

面颈部牙源性瘻的临床诊治分析

薛 娜,王珮华

(上海交通大学医学院附属第九人民医院 耳鼻咽喉科,上海 200011)

摘 要: **目的** 探讨并总结面颈部牙源性瘻的临床特征及诊疗新进展。**方法** 回顾性分析诊治的 4 例面颈部牙源性瘻的临床资料,其中瘻口位于颏部 1 例,鼻旁区 3 例,均由根尖周感染引起。临床症状以面颈部皮肤反复肿胀及破溃流脓为主。本组患者皆行手术切除瘻管,术中发现瘻管延至患牙,1 例行患牙拔除,3 例行根管治疗。**结果** 本组患者随访 2 ~ 24 个月,瘻口愈合,无复发病例。**结论** 面颈部牙源性瘻在临床中常被忽略,对于以面颈部反复感染为主诉的病例应考虑到牙源性的可能。其诊断常依靠影像学检查及术中发现,治疗应彻底清除感染灶,可达到治愈。

关 键 词:面颈部瘻;牙源性感染;窦道
中图分类号:R782.3 **文献标识码:**A **文章编号:**1007 - 1520(2015)02 - 0096 - 04

Cervicofacial cutaneous sinus tract of odontogenic origin

XUE Na, WANG Pei-hua

(Department of Otolaryngology, Shanghai Ninth People's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200011, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical characteristics, diagnosis and treatment of cervicofacial cutaneous sinus tract of odontogenic origin. **Methods** Clinical data of 4 patients with cervicofacial cutaneous sinus tract of odontogenic origin receiving treatment in our department from March 1993 to March 2014 were analyzed retrospectively. As for the location of orificium fistulae, 1 was on the chin and 3 were on the paranasal region. The fistulae were caused by periapical periodontitis in all 4 cases. The main clinical symptoms were cervicofacial cutaneous lesion with repeated swelling and drainage of pus. Sinus tracts were found to be originated from diseased tooth during surgery and therefore the final diagnose was confirmed in all cases. Furthermore, extraction of infected tooth was applied to one case, and endodontic therapy to 3. **Results** All the patients were followed up for 2 to 24 months postoperatively. The orificium fistulae got healed up in all cases and no relapse occurred. **Conclusions** Cervicofacial cutaneous sinus tract of odontogenic origin is rare and usually misdiagnosed. Dental origin should be considered for repeated infection of cervicofacial region. The diagnosis depends on radiographic examination and surgical findings. Complete elimination of dental infection is essential for the treatment of this disease.

Key words: Cervicofacial cutaneous sinus tract; Odontogenic infection; Fistula

面颈部牙源性瘻是一种由牙源性感染迁延不愈,形成窦道,开口于皮肤表面的慢性炎症性疾病。该类病患者常以面颈部皮肤感染为主诉就诊,其患牙症状较轻,极易被患者及医生所忽略,造成误诊。本文归纳了 4 例面颈部牙源性瘻患者的临床资料及治疗结果,并对近年来国内外诊疗新进展进行

综述,以期为临床提供参考借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 1993 年 3 月 ~ 2014 年 3 月上海交通大学医学院附属第九人民医院耳鼻咽喉科收治的 4 例面颈部牙源性瘻患者,年龄 24 ~ 76 岁,平均年龄 56 岁,均为男性。瘻口部位:颏部 1 例,鼻旁区 3 例。症状:以无痛性肿块为主诉 1 例,以反复肿胀

基金项目:上海市卫生局中医处科研项目支持(2010J010A)。
作者简介:薛 娜,女,硕士研究生在读。
通信作者:王珮华,Email:entwang@126.com

流脓为主诉3例;有相关患牙牙龈肿痛及叩击痛2例,无患牙症状体征2例;来源于 $\overline{6}$ 1例, $\overline{3}$ 2例, $\overline{8}$ 1例;症状持续时间3个月至3年。

1.2 诊断与治疗

本组4例患者中,对有牙部疾患史的2例行口腔检查及牙全景片检查,找出可疑患牙,确诊依据为术中发现瘘管延至患牙;对2例无牙部疾患史的患者行颌面部CT检查发现局部肿块,并未考虑到牙源性感染的可能,手术中的发现明确了诊断。

