int Periodontal* 2005 ( Prevalence of maxillary sinus disease and abnormalities in patients scheduled for sinus lift procedures" Christian. B et al
110. Clinical oral implants research Wiley. " intraoral computerized tomography preoperative evaluation: relationship between mucosal thickening and maxillary sinus function" Guy Cormely et al 13 oct. 2016
111. *World Journal of Radiology* 2011, may 28; 3(5) : 125-134 "Imaging Appearance of bone tumors , of the maxillofacial region" Ahmed. A et al
112. *American Journal of Oto-Rhinology* vol16 issue 2 march- april 1995 pages 109-114 "Prognostic factors in paranasal sinus cancer" Alvares MD et al
113. Maxillary sinus hypoplasia . William e Bolger et al Texas
114. Oral surgery, oral pathol, oral radiol. 2013 april 115 (4) , 515 (4), 515-522 " A prospective epidemiological study for odontogenic and non odontogenic lesions of the maxilla and the mandibula in queen scand" Johson NR et al
115. *Journal of oral and maxillofacial surgery* vol 69 issue 2, February 2011 pages 346-351 " Incidence of maxillary sinusitis following le forte I osteotomy: clinical radiographic and endoscopic study " Valfrido A., Pereira- Ficho et al
116. Challenging concepts in oral and maxillofac surgery. Mathe WR., Idle et al Oxford university press 2016
117. Color atlas of oral cancer Kmk Masthan et al 2016 Jaypee Brothers Medical publishers
118. Fractures of the facial skeleton. Michael Perry. Second edition 2015
119. Orthognathic surgery principles and practices. Jeffrey C. Posnick 2014 Elsevier
120. F. Guilbert et al " Les tumeurs benignes et les pseudotumors des maxillaires" XXXII congres de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale et plastique de la face" 1993
121. Initial evaluation and management maxillofacial injures. Al. Haitham, Al. Shetawi et al Jan 11 , 2016
122. *Pub. Med.* "Statcal analysis of maxillary sinus squamous cell carcinoma " Jamashita T et al 2002 jun. 105(6): 732-740
123. Medscape "Acute sinusitis " updatet 2017 jan 05 Itzhak Brook, Md, Msc et al
124. American cancer society Last reviset August 8, 2016
125. *Otolaryngologia Polska* vol 68 march-april 2014 pages 83-88, Unilateral pathological lesions of paranasal sinuses removed by endoscopic surgery Jaroslaw Miłoński, Piotr Pietkiewicz, Joanna Urbaniak, Jurek Olszewski Pages 83-88
126. Leonbarnes 2001 medical "Surgical pathology of dhe head and neck"
127. *Can Fam. Physician* 2009 mar. 55(3) 262-264 " Maxillary Carcinoma" Patrick Mehana et al
128. *Cureus* 2016 Feb (2) page 487 " The utility of maxillary sinus opacification as a screening tool for facial bone fracture a decade after its original analisis" Alexander Muacevic et al
129. Clinical indicators of midface fracture in patients with trauma, Smith HL<sup>1</sup>, Chrischilles E, Janus TJ, Sidwell RA, Ramirez M, Peek-Asa C, Sahr SM.
130. *I.Clin Imaging SCI* 2013, 3 .Infected Dentigerous cyst of maxillary sinus arising from an ectopic third molar.
131. Cases reports in Dentistry 2012 'Localisation of an peripheral residual cyst, Diagnostic role of CT Scan' Anshuman Jamade et Al
132. *Int. Jurnal Radiation oncol. biol. phys.* Vol.39 nr. 2 , 283-289 , 1997 'Is Phrophylastic neck Irradiation indicated in patient with squamous cell carcinoma of maxillary sinus'. Arnold C. Paulino et Al
133. Marazita M.L., Mooney M.P., "Current concepts in the embryology and genetics of clefts lip and cleft palate" *Clin .Plas. Sur.* 31:125, 2004
134. *Int J Oral Maxillofacial Implants* 2014. Nov-Dec. ;29 (6); 1301-14 doc: 10,1160 \jom 3644. 'Incidence of anatomical and disease of the maxillary sinuses as identified by cone beam computed tomography: A stematic review. Vogiatzi T et al.
135. Evaluation of the Prevalence of Maxillary Sinuses Abnormalities through Spiral Computed Tomography (CT) João Paulo Nunes Drumond,<sup>1</sup> Bruna Bianca Allegro,<sup>2</sup> Neil Ferreira Novo,<sup>3</sup> Sérgio Luís de Miranda,<sup>4</sup> and Wilson Roberto Sendyk<sup>1</sup> *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2017 Apr; 21(2): 126–133. Published online 2016 Dec 16. doi: [10.1055/s-0036-1593834](https://doi.org/10.1055/s-0036-1593834)
136. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. Johnson NR<sup>1</sup>, Gannon OM, Savage NW, Batstone MDJ *Investig Clin Dent*. 2014 Feb;5(1):9-14. doi: [10.1111/jicd.12044](https://doi.org/10.1111/jicd.12044). Epub 2013 Jun 14.
137. Etiology and clinical characteristics of symptomatic unilateral maxillary sinusitis a review of 174 cases. Mathias Troel tzch et al Germany. 'journal of craniomaxillofacial surgery vol 42 issue 8 decembre 2014 p 1010-5182.
138. Cleft palate and cranio-facial anomalies third edition. Ann. W.Kummer 2014

