

## Concluzii

1. Otită medie exsudativă are un caracter evolutiv care necesită diverse scheme de tratament în dependența de schimbările patomorfologice ale urechii medii.
2. Durata lungă ale OME cu schimbări cronice din partea urechii medii sunt indicație pentru timpanostomie.
3. Datele prezentate demonstrează eficacitatea tratamentului chirurgical al otitelor medii cronice exsudative la copii.

## Bibliografie

1. Ababii I., Diacova S. Evoluția otitelor medii la copii. Buletin de perinatologie, Chișinău, 2001, Nr 2, p. 37 –40.
2. Bluestone, CD, Klein, JO (Eds), BC Decker, Hamilton. Otitis Media in Infants and Children, 4th ed, Ontario 2007.
3. Diacova S. McDonald T.J. A comparison of outcomes following tympanostomy tube placement or conservative measures for management of otitis media with effusion.// ENT – Ear, Nose and Throat Journal. Philadelphia, PA, USA, 2007, vol. 96, No 9, p. 552 – 555.
4. Jung T., Hanson J. Classification of otitis media and surgical principles. // The Otolaryngologic Clinics of North America. Vol. 32, N 3. June 1999, p. 369 - 383.
5. Peterson M. , Paparella M. Otitis media with effusion and early sequelae: flexible approach. // The Otolaryngologic Clinics of north America. Vol. 32, N 3. June 1999, p. 391 - 400.
6. Rosenfeld R. Comprehensive management of otitis media with effusion. // The Otolaryngologic Clinics of North America. Volume 27, N 3, June 1994, p. 443 - 456.
7. Teele, DW, Klein, JO, Rosner, BA, et al. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. J Infect Dis 1989; 160:83.

## IMPACTUL REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN ÎN PATOGENIA AFECȚIUNILOR LARINGIENE

Vasile Cabac, Lilia Scutelnic, Ala Istratenco

Catedra Otorinolaringologie USMF “Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *The impact of gastroesophageal reflux in the pathogenicity of laryngeal diseases*

Anatomico-pathological peculiarities of the larynx and proximal esophagus make this area rather vulnerable to injury. This is particularly true for the gastroesophageal reflux (GER). Chronical laryngeal signs and the GER-associated symptoms are defined as reflux laryngitis or laryngopharyngeal reflux (LPR) and are characterized by hoarseness, sorethroat and chronic cough.

LPR is usually diagnosed on the basis of the developed symptoms and associated signs, these including laryngeal edema and erythema, but also on a number of paraclinical instrumental diagnostic procedures. The treatment varies with the severity of the disease, lifestyle, food regimens, medicinal treatment with H<sub>2</sub>-, H<sub>1</sub>-blockers and prokinetics. Still, surgical treatment is only indicated in life-threatening cases such as laryngeal stenosis and paroxysmal laryngospasm.

The main factors that made the 2 entities associate were: etiology absence of chronical laryngeal symptoms and alleviation, even disappearance, of laryngeal disturbances as a result of the antireflux treatment applied.

## Rezumat

Particularitățile anatomo-topografice ale laringelui și esofagului proximal, fac această zona foarte vulnerabilă la boli. Acest lucru este valabil, în special, pentru boala de reflux gastroesofagian (BRGE). Semnele laringiene cronice și simptomele asociate cu BRGE sunt adesea menționate ca laringită de reflux sau reflux laringofaringeal (LPR) și include simptome ca disfonie, odinofagie, tuse cronică.

Diagnosticul LPR de obicei se face pe baza simptomelor prezente și semnelor asociate laringiene, inclusiv edemul și eritemul laringian, și datelor obținute prin metode instrumentale paraclinice. Tratamentul variază în funcție de severitatea fiecărei probleme, stilului de viață, dietelor și tratamentului medicamentos cu H<sub>2</sub>-, H<sub>1</sub>-blocatori, și prokinetice, însă terapia chirurgicală este indicată numai în problemele ce pun viața în pericol, ca stenoza laringiană și laringospasmul paroxistic.

Principalii factori care au condus la asocierea acestor 2 entități: sunt lipsa etiologiei simptomelor laringiene cronice și faptul că utilizarea terapiei antireflux a dus la atenuarea și chiar dispariția tulburărilor laringiene.

