

5. Manolache O., Marinescu B., Damean G., Cozma S. Validarea testului ASSR prin metode audiologice complementare. În: Rezumatele XXXII Congres Național ORL din Romania. Iași, 2010, p.81-82.
6. Tudor A., Mazilu R., Toader M., Toader C. Diagnosticul audiologic la copil. În: Rezumatele Primului Congres Național de ORL Pediatrie. Timișoara, Romania, 2011, p. 37-38.
7. Ababii I., Maniuc M., Parii S., Chiaburu A., Chirtoca D., Diacova S. Aparate auditive: adaptare și exploatare. Ghid practic. Chișinău, 2011, 37 p.
8. Мороз Б.С. Технология слухопротезирования// Монография.-Киев.-2007.-111 с
9. Hallbrock K. Sprachaudiometrie// Stuttgart. -1977.- 196 p.
10. Валиулина Л.В. Адаптация к слуховому аппарату прислухопротезировании детей.// Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук . Уфа. 1990.- 158 с.

ABCESUL BEZOLD. PREZENTARE DE CAZ CLINIC

**Sandul Alexandru, Antohi Andrei, Vetrician Sergiu, Fortuna Valeriu,
Didencu Alexandru, Enachi Victor**

Catedra Otorinolaringologie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Summary

Clinical case of bezold abscess

Bezold abscess is a collection of suppurative deep cervical tissue reaction following acute mastoiditis effusion. In this paper the authors present a clinical case of Bezold abscess which appeared after a supurate chronic otitis media, complicated acute mastoiditis by which was treated by complex treatment in the surgical and medical clinic ENTF Republican Clinical Hospital, Chisinau.

Rezumat

Abcesul Bezold este o colecție purulentă a țesuturilor cervicale profunde, apărută în urma mastoiditei acute supurate. Prin această lucrare autorii prezintă un caz clinic de abces Bezold, apărut în urma unei otite medii cronice spurată, complicată cu mastoidită acută, care a fost tratat prin tratament complex – chirurgical și medicamentos în clinica ORL a Spitalului Clinic Republican, Chișinău.

Actualitatea temei

Supurațiile extremității cefalice cu punct de plecare otogen reprezintă o categorie de afecțiuni care pot îmbrăca diverse aspecte clinice de o gravitate mai mare sau mai mică. De cele mai multe ori aceste afecțiuni pot fi tratate eficient fără să apară complicații grave și cu un minim de sechele postoperatorii. Principiile de bază în tratamentul supurațiilor care ar trebui să ghideze orice medic, au fost stabilite încă din antichitate. Din păcate datorită progresului marcat în domeniul medicației antibacteriene, există tendința să se trateze aceste afecțiuni doar medicamentos, fără a asigura o cale de drenaj adecvată pentru secrețiile apărute la nivelul țesuturilor afectate [4,7].

Complicațiile supurațiilor difuze ale capului și gâtului reprezintă un factor major de risc pentru pacient. Intervenția chirurgicală de urgență, asociată cu tratamentul medicamentos antimicrobian reprezintă tactica de elecție pentru rezolvarea acestor afecțiuni [1,2].

Scopul lucrării

Prezentarea unui caz clinic , cu patologie rar întâlnită în practica medicală - abcesul Bezold, internat și tratat în clinica ORL a SCR.

Introducere

Abcesul Bezold este o colecție purulentă a țesuturilor cervicale profunde, apărută în urma mastoiditei acute supurate [1,3]. A fost descris pentru prima dată de către otologul german F. Bezold în 1881, printr-un studiu pe cadavre, la care sau observat drenarea secrețiilor purulente din procesul mastoid, spre țesuturile laterocervicale. Procesul supurativ se extinde între venterul posterior a mușchiului digastric și mușchiul sternocleidomastoidian . Odată cu implimentarea antibioticelor, această patologie a devenit extrem de rară [11].

Decurge cu următoarea clinică: febră, otodinie, otoree, hipoacuzie, mărirea în volum a regiunii cervicale, mobilitate cervicală redusă și, uneori, paralizie de n. facial [8,9]. CT-ul este util în acest caz, deoarece permite vizualizarea colecției purulente în spațiile cervicale și implicarea mastoidei [5]. Tratamentul este chirurgical asociat cu cel medicamentos adecvat.