139. Journal of oral science Vol 46 (2004) Nr 4 Decembre P 253-257 Odontogenic cysts: A clinical studz of 90 cases Banu Gurkan Koseoglu et Al
140. Journal of Oral Patology and Medicine ‘Range and Demographic of odontogen cysts diagnosed in U.K. Population over a 30 year period, A.V. Jones, G. T. Craig, C. D. Franklin, 07 August 2006.
141. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Volume 36, Issue 1, January 2007, Pages 20-25. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. W. Jing et al.
142. World Journal of Surgery April 2000, Volume 24, Issue 4, pp 395–400 Tumors of the Oral Cavity and Pharynx. Laura Wertheimer-Hatch George F. Hatch, III Kathryn F. Hatch B.S. Gregory B. Davis D. Kay Blanchard Roger S. Foster, Jr. John E. Skandalakis
143. Oral Onkology vol 45 issue 8 , August 2009 p. 706-711, ‘Odontogenic tumors: Astady of 1309 cases in a Chinese population’ Hai-Jan Luo et al
144. Oral surgery, Oral Medicine , Oral Pathology vol 77. Issue 3 March 1994 p. 276-280. ‘Relative incidence of odontogenic tumors and jaws cysts in Canadian population. Tom D. Daley et al
145. Int J. Med sci 2012: 9(1) 20-26 ‘cystic lesions of the jaws ,A clinic patalogical study of 322 cases and review of literature Esther Mamar et al.
146. Journal maxilla-facial surgery 2013 Jul-Dex , 4 (2) 202-205 , ‘Cancer of upper gingivo bucal sulcus hard palate and maxilla. Viau Kump et al
147. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Volume 65, Issue 5, May 2007, Pages 984-992 Prevalence of Postoperative Complications After Orthognathic Surgery: A 15-Year Review Lop Keung Chow MDS, MOSRCS(Edin)\*. Et al
148. J Maxillofac Oral Surg. 2014 Jun; 13(2): 120–127. Published online 2012 Dec 14. doi: 10.1007/s12663-012-0457-4 Evaluation of Post-operative Complication Rate of Le Fort I Osteotomy: A Retrospective and Prospective Study Sandeep Garg and Supreet Kaur
149. J Craniofac Surg. 2004 Nov;15(6):971-7; discussion 978-9. Intra- and perioperative complications of the LeFort I osteotomy: a prospective evaluation of 1000 patients. Kramer FJ<sup>1</sup>, Baethge C, Swennen G, Teltzrow T, Schulze A, Berten J, Brachvogel P.
150. Incidence of maxillary orthopaedic anomalies in adolescents K Frankovic, D Kuchárska, L Takác - Prakticke zubni lekarstvi, 1990
151. A . Teliti Teze Doktorate.’ Politrauma dhe trajtimi i saj nga kirurgu omf’ Tirane 2015
152. L. Ymeri Teze Doktorate ‘Traumat maksilo-faciale nga armet e zjarrit. Menaxhimi dhe trajtimi i tyre’ Tirane 2016.
153. J Maxillofac Oral Surg. 2014 Dec; 13(4): 546–549. Published online 2013 Apr 23. doi: 10.1007/s12663-013-0518-3 Closure of Anterior Palatal Fistula by Tongue Flap: A Prospective Study S. P. S. Sodhi , Palvi Kapoor, and Dheeraj Kapoor
154. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003 Nov;96(5):527-34. Palatal rotation-advancement flap for delayed repair of oroantral fistula: a retrospective evaluation of 63 cases. Anavi Y<sup>1</sup>, Gal G, Silfen R, Calderon S.
155. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Dec;69(12):2956-61. doi: 10.1016/j.joms.2011.02.102. Epub 2011 Jul 14. Retrospective study on the treatment outcome of surgical closure of oroantral communications. Visscher SH<sup>1</sup>, van Roon MR, Sluiter WJ, van Minnen B, Bos RR
156. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006 Feb;35(2):155-8. Epub 2005 Jun 13. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. Abuabara A<sup>1</sup>, Cortez AL, Passeri LA, de Moraes M, Moreira RW
157. Kokubyo Gakkai Zasshi. 2001 Sep;68(3):249-53. [A clinical investigation of oro-maxillary sinus-perforation due to tooth extraction]. Hirata Y<sup>1</sup>, Kino K, Nagaoka S, Miyamoto R, Yoshimasu H, Amagasa T.
158. Acta Otolaryngol. 2007 Feb;127(2):194-205. Osteomyelitis in the head and neck. Prasad KC<sup>1</sup>, Prasad SC, Mouli N, Agarwal S
159. Int. J. Odontostomat., 4(2):197-202, 2010. Chronic Osteomyelitis of the Maxilla and Mandible: Microbiological and Clinical Aspects. Osteomielitis Crónica del Maxilar y Mandíbula: Aspectos Microbiológicos y Clínicos, Elerson Gaetti-Jardim Júnior; Francisco Isaak Nicolas Ciesielski; Ricélia Possagno; Alvimar Lima de Castro; Antonio Carlos Marqueti & Ellen Cristina Gaetti-Jardim

