

## OSTEOMIELITA MAXILARĂ PRIMARĂ A SUGARILOR

V. Vendég, V. Mulfay, I. Togănel

Apariția relativ rară a osteomielitei maxilare primare îngreunează cunoașterea perfectă a tabloului ei clinic și adoptarea unei atitudini terapeutice corespunzătoare. Literatura de specialitate conține numeroase date contradictorii în legătură cu această problemă. Boala se caracterizează printr-o evoluție foarte variată. La apariția unui edem palpebral este greu de prevăzut gravitatea pe care o va avea procesul: nu se știe dacă afecțiunea va rămîne o simplă rino-sinusită, dacă va evolua spre osteomielită sau va avea un deznodămînt letal, datorită unei complicații endocraniene. Stabilirea diagnosticului precoce întîmpină dificultăți. Antibioterapia poate constitui un obstacol serios în alegerea momentului oportun pentru intervenție. Și astăzi se mai discută dacă este cazul să se aplice un tratament conservator (medicamentos), sau unul chirurgical, adepții ambelor tendințe fiind destul de numeroși.

În cursul ultimilor 10 ani am avut în observație 9 cazuri de osteomielită maxilară primară. În lucrarea de față prezentăm 5 din aceste cazuri.

*Obs. 1.* Fetița M. S. în vîrstă de 3 săptămîni, prezintă la 6 februarie 1958, rinoree mucopurulentă moderată. În seara zilei următoare este internată în secția noastră, constatîndu-se edem al pleoapelor, al bolții palatine și al obrazului drept, febră ridicată (peste 39° C) și o stare generală grav alterată. Toate aceste fenomene au apărut brusc. După evacuarea secreției nazale, puroiul galben reapare pîsînd în meatul mijlociu. Radiografia postero-anterioară arată o voalare uniformă a celulelor etnoide și a sinusului maxilar de partea dreaptă. Numărul leucocitelor: 11.000. Administrăm imediat penicilină (3x500.000 unități), streptomycină (0,5 g pe zi) și vitamină C. Tumefierea pleoapelor și a pituntarei evoluează repede, iar în ziua următoare apare și o jenă la respirație. Fetița refuză să se alimenteze și din cauza aceasta i se face infuzie. Începînd din ziua de 9 februarie, administrăm, pe baza antibiogrammei executate între timp, tetraciclină și cloramfenicol în doze mari. În ziua următoare simptomele grave stagnează apoi, în interval de o săptămîină edemul și congestia se moderează treptat, iar starea generală revine la normal. În secreția nazală se pune în evidență stafilococ aureu. Începînd din ziua de 16 februarie, administrăm numai vitamine și cloramfenicol timp de încă 7 zile. Nu au apărut recidive. Bolnava părăsește clinica în stare vindecată, la 25 februarie 1958.

*Obs. nr. 2.* T. C. băiat de 3 luni se internază la 13 octombrie 1961, într-o secție de pediatrie rațională, unde în urma semnelor caracteristice de osteomielită primară dreaptă i se administrează timp de 10 zile penicilină, streptomycină, clorocid și vitamine în doze mari. La 23 octombrie bolnavul este transferat la Clinica de pediatrie din Tg.-Mureș, secția O.R.L.

La internare copilul prezintă o tumefiere dureroasă a obrazului drept; temperatura: 37,8° C; starea generală ușor alterată; fistule în șanțul gingivo-labial, la nivelul palatului dintr-o parte și la nivelul porțiunii externe a pleoapei inferioare drepte (fig. 1). De asemenea se constată o rinoree purulentă abundentă de partea dreaptă. La examenul bacteriologic al secreției nazale se pune în evidență stafilococ aureu sensibil la aureomicină și eritromicină. Numărul leucocitelor: 10.000. Instituiem un tratament general cu vitamine, aureomicină și penicilină în doze masive timp de 7 zile, în urma cărora secreția nazală și cea din fistule, la fel ca și tumefierea feței cedează considerabil și sugarul devine afebril. Până la data de 5 noiembrie, copilul se simte bine chiar fără a se face antibioterapie. Începând din ziua de 6 noiembrie, supurația se accentuează, bolnavul este din nou febril și de aceea aplicăm o antibioterapie cu aureomicină timp de 5 zile. Sub efectul acestui tratament, temperatura se normalizează și cantitatea de secreție scade. Din fistula palpebrală se elimină câteva secheste osoase mici.

Între 11—20 noiembrie, administrăm tetraciclină, iar local pulverizăm sub presiune praf de aureomicină în fistule. Din fistula palpebrală se elimină 2 secheste de os necrozat. Starea generală a bolnavului este bună.

