

VERONICA EPURE
DAN-CRISTIAN GHEORGHE

PREZENTAREA DE CAZ CLINIC
ÎN OTORINOLARINGOLOGIE

VERONICA EPURE
DAN-CRISTIAN GHEORGHE

PREZENTAREA DE CAZ
CLINIC ÎN
OTORINOLARINGOLOGIE



Copyright © 2014, **Editura Pro Universitaria**

Toate drepturile asupra prezentei ediții aparțin
Editurii Pro Universitaria

Nicio parte din acest volum nu poate fi copiată fără acordul scris
al **Editurii Pro Universitaria**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

EPURE, VERONICA

Prezentare de caz clinic în otorinolaringologie / Veronica
Epure, Dan-Cristian Gheorghe. - București : Pro Universitaria, 2014
Bibliogr.
ISBN 978-606-26-0181-2

I. Gheorghe, Dan Cristian

616.21

CAPITOLUL I.

RINOSINUZITA MAXILOETMOIDALĂ CRONICĂ –

MODEL PREZENTARE DE CAZ

Am examinat bolnavul---în vârstă de ----, din mediul rural/urban, internat în clinică în urgență / cu bilet de trimitere de la medicul de familie, în urmă cu ----zile.

Bolnavul s-a prezentat în clinică pentru: cefalee, senzație de plenitudine cefalică, obstrucție nazală de lungă durată, rinoree mucopurulentă (unilaterală), hiposmie, tuse cu expectorație purulentă matinală, hemaj.

Simptomele au debutat de aproximativ----luni, fiind corelate de bolnav cu numeroase episoade de IACRS; pacientul a urmat tratament cu antibiotice, antialgice, DNF, aerosoli fără nici o ameliorare a simptomelor.

Din antecedentele personale ale pacientului reținem: ----(boli de fond), este consumator de cafea, alcool, fumător, a lucrat în noxe industriale.

La examenul clinic ORL constatăm:

- puncte sinusale (ne)dureroase

- rinoscopia anterioară: secreții mucopurulente ce vin din meatul mediu, dedublarea capului cornetului nazal inferior (prin hipertrofia procesului uncinat – burelet Kaufmann), ± polipi cu aspect inflamator, roșii (origine în etmoid)/ alb-gălbui (origine în maxilar)

- rinoscopia posterioară – secreții purulente la nivelul cozilor de cornete, hipertrofia cozilor de cornete.

Examenul clinic pe aparate și sisteme nu relevă elemente importante pentru cazul actual / arată comorbidități (CI, HTA, diabet) ce cresc riscul anestezic.

Pe baza anamnezei și a examenului clinic formulăm diagnosticul de suspiciune:

1. Rinosinuzită maxiloetmoidală cronică supurată reacutizată stângă

2. Deviație sept nazal
3. Faringită cronică hipertrofică.

Pentru confirmarea diagnosticului am solicitat o serie de explorări paraclinice și de laborator:

- *rx SAF* în incidențe Tchebull, Blondeau, *rxSPF* în incidență Hirtz – arată opacifiere sinus maxilar și etmoidal stâng, opacități omogene, eventual nivel lichidian, fără leziuni osteitice
- *CT* – de elecție pentru sinuzite [1], arată îngroșare de mucoasă peste 4 mm în sinusul maxilar și etmoid stângi; *RMN* – se folosește în caz de complicații; ecografia sinusală – la gravide
- *fibroscopia nazofaringolaringiană* – evidențiază complexul ostiomeatal, secreții în meatul mediu, permite recoltarea de *biopsie* de mucoasă (*examen histopatologic*)
- *proba anemizării* mucoasei nazale
- examenul bacteriologic și micologic al *secreției nazale* – recoltat prin puncție sinusală / sinusoscopie, nu exudat nazal (contaminare saprofiți); dozare IgE și eozinofile în secrețiile nazale
- *examen stomatologic*, ortopantomograma
- *teste alergologice* – de provocare conjunctivală / cutanată; dozare IgE și eozinofile în ser, CIC, C3 scăzut, crioglobulinemie, puterea histaminopexică a serului
- *explorări funcționale*: rinomanometrie, olfactometrie, potențiale evocate olfactive, clearance mucociliar după injectarea de serumalbumină marcată la sinusoscopie [2]
- *testul sudorii* (pentru mucoviscidoză) [3]
- dozarea glucoză și proteine în secrețiile nazale, injectarea de fluoresceină marcată cu I^{131} și fibroscopie – în suspiciunea de fistulă LCR
- celelalte investigații sunt necesare pentru diagnosticul diferențial: IDR la PPD, ELISA pentru BK, examen spută, radiografia toracopulmonară (pentru a exclude TBC); RBW, TPHA (pentru a exclude sifilis); IDR Kweim (pentru sarcoidoză); FR, anticorpilor ANCA (pentru granulomatoza Wegener); colorația cu roșu de Congo a biopsiei lezionale (amiloidoză); reacția Bordet-Genou (sclerom).

Pe baza anamnezei, a examenului clinic și paraclinic, formulăm **diagnosticul pozitiv** de:

1. Rinosinuzită maxiloetmoidală cronică supurată reacutizată stângă
2. Deviație sept nazal
3. Faringită cronică hipertrofică.

Pentru confirmarea acestui diagnostic a trebuit să elimin o serie de entități patologice:

- sinuzita cu **altă localizare**
- sinuzita **acută**
- **sinuzita odontogenă** – rinoree fetidă, indoloră, e doar maxilară, nu are participare etmoidală; focare dentare, consult stomatologic, rx panoramică dentară
- **tumori dentare: adamantinomul** – e invaziv, dă leziuni osoase și deformări faciale; **tumora cu mieloplaxă (granulomul cu celule gigante)** - imagine chistică, de inimă pe rx; **chist paradentar** suprainfectat – imagine chistică pe rx în sinusul maxilar, fistulizează jugal
- **cancer de supra / mezostructură** – aspect de sinuzită intens dureroasă, rinoree sangvinolentă, leziuni osteitice, mobilitate dentară anormală, nevralgia Pietrantonii, adenopatie cervicală; CT, RMN, biopsia mucoasei pun diagnosticul
- **sinuzita fungică – forma invazivă fulminantă** (cruste, rinoree sangvinolentă fetidă, necroze osoase, frisoane, neutropenie; diagnostic prin biopsie și cultura pe mediu Sabouraud); forma **cronică nedureroasă invazivă** (endemică în Sudan, India; extensie spre orbită cu exoftalmie, invazie fosa pterigopalatină); fungus ball sau **aspergilom** (forma noninvazivă, localizată la un singur sinus; rinoree mucopurulentă fetidă, cacosmie, cruste negricioase, cefalee, tuse nocturnă; rx vede opacitate cu microcalcificări; RMN de elecție); **sinuzita fungică alergică** (la pacienții atopici; polipoza nazală și rinoree fetidă cu cruste)
- debut rinologic în **cancerul de rinofaringe**
- sinuzita de însoțire a **tumorilor benigne rinosinuale** – osteom, condrom, fibrom osifiant, adenom, displazie fibroasă Jaffe-Lichtenstein (proliferare mezenchimală fără capsulă, aspect de sticlă pisată pe radiografie), papilom invertit (risc de malignizare, invadează și deformează contururi osoase), osteomixom maxilar (dă deformări faciale), polipoză nazală, chist sinusal (poate fi asimptomatic; imagine hipodensă bine delimitată pe rx)
- **mucocele** – evoluție asimptomatică, poate deforma și atrofia pereții osoși prin presiune, diagnostic pe rx, CT
- **polipoza nazală** cuprinde:
 - polipul sinusocoanal Killian – unic, atârână ca o limbă de clopot în rinofaringe, origine în sfenoid sau maxilar
 - polipoza nazală – alergică (e bilaterală, polipi translucizi alb-gălbui, aspect edematos)/ infecțioasă (de însoțire a sinuzitelor) / de însoțire Voiacek (în tumori maligne rinosinuale)
 - polipoza nazală deformantă și recidivantă a tinerilor (sindrom Woakes)
 - sindrom Widal – polipoză nazală, astm bronșic, intoleranță la aspirină
 - sindrom Kartagener – polipoză nazală și pneumopatie, imobilitate ciliară (sterilitate) [2], situs inversus
 - mucoviscidoza (fibroza chistică) [3] – sinuzită cronică polipoasă deformantă și recidivantă și bronșiectazii la copii; testul sudorii (defect de transport celular al apei și clorului, mucus gros, infecții recurente sinusale cu Pseudomonas)

