

TROMBOFLEBITA DE SINUS LATERAL – ASPECTE PARTICULARE CLINICO-TERAPEUTICE

V. Costinescu, Gina Stegaru, D. Palade, A. Avasiloaiei,

Cl. ORL, Sp. Sf. Spiridon, Iasi; Irina Jari, Cl. Radiologie, Sp. Sf. Spiridon, Iasi

Tromboflebita de sinus lateral este consecința unei infecții acute sau cronice acutizate a urechii medii, cu o mortalitate de 15% la ora actuală.

Tromboza sinusului lateral este urmarea unei eroziuni osoase prin colesteatom sau proces de osteită care întreține un abces perisinusal. Abcesul generează un proces de agregare a fibrinei, celulelor sanguine și plachetelor în peretele sinusului formându-se un trombus mural. Suprainfectarea trombusului mural realizează un trombus obliterant.

În literatura de specialitate sunt semnalati o serie de factori pre-trombotici care pot favoriza apariția unei tromboflebite mai ales în prezența unui focar infecțios (otomastoidita), dar care pot fi întâlniți și în alte accidente trombotice cerebrale:

- Rezistența la proteina C activată (R.P.Ca) cu mutația factorului V (Arg506Glu) denumit și factorul V Leiden
- Sindromul primitiv de Ac anti-fosfolipidici
- Maladie mieloproliferativă
- Sindromul nefrotic
- Administrarea de Solumedrol în doze mari.

În marea majoritate a cazurilor tabloul clinic cuprinde sindrom infecțios sever (febra 40-41°C, frison) sindrom de iritare meningo-encefalică cu tulburări ale atenției; otalgia, cefaleea și edemul mastoidian (semnul Griesinger ce traduce tromboza venei emisare mastoidiene) sunt de asemenea simptome evocatoare ale unei tromboflebite de sinus lateral.

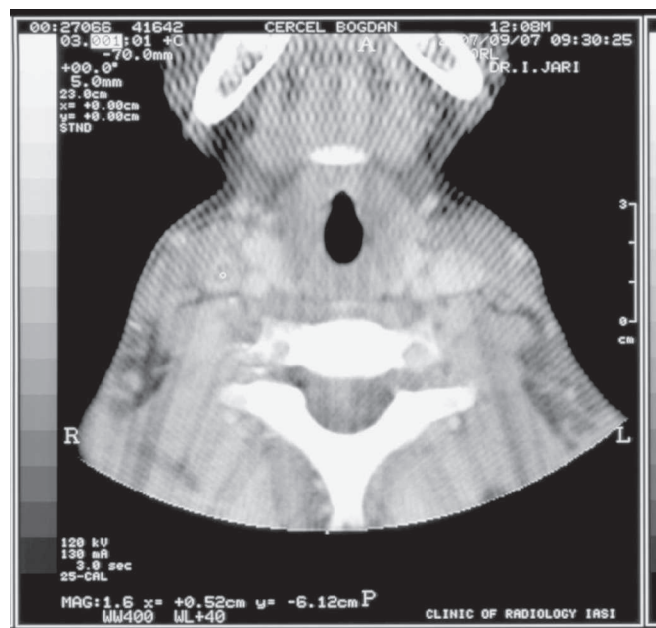
Extinderea procesului de tromboză la nivelul sinusurilor petros superior și inferior poate genera sindromul Gradenigo iar tromboza venei jugulare interne poate determina un sindrom de gaură ruptă posterioară (IX, X, XI). Excepțional de rar se poate întâlni tromboza sinusului longitudinal sau cavernos – prognostic sumbru.

Datorită utilizării necorespunzătoare a antibioticelor (doze insuficiente, perioadă scurtă de administrare, alegere nepotrivită și, nu în ultimul rând, ignorarea tratării la timp a focarului infecțios otic) asistăm la o serie de aspecte particulare ale tabloului clinic ce însoțesc tromboflebita de sinus lateral, și care pot genera greșeli majore de atitudine terapeutică cu consecințe foarte grave – exitusul bolnavului.

Dorim să prezentăm un caz - întâlnit la un pacient în vârstă de 12 ani care a prezentat un tablou clinic particular și care a necesitat o rezolvare terapeutică laborioasă.

Pacientul a fost inițial internat în Spitalul Boli Infecțioase pentru o formă relativ ușoară de meningită, cefalee discretă, leucocitoză. În cursul spitalizării acestei simptomatologii i se adaugă frison neînsoțit însă de creșterea temperaturii ci doar de o subfebrilitate (37,2°C-37,4°C) și otoree muco-purulentă dreaptă. La examenul interclinic se constată existența unei perforații mezotimpanale drepte (4/4mm), restul membranei timpanice infiltrată, discret congestionată; otoreea – fetidă și prezenta mici paete ca în otita colesteatomatoasă.

