

CAZ CLINIC II. 4.

Dr. Cătălin Udriou

Dr. Cătălina Călin

Copil de 2 ani și 2 luni care se prezintă pt obstrucție nazală cronică medie severă de aproximativ 1 lună cu rinoree purulentă unilaterală, tratat cu decongestionante nazale și tratament local antibiotic. Din istoric reținem doar că în urmă cu 1 lună copilul ar fi mâncat alune și se ridică suspiciunea de corp străin nazal. Radiografia de sinusuri anterioare ale feței evaluează o opacitate a sinusului maxilar drept iar analizele de sânge evaluează o ușoară leucocitoză cu neutrofilie. La examenul endoscopic nazal nazal cornetul nazal inferior drept este intens hipertrofic ce nu permite vizualizarea fosei nazale decât în 1/3 ant. Se decide evaluarea cu anestezie generală și se practică turbinoreducție cu evacuarea de secreții purulente în cantitate mare urmată de antrostomie maxilară . Nu se evaluează prezența unui corp străin. Se instituie trat antibiotic oral local nazal cu evoluție favorabilă la 1 săptămână.

Particularitatea cazului este reprezentată de vârstă mică a copilului cu sinusită maxilară (sinusurile sunt foarte puțin dezvoltate la copil) cât și de suspiciunea mare de corp străin de fosa nazală înfirmat de endoscopia nasofaringiană cu anestezie generală.

Rinosinuzitele copilului diferă semnificativ de cea adultului, mai ales în ceea ce privește fiziopatologia, imunologia, simptomele inițiale și manifestările clinice ulterioare. Se considera că rinosinuzita adultului are ca substrat INFLAMAȚIA spre deosebire de rinosinuzita copilului care la care predomină INFECȚIA (datorită imaturității imunologice, frecvenței crescute a infecțiilor virale și a diametrului scăzut al ostiumurilor sinusale).

Factorii incriminați în patogenia rinosinuzitelor la copil sunt : imaturitatea imunologica, alergiile, factorii de mediu, refluxul gastroesofagian, modificările anatomice locale, infecțiile virale, afecțiunile genetice (fibroză chistică,

diskinezia ciliară primară). Frecventarea colectivităților influențează dramatic incidența rinosinuzitei acute recurente și cronice.

Germeii implicați cel mai frecvent în etiologia rinosinuzitei acute a copilului sunt : H. influenzae, S. Pneumoniae, Moraxella catarrhalis. Rar se întâlnesc și Streptococcus pyogenes, S aureus și bacterii anaerobe (mai ales în complicațiile meningoencefalice). În cazul rinosinuzitelor cronice germeni responsabili sunt aceiași dar cu o prevalență crescută a stafilococilor (aureus sau coagulazo negativi) , Streptococci alfa hemolitici sau a anaerobilor.

Diagnosticul diferențial al rinosinuzitei la copil se face cu rinita alergică, hipertrofia adenoidiană, imperforația coanala unilaterală, corpul străin nazal.

Complicațiile rinosinuzitelor sunt : orbitare și intracraniene (osteomielite frontală, empiem subdural, abces cerebral, abces epidural, meningita, tromboza de sinus cavernos)

Tramentul medicamentos al rinosinuzitelor copilului are la bază antibioterapia și steroizi topici la care se adaugă irigarea nasului cu soluții saline, mucolitice, decongestionante topice sau orale.

Tratamentul chirurgical este adenoidectomia și chirurgia endoscopică sinusală pediatrică (PESS)

Bibliografie:

1. "Otorinolaringologie" Prof Dr Zăineă Viorel, Prof Dr. Popescu Cristian
2. "Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery" – M. Anniko
3. "Pediatric Otolaryngology" Bluestone and Stool – 5e.

CAZ CLINIC II.5.

Dr. Cătălin Udriou

Dr. Cătălina Călin

Pacient, sex masculin, în vârstă de 1 an 8 luni se prezintă pentru sindrom febril de aproximativ 3 zile, otalgie dreapta și decolarea pavilionului auricular de aproximativ 24 ore

Antecedente heredocolaterale – ne semnificative

APP – copil în primul an de colectivitate, cu numeroase IACRS în antecedente,
Vaccinat conform schemei MS.

Examen clinic general : G- 16 kg, febril – 38.8, stare generală influențată, apetit capricios.

Examen clinic ORL: decolare pavilion auricular drept, tegument retroauricular eritematos, puncte mastoidiene drepte aparent dureroase la palpare

Otoscopie: timpan stâng normal, timpan drept intens congestiv, bombat, pulsatil, lichid purulent în cavotimpan

Rinoscopie anterioara: fose nazale cu secreții muco-purulente în cantitate moderată

BFS: orofaringe congestiv, tonsile palatine moderat hiperrofici, fără depozite pultacee la acest nivel

Examen paraclinic: Hemoleucogramă – leucocitoză cu neutrofilie, ușoară trombocitoză,

PCR: 12 mg/dl

Probele biochimice în limite normale.



Fig. 1

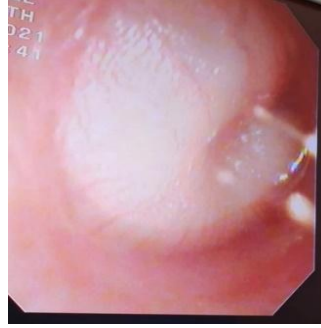


Fig. 2

Diagnostic pozitiv – otomastoidita acută dreaptă. Rinofaringită acută.

Tratament – medicamentos și chirurgical

Se instituie tratament antibiotic iv, antiinflamator steroidian, apoi sub AG-IOT se practică miringotomie dreaptă cu inserție de tub aerator transtimpanic tip Grommet Shepard.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu discretă otoree până la 2 zile postoperator, și afebrilitate din a doua zi postoperator.

1 Care sunt diagnosticele diferențiale în cazul prezentat?

R: otită supurată acută, otomastoidită colesteatomatoasă, otomastoidite specifice - În TBC, granulomatoza Wegener, sarcoidoză, histiocitoză, tumori ale urechii medii și mastoidei: tumori glomice, sarcom, fractură de bază de craniu cu otoliticqvooree.

2. Postoperator evoluția nu este favorabilă, pacientul dezvoltă tumefacție retroauriculară dreaptă, febra nu se remite. Ce atitudine terapeutică urmați?

R: Se practică CT mastoid și ureche medie, apoi se reintervine chirurgical pentru evacuarea abcesului retroauricular și antrocelulotomie dreaptă, până la evidare totală otomastoidiana.

3. Care sunt complicațiile otomastoiditei acute?

R: 3 complicații extracraniene: paralizia facială periferică, labirintita, petrozita – sd Gradenigo - abcesul retroauricular, extindere a focarului septic pe marginea

anterioară a mușchiului SCM: otomastoidita Betzold, extindere la nivelul regiunii occipitale – otomastoidita Citelli, pe marginea anterioară a m. digastric – otomastoidita Mourre și extindere a procesului septic la nivelul regiunii temporozigomatice .

Complicații intracraniene: meningita, abcesul cerebral, abces cerebelos, empiem subdural, abces extradural, abces subdural, tromboflebita sinus lateral.

Bibliografie:

1. "Otorinolaringologie" Prof Dr Zainea Viorel, Prof Dr. Popescu Cristian
2. "Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery" – M. Anniko
3. "Pediatric Otolaryngology" Bluestone and Stool – 5e.