## Actualitatea

Manifestările extraesofageale ale BRGE se referă la pacienții la care BRGE prezintă simptome nespecifice acestei boli. Acestea includ simptome legate de laringită cronică, cum ar fi disfonie, senzație de arsură în gât, precum și astm, tuse cronică sau dureri în piept de caracter noncardiac. Diagnosticul acestor manifestări supraesofageale poate fi dificil, deoarece majoritatea pacienților, nu au arsuri la stomac sau regurgitare. Testele de diagnostic au specificitate scăzută și, cauza și efectul de asociere între BRGE și simptomele supraesofageale este dificil de stabilit. După un șir de studii a crescut înțelegerea acestui diagnostic dificil și lipsa unor standarde de diagnosticare.

**Scopul lucrării** este de a studia și înțelege relația cauză-efect dintre patologia laringiană cronică și BRGE, și acțiunea nocivă a conținutului gastroduodenal asupra țesutului laringian.

## Materiale și metode

Studiile au fost efectuate în baza literaturii disponibile, tratatelor editate referitor la patologia studiată, cât și a materialelor oferite de serviciul Internet-MedLine.

## Rezultate și discuții

Koufman a estimat că 15% dintre pacienții ce se prezintă în practica ORL au simptome și/sau manifestări legate de BRGE (1,3). Într-un studiu recent s-a demonstrat că aproape două treimi dintre pacienții ORL cu manifestări laringiene au BRGE ca prima cauză, sau ca un cofactor semnificativ în etiologie(1,4).

Două mecanisme posibile pot fi responsabile în apariția simptomelor extraesofageale a BRGE:

1. microaspirarea conținutului gastric,
2. mecanisme indirecte mediate de nervul vag.

O perturbare în oricare dintre mecanismele normale de protecție pot permite contactul direct al conținutului gastroduodenal nociv cu laringele sau căile respiratorii ce duc la apariția laringitei, tusei cronice sau astmului. În ceea ce privește mecanismele indirecte, studiile arată că embriologic esofagul și arborele bronșic au o origine comună și inervație neuronală prin nervul vag (4,7).

**Simptomele** laringiene asociate cu RGE pot fi:

- Lipsa simptomelor tipice de reflux;
- Disfonie persistentă sau intermitentă;
- Oboseala vocii;
- Tuse cronică;

- Odinofagie;
- Disfagie;

Pacienții cu tulburări laringiene datorită RGE nu vor avea în mod constant simptome tipice de reflux, cum ar fi arsuri la stomac sau indigestie. Disfonia manifestată prin răgușeală este cea mai semnificativă și comună plângere laringiană. Răgușeala poate fi intermitentă și poate apărea mai târziu în a doua zi, ca urmare a oboselii vocale. Mulți pacienți cu o tulburare laringiană din cauza BRGE va avea simptome de tuse cronică, durere în gât, disfagie și schimbări patologice în cele 3 structuri: arborele traheo-bronșic, faringe, esofag.

**Afecțiunile** laringelui, ca rezultat al BRGE, sunt descrise în ordinea descrescătoare incidenței:

1. Laringita de reflux
2. Nodulii vocali
3. Degenerare polipoasă (edemul Reinke)
4. Ulcerele de contact și granuloamele
5. Stenoza laringiană
6. Laringospasmul paroxistic.

1. Reflux-laringita este cea mai comună plângere și în multe cazuri poate fi identificată prin laringoscopie indirectă. Simptomele predominante vor fi disfonia, oboseala vocală sau fonostenia, precum și ruperea de voce sau afonia (3,6). O tulburare funcțională a vocii (TFV) este aproape întotdeauna prezentă, și întrebarea frecventă care apare este, care ar fi cauza: (1) abuzul vocal excesiv, sau (2) BRGE. În majoritatea cazurilor, este posibil ca RGE să precipite TFV. Laringita predomină în laringele posterior, manifestându-se prin eritem ce implică aritenozii și comisura posterioară, extinzându-se frecvent spre corzile vocale și benzile ventriculare, mucoasa subglotică, și spre mucoasa faringiană (6,10). În cazurile avansate comisura posterioară are un epiteliu edematos, hiperkeratotic tinzând spre crustare și descuamare (pachydermia laryngis) (5). Apariția videoendoscopiei a permis identificarea unor zone mici de eritem în spațiul interaritenoidian sau pe corzile vocale condiționate de acțiunea sucului gastric. Tratamentul laringitei de reflux este aproape întotdeauna conservativ, iar rezultatele sunt destul de bune folosind medicamentele antireflux, combinate cu terapia vocală ( 8,9, 12).