- **rinita alergică periodică** (guturaiul de fân) [4] – aspect sezonier, rinoree apoasă, teste alergice pozitive
- **rinolievoreea** – antecedente posttraumatice; dozare transferină, glucoză și proteine în secrețiile nazale sau fibroscopie după injectare de serumalbumină marcată radioactiv intrarahidian
- **rinolit / sinusolit** – rinoree fetidă unilaterală
- **rinita cronică hipertrofică** sau faza incipientă a **ozenei** – fără modificări radiologice sinusale
- **leziuni nazale cu evoluție pseudotumorală** (rinosinuzite specifice):
 - **lupusul nazal** – polimorfism lezional; diagnostic prin IDR la PPD, ELISA pentru BK, rx pulmonar, biopsie cu examen histopatologic și colorație Ziehl-Nielsen
 - **rinosclerom** – afecțiune cu caracter infiltrativ, stenozant, extensie descendentă, îngroșarea mucoasei fără ulceratii; examen histopatologic (infiltrat inflamator cronic cu celule Mickulicz = histiocite cu citoplasma vacuolară ce conțin bacili Frisch și corpi hialini Russel), diagnostic serologic (reacția Bordet Genou)
 - **granulomatoza Wegener** – arterită cronică necrozantă; leziuni ulcerative ale mucoasei, microepistaxisuri recurente, hematurie, hemoptizie; diagnostic histopatologic și serologic (FR, anticorpi anticitoplasma polinuclearelor neutrofile ANCA)
 - sifilisul terțiar - **goma** cu cele 4 stadii stadii (cruditate, ramolire, ulceratie, cicatrizare), dă perforația boltei palatine / peretelui sinusal; diagnostic prin IDR, TPHA, colorație Ziehl-Nielsen pe biopsie
 - **amiloidoza** - granuloame netede palide, colorație cu roșu de Congo
 - **sarcoidoza** - granulom necazeificat cu celule Langhans; manifestări pulmonare, oculare (iridociclita), nervoase, osoase, cutanate (eritem nodos); diagnostic serologic (cresc calcemia, angiotensin convertaza), IDR Kweim
 - **granulom malign al feței** (midline granuloma) - granulomatoză cu debut pe linia mediană a vălului palatin, extensie nazosinusală, ulcerază și necrozează dând comunicare buconazală; fără adenopatii, fără metastaze, dar evoluție letală
 - **actinomicoza** - carii dentare multiple; bloc cervicomaxilofacial cu ramolire și fistulizări multiple, elimină puroi galben grunjos; apare la imunodeprimati, țarați
- **nevralgie de n. infraorbital** – poate fi și simptomatică în cancerul sinusului maxilar (nevralgia Pietrantonii)
- **nevralgie de n. vidian** – singura nevralgie cu dureri nocturne, la baza nasului
- nevralgie de n. sfenopalatin (**sindrom Sluder**) – dureri în profunzimea fosei nazale unilateral, rinoree apoasă, epiforă, obstrucție nazală; trece la anemizarea de mucoasă sau infiltrația la orificiului sfenopalatin (la coada cornetului mijlociu)
- **nevralgie de n. etmoidal anterior** (sindrom Charlin) – crize dureroase paroxistice în unghiul superointern al orbitei și peretele lateral al nasului
- nevralgie de n. alveolar inferior
- **sindrom Trotter** (în cancerul rinofaringian) – nevralgie V, imobilitate hemivăl, otită seroasă cronică ipsilaterală
- **sindrom Lanois-Gradenigo** (de vârf de stâncă temporală) – paralizie V și VI, otoree, semn de petroapicită.