La 20 noiembrie întrerupem antibioterapia generală, continuând numai pulverizările locale cu aureomicină. După o săptămână, temperatura se urca la 38,4° C, sugarul devine neliniștit, agitat și refuză alimentele. Apare o tumefiere accentuată a pleoapei inferioare. Începem să administrăm eritromicină și continuăm pulverizările cu aureomicină în fistulă și în nas. Copilul devine afebril după 3 zile, rinoreea abundentă scade și abcesul format în pleoapa inferioară poate fi golit spre losa nazală printr-o simplă apăsare. După 10 zile, semnele de inflamație acută dispar definitiv, dar persistă fistulele. Începând din 8 decembrie, administrăm aureomicină timp de 5 zile. După data de 13 decembrie, administrăm numai eritromicină intermitent și anume 5 zile consecutiv și 5 zile pauză, timp de încă o lună. În următoarele 3 luni, în cursul cărora am continuat tratamentul local, fistulele s-au închis treptat. Boala nu a recidivat.

*Obs. nr. 3.* W. S., băiat de 2 luni, este internat în clinica noastră la 17 ianuarie 1961, prezentând o rinoree purulentă, abundentă, temperatura de 40° C, o tumefiere a pleoapelor drepte, stare generală grav alterată cu tulburări digestive. Numărul leucocitelor: 14.000. Instituiem penicilino-terapie (3x1.000.000 unit.), cu streptomycină (1/4—1/2 g pe zi). La examenul bacteriologic se cultiva stafilococ aureu sensibil la tetraciclină și aureomicină. La instituirea tratamentului cu aureomicină (18 ianuarie) era format deja un abces în regiunea pleoapei inferioare. Incizia abcesului este urgentată de febra ridicată și de starea generală grav alterată a copilului. După incizie se elimină o cantitate mare de puroi galben și gros, în care s-a pus în evidență iarăși un stafilococ aureu. După 2 zile, starea generală și locală a bolnavului începe să se amelioreze. Ameliorarea evoluează încet și progresiv în cursul tratamentului cu aureomicină pe care l-am continuat 10 zile, introducând concomitent praf de aureomicină (pulverizat cu pară de cauciuc), direct în cavitatea abcesului.

Între 29 și 31 ianuarie se formează o colecție de puroi în șanțul gingivo-labial drept, pe care o incizăm evacuându-se o cantitate remarcabilă de secreție. În aceste zile administrăm tetraciclină în doze obișnuite. După 6 februarie, administrăm cloramfenicol și apoi iarăși aureomicină până la 17 februarie. În acest interval, semnele de inflamație cedează și starea generală a copilului revine la normal. Fistula din gură se închide. Continuăm antibioterapia locală și generală intermitent încă două luni cu diferite antibiotice, până se include și fistula palpebrală. Bolnavul părăsește clinica vindecat la 4 mai 1961 (fig. 2).

*Obs. nr. 4.* E. V., fetiță născută la termen, în ziua de 9 iunie 1961, fiind primul copil, se internază în clinica noastră la 22 aprilie 1962, cu diagnosticul de conjunctivită și bronhopneumonie. Boala a început cu 3 zile în urmă prin tumefierea pleoapelor

drepte, subfebrilitate și ușoare semne gastro-intestinale. În oftalmolog i-a prescris picături de ochi și comprese locale cu ceai de muștel. În ziua de 22 seara, respirația bolnavei se îngreunează și părinții constată o febrilitate accentuată.

La internare, fetița face impresia unui bolnav cu o stare nu prea gravă. Din punct de vedere intern și neurologic nu prezintă nimic patologic. Pleoapa inferioară lăcrășată este tumefiată, ușor infiltrată și roșie și din această cauză bolnava nu-și poate deschide bine ochiul drept. Se constată o rinoree purulentă moderată de partea dreaptă, temperatura: 38,2° C; la puncția sinusului maxilar drept se evacuează puroi gros, galben, gri. Regiunea palatină este congestionată la fel ca și rebordul alveolar drept. Confirmăm diagnosticul de osteomieliță maxilară dreaptă.

Administram din prima zi penicilină (3x400.000 unit.) și streptomicina (250 mg pe zi), piramidon și vitamine. După 2 zile, fetița devine afebrilă, tumefierea pleoapelor nu cedează, ci edemul se întinde aproape pe nesimțite pe fața întreaga și asupra regiunii temporale drepte. Examenul bacteriologic pune în evidență în secreția nazală stafilococ auren hemolitic sensibil la polmixină și canacină, a căror administrare o începem în ziua de 25 în doze obișnuite. Temperatura se urcă din nou peste 38° C și bulbul ocular devine fix, cu privirea înăuntru și în jos. Starea generală continuă să fie alterată. După 2 zile febrile (25—26 aprilie) bolnava prezintă subfebrilitate, pentru ca în ziua de 28 să devină din nou febrilă.