2. Nodulii vocali - sunt probabil rezultatul unic al laringitei de reflux în populația adultă. Nodulii vocali apar la intersecția dintre treimea anterioară și mijlocie a suprafeței fonatorii a corzilor vocale, sunt bilaterale, și de obicei asociate cu eritem laringian minim și de creșterea producției mucoase. Se întâlnesc cel mai frecvent la adulții care fac abuz vocal, de exemplu, cântăreți, actori, și profesori. Deși deseori rămân noduli mici, cei care sunt netratați pot progresa la un polip; nodulii polipoși pot solicita eliminarea fonochirurgicală. Aproape toți pacienții au TFV și necesită terapie vocală asociată cu medicație antireflux (10,12,13).

3. Degenerarea polipoasă sau edemul Reinke este probabil rezultatul final al nodulilor vocali netratați. Predomină la femeile în vârstă care se bazează în profesia lor pe voce și care au o lungă istorie de fumat. Edemul în spațiu Reinke traversează întreaga lungime a corzilor vocale, și în special între mucoasa corzilor vocale și ligamentul vocal, care acoperă mușchiul vocal. În laringe sunt prezente diferite grade de eritem, și pe alocuri se poate depista și leucoplazia corzilor vocale( 14, 16). Terapia antireflux, abolirea fumatului, și terapia vocală va ajuta la reducerea acestui edem, dar eliminarea fonochirurgicală este de obicei necesară. Este important să se continue măsurile conservatoare mai sus-menționate pentru o perioadă prelungită postoperator pentru a asigura o restabilire mai bună a vocii ( 7,10).

4. Ulcerele de contact și granuloamele apar, mai des, la procesul vocal al cartilajului aritenoid, la care se inseră capătul posterior al mușchiului vocal. Procesul vocal este cheia în ceea ce privește disfuncția vocală și BRGE. Toate mișcările de aducție și abducție sunt balamale cu privire la procesul vocal și, prin urmare, sunt supuse abuzului vocal și atacului glotal dur. Datorită poziției lor posterioare, acestea sunt influențate de laringita posterioară din BRGE. În cele din urmă ulcerările de pe mucoasa subțire a proceselor vocale, sunt urmate de pericondrită,

care provoacă ulterior granulom. Deși abuzul vocal și BRGE cauzează majoritatea ulcerelor de contact și granuloamelor, intubarea, în special pe o perioadă îndelungată, asociată cu RGE va provoca aceeași problemă. Terapia antireflux viguroasă pe o perioadă prelungită concomitent tratamentului vocal, instituit cu scop de a reduce hiperfuncția vocală, este de succes în debarasarea majorității pacienților de granulom. La ocazii, îndepărtarea chirurgicală este indicată în cazul în care persistă granulomul după tratamentul conservator prelungit, atunci când acesta devine mare, sau atunci când există o suspiciune de un proces malign. Injectarea a 5-10 mg de triamcinolone în procesul vocal după îndepărtarea chirurgicală este de ajutor. Există cazuri rare când nici terapia conservatoare, nici tratamentul chirurgical nu va înlătura granulomul. Au fost descrise cazuri de injectare a toxinei botulinice (10-15 unități), în corzile vocale pentru a paraliza parțial laringele și pentru a reduce hiperfuncția vocală. Acestea au fost cu succes în compensarea granuloamelor refractare.

5. Stenoza laringiană (SL) este o sechelă severă a RGE și, în unele cazuri poate pune viața în pericol. SL este rezultatul laringitei de reflux în curs de desfășurare. Acei pacienți care au un laringe traumatizat, cel mai adesea de la traumatism sau intubare, asociate cu RGE sunt buni candidați pentru SL. Dacă nu este prezent RGE, laringele traumatizat se va vindeca și nu va dezvoltă stenoză semnificativă. Cele mai frecvente arii de LS sunt comisura posterioară și spațiul subglotic. Cicatricele la acești pacienți sunt frecvent imature, moi, eritematoase, și de obicei nu se maturizează din cauza influenței RGE. Atunci când este tratat RGE, cicatricea se maturizează și devine gestionată în mod eficient prin intervenție chirurgicală. Koufman a studiat 32 de pacienți cu stenoză laringiană și traheală și a demonstrat rolul RGE în 75% dintre pacienții lui. Asociate cu managementul de reflux, acest grup de pacienți a fost mult mai ușor de gestionat.

6. Laringospasmul paroxistic este destul de rar. Pacienții care prezintă laringospasm sunt foarte agitați de acest eveniment, care apare de obicei fără avertizare. Apare mai ales noaptea, cu stridor sever și dispnee. Pacientul poate conștientiza un gust amar refluxat în gură. Atacurile se mai pot repeta, cu excepția cazurilor când RGE este puternic gestionat. O atenție aparte trebuie să se acorde acestui grup de pacienți, pentru a preveni atacurile de potențial laringospasm letal.

