

7. Diacova S., McDonald T. A comparison of outcomes following tympanostomy tube placement or conservative measures for management of otitis media with effusion // *Ear Nose Throat J* 2008, V.86:552-4

PAPILOMATOZA LARINGIANĂ. TENDINȚE ACTUALE ÎN TRATAMENT

**Ion Ababii, Vladimir Popa, Alexandru Sandul, Victor Osman,
Boris Chirtoacă, Ludmila Guțuleac**

Catedra Otorinolaringologie USMF ” Nicolae Testemițanu ”

Summary

Laryngeal papillomatosis. News in the treatment

Laryngeal papillomatosis is a disease consisting of tumors that grow inside the larynx (voice box), vocal cords, or the air passages leading from the nose into the lungs (respiratory tract). Laryngeal papillomatosis affects infants and small children as well as adults. It is caused by HPV types 6 and 11. The papillomas may vary in size and grow very quickly. Without treatment it is potentially fatal as uncontrolled growths could obstruct the airway. These tumors can reoccur frequently, may require repetitive surgery, and may interfere with breathing. The disease can be treated with surgery and antivirals.

Rezumat

Papilomatoza laringiană se prezintă sub forma unor multiple formațiuni tumorale papilare la nivelul corzilor vocale, de unde se pot extinde spre benzile ventriculare, epiglotă și în cazuri rare spre trahee și bronhii. Afectează atât copiii, cât și adulții. Agentul etiologic este HPV, subtipurile HPV 11 și HPV 6. O evoluție agresivă a patologiei în condițiile unor bolnavi nesupravegheați poate provoca blocarea căilor respiratorii. Este recunoscută ca o afecțiune gravă, recidivantă. Algoritmul de tratament constă în ablația chirurgicală și medicația antivirală.

Actualitatea temei

Papilomatoza laringiană este o maladie gravă, cu o rată înaltă a recidivelor. Frecvent întâlnită la copii, incidența fiind de 0,2 -0,7 la 100 mii locuitori, dar poate debuta și la adulți, astfel încât 1/3 din cazurile de papilomatoză laringiană debutează după vârsta copilăriei.

La adulți se determină o predominanță masculină, vârsta clasică de debut fiind 20-30 ani, dar poate fi prezent și un debut tardiv.

Un studiu epidemiologic danez arată o incidență a patologiei de 3,94 la 100 mii locuitori adulți [5].

Studiu efectuat de specialiștii americani arată o incidență a patologiei de 1,8 la 100 mii locuitori adulți [5].

Algoritmul de tratament al papilomatozei laringiene este în continuă cercetare, pînă în prezent fiind definite următoarele metode:

- laringoscopia suspendată cu ablația papiloamelor
- vaporizarea Laser CO2 a patului restant
- tratamentul cu interferon
- autoimunoterapia
- terapia fotodinamică
- folosirea LASER-ului PDL (pulsed dye LASER).

Obiectivele lucrării

Familiarizarea cu patologia papilomatoza laringiană, efectuarea unei sinteze a metodelor contemporane de tratament.

Material și metode de cercetare

Am efectuat o cercetare a literaturii contemporane, cu selectarea datelor referitoare la noile aspecte și metode de tratament abordate în managementul medical al papilomatozei laringiene.

Discuții

Papilomatoza laringiană juvenilă – se întâlnește la copii și adolescenți sub forma unor multiple formațiuni tumorale papilare la nivelul corzilor vocale care se pot extinde spre benzile ventriculare, epiglotă și rar spre trahee, bronhii.

Papilomatoza laringiană a adultului - de obicei, are aspectul unei leziuni solitare care prezintă o reacție inflamatorie mai accentuată la nivelul stromei, recurențele fiind mai puțin frecvente.

Se cunosc 2 tipuri evolutive ale papilomatozei laringiene:

Benignă – cu localizare limitată și evoluție lentă.

Malignă – cu localizare difuză, proliferativă, cu evoluție rapidă.

Papilomul simplu – reprezintă o masă tumorală gri-albicioasă exofită, având o bază largă de implantare, este unic, cu localizarea în 1/3 anterioară a corzilor vocale cu tendința de extindere spre comisura anterioară, vestibulul laringian și spațiul glotic. Este recidivant și poate avea evoluție spre malignizare.

Papilomatoza recidivantă juvenilă

Se caracterizează printr-o evoluție imprezvizibilă.

Se pot instala perioade de remisiuni spontane cuprinse între 6-8 luni și 2 ani [4].

În condiții de stres cum ar fi: sarcina, boli grave se poate solda cu evoluții dramatice.

O evoluție agresivă a papilomatozei laringiene în condițiile unor bolnavi nesupravegheați poate determina blocarea căilor respiratorii care impune traheotomia. Aceasta nu este benefică pentru evoluția ulterioară a papilomatozei laringiene, deoarece favorizează diseminarea procesului patologic în trahee constituind o complicație severă [1].