Din punct de vedere etiologic, rinosinuzita maxiloetmoidală cronică poate fi alergică / infecțioasă / alergoinfecțioasă / posttraumatică / tumorală / fungică. Sinuzita apare secundar obstrucției ostiale (complexul ostiomeatal), prin staza mucusului în sinusuri, scăderea activității ciliare, proliferare bacteriană și suprainfecție.

Factorii favorizanți sunt: infecțiile virale repetate, anomalii ale transportului ciliar (sindrom Kartagener), deviații ale structurilor anatomice, variante anatomice (celula Haller – celulă etmoidală migrată în sinusul maxilar), pneumatizări excesive proces uncinat, chonca bulosa etc. ce duc la obstrucția complexului ostiomeatal.

Evoluția fără tratament este către extensie și complicații ce pot afecta prognosticul vital:

- pansinuzită
- infecții de vecinătate: dacriocistită, otită, disfuncții tubare
- complicații oculare – fluxione palpebrală superficială, profundă (celulită periorbitară), flegmon orbitar
- complicații endocraniene: tromboflebita de sinus cavernos sau longitudinal, meningita, abces cerebral sau cerebelos
- osteomielite maxilarului – în special la copil în sinuzite cu germeni virulenți
- compresii nervoase / nevrite toxice sau infecțioase – cecitate (I), sindrom petrosfenoidal Jacoud (II,III,IV, V, VI)
- septicemie.

Pe baza diagnosticului stabilit propunem următoarea conduită terapeutică [5]:

1. tratament igienodietetic – evită frigul, umezeala, aerul condiționat, fumatul; umidifiere aer inspirat
2. tratament medicamentos – spălături nazale cu soluții saline; DNF, inclusiv corticoizi topici; antihistaminice; aerosoli cu mucolitice și Dexametazonă; AINS; tratament antibiotic în perioadele de acutizare (chinolone, Augmentin, antibiotic pentru anaerobi [6] - 10 zile); mucolitice per os
3. puncția sinusală – se indică în perioada de declin a febrei și simptomelor, dacă persistă obstrucția nazală, cefaleea și rinoreea sub tratament mai mult de 7 zile; în sinuzitele închistate; 6-10 puncții cu spălături antibiotice
4. tratamentul chirurgical are ca scop asigurarea ventilației eficiente a sinusului maxilar, eliminarea mucoasei degenerate și asigurarea unui drenaj
 - FESS este de primă intenție – meatotomia medie cu etmoidectomie endoscopică [7];
 - e contraindicată în caz de complicații orbitare, endocraniene, sinuzită odontogenă, sinuzită posttraumatică, recidive multiple
 - cura chirurgicală Caldwell – Luc și etmoidectomie pe cale transantrală (procedeu de Lima Pietrantonio) – se indică în situațiile de mai sus

Incidente intraoperatorii: lezare n. suborbitar, orbita, n. optic, endocraniu, lama ciuruită etmoid (fistulă LCR, anosmie), lezare canal nazolacrimal (epiforă), hemoragie din a. sfenoplatină, a. etmoidale [8].

Complicații postoperatorii: sinechii, nevralgie suborbitar, recidive ale FESS.