**Diagnosticul** tulburărilor laringiene asociate cu REG cuprinde:

- Istoricul
- Laringoscopia indirectă
- Laringoscopia fibrooptică
- Laringoscopia rigidă angulară
- Videostroboscopia
- Microlaringoscopia
- Esofagograma cu bariu
- Monitorizarea pH-ului ambulatoriu.

1. Detalierea acuzelor pacientului, o revizuire aprofundată a istoricului maladiei va conduce deseori la o cauză neclară de plângeri laringiene. Importanța vocii, plângeri faringiene sâcâitoare, tuse cronică, disfagie, și obstrucția căilor respiratorii, fără antecedente de boală faringiană sau laringiană evidentă va conduce la o suspiciune de RGE. Diagnosticul se va realiza printr-o abordare organizată.

2. Laringoscopia indirectă este o metodă neprețuită de evaluare a hipofaringelui și laringelui. Acest lucru ar trebui să fie de rutină la fiecare pacient cu simptome laringiene, va da indicii cu privire la diagnostic, și rațiunea de a recomanda continuarea studiilor pacientului.

3. Laringoscopia fibrooptică este relativ simplu de efectuat, fie prin cavitățile nazală sau orală, sub anestezie locală. Câmpul vizual este mic, dar pot fi evaluate funcțiile normale neuromusculare, cum ar fi corzile vocale libere și funcția de deglutiție.

4. Laringoscopia rigidă este o metodă excelentă de a evalua hipofaringele și laringele în practica ORL. Această metodologie este confortabilă, în mod frecvent nu necesită anestezie, și oferă vizualizare excelentă și documentarea bolii laringiene.

5. Videostroboscopia a sporit foarte mult capacitatea de a evalua patologia laringelui. Atunci când există probleme de diagnostic examenul video va documenta problemele laringiene, cum ar fi eritemul, producția de mucus, leziuni mici, paralizie de corzi vocale, cicatrice mici, și leziuni care ar putea fi scăpate prin alte tehnici de examinare vizuală.

6. Microlaringoscopia trebuie să fie efectuată sub anestezie generală, în majoritatea cazurilor. Vizualizarea este superbă, și abilitatea de a obține material pentru biopsie este un moment esențial.

7. Esofagograma cu bariu este esențială pentru toți pacienții la care se suspecta RGE ca o cauză sau cofactor pentru boala laringiană. Acest studiu radiologic este convenabil, ieftin, neinvaziv, și foarte informativ. Orice radiolog va identifica motilitatea și anomaliile peristaltice; leziunile esofagiene, cum ar fi tumori; diverticuli, stricturi; esofagita de reflux; hernie hiatală, și tulburări ale sfincterului esofagian inferior. Toți acești factori au fost asociate RGE și au implicații în boala laringiană. Aceste informații vor fi de valoare pentru pacient și medic. Într-un studiu, la 286 pacienți cu disfonie, s-a efectuat esofagograma cu bariu. Anomaliile enumerate mai sus au fost găsite în 79,9% dintre pacienți. Această constatare sugerează, de asemenea, relația puternică a BRGE și boala laringiană.

8. Monitorizarea pH-ului are un impact mare asupra înțelegerii RGE. Rezultatele acestui studiu pentru boala laringiană sunt neconcludente. Studiul este invaziv și inconfortabil pentru pacienți, este scump, și există mai mulți factori în timpul studiului care conduc spre rezultate fals-pozitive și fals-negative. În prezent, acest studiu nu este utilizat în mod curent pentru laringita de reflux, nodulii vocali, și degenerarea polipoasă. Se recomandă monitorizarea pH-ului în caz de ulcere de contact și granuloame, stenoza laringiană, și laringospasm paroxistic.

### **Tratamentul**

Laringele, faringele, și arborele traheo-bronșic sunt mai sensibile la ravagiile RGE față de esofag. Tratamentul pentru aceste zone, prin urmare, trebuie să fie viguros, persistent, precum și pentru perioade mai lungi de timp, comparativ cu problemele gastroesofagiene. Abordările terapeutice sunt în mare măsură dictate de constatările laringiene și studiul esofagogramei cu bariu.