本组患者均采用手术切除瘘管。手术方式为沿瘘口做梭形切口,分离瘘管与周围组织(图1),直至患牙(图2),将瘘管彻底切除(图3),对于皮肤切口

较小且瘘管较深或需要患牙拔除的患者行辅助唇龈沟切口,以彻底清除瘘管及周围炎性组织。对患牙的处理分为局部打磨牙齿和患牙拔除两种方式。本组病例中,对2例 $\overline{3}$ 及1例 $\overline{6}$ 来源的患者考虑到其患牙病变范围局限于牙根尖,且患牙尚有功能,故采用术中局部打磨方式处理,后期口腔科行根管治疗;对1例 $\overline{8}$ 来源患者考虑到该牙作用较小,故采用整牙拔除方式处理。

彻底清除病灶后,逐层关闭切口,内层5-0可吸收线、外层6-0尼龙线缝合,减少面颈部手术瘢痕。此外,在围手术期皆使用抗生素预防或控制感染,同时酌情加强营养支持治疗。



图1 将瘘管与周围组织分离



图2 瘘管延伸至 $\overline{6}$



图3 取出的瘘管

2 结果

本组患者中,上颌来源的3例患牙骨质穿孔部位处于颊肌上颌附着处以上、口角提肌以下的阻力较小区域,并向外发展形成短且直的瘘管,长度在2.5~3 cm之间,最终开口于鼻旁区皮肤;下颌来源的1例患牙骨质穿孔部位位于颊肌下颌附着处以下,循表情肌深面穿行形成长且弯曲的瘘管,长度为5.2 cm,最终开口于颏部。

本组4例患者术后未出现明显的面颌部凹陷和手术瘢痕,瘘管病理结果均为慢性化脓性炎症。术后保留患牙的3例患者至口腔科行根管治疗。手术切口甲级愈合,患者对外形较满意。随访时间2~24个月,瘘口愈合,无复发病例。

3 讨论

3.1 面颈部牙源性瘘的病因、发病机制及流行病学资料

回顾性分析表明,在皮肤瘘中,牙源性占相当高的比例,约30.75%^[1]。面颈部牙源性瘘的最常见病因为根尖及其周围牙周组织的感染,而引起该感染的最常见原因是龋齿^[2],此外还可见于肿瘤、创伤、填充物感染等^[3-6]。本组患者皮肤瘘管形成均由患牙根尖组织感染引起,与大宗报道相符。

对于瘘管形成的机制,有学者认为,牙髓质感染的炎性物质可对周围软组织及骨质造成持续刺激,引起感染扩散及骨质吸收,并循最小阻力通过牙槽骨迁延并导致颌骨外板穿孔^[1,7-8],从而引起皮下或黏膜下组织感染,形成脓肿甚至蜂窝织炎^[9],随着脓液的集聚,脓肿的压力逐渐增大,当其破溃时即可形成皮肤瘘口或口腔内瘘口。若骨质穿孔的部位位于颊肌上颌附着处以上或位于颊肌、下颌舌骨肌及颊肌下颌附着处以下,则窦道易形成皮肤瘘口。若骨质穿孔部位位于上颌肌肉附着以下或下颌肌肉附着以上,则窦道易形成口腔内瘘口^[8,10]。

以往的回顾性分析表明,在面颈部牙源性瘘中,80%来源于下颌骨牙齿^[2,7],且大部分是磨牙和前

磨牙来源。而本组3例来源于上颌牙齿,其中尖牙2例,第一磨牙1例,这与大宗报道的流行病学资料不相符,考虑与本组病例数较少有关。

3.2 诊断及鉴别诊断

在临床诊疗中,对于颌面部反复感染的患者,需考虑造成反复感染的原因,除全身因素(如免疫力下降、糖尿病等)外,还需想到邻近解剖位置炎症迁移的可能。此外,还需与基底细胞癌、感染性皮肤肉芽肿、感染性皮脂腺囊肿、慢性结核病灶、腮腺导管瘘等疾病相鉴别,这就需要仔细询问病史,根据感染灶的临床表现特征及查体,结合CT、X线根尖摄片等影像学检查,以及病理学结果,最终作出诊断。

对于高度怀疑面颈部牙源性瘘的患者,最重要的是详细的病史询问,包括是否有皮肤感染反复发作史,牙病史,外伤史等。此外,一些特殊的症状也应当引起注意,如有自瘘口排出受伤断裂牙根的病例报告^[4]。其次,口腔检查也是必不可少的,应特别注意有无龋齿、牙周病、断牙等情况。放射学检查对诊断有指向性指导依据,可通过皮肤瘘口注入放射显影的材料,从而经窦道追随到具体患牙^[7,11-12];而对于尚未突破皮肤的瘘管可以选择全景牙片或者锥形束CT扫描寻找可疑病牙^[13-15]。

