

ANTIBIOTICOTERAPIA PACIENȚILOR CU FLEGMON AL PLANȘULUI BUCAL

Simion Levco,
asistent universitar

Catedra de chirurgie
oro-maxilo-facială și
implantologie orală
„A. Gușan”, USMF „N.
Testemițanu“

Rezumat

Flegmonul planșului bucal este o patologie inflamatorie gravă, cu risc major de răspândire a supurațiilor în lojele învecinate și spre mediastin. Pentru evitarea eventualilor complicații este necesar ca diagnosticul să fie stabilit cât mai timpuriu și de administrat un tratament complex. Prima prioritate în tratament este mereu salvarea vieții. Tratamentul este orientat în 3 direcții: menținerea respirației; terapie agresivă cu antibiotice; decompresia chirurgicală a spațiilor submentonier, sublingual și submandibular[6]. Aceasta ne-a determinat să facem o analiză în această direcție.

Cuvinte cheie: antibiotic, flegmon, tratament.

Summary

ANTIBIOTICOTHERAPY USED IN THE TREATMENT OF A PHLEGMON OF ORAL FLOOR

The phlegmon of oral of it's a severe inflammatory disease with a high risk of spreading of the pus to the adjacent spaces and mediastinum. To avoid the complications it is necessary to put the earlier diagnosis and indicate the complex treatment of it. The main priority of the treatment is to save the life of the patient. The treatment is orientated in three directions: to maintain the breathing, aggressive antibioticotherapy, surgery decompression of the submental, sublingual and submandibular space. It's determined us to make analyses in this direction.

Key words: Antibiotic, phlegmon, treatment.

Introducere

Regiunea oro-maxilo-facială este frecvent sediul unor procese supurative. Amploarea acestora este variabilă, de la infecții limitate până la infecții de o gravitate însemnată (flegmonul planșului bucal), care poate pune în pericol viața bolnavului.

Termenul de flegmon al planșului bucal, altfel numit și Angina Ludwig, a fost introdus prima dată de către germanul Karl Friedrich Wilhelm von Ludwig, care a descris această afecțiune în 1836 ca o celulită gangrenoasă progresivă, deseori fatală și edemul țesuturilor moi în regiunea planșului bucal[1]. Inflamarea progresivă a țesuturilor moi și a deplasării posterioare a limbii, complicația cea mai periculoasă ce amenință viața unei persoane este obstrucția căilor respiratorii. Înainte de dezvoltarea antibioticelor, mortalitatea în cazul flegmoanelor planșului bucal era peste 50%[2]. Ca rezultat al terapiei cu antibiotice, împreună cu metodele îmbunătățite și moderne de imagistică și tehnici chirurgicale, mortalitatea în prezent este în medie 8-10% [3,4].Majoritatea cazurilor au o etiologie de origine odontogenă fiind de peste 90% [5], care rezultă în principal din infecțiile molarilor doi și trei.

Flegmonul palnșului bucal se poate răspândi până la spațiul parafaringian și poate trece în mediastin provocând eroziuni bronhiale, mediastinită, pericardită purulentă, tamponade, pneumotorax, pleurită și empien . Meningita și eroziunile vasculare pot fi posibile complicații. Unii autori considera că aceste complicații apar din cauza unui diagnostic întârziat [7,8,9]. Alte complicații pot fi tromboza sinusului cavernos, meningita, abces cerebral și encefalita supurativă[10,11,12]. Răspândirea infecției până la artera carotidă poate produce tromboza venei jugulare interne, rupturi arterei carotide sau paralizia coardelor vocale. Răspândirea posterioară a infecției spre coloana vertebrală poate rezulta în osteomielită și eroziuni a coloanei vertebrale. Infecția însăși poate trece în fasciita necrotizantă, sepsis și deces. Obstrucția căilor respiratorii superioare poate provoca edem al epiglotei [13,14].