1. Laringita de reflux este tratată cu cimetidină sau ranitidină. Efectele locale ale acestor H<sub>2</sub> blocatori sunt utile prin reducerea secreției de acid. Dacă esofagograma demonstrează tulburări în motilitate, sau o mai mică disfuncție a sfincterului esofagian se va adăuga cisapridă. Tratamentul trebuie să fie 3-6 luni. H<sub>1</sub> blocante sau terapia chirurgicală sunt rareori indicate.

2. Nodulii vocali sunt mai mult o manifestare a RGE spontane, identificate ca atare la esofagograma cu bariu. H<sub>1</sub> blocantele pentru reducerea de acid, cum ar fi omeprazolul sau lansoprazolul, sunt foarte eficiente. H<sub>2</sub> blocantele sunt mai puțin costisitoare și eficiente. În cazul în care defectele de propulsie sunt demonstrate, cisaprida poate fi adăugată. Îndepărtarea fonochirurgicală este rar indicată.

3. Degenerarea polipoasă sau edemul Reinke este gestionată în același mod ca și nodulii vocali, cu excepția faptului că îndepărtarea fonochirurgicală este aproape întotdeauna indicată.

4. Ulcerele de contact și granuloamele răspund la tratamentul cu H<sub>2</sub> blocante prin reducerea de acid și proprietățile anti-inflamatorii, pe o perioadă prelungită de timp cel puțin 6 luni. Cisaprida ar trebui să fie utilizată în cazul când esofagograma este sugestivă, după cum sa menționat mai sus. Tehnicile chirurgicale de îndepărtare, injecțiile intralezionale cu steroizi, și injectarea toxinei botulinice pot fi necesare.

5. Stenoza laringiană cere, de continuat reducerea maximă a refluxului de acid pe perioade lungi de timp. Combinațiile de H<sub>1</sub> blocante și cisapridă sunt utile. Terapia chirurgicală pentru stenoza este aproape întotdeauna necesară, dar terapia antireflux preoperatorie și postoperatorie prelungită este esențială.

6. Laringospasmul paroxistic pune viața în pericol și ar trebui să fie tratate energic, așa cum se menționează mai sus în stenoza laringiană.

## Concluzii

Datele obținute din studiile efectuate arată un rezultat terapeutic bun, remarcabil de la majoritatea pacienților care au tulburări laringiene, ca rezultat al BRGE. Datele privind rezultatele tratamentului antireflux pentru aceste tulburări sunt remarcabile, reale, dar cunoscute doar celor care au cunoștințe și convingere pentru a trata problema.

Preocupările majore sunt:

- creșterea conștientizării de către medic și pacient, a relațiilor dintre aceste 2 entități patologice;
- elucidarea mecanismelor directe și indirecte de producere a refluxului faringo-laringeal, și schimbărilor morfologice ce au loc în epiteliul laringean, sub acțiunea fermenților sucului gastro-duodenal.
- modernizarea metodelor de tratament, medical și chirurgical, eficiente și mai puțin costisitoare pentru aceste afecțiuni cronice și morbide.

## Bibliografie

1. Cherry J, Margulies S.I. Contact ulcer of the larynx. *Laryngoscope*. 1968;78:1937–1940.
2. Jindal J.R, Milbrath M.M, Shaker R, et al. Gastroesophageal reflux disease as a likely cause of “idiopathic” subglottic stenosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1994;186–191.
3. Kahrilas P.J. Gastroesophageal reflux disease. *JAMA*. 1996;276:983–988.
4. Koufman J, Sataloff FT, Toohill R. Laryngopharyngeal reflux: consensus conference report. *J Voice*. 1996;10:215–216.
5. Koufman JA, Wiener GJ, Wallace CW, et al. Reflux laryngitis and its sequela: the diagnostic role of ambulatory 24-hour monitoring. *J Voice*. 1988;2:78–79.
6. Koufman JA. Gastroesophageal Reflux and Voice Disorders. In: Rubin JS et al, eds. *Diagnosis and Treatment of Voice Disorders*. New York: Igaku-Shoin, 1995:161–175.
7. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope*. 1991;101:1.
8. Kuhn JC, Massick D, Toohill RJ, et al. Role of the esophagram in management of dysphonia. Presented at the Middle Section Meeting of the Triological Society, Kansas City, Missouri, January 24–26, 1997.
9. Locke GR, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population based study in Olmstead County, Minnesota. *Gastroenterology* 1997;112:1448–1456.
10. Milstein CF, Charbel S, Hicks DM, Abelson TI, Richter JE, Vaezi MF. Prevalence of laryngeal irritation signs associated with reflux in asymptomatic volunteers: impact of endoscopic technique (Rigid vs flexible laryngoscope). *Laryngoscope* 2005;115:2256–2261.
11. Nasri S, Sercarz JA, McAlpin T, et al. Treatment of vocal fold granuloma using botulinum toxin type A. *Laryngoscope*. 1995;105:585–588.
12. Ohman L, Olfsson J, Tibbling L, et al. Esophageal dysfunction in patients with contact ulcer of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1983;92:228–230.
13. Park W, Hicks DM, Khandwala F, Richer JE, Abelson, TI, Milstein C, Vaezi MF. Laryngopharyngeal reflux: prospective cohort study evaluating optimal dose of proton pump inhibitor therapy and pre-therapy predictors of response.
14. Richtsmeier WJ, Styczynski P, Johns ME. Selective, histamine-mediated immunosuppression in laryngeal cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1987; 96:569–572.
15. Shaker R. Protective mechanisms against supraesophageal GERD. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:S3–S8.
16. Toohill RJ. The psychosomatic aspects of children with vocal nodules. *Arch Otolaryngol*. 1975;101:591–595.