Dat fiind faptul că pacientul prezenta frison, cefalee, leucocitoză(17000 elemente/mm³) și otoree necaracteristică pentru o otită medie cronică supurată simplă se indică transferul pacientului în clinica ORL – cu suspiciune de tromboflebită de sinus lateral drept.



Examenul CT cranio-cerebral efectuat în urgență confirmă suspiciunea clinică și se practică evidare petromastoidiană dreaptă cu descoperirea sinusului lateral și craniectomie. Sinusul lateral prezenta leziuni evidente de tromboză și necroză pe o distanță de 10-11 cm, până în apropierea golului venei jugulare. Plaga operatorie se lasă deschisă – se remit fenomenele inflamatorii și se ameliorează starea generală (temperatură 36,30C-36,80C, dispariția frisonului, normalizarea numărului de leucocite).

După aproximativ 6-7 zile de tratament (antibiotapie complexă, trombolitice, antiinflamatorii) reapare sindromul cefalgic și câteva frisoane însoțite de ascensionarea curbei febrile (38,5°C-39°C) și leucocitoză (18230 elemente/mm³). Se suspicionează apariția unui abces cerebral. Examenul CT cranio-cervical coroborat cu examenul clinic indica și existența unei tromboflebite a venei jugulare interne drepte, motiv pentru care s-a practicat rezecția în totalitate a venei jugulare drepte (de deasupra unghiului Pirogoff până la golul venei jugulare – operația Grunert).

Deoarece în evoluția postoperatorie, în pofida evoluției favorabile, au mai apărut două frisoane însoțite de febră 38,0C-38,50C s-a suspiciat și eventualitatea unei septicemii sau septicopioemii; s-au recoltat hemoculturi repetate, s-au efectuat examene echografice abdominale, radiografii pulmonare care au infirmat existența acestor afecțiuni.

După 38 zile de spitalizare pacientul se externează vindecat.

Am dorit să evidențiem particularitățile acestui caz din urmatoarele considerente:

- Simptomatologia clinică relativ săracă și neelocventă prezentate la internare
- Surpriza intraoperatorie a leziunilor extrem de severe ale sinusului lateral
- Posibilitatea ca în cursul evoluției unei complicații endocraniene de tip meningită sau tromboflebită să apară și un abces cerebral care inițial să nu fie decelat la examenul CT
- Neglijarea tratării focarului infecțios primar – otic sau tratamentul incomplet al acestuia
- Costurile extrem de ridicate datorită antibioticoterapiei de ultimă generație și a spitalizării îndelungate
- Necesitatea existenței unei platforme de investigații paraclinice performante pentru decelarea și urmărirea evolutivă a unor asemenea complicații cu risc vital
- Necesitatea cunoașterii de către medicii specialiști a posibilității existenței unor forme particulare de complicații endocraniene și a rezolvării lor în timp util
- Necesitatea colaborării interdisciplinare perfecte între specialistul ORL, infecționist, medicul de terapie intensivă
- Instituirea unei antibioterapii inițiale fără antibiogramă urmând adaptarea ulterioară tratamentului în funcție de rezultatul acesteia.

TRATAMENTUL CONSERVATOR AL TONSILITEI CRONICE LA COPII

CONSERVATIV TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDRENS

L. Danilov, M. Maniuc

USMF „N.Testemițanu”, catedra otorinolaringologie

Summary

The tonsils are situated at the entrance of the respiratory and alimentary tracts and represent the first site of contact with a variety of microorganism and other antigenic substances present in food and inhaled air. The purpose of this article is to present the immunologic physiology of the tonsils and their role as active immunologic organs of the entire upper aerodigestive tract. In pediatric otorhinolaryngological clinic we treated 250 children with chronic tonsillitis since 1993 / 2007. In 80-85% of cases we obtain positive results after selection of treatment modalities.

Actualitatea temei

Inflamația cronică a tonsilelor palatine constitui una din cele mai frecvente patologii în domeniul otorinolaringologiei. Anual sunt elaborate noi metode de tratament cu diferite preparate medicale. Cu toate acestea, afectarea tonsilelor este în continuare o maladie de mare incidență atât la copii cât și la maturi (15-40% din populație) (4).

Problematika tonsilitei cronice a depășit limitele științei otorinolaringologice. Această patologie fiind tot mai des preocupată de către reprezentanții medicinei teoretice și clinice de diferite specialități ca pediatria, reumatologia, nefrologia, imunologia, alergologia etc. (3). Procesele inflamatorii prezente în țesutul limfatic tonsilar favorizează dezvoltarea complicațiilor sistemice în organism și înrăutățesc patogenia lor (1; 5).