Prezentare de caz

Prin această lucrare autorii prezintă un caz clinic de abces Bezold, apărut în urma unei otite medii cronice spurată, complicată cu mastoidită acută.

Pacient, 41 ani, internat în perioada 12.11.2012-23.11.2013 în clinica ORL a IMSP SCR, prezentând acuze la:

- ✓ Otoree supurată UD;
- ✓ Tumefierea regiunii cervicale pe dreapta;
- ✓ Hipoacuzie UD;
- ✓ Subfebrilitate(37,4°C);
- ✓ Reducerea mobilității cervicale
- ✓ Discomfort la deglutiție
- ✓ Astenie generală;

Istoric: suferă de aprox. 3 săptămâni, când a apărut o tumefiere în regiunea apexului mastoidian pe dreapta, progresivă în dimensiuni; otoree supurată pe parcursul mai multor ani. La medic nu s-a adresat.

Figura 1. Abces Bezold



Examenul Obiectiv – În regiunea apexului mastoidian și țesuturilor cervicale pe dreapta se determină infiltrat cu hiperemie cutanată, fluctuație, edem a țesuturilor perifocale. Eliminări supurate abundente din UD; Din partea altor organe și sisteme de organe modificări nu prezintă.

Hemodinamic stabil: Ps – 78 bpm; TA – 110/70mm Hg;

Otoscopic –AD: Edem și macerație cu îngustare a CAE, cu imposibilitatea vizualizării membranei timpanice;

AS: fără modificări patologice.

Rinoscopic: mucoasa ușor hiperemiată, septul relativ situat pe centru. Eliminări patologice absente.

• **Orofaringoscopic:** mucoasa hiperemiată, tumefacția țesutului parafaringian pe dreapta, limba saburată.

Audiometria:

UD	Indicii	US
1,5m	Vocea șoptită	5,5m
3m	Vocea conversată	6m
Os – 85%	C 256	95%
Aer – 15 %		90%
	←W	
Impermeabilă	Permeabilitatea TA	Impermiabilă

Examen paraclinic

- Röntgenografia după Schuller – opacifierea zonei mastidiene pe dreapta. Absența pneumatizării celulelor cu același nume.
- Röntgenografia pulmonilor – fără particularități;
- Analize de laborator:

Analiza generală a sângelui	
Eritrocite	3,4x10 ¹² /L(↓)
Hb	115 g/L(↓)
Hematocrit	0,32(↓)
Leucocite	15x10 ³ /mL(↑)
Limfocite	2,2x10 ³ /mL
Trombocite	463x10 ⁹ /L(↑)
Monocite	8%
Nesegm.	18%(↑)
Segemnt.	65%
Eozinof.	1%
Bazofile	1%
VSH	65(↑)

Analiza generală a urinei	
Densitate	1,025g/L(↑)
pH	acid
Transp.	Turbure
Amilaza	775,0(↑↑)
Epit. plat	2-3 c/v
Leucocite	5-6(↑)
Eritr. nemod.	unice
Mucozit.	mult(↑)

Biochimia sângelui	
Glucosa	5,5 mol/L
Uree	3,8 mol/L
Creatinina	51,8 μmol/L
ALAT	19,6 U/L
ASAT	24,3 U/L
Bilirub. dir.	3,2 μmol/L
Bilirub. tot.	8,1 μmol/L

S-a stabilit diagnosticul de bază: **Otită medie cronică supurată UD. Mastoidită acută. Abces Bezold.**

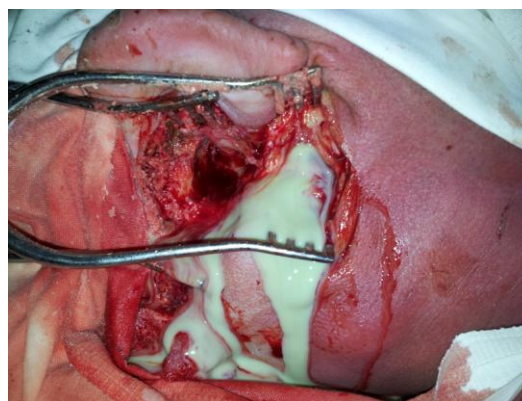
Patologii asociate: Etilism cronic, polineuropatie alcoolică.