Antibioticoterapia joacă un rol de frunte în tratarea flegmoanelor planșeului bucal și trebuie să se desfășoare atât asupra florei microbiene aerobe cât și anaerobe orale. Regimurile inițiale trebuie să acopere organismele aerobe care produc beta-lactamase, la fel și cocci anaerobi gram-pozitivi și bacilii gram-negativi. Prin urmare, o combinație inhibitorie derivate a penicilinei precum ampicilina vor fi binevenite [15].

Cultura microbiană trebuie să fie depistată din plaga operatorie cât mai timpuriu pentru a asigura un tratament antibiotic cât mai calitativ. Antibiotice în forma de pastile pot fi administrate până când pacientul nu face febră, sau cel mult 48 de ore din momentul de când a făcut febră. [16].

Antibioticul trebuie să fie schimbat după fiecare testare la sensibilitatea antibioticilor. Tratamentul trebuie să fie schimbat la fiecare 48—72 de ore dacă în urma tratamentului starea nu se ameliorează [17]. Se recomandă o terapie agresivă cu antibiotice. Corticosteroizii duc la o penetrare mult mai rapidă a antibioticelor și protecția căilor respiratorii. Cel mai des se introduc corticosteroizii intravenos — dexametazon [18].

Materiale și metode

Analiza datelor s-a efectuat la 20 pacienți care s-au adresat la IMSP IMU cu diagnosticul de flegmon al planșeului bucal. Vârsta pacienților a fost de 24 — 57 ani. Analiza datelor a fost efectuată pe parcursul anului 2017. Toți pacienții au beneficiat de un tratament complex. Am efectuat analiza literaturii a 28 cărți de specialitate.

Rezultate și discuții

Tratamentul chirurgical este obligatoriu la pacienții cu flegmon al planșeului bucal, fiind asociat cu cel medicamentos, ce constă din: antibiotice cu spectru larg de acțiune, antimitotice, tonice cardiace, reechilibrarea hidro-electrolitică, antialgice, desensibilizante, vitamine.

Cel mai frecvent utilizate antibiotice au fost:

- ▶ Cefalosporine din generația I: Cefazolin, Cefalexin (pulb./sol. inj. 0,25g de 4 ori/zi);
- ▶ Cefalosporine din generația II: Cefuroxim (pulb./sol. inj. 750mg, 1,5g de 3ori/zi);
- ▶ Cefalosporine din generația III: Ceftriaxon (pulb./sol. inj. 1-2g/zi, cazuri grave 4g/zi);
- ▶ Azoli: Metrogyl (metronidazol) (Tab. 0,25, 0,5, Sol. 0,5% — 100 ml);
- ▶ Aminopeniciline: Amoxicin, Amoxiclav (amoxicilină + acid clavulanic) (1 compr. 625 mg 3ori/zi);
- ▶ Aminoglicozide: Gentamicină (Amp. 0,04, 0,08, Sol. Amp 4%, 8% — 2ml; Ung 0,1%).

După analiza antibiogramelor, s-a permis determinarea sensibilității agenților patogeni la diverse antibiotice:

- ▶ *Staphylococcusepidermidis* — Gentamicina, Amoxiclav, Oxacilina, Lincomicina, Azitromicina, Cefalexina;

- ▶ *Streptococcuspyogenes* — Amoxicilina, Cefazolin, Cefalexina, Benzilpeniclina, Azitromicina, Ofloxacina, Vancomicina;
- ▶ *Streptococcus gr. G* — Amoxiclav, Gentamicina, Amoxicin, Cefalexina, Doxicilina, Levofloxacina, Moxifloxacina.

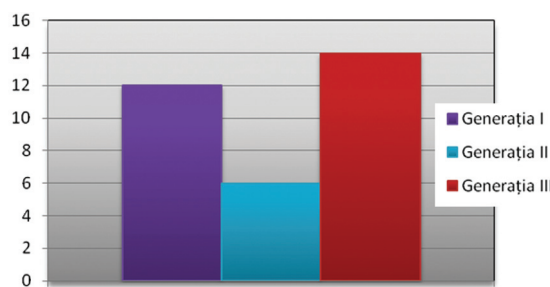


Fig. 1. Frecvența administrării cefalosporinelor de diferite generații

În combinație cu cefalosporinele care au fost utilizate în 100% din cazuri, s-au mai folosit: ciprofloxacina (Ciprinol) la 1 pacient, aminopeniciline (Amoxiclav, Amoxicin, Amoxicilină) la 4 pacienți, aminoglicozide (Gentamicină) 8 pacienți, metronidazol (Metrogyl) la 12 de pacienți.