Îngrijiri postoperatorii (succesul operației depinde de buna îngrijire postoperatorie):

- antibiotice 5 zile, antialgice, capul patului ridicat, gheață pe față
- nu suflă nasul 24 ore după FESS
- nu se tamponează după FESS pentru a preveni sinechiile (unguente hemostatice)
- toaleta aspirativă ziua 1, 3, 7 după FESS
- corticoizi topici din ziua a-7-a
- scoaterea drenului la 5 zile, detamponare la 2 zile postoperator după cura radicală; scoatere fire jugale la 7 zile

Evoluția cu tratament este favorabilă; prognosticul vital și funcțional este bun. Revine la serviciu la 2 săptămâni.

Recomandări la externare: evită frigul, umezeala, fumatul; corticoterapie topică endonazală; dispensarizare (endoscopie la 14 zile).

Particularitatea cazului: -----

Diagnosticul diferențial al **sinuzitei sfenoidale cronice** se face cu:

- sinuzita cronică cu **altă localizare** (maxilară, frontală, etmoidală)
- sinuzita **acută** – fenomene generale zgomotoase (febră, durere, devierea la stânga a FL)
- **cefaleea posterioară** (spondiloza cervicală, sindrom Barre-Lieou de insuficiență vertebrobazilară, contractura musculară, sindrom Forrestier, tulburări de refracție – cefaleea de cauză oftalmologică)
- **nevralgia Arnold**
- **sindrom Sluder** (nevralgia de nerv sfenoplatin) – dureri în profunzimea fosei nazale, epiforă, rinoree, obstrucție nazală
- nevralgia vidiană – cu dureri nocturne
- nevralgia de nerv etmoidal anterior (sindrom Charlin)
- **tumori benigne** – mucocel sfenoidal; chist; papilom invertit; osteom; condrom; fibrom; adenom; displazie fibroasă
- **leziuni cu evoluție pseudotumorală** – lupus (TBC); goma sifilitică; granulomatoza Wegener; rinosclerom; sarcoidoza

- **sinuzite fungice** – fungus ball; actinomicoza; histoplasmoza
- **granulom malign** al boltei palatine
- tumoră de rinofaringe (debut nevralgic sau nazal; sindrom Gradenigo)
- tumoră de baza de craniu
- rinolit, sinusolit, corp străin inclavat în rinofaringe
- morb Pott suboccipital
- bursita Thornwaldt (abcesul recesului supraamigdalian).

BIBLIOGRAFIE

1. Bhattacharyya, N., et al., *The diagnostic accuracy of computed tomography in pediatric chronic rhinosinusitis*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2004. **130**(9): p. 1029-32.
2. Bush, A. and C. Hogg, *Primary ciliary dyskinesia: recent advances in epidemiology, diagnosis, management and relationship with the expanding spectrum of ciliopathy*. Expert review of respiratory medicine, 2012. **6**(6): p. 663-82.
3. Babinski, D. and M. Trawinska-Bartnicka, *Rhinosinusitis in cystic fibrosis: not a simple story*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2008. **72**(5): p. 619-24.
4. Meltzer, E.O., J. Szwarcberg, and M.W. Pill, *Allergic rhinitis, asthma, and rhinosinusitis: diseases of the integrated airway*. J Manag Care Pharm, 2004. **10**(4): p. 310-7.
5. Wu, A.W., N.L. Shapiro, and N. Bhattacharyya, *Chronic rhinosinusitis in children: what are the treatment options?* Immunol Allergy Clin North Am, 2009. **29**(4): p. 705-17.
6. Stephenson, M.F., et al., *Molecular characterization of the polymicrobial flora in chronic rhinosinusitis*. J Otolaryngol Head Neck Surg, 2010. **39**(2): p. 182-7.
7. Massimi, L., et al., *Quality of postoperative course in children: endoscopic endonasal surgery versus sublabial microsurgery*. Acta neurochirurgica, 2011. **153**(4): p. 843-9.
8. Sharp, H.R., et al., *Major complications and consent prior to endoscopic sinus surgery*. Clin Otolaryngol Allied Sci, 2001. **26**(1): p. 33-8.