17. Vaezi MF. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Clinical Cornerstones* 2003;5:32-38.

18. Wilson JA, White A, Von Haacke NP, et al. Gastroesophageal reflux and posterior laryngitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1989;98:405-410.

## ASPECTE STATISTICE ALE EPISTAXISULUI ÎN SCM SFÂNTA TREIME

Vasile Cabac, Ludmila Tihonova, Petru Castraveț, Oleg Grumeza,

Ludmila Ianacoglo, Albina Grecova

Catedra Otorinolaringologie USMF «Nicolae Testemitanu»

### Summary

#### *Statistics aspects of epistaxis in SCM Sf. Treime*

Forty nine patients (26 males and 23 females) of 20 to 80 ages, who were medically treated at the ORL section of the Municipal Hospital Sf. Treime, were investigated. The obtained results demonstrate that: no sex predilection exists for nosebleeds, approximately 90% of nosebleeds can be visualized in the anterior portion of the nasal cavity, most cases of epistaxis do not have an easily identifiable cause, but in the most cause is meeting at hypertensive patients.

### Rezumat

Au fost investigați 49 de pacienți (26 bărbați și 23 femei) în vîrsta de 20-80 ani, internați în secția ORL SCM Sf. Treime. Rezultatele obținute arată că repartizarea după sex este 1:1, în 90% cazuri se apreciază epistaxis anterior, în majoritatea cazurilor e greu de stabilit cauza directă, dar totuși predomina prezența HTA la pacienți.

### Actualitatea

Epistaxisul (hemoragie nazală, nosebleed)-provine de la cuvîntul grecesc „staxis” -a curge picatura cu picatura. Este una din cele mai frecvente urgențe în ORL. Are un caracter benign în 90% din cazuri, dar poate constitui și cauza de deces, ceea ce impune o abordare diagnostică completă și un tratament imediat și eficient pentru stoparea sîngerării. În funcție de sursa sîngerării, epistaxisul este clasificat în epistaxis anterior și posterior. Hemoragia este în majoritatea cazurilor anterioară, epicentrul acestei zone de anastamoză între sistemul carotidian extern și cel intern se află regiunea anterioară a septului nazal, constituind pata vasculară Valsava-Kiselbach (zona Little). Epistaxisul posterior – sursele sîngerării sînt ramurile arterei sfenopalatine (din Artera Carotică Externă), regiunea posterioară a cavității nazale sau nazofaringele.

Incidența hemoragiilor nazale este crescută la copii (între 2-10 ani) și la vîrstnici (60-80 ani).

Cauzele sîngerării nazale pot fi locale sau generale (epistaxis simptomatic).

Epistaxisul-cauze locale: traumatismul local (cauterizări frecvente, intubație prelungită cu sondă transnazală), corpi străini intranasali, procese inflamatorii, procese infecțioase (specifice, nespecifice), epistaxisul spontan (idiopatic)-frecvent întîlnit la copii și adolescenți, rinolitiază, rinită atrofică și altele.

Epistaxisul-cauze generale: hipertensiunea arterială esențială, sau secundară-criza hipertensivă, alcoolismul, dereglări hormonale și metabolice, vasculopatii, coagulopatii, boli infecțioase, medicamente-aspirin, varfarin, diclofenac, clopidogrel.

### Obiectivele

Analiza incidenței epistaxisul în SCM Sf. Treime pe perioade lunilor ianuarie-mai 2010.