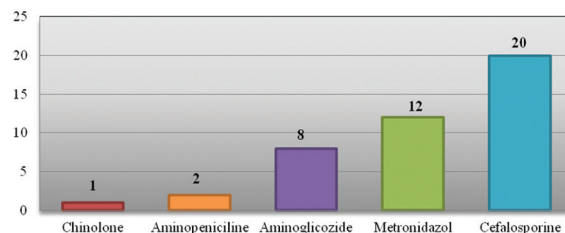


Fig. 2. Varietatea antibioticelor administrate

Pentru a face o comparație între antibioticoterapia administrată pacienților ce participă la studiu, am grupat antibioticele separat în dependență de generația acestora, antibioticele cu care au fost asociate, starea generală a pacienților pe parcursul internării (foarte grav, grav și mediu) și numărul de zile cât a durat această stare.

Tab. 1. Perioada medie de internare a pacienților cu flegmon al planșeului bucal în funcție de antibioticoterapia administrată

Antibioticoterapia	Starea generală		
	foarte gravă	gravă	medie
Cefalosporine gen. I + Metrogyl Gentamicină Ciprinol Amoxiclav/Amoxicin	2zile	3zile 8 pacienți	7zile
Cefalosporine gen. II + Metrogyl	3zile	4zile 3pacienți	6zile
Cefalosporine gen. III + Metrogyl Gentamicină Ciprinol Amoxicin/Amoxicilină	3zile	4zile 9 pacienți	5zile

În literatura de specialitate se recomandă următoarele antibiotice: clindamicina, cu acoperire gram negativă, a 3 și a 4 generație a cefalosporinelor cu metronidazol. În plus dacă streptococul aureus este rezistent la methicillin este alarmant și poate fi înlocuit cu vancomicina [12,13].

Conform analizei literaturii sunt propuse următoarele antibiotice:

1. Penicilina și derivații au cea mai mare prioritate în asemenea infecții deoarece acoperă majoritatea germenelor aerobi și anaerobi, este administrat în formă de penicilină G, de la 2 până la 4 milioane de unități, de la 4 până la 6 ore interval.
2. Semisintetic derivați ai penicilinei — ampicilina, amoxicilina 500mg, la interval de 6 — 8 ore.
3. Cloxacilin — 500 mg oral, la interval de 8 ore.
4. Eritromicina 600 mg, la 6-8 ore interval (în caz de alergie la penicilină).
5. Gentamicin
6. Clindamycin 300 până la 600 mg, la 8 ore, oral și intravenos. Contra streptococilor și bacterioidelor.
7. Metronidazol — cel mai utilizat antibiotic contra florei orale. Administrat 400 mg oral la interval de 8 ore. [17]. Este antibioticul primar recomandat dacă nu este prezentă gangrena țesutului. Precum are loc dereglarea circulației și este prezentă ischemia și hypoxia, datorită ridicării presiunii în țesut, ca o profilaxie majoră împotriva infecției anaerobe poate fi prescris metronidazolul [19].
8. Cefalosporinele.

În majoritatea cazurilor este implicată o infecție polimicrobiană, cu o floră mixtă. Aerobă- streptococul alfa și beta hemolitic, stafilococii și bacilii gram negativi. Anaerobă- bacteroides și peptostreptococ. Totuși, cele mai întâlnite microorganisme sunt Streptococci alfa și beta hemolitici. De obicei, flora este din cavitatea orală și faringă [20]. Bacteriile anaerobe sunt prezente permanent, ele pot avea rol primar sau sinergic [17]. Speciile candida și aspergillus au fost la fel raportate la un număr mic de pacienți [15].

