

2. Rolul endoscopiei și imagisticii în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor rinosinuzale//Revista Romana de ORL/ Vol.24, Nr.4. București, 2002. pag.261-262).
3. Sinuzita maxilară supurata odontogenă//Revista Romana de ORL, Nr.3. București, 2007. pag.254-255).
4. Антонюк М.Р. Трепанопункция лобной пазухи в диагностике и терапии: Автореф. дисс. . канд. мед. наук / М.Р. Антошок.-М., 1962.-18 с.
5. Волков А.Г. Лобные пазухи. Ростов-на-Дону 2000; 512 с.
6. Волков А.Г. Трепанопункция лобных пазух. Показания, противопоказания и методика: Методич. рекомендации / А.Г. Волков.-М., 1986.-12 с.
7. Многолетний опыт использования устройства для трепанопункции лобных пазух собственной конструкции Д.м.н., проф. А.Г. ВОЛКОВ Long-term experience with the use of a device for trepanopuncture of original design A.G. VOLKOV
8. Рязанцев С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: Методич.рекомендации / С.В. Рязанцев, Н.Н. Науменко, Г.П. Захарова.-СПб: ООО «РИА-АМИ», 2003.-40 с.
9. Рязанцев С.В. Рациональная антибиотикотерапия в ринологии / С.В.Рязанцев // Материалы конфер., поев, пятилетию Российск. общества ринологов.-М., 1997.-С. 23-25.

CARACTERISTICA GENERALĂ A PACIENȚILOR CU OTOSCLEROZĂ OPERAȚI ÎN CLINICA ORL A SPITALULUI CLINIC REPUBLICAN

Andrei Antohi, Sergiu Vetrician, Alexandru Sandul, Lucia Șciurov, Alexandru Didencu
Catedra Otorinolaringologie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

General characteristic of patients with otosclerosis operated in otorhinolaryngological clinic of Central Hospital

Otosclerosis is an autosomal dominant disease, more common in white people, about 0,25% - 1% of the population suffers from this condition namely the clinical one. It is called otospongiosis because affects otic capsule and osicular chain through an abnormal deposition of bone in the labyrinth capsule and middle ear. The etiology is varied and presents diverse clinical picture, which complicates early diagnosis and treatment. This study will allow more detailed knowledge of this specific disease.

Rezumat

Otoscleroza este o boală autosomal dominantă, întâlnită mai frecvent la rasa albă și aproximativ 0,25% - 1% din populație suferă de forma clinică a acestei afecțiuni. Denumită și otospongioză, ea afectează capsula otică și lanțul osicular, printr-o depunere anormală de țesut osos în capsula labirintului și urechea medie. Etiologia este variată și tabloul clinic divers, fapt ce complică diagnosticarea precoce și tratamentul adecvat. Acest studiu ne va permite cunoașterea mai detaliată a acestei patologii specifice.

Actualitatea temei

Otoscleroza (OTS) este o afecțiune a urechii medii, caracterizată printr-o surditate cronică, progresivă bi- sau unilaterală. Apare în urma unui proces distrofic al capsulei osoase labirintice, anchilozei (imobilizării) scăriței în fereastra ovală, din care cauză se împiedică transmiterea undelor sonore spre urechea internă.

Tabloul clinic deseori nu se caracterizează prin anumite semne clinice strict specifice acestei patologii, fiind o problemă destul de complicată atât pentru medicii de familie cât și ORL-iști. În așa mod este necesară precizarea anumitor date generale, clinice și instrumentale pentru a facilita

stabilirea acestui diagnostic clinic, care având o evoluție lentă, invalidizează pacienții noștri. Un tratament adecvat și efectuat la timp este cheia succesului în lupta cu otoscleroza.

Scopul lucrării

Concretizarea caracteristicii generale a OTS în rândul bolnavilor internați în Clinica ORL a Spitalului Clinic Republican din municipiul Chișinău pe parcursul anilor 2008-2012.

Sarcinile lucrării

1. Stabilirea incidenței OTS în cadrul patologieilor otologice tratate în Clinica ORL a Spitalului Clinic Republican pe parcursul perioadei de studiu 2008-2012.
2. Aprecierea raportului femei/bărbați în cadrul pacienților internați cu diagnosticul clinic de OTS.
3. Stabilirea grupelor de vârste predominant afectate de OTS.
4. Studiarea caracteristicii generale a acestei afecțiuni cu stabilirea formelor clinice predominante, datele clinice coroborate cu investigațiile instrumentale specifice, diagnostic și metodele de tratament aplicate.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat în baza documentației medicale oferite de arhiva Spitalului Clinic Republican pe parcursul anilor 2008-2012 și a literaturii ORL disponibile.

Rezultatele obținute

În urma analizei documentației medicale a clinicii ORL din arhiva SCR pe parcursul anilor 2008-2012 s-au obținut 96 de foi de observație clinică cu diagnosticul patologiei studiate. Efectuând un studiu statistic s-a dovedit că incidența OTS în cadrul patologieilor otorinolaringologice tratate în clinica ORL a SCR este de $0,83 \pm 0,2\%$.

Pentru a demonstra numărul pacienților cu OTS tratați în clinica ORL pe parcursul perioadei de studiu vom anexa următorul tabel (Tabelul 1).

Tabelul 1

Numărul de pacienți cu OTS tratați în clinica ORL a SCR

Ani Luni	2008		2009		2010		2011		2012	
	Asig	Plată	Asig	Plată	Asig	Plată	Asig	Plată	Asig	Plată
Ianuarie								1	1	2