## Abstrakt

**Qëllimi:** Menaxhimi bashkëkohor i patologjive që përfshijnë sinusin maksilar nga kirurgu oro-maksillofacial

**Materiali dhe Metoda:** Për realizimin e këtij studimi janë shqyrtuar 400 pacientë të trajtuar pranë Shërbimit të Kirurgjisë O.M.F. me patologji maksilo-sinusale për periudhën 2011-2016.

Për mbledhjen e të dhënave janë shfrytëzuar kartelat spitalore të pacientëve, rregjistrat spitalorë, si dhe kartelat tip të hartuara enkas për keto patologji në të cilat është bërë studimi, me detaje, i pacienteve tanë. Studimi i tipit Kohort prospectiv. Të dhënat e mbledhura u hodhën në kompjuter në programin Microsoft-Excel, nga ku më pas u eksportuan në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 20.0, program në të cilin u realizua e gjithë analiza statistikore.

**Rezultate:** Patologjitë që kanë përfshirë sinusin maksilar në studimin tonë rezultojnë se : 165 raste ose 41.25 % nga 400 raste të marra në studim me patologji maksilo-sinusale kanë përfshirje të sinusit maksilar.

**Konkluzione:** Arritjet në trajtimin e pacientëve me patologji maksilo-sinusale në studimin tonë kanë ardhur si rezultat i:

Sukseseve në imazheri, Diagnozës së saktë dhe planit të trajtimit profesional, Futjes së materialeve të osteosintezës dhe fiksimit rigid, Shfrytëzimit kryesisht të hapjeve kirurgjikale intra-orale, Teknologjisë në instrumentat dhe pajisjet kirurgjikale, Trajnimit të stafit tonë kryesisht në vendet perendimore

**Fjalë kyçe:** sinus, patologjitë e katit të mesëm, kirurg maksillofacial.

## Abstract

**Aim:** Contemporary management of pathologies involving the maxillary sinus by the oro-maxillofacial surgeon

**Material and Method:** For the realization of this study, are used data of 400 patients treated at the O.M.F Surgery Service. with maxillary sinus pathology for the period of time 2011-2016. The data collection included the use of hospital patient files, hospital registries, and specially designed charts for these pathologies in which a detailed study of our patients was performed. This is Cohort prospective study. The collected data were entered into a computer in Microsoft Excel, and then exported to SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0, in which all statistical analysis was performed.

**Results:** Pathologies that included maxillary sinus in our study showed that: 165 cases or 41.25% of the 400 cases studied in maxillofacial sinus pathology have maxillary sinus involvement.

**Conclusions:** The achievements in the treatment of patients with maxillary sinus pathology in our study came as a result of: Imaging successes, Accurate diagnosis and professional treatment plan, Introduction of osteosynthesis materials and rigid fixation, Utilization of mainly intra-oral surgical approach, Technology in surgical instruments and equipment, Training of our staff mainly in western countries.

**Keywords:** sinus, middle third of the face pathologies, maxillo-facial surgeon.