Bacteriile asociate flegmonului planșeului bucal sunt: Bacteroides melaninogenicus, Bacteroides soralis, Eserihia colii, Fusobacterium nucleatum, Hemophilis influenza, Peptostreptococcus species, Spirochetes species, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes și Streptococcus viridians, clepsiela [16].

Semnele distinctive a infecției cu streptococi este că infecția tinde să se răspândească rapid ducând la eliberarea de exotoxine care distrug substanța intercelulară și facilitează răspândirea infecției de-a lungul țesuturilor [21].

Concluzii

1. Pacienții cu flegmon al planșeului bucal necesită administrarea a 3 antibiotice concomitent până la ameliorarea stării generale.
2. Se pot administra 3-6 gr de antibiotic timp de 24 ore.
3. Antibioticul trebuie să fie schimbat după fiecare testare la sensibilitatea antibioticilor.
4. Tratamentul trebuie să fie schimbat la fiecare 48 — 72 de ore dacă în urma tratamentului starea nu se ameliorează.
5. Antibioticoterapia neadecvată a pacienților cu flegmon a planșeului bucal poate duce la sepsis sever, șoc septic sau deces.

Bibliografie

1. Spitalnic SJ, Sucov A. Ludwig's angina: Case report and review. J Emerg Med. 1995;13:499-503.
2. Bansal A, Miskoff J, Lis RJ. Otolaryngologic critical care. Crit Care Clin. 2003;19:55-72.
3. Britt JC, Josephson GD, Gross CW. Ludwig's angina in the pediatric population: Report of a case and review of the literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2000;52:79-87.
4. Moreland LW, Corey J, McKenzie R. Ludwig's angina. Report of a case and review of the literature. Arch Intern Med. 1988;148:461-466.
5. Quinn FB Jr. Ludwig angina. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;125:599
6. Renato Hoffmann Nunes, Ana Lorena Abello, Mauricio Castillo. Critical Findings in Neuroradiology.
7. Joseph H. Kahn, Brendan G. Magauran, Jonathan S. Olshaker. Geriatric Emergency Medicine: Principles and Practice. Cambridge, United Kingdom 2014
8. Nathan Mick, Jessica Radin Peters, Daniel Egan, Eric Nadel. Blueprints Emergency Medicine. Philadelphia, United States. 2005
9. Lewis R. Eversole. Clinical Outline of Oral Pathology. Ontario, Canada 2001.
10. Swapan Kumar Purkait. Essentials of Oral Pathology. New Delhi, India 2011.
11. James R. Hupp, Elie M. Ferneini. Head, Neck, and Orofacial Infections: An Interdisciplinary Approach. Elsevier — Health Sciences Division. Philadelphia, United States. 2015
12. Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen, Angela C. Chi. Oral and Maxillofacial Pathology. London, United Kingdom 2015
13. Sherwood L. Gorbach, John G. Bartlett, Neil R. Blacklow. Infectious Diseases. Philadelphia, United States 2003
14. James G. Adams, Erik D. Barton, Jamie Collings, Peter M. Deblieux, Michael A. Gisondi, Eric S. Nadel. Emergency Medicine. London, United Kingdom 2012
15. Daniel Caplivski, W. Michael Scheld. Consultations in Infectious Disease: A Case Based Approach to Diagnosis and Management. New York, United States. 2012.
16. Joseph A. Joyce. Perianesthesia Patient Care for Uncommon Diseases. St Louis, United States 2008.
17. Balaji S. M. Oral and maxillofacial surgery. New Delhi, India 2009.
18. Anil Govindrao Ghom, Savita Anil Ghom. Oral Medicine. New Delhi, India 2014.
19. John Marx, Robert Hockberger, Ron Walls. Rosen's Emergency Medicine — Concepts and Clinical Practice. St Louis, United States 2009.
20. Manju N. Gandhi, Anila D. Malde, Amala G. Kudalkar, Hemangi S. Karnik. A Practical Approach to Anesthesia for Emergency Surgery. New Delhi, India 2011.
21. Rajiv M Borle. Oral and Maxillofacial Surgery. Ge Ghali. New Delhi, India 2014.