本组病例中,所有病例均进行详细病史询问及全身体格检查,并行颌面部CT检查,初步排除系统性疾病及肿瘤、鳃裂瘘等,考虑病变较局限,可手术治疗。此外,对2例有患牙疼痛发作史的患者行口腔检查(叩击痛等)及全景牙片检查,考虑是否为牙源性并找出可疑患牙,进行术前初步评估。最终确诊依据为术中发现瘘管至患牙。

3.3 治疗

对于牙源性感染最重要的治疗是患牙的处理,主要包括根管治疗和整牙拔除。一般认为,整牙拔除可能对咀嚼、发音等功能及外观有影响,因此,根管治疗是首选的;而对于一些位置靠后、作用较小(如第三磨牙)^[16],以及松动无功能的牙齿,可选择整牙拔除。本组病例中,3例患者的患牙尚存在功能,且考虑到拔除后可能对咀嚼功能有影响,行种植牙较繁琐并加重患者经济负担,故予以保留患牙行根管治疗,效果满意。

有学者认为,单纯处理患牙后,瘘管会在1~2周内自行减退^[17]。对于较大的不易自愈的瘘管,可采取手术治疗,主要为彻底清除病灶区的炎性组织,并根据具体情况行根尖搔刮、根尖切除、牙槽窝搔刮以及瘘道搔刮甚至窦道切除。本组患者瘘口已

形成,病程较长,故瘘管较难自行消退,首选手术完整切除。

但对于伴有较大骨质缺损或空腔窦道的处理方法,有学者提出,可在感染控制后,应用细针于皮肤瘘口方向水平刺入其下方,垂直分离皮下组织后注入填充物,再单纯处理患牙^[18],可有效避免术区凹陷及瘢痕的问题,但该方法有填充物再感染风险。此外,还可以选用自体骨填补骨质缺损,局部颊黏膜或腭黏膜转瓣覆盖,可获得较确切的疗效^[19-20]。

调查研究表明,牙源性感染多与厌氧菌或兼性厌氧菌有关,如牙龈卟啉单胞菌、福式拟杆菌、放线杆菌等^[16],可适当选用对此类细菌敏感的抗菌药物。因此在本组治疗过程中,皆积极使用了 β -内酰胺类及或硝基咪唑类抗菌药预防或控制感染。此外,必要时可取局部组织进行药敏培养,进一步指导用药。

参考文献:

- [1] Shiva Sadeghi, Mosa Dibaei. Prevalence of odontogenic sinus tracts in 728 endodontically treated teeth[J]. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2011, 16(2): e296 - e299.
- [2] Mittal N, Gupta P. Management of extraoral sinus cases; a clinical dilemma[J]. J Endod, 2004, 30(7): 541 - 547.
- [3] Angiero F, Borloni R, Macchi M, et al. Ameloblastic carcinoma of the maxillary sinus[J]. Anticancer Res, 2008, 28(6B): 3847 - 3854.
- [4] Kalaskar RR, Damle SG. Loss of permanent mandibular lateral incisor and canine tooth buds through extraoral sinus: report of a case[J]. Indian Soc Pedod Prev Dent, 2006, 24(1): 50 - 52.
- [5] Nakamura Y, Hirayama K, Hossain M, et al. A case of an odontogenic cutaneous sinus tract[J]. Int Endod J, 1999, 32(4): 328 - 331.
- [6] Kishore Kumar RV, Devireddy SK, Gali RS, et al. Cutaneous sinuses of cerbico-facial region: a clinical study of 200 cases[J]. Maxillofac Oral Surg, 2012, 11(4): 411 - 415.
- [7] Cioffi GA, Terezhalmy GT, Parlette HL. Cutaneous draining sinus tract: an odontogenic aetiology[J]. Am Acad Dermatol, 1986, 14(1): 94 - 100.
- [8] Epstein JL, Taicher S, Azaz B. Cutaneous sinus tract of dental origin[J]. Arch Dermatol, 1978, 114(8): 1158 - 1161.
- [9] Chowdri NA, Sheikh S, Gagloo MA, et al. Clinicopathological profile and surgical results of nonhealing sinuses and fistulous tracts of the head and neck region[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2009, 67(11): 2332 - 2336.
- [10] Johnson BR, Remeikis NA, Van Cura JE. Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tracts of dental origin[J]. Am Dent Assoc, 1999, 130(6): 826 - 832.

(下转第103页)