Diagnosticul

Stabilirea diagnosticului nu prezintă dificultăți. Se determină în baza tabloului clinic și următoarelor investigații instrumentale:

1. Laringoscopia indirectă

2. Videofibroscopia

3. Examenul histopatologic (este obligator și necesar repetarea acestuia la fiecare reintervenție, pentru a controla menținerea caracterului benign al leziunii).

În 4,2 % cazuri la examenul histopatologic se determină malignizarea procesului patologic[6].

La examenul laringoscopic - papilomul apare ca o masă exofită pediculată, roz – roșietică în cazul papiloamelor nekeratinizate și albicioasă în cazul celor keratinizate.

Sînt situații în care tumorile multiple vegetante ocupă întreg endolaringele, fără a se putea preciza localizarea exactă sau locul de origine al papiloamelor.

Examenul fibroscopic completează bilanțul lezional fiind important pentru a aprecia extensia subglotică sau chiar în trahee a leziunilor papilomatoase.

Imagistica nu este informativă.

Tratamentul

Este complex, dar obținerea vindecării nu este o certitudine.

Adesea în evoluția papilomatozei juvenile instalarea pubertății conduce la videcarea spontană[6].

Prima intervenție chirurgicală a fost efectuată în anul

1903 de Harmer - excizia papiloamelor pe cale chirurgicală, apoi

1950 – Hollingsworth utilizează podofilina în tratamentul papilomatozei laringiene

1968 – Kleinsasser aplică electrocoagularea

1979 – Andrews, Mass și Holigerin folosesc crioterapia.

În prezent nu există protocol standard de tratament eficient.

- Tratamentul de elecție rămîne laringoscopia suspendată cu ablația papiloamelor.

- Vaporizarea Laser CO₂ a patului restant se pare că permite spațierea recidivelor și implicit rezultate mai bune.
- Mulți autori ajung la concluzia că utilizarea penselor are un risc mai mic de apariție a cicatricelor, decât utilizarea Laserului. Ei propun ca la copiii de pînă la 10 ani să fie utilizată numai metoda clasică de înlăturare a papiloamelor[3].

În cazul unor formațiuni situate în comisura anterioară, acestea vor fi vaporizate numai de pe o coardă vocală, rămînînd ca la următoarea ședință de vaporizare Laser, peste 4-6 săptămîni să fie vaporizate și cele de pe coarda vocală contralaterală cu scop de a preveni formarea unei sinechii în comisura anterioară.

Pentru optimizarea rezultatului terapiei chirurgicale acesteia i se asociază în prezent autoimunoterapia sau tratamentul cu interferon. Din formațiunile papilomatoase excizate puse în soluție fiziologică și apoi în zăpadă carbonică se prepară ulterior autovaccinul.

Există autori care preferă ca ulterior vaporizării laser a formațiunilor papilomatoase să se efectueze injecții interstițiale locale cu interferon sau Roferon - 3 milioane U injectate în zona afectată [2,3].

Pentru bolnavii care prezintă leziuni multifocale, tratamentul local cu interferon se efectuează în etape succesive, la interval de 6-8 săptămîni .

După Leventhal - utilizarea interferonului pe termen lung a determinat remisii complete la 40 % pacienți și ameliorarea simptomatologiei la alți 40 % [6].

Părerii contradictorii afirmă că utilizarea Interferonului nu elimină virusul latent (Steinberg), motiv pentru care recidivele sînt posibile și la ani distanță (Bergstrom).

Terapia fotodinamică – constă în injectarea intravenoasă de colorant specific sensibil la lumină. Colorantul se concentrează în leziunea papilomatoasă care e distrusă prin expunerea la o sursă de lumină de o anumită lungime de undă [1] .

Unii autori discută folosirea LASER-ului PDL (pulsed dye LASER) cu colorant în procedurile de rutină. Acest tip de laser –este considerat laser ”inteligent”, deoarece vaporizează papilomul fără a afecta epiteliul laringian normal. Este ușor de manipulat prin canalul de lucru al fibroscopului. Se adresează cazurilor ușoare. Autorii sugerează că acest tip de tratament înlocuiește cu succes vaccinurile, terapia fotodinamică sau chimioterapia [6].

Concluzii

1. Evoluția papilomatozei laringiene, în general, este imprevizibilă.
2. În tratamentul papilomatozei laringiene pînă în prezent nu există un protocol standart de tratament eficient .
3. Tratamentul medicamentos este complex, dar obținerea vindecării nu este o certitudine.
4. Recidivele pot apărea în pofida multiplelor mijloace terapeutice și nu pot fi prognozate în timp.
5. Riscul malignizării trebuie luat în considerație în toate cazurile de papilomatoză laringiană, în special atenție deosebită necesită cazurile de recidive multiple.