Tramentul

Pacientul a fost supus unei intervenții chirurgicale de urgență, sub anestezie generală cu ventilație pulmonară asistată: **Evidare petro-mastoidiană totală și Cervicotomia laterală.**

Figura 2. Evidare petro-mastoidiană totală

Figura 3. Cervicotomia laterală



Intraoperator: După prelucrarea câmpului operator și incizia țesuturilor retroauriculare s-a depistat puroi sub presiune. Prezentă o fistulă ce face comunicare între celulele mastoidiene și spațiul retroauricular. Cu freza s-a accesat antrumul. Celulele mastoidiene pline cu conținut purulent. Practicată aticotomia. Cu freza s-a înlăturat peretele posterior al CAE. În continuare s-a incizat și drenat spațiul cervicolateral drept. S-a drenat puroi 400 ml. Plaga a rămas deschisă o săptămână. Pansamente zilnic. Paralel tratament medicamentos cu trei antibiotice din grupe farmacologice diferite. A VIII-a zi s-a suturat plaga. A XI-a zi a fost externat la domiciliu sub evidența medicului ORL din raion. Suturele au fost extrase pe locul de trai. La control s-a prezentat peste 2 luni. Pacientul se simte bine.

Discuții

Complicațiile otitei medii sunt clasificate în două categorii principale: intra și extra-craniene.

Complicații extracraniene includ: abcesul subperiostal, labirintita, paralizie facială, și perichondrita; pe de altă parte, cele intracraniene sunt: meningita, encefalita, abcesul intracerebral și peridural [9].

Descoperirea antibioticelor a schimbat radical incidența de cazuri de mastoidită și a redus semnificativ complicațiile otogene în ultimii 50 ani [11].

Motivul principal pentru pacienții cu otita medie cronică supurată, care continuă să se confrunte cu complicații grave, este adresarea și diagnosticarea tardivă a acestora sau rezistența bacteriană crescută a florei patogene.

În țările dezvoltate supurațiile difuze joacă un rol relativ mic din totalul afecțiunilor care sunt prezente la nivelul masivului facial. Cu toate acestea sunt raportate cazuri de supurați difuze de masiv facial complicate cu fasciită necrozantă. Dar numărul cazurilor raportate în literatura internațională este relativ scăzut în special datorită profilaxiei eficiente la care pacienți sunt supuși [10].

Cele mai frecvente semne și simptome în prezentarea clinică a bolii sunt: febra, otodinia, otoreea, hipoacuzia, prezența unei formațiuni de volum în regiunea cervicală, mobilitate cervicală limitată, paralizie facială în unele cazuri [8,9].

Pneumatizarea mastoidiană este considerată un factor important predispozant în geneza abcesului Bezold, deoarece aceasta conduce la o subțiere a pereților mastoidei. În absența pneumatizării procesului mastoid, pereții sunt îngroșați și împiedică procesul de eroziune. Din acest motiv, acest tip de abces este rar întâlnit la copii deoarece pneumatizarea celulelor mastoidiene nu este încă pe deplin realizată [8].

În cazul prezenței abcesului Bezold este recomandată inițierea antibioticoterapiei cu spectru larg de acțiune și un CT pentru a evalua dimensiunea formațiunii [5].

Conform literaturii, tratamentul chirurgical de urgență este necesar pentru drenarea atât a celulelelor mastoidiene cât și a spațiilor cervicale [1,3].

Concluzii

- Abcesul Bezold este o complicație foarte rară a otitei medii cronice supurate, mastoiditei acute și este frecvent diagnosticat în stadiile tardive;
- Diagnosticarea și tratarea la timp a otitelor medii cronice supurate reduce riscurile apariției abcesului Bezold;
- Pneumatizarea mastoidiană reprezintă un factor predispozant în apariția abcesului Bezold, deoarece duce la subțierea și erodarea pereților mastoidieni;
- Practicarea tratamentului chirurgical și administrarea celui medicamentos cu antibacteriene de spectrul larg de acțiune a determinat vindecarea completă a pacientului.