Având în vedere că tumefierea pleoapei inferioare persista (fig. nr. 3) și făcea impresia ca în ea se formează un abces, efectuăm o incizie. Această intervenție nu părea urgentă, deoarece bolnava era subfebrilă, avea o stare generală potrivită și simptomele locale erau staționare, numărul leucocitelor fiind de 9.000. În dimineața zilei de 28, cind ne-am propus să intervenim, starea generală a copilului s-a înrăutățit brusc. La ora 7 dimineața a apărut o dispnee și cianoză accentuată, în prezența unei temperaturi de 37° C. Examenul medical și radiologic arată un pneumotorace spontan stîng care împinge mediastinul în direcția opusă. Pulsul este filiform. Se execută de urgență toracotomie. La întoarcerea de la secția de chirurgie, bolnavul sucombă, la ora 11, în urma unei insuficiențe cardiace.

La autopsie se constată: sinusită maxilară și etmoidală purulentă, flemon peri-maxilar și orbital, edem cerebral, meningita purulentă, tromboza sinusului cavernos, pleurită fibrinoasă purulentă bronho-pneumonie abcedentă și confluentă a ambilor plămîni și o dilatare a ventriculelor inimii.

Obs. nr. 5. P. E., fetița de 13 zile, face febră și prezintă o rinoree muco-purulentă pentru care moașa din comună îi administrează penicilină, de 2 ori 400.000 unit. În a treia zi de tratament, bolnava prezentînd o tumefiere a obrazului stîng, edem palpebral și înrăutățirea stării generale, este internată în secția noastră la 23 ianuarie 1963. La internare se constată o rinoree purulentă abundentă și o fistulă osoasă la nivelul incisivului 2 superior stîng, din care se scurge un puroi galben în cantitate mare. Starea generală a fetiței este destul de bună, alimentîndu-se normal. Introducînd un stilet butonat în fistulă, ajungem în sinusul maxilar și în fosa nazală stîngă. Apăsînd tumefacția din jurul fistulei, puroiul se evacuează spre fosa nazală. Bolnava a fost tratată în secția noastră timp de 2 săptămîni cu penicilină, (de 3 ori 1.000.000 unit. pe zi), și a avut tot timpul o stare generală bună, fiind adaptată la sin. Rinoreea a cedat treptat. La externare fistula nu mai secretează puroi. S-a prescris continuarea tratamentului antibiotic și acasă timp de încă o săptămîină.

Se știe că osteomielița maxilară a adultului survine ca o afecțiune secundară în urma unor procese odontogene, a unor traumatisme sau boli contagioase (febră tifoidă, pojar etc.), în timp ce osteomielița maxilară primară este o boală caracteristică a nou-născuților, a sugarilor și mai rar a copiilor mici. Denumirea de osteomieliță maxilară primară *acută* nu este potrivită, deoarece în majoritatea cazurilor boala ia un caracter subacut sau cronic, din cauza antibioterapiei (în 4 din cazurile noastre).

Agentul patogen este aproape întotdeauna stafilococul aureu piogen (în 7 din cazurile noastre).

Vascularizația bogată a maxilarului superior, dehiscențele osoase și modul de a reacționa al organismului în vîrsta primei copilării favorizează apariția afecțiunii.

Dat fiind numărul mic al cazurilor observate de un singur autor, părerile referitoare la patomecanismul bolii sînt divergente. Unii autori susțin că poarta de intrare este mucoasa bucală și că prin leziuni aparent neînsemnate agentul patogen pătrunde direct la osul maxilar în jurul mugurilor dentari. Alții sînt de părere că inflamația care survine de obicei în anotimpurile reci este la început rinogenă, afectînd mai întîi mucoasa sinusurilor etmoidale sau maxilare, de unde se extinde pe maxilarul superior, așa cum arată și 6 din cazurile noastre, în care afecțiunea a fost precedată de o rinoree. *Alfaro* și *Krukoff* au constatat de asemenea că în copilărie stafilococii, pneumococii și, mai rar, streptococii, înmulțindu-se în faringe, produc o infecție rinogenă a etmoidului și apoi a oaselor învecinate. Unii autori presupun că infecția se propagă dinspre căile lacrimale. Această observație nu este însă confirmată.

Mai demult s-a crezut că boala este o supurație primară a mugurilor dentari. *Wassmund* și alți autori au observat însă că mugurii dentari nu supurează, fiind bine adăpostiți în foliculii lor, și chiar dacă regiunea din jur este inundată de puroi, ei nu-și pierd vitalitatea, ci se reimplantează în faza de reparație. (*Axhausen*).

Boala are un debut caracteristic. O dată cu febra ridicată, apare o tumefacție dureroasă a pleoapelor, a feței, a rebordului alveolar, și a bolții palatine. Starea generală este alterată și survin de timpuriu tulburări digestive. După cîteva zile în regiunile infiltrate apar abcese perimaxilare care la rîndul lor se deschid deseori spontan spre orbită, cavitatea bucală, fosa nasală, sau spre exterior, dînd naștere unor fistule multiple.

Evoluția și gravitatea bolii sînt foarte variate, în funcție de tratamentul aplicat și, în primul rînd, de felul și cantitatea antibioticelor, de momentul începerii și durata administrării lor. În numeroase cazuri o antibioterapie energetică instituită de timpuriu poate stăvilă întinderea procesului inflamator, ducînd la vindecare înainte de a se forma abcesul. (Obs. 1). Un tratament nepotrivit duce la cronicizarea procesului. Intreruperea precoce a antibioterapiei atrage după sine de multe ori recidivarea sau agravarea procesului. Instituirea tardivă a tratamentului, folosind antibiotice nepotrivite sau în doze insuficiente, la fel ca și nedeschiderea la timp a colecțiilor purulente, agravează starea copilului. Moartea survine, fie în urma unor complicații orbito-endocraniene, fie în urma unei septico-piemii. (*Bohmke*).

Modificările anatomo-patologice sînt foarte variate. În afară de rinită și semnele unei sinusite etmoidale și maxilare prezente aproape fără excepție, procesul se caracterizează printr-o supurație perimaxilară. Abcesul subperiosteal deslipește periostul pe o suprafață largă de pe pereții maxilarului care, necrotizîndu-se dau naștere la sechestre. Cele mai rebutabile complicații sînt supurațiile orbito-endocraniene și septico-piemia, care duce la abcese multiple îndepărtate, ca de ex. abcese pulmonare etc.

Un edem palpebral apărut în legătură cu o rino-sinusită înseamnă că supurația a depășit bariera scheletică nazală și că inflamația poate evolua rapid spre cele mai grave complicații. Această constatare dobîndește o deosebită importanță, azi, cînd antibioterapia deseori nesatisfăcătoare maschează semnele complicațiilor ce se instalează insidios. Destul de frecvent sugarii sînt tratați într-un serviciu de oftalmologie pentru un edem palpebral, astfel că se pierde timpul cel mai prețios pentru instituirea unei antibioterapii precoce. (ca în obs. noastră nr. 4).



*Fig. nr. 1.* T. C. băiat în vîrstă de 3 luni. Diagnostic: osteomieliță maxilară primară dreaptă, fistulă spontană la capătul extern al pleoapei inferioare, tumefierei obrazului drept.



*Fig. nr. 2.* W. S. Băiat în vîrstă de 2 luni. Diagnostic: stare după osteomieliță maxilară primară dreaptă. Incizia cicatrizată a palmei drepte.



*Fig. nr. 3.* B. E. fetiță în vîrstă de 10 luni. Diagnostic: osteomieliță maxilară primară dreaptă. În ziua a 7-a de boală, cu două zile înainte de moarte.

Stabilirea diagnosticului precoce este mult îngreunată de faptul că semnele rinologice sînt puțin numeroase și necaracteristice la început. Dar cel mai serios obstacol îl constituie o antibioterapie insuficientă. În lipsa unor semne alarmante, meningita poate fi trecută cu vederea în unele cazuri. (observația noastră nr. 9).

Examenul radiologic întîmpină multe greutăți la o vîrstă fragedă, deoarece sugarii sînt neliniștiți și oasele lor conțin puține substanțe anorganice. Cu toate acestea, examenul radiologic arată întotdeauna voalarea sinusurilor de partea bolnavă.

În cazurile observate de noi formula leucocitară nu a fost concludentă. Așa, bunăoară, în obs. nr. 4. cu deznodămînt letal, numărul leucocitelor a fost de 9.000. În schimb, febra arată cu mai multă fidelitate evoluția bolii.

În primul rînd trebuie să ne orientăm pe baza tabloului clinic, analizînd simptomele în ansamblul lor și făcînd abstracție de efectul deghizant al antibioterapiei, în urma căruia semnele locale ușoare nu trădează deseori leziunile grave din profunzime sau generalizarea procesului. (obs. noastră nr. 4). În consecință prognosticul bolii este întotdeauna rezervat.

Înainte de aplicarea antibioticelor, osteomiелita maxilară a sugarului era o afecțiune mai frecventă și mai temută prin mortalitatea ei foarte ridicată (25—30% după *Mc Cash și Rowe*). Tratamentul chirurgical radical, inițiat acum aproximativ 30 de ani de *Balters, Gerke și Lepps* și alții), a dat unele rezultate bune. După introducerea antibioticelor rezultatele terapeutice s-au ameliorat atît de mult, încît unii autori, au crezut la început că toate cazurile de osteomiелită maxilară primară pot fi vindecate printr-un tratament pur conservator.

Antibioterapia energetică introdusă în faza de debut a rinosinusitei poate preveni declanșarea bolii. La apariția primului semn care trădează că procesul a depășit limitele sinusului afectat (edem palpebral), trebuie instituită o antibioterapie masivă, de obicei cu eritromicină sau penicilină pînă la obținerea antibiogramei de urgență care va decide conduita viitoare. Cheia succeselor terapeutice constă în introducerea precoce a unei antibioterapii energetice.

Semnele unui tablou clinic alarmant (edem, tumefiere, infiltrații, febră) ca și modificările radiologice cedează cu atît mai rapid, cu cît tratamentul energetic este instituit mai devreme. O colecție de puroi, apărută de obicei în ziua a 3-a, 5-a a bolii, trebuie evacuată chiar dacă semnele alarmante lipsesc. Intervențiile largi sînt un procedeu depășit. *Landberger* a semnalat pentru prima oară urmările grave ale unor intervenții chirurgicale largi executate pe maxilarul superior în copilărie. Aceste urmări constau în malformații grave ale scheletului facial, malformații puțin cunoscute, fiindcă mulți dintre cei operați sucombă între timp.

*Franke, Gerke și Lepp, Weyers, Eckel* și alții au semnalat cazuri de asimetrie facială gravă după excoclearea mugurilor dentari. În cursul intervențiilor mugurii trebuie menajați cu cea mai mare atenție alit din considerente estetice (asimetrie facială) cît și din motive funcționale (denții delicitară). Inciziile trebuie să fie cît se poate de mici. O antibioterapie corectă și inciziile timpurii constituie mijloacele de prevenire a sechestrilor. Mugurii dentari se îmbolnăvesc rari și numai în mod secundar, fără să constituie focarul primar al afecțiunii. *Weyers* a observat că mugurii închiși în sechestre, nu se necrozează. Aceste constatări ne îndreptățesc să adoptăm o atitudine cît mai conservatoare față de sechestrile care conțin muguri. Excoclearea celulelor etno.de efectuată pe cale internă ușurează drenajul secrețiilor.

Dacă după prima perioadă acută nu survine vindecarea boala intră într-o fază subacută sau cronică, caracterizată prin abcese și fistule de obicei multiple care secretează puroi, și prin care se elimină din cînd în cînd mici sechestre osoase. Stările afebrile sînt întrerupte de perioadele în care se colectează noile abcese, de accese termice septice deseori grave. Trebuie să subliniem că osteomiелita maxilară a

sugarului este o afecțiune deosebit de serioasă care îți poate rezerva oricând surprize dramatice. În funcție de gravitatea și evoluția bolii antibioterapia trebuie continuată încă 5—15 zile după dispariția tuturor simptomelor. Procesele subacute și cronice pot evolua timp îndelungat și nu rareori antibioterapia se impune a fi continuată luni de zile. Într-un caz relatat de *Gregson* s-a administrat eritromicină timp de 8 luni. Vitamina C avînd un efect foarte bun trebuie administrată în doze mari în tot cursul tratamentului.

Antibioticele sînt eficace nu numai dacă se administrează general, ci și dacă se aplică local. În fistulele existente noi întroducem sonde sau canule fine de masă plastică prin care injectăm zilnic soluții de antibiotice, sau folosind pulverizatoare încărcate cu antibiotice executăm insuflații din apropierea orificiilor fistuloase: aerul, comprimat în cavitatea abcedată, evacuează o cantitate remarcabilă de secreție, introducînd în același timp și antibioticele pe care le conține sub formă de praf. Acest tratament local scurtează evoluția bolii prin realizarea unei concentrații medicamentoase superioare în focar. În unele cazuri subacute și cronice el poate înlocui temporar antibioterapia generală.

*Sosit la redacție: 27 aprilie 1963.*