Bibliografie

1. I. Ababii, V. Cabac, L. Danilov, V. Calinovschi, V. Manic. Papilomatoza recidivantă a laringelui , Anale științifice a USMF ”N. Testemițanu” , vol. 3, 2004, p. 357-363.
2. I. Ababii, V. Cabac, E. Taran, V. Calinovschi. Contribuții la tratamentul papilomatozei recidivante a laringelui la copii. Curierul medical N 2 , 1993 , p. 3-5.
3. V.Cabac. Microchirurgia endolaringiană și terapia imunocorectoare în tratamentul papilomatozei recidivante a laringelui la copii. Teza de doctor în științe medicale. 1995, p. 125.
4. В.С. Погосов В.Ф. Антонив И.М. Банарь . Микроскопия и микрохирургия гортани и глотки. 1989. С 125-129.
5. Bernard Guerrier, Antonie Giovanni , Marc Remacle. Pathologie de la corde vocale chez l`adulte . Societe Francaise d` ORL et Chirurgie de la Face et du Con., 2004 , p. 323.

6. Heinrich Rudert . Carbon dioxide laser surgery in otorhinolaryngology , head and neck surgery. Departement of otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, University of Kiel , Germany , p. 15-16.

DEVIAȚIA SEPTULUI NAZAL – ÎN ASPECTUL RINOSINUZITELOR RECIDIVANTE ȘI CRONICE LA COPII. TRATAMENTUL CHIRURGICAL ENDOSCOPIC

M. Maniuc, Polina Ababii

Catedra Otorinolaringologie USMF „Nicolae Testemițanu”
Clinica Otorinolaringologie SCR de copii „Em.Coțaga”

Summary

Nasal septum deviation – when referring to recurrent and chronic rhinosinusitis in children. Endoscopic sinus surgery

Recurrent and chronic rhinosinusitis is common in children. Endoscopic surgery of septal deviation in patients with recurrent and chronic rhinosinusitis promotes physiologic drainage of paranasal sinus. One-hundred-and-twenty pediatric patients from 8 to 17 years of age refractory to medical therapy were treated with endoscopic sinus surgery for chronic and recurrent sinusitis.

Rezumat

Sinuzitele recidivante și cronice reprezintă o patologie des întâlnită la copii. Aplicarea chirurgiei endoscopice asupra deviației septale la pacienții cu rinosinuzite recidivante și cronice prevede restabilirea căilor de ventilare și drenarea sinusurilor paranazale. În total sub supraveghere s-au aflat 120 copii cu rinosinuzite recidivante și cronice cu vârsta cuprinsă între 8 și 17 ani, refractari la tratamentul conservator.

Actualitatea temei

Sinuzitele paranazale recidivante și cronice la copii reprezintă entități patologice destul de frecvente în practica cotidiană. Afecțiunile inflamatorii ale sinusurilor paranazale în general și în particular rinosinuzita recidivantă și cronică la copii desemnează un capitol dificil și la vârsta copilăriei se atestă cu o frecvență de la 18-30% până la 38- 42% [3,8]. Starea sinusurilor paranazale la copii este în corelație directă cu o ventilare și drenare satisfăcătoare, un clearance mucociliar adecvat. La copii dezvoltarea și maturizarea acestor sisteme este o particularitate specifică, iar evoluția sinuzitelor depinde de vârsta pacientului, factorii predispozanți precum și de prezența diverselor anomalii și variante anatomice a foselor nazale.

Deviația septului nazal joacă un rol important în patogeneza rinosinuzitelor recidivante și cronice (S.Collet 2001). Studiile clinice sugerează prevalența deviației septale o dată cu înaintarea în vârstă [3, 4]. F.Gray raportează o prevalență a deviației septale bilaterale în 27% și unilaterale 31% cazuri dintr-un grup de 2300 copii minori (F.Gray 1999). S.Jensen a depistat radiologic anomalii și variante anatomice septale la 27% din copiii supuși septoplastiei (S.Jensen și F.Dommerby 2000). M.Matschke a depistat patologia rinosinuzală la 50% din cei 150 de pacienți supuși rinomanometriei care a confirmat deviația septală și obstrucția nazală (M.Matschke 1998). M.Elahi și T.Frenkel (2000) menționează că incidența patologiei rinosinuzale severe crește în prezența deviației septului nazal în regiunea complexului ostiomeatal diagnosticat prin examen computertomografic a nasului și sinusurilor paranazale.

Aprecierea leziunilor ostiomeatale și sinuzale este mai sigură la efectuarea examenului tomografiat, care cercetează raportul între septul deviat și zona ostiomeatală în secțiune coronară [1, 2]. J.Jones evocă o incidență acestor anomalii de până la 24% din cazuri. Septul nazal este o structură destul de complexă, dar care are impact în etiologia și patogenia sinuzitelor doar când este deviat semnificativ. Septul nazal este constituit din opt bucăți și poate fi comparat