Bibliografie

1. Arteni V. – Chirurgie otorinolaringologică, Ed. Medicală, București, 1957 p. 432-486.
2. Ataman T. – Cofochirurgia, Ed. Tehnică, București, 1999.
3. Ataman T. – Comentariu asupra trepanărilor otologice ale osului temporal, ORL, 1992, 1,30-50
4. Aubry M. și col. – Chirurgie cervico-faciale et otorhinolaryngologique, Masson Ed., Paris, 1966
5. Castillo M, Albernaz VS, Mukherji SK, Smith MM, Weissman JL. Imaging of Bezold's abscess. AJR Am J Roentgenol 1998;171:1491-1495.
6. Ching HY, Ramsden JD, Bottrill I. A unique presentation: Bezold's abscess and glomerulonephritis. Eur J Pediatr. 2006;165(8):569-70.
7. Gaffney RJ, O'Dwyer TP, Maguire AJ. Bezold's abscess. J. Laryngol Otol 1991; 105: 765-766.
8. Marioni G, de Filippis C, Tregnaghi A, Marchese-Ragona R, Staffieri A. Bezold's abscess in children: case report. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2001;61(2):173-7.

9. Popescu I., Ciuce C., *Tratat de chirurgie vol. I, ediția II, ed. Academiei Române* București 2012; p. 109-158.
10. Smouha EE, Levenson MJ, Anand VK, Parisier SC. Modern presentations of Bezold's abscess. *Arch Otolaryngol* 1989;115:1126-1129.
11. Zapanta PE, Chi DH, Faust RA. A unique case of Bezold's abscess associated with multiple dural sinus thromboses. *Laryngoscope*. 2001;111(11):1944-8.

CHIST AL SINUSULUI MAXILAR. PRACTICA CHIRURGICALĂ A CLINICII ORL AL SPITALULUI CLINIC REPUBLICAN

Alexandru Sandul, Eduard Cernolev, Andrei Bajureanu, Sergiu Otgon, Ala Istratenco
Catedra Otorinolaringologie, USMF "N. Testemițanu"

Summary

Maxillary sinus cyst. Surgical practice of Ear Nose Throat Department of SCR Hospital

Maxillary sinus cyst was always a big problem for an ENT surgeon. New technology and modern endoscopic methods open an completely new approach of this problem. Based on the clinic experience of the Ear Nose Throat Department of the SCR hospital we describe a method of endoscopic surgery for maxillary sinus cyst.

Rezumat

Chist al sinusului maxilar a fost mereu o problemă pentru chirurgia clasică a capului și gâtului. Tehnologia și metodele endoscopice contemporane permit o abordare complet nouă a acestei probleme. În baza experienței clinice a secției otorinolaringologice a Spitalului Clinic Republican se descrie o metodă minim invazivă de rezolvare a chistului sinusului maxilar

Actualitatea temei

Patologia sinusurilor paranazale este foarte des întâlnită în practica ORL. Odată cu dezvoltarea și implementarea noilor metode de diagnostic radiologic și imagistic a crescut și rata depistării patologiei chistice al sinusurilor paranazale. Ablația chistului sinusului maxilar cunoaște multe metode chirurgicale, însă chirurgia endoscopică este în permanentă căutare de noi metode minim invazive de rezolvare cât mai cruțătoare față de pacient.

Obiectivele lucrării

În acest articol am avut ca obiectiv descrierea și familiarizarea cu metodele endoscopice de rezolvare a chistului sinusului maxilar ce se practică în incinta secției otorinolaringologice a Spitalului Clinic Republican.

Materiale și metode de cercetare

În acest articol au fost folosite datele literaturii de specialitate referitor la patologia rinosinusală și metodele de rezolvare a acestora. De asemenea, a fost descrisă și metodele minim-invazive practicate de chirurgii rinologi vizați de rezolvare a chistului sinusului maxilar.

Discuții

Chist al sinusului maxilar – reprezintă o formațiune benignă de obicei sferică cu reședință în sinusul maxilar, de obicei cu conținut lichid. Deseori chistul sinusului maxilar decurge asimptomatic, sau cu ușoară cefalee sau disconfort și cel mai des se depistează accidental la o radiografie facială sau la efectuarea puncției sinusului maxilar.

Complexul ostiomeatal reprezintă o zonă anatomică bine delimitată – din antero-superior de către uncinatus, din postero-inferior de către bula etmoidală, formînd hiatus semilunaris. În această regiune, suprafața mucoasă este foarte apropiată, câteodată chiar în contact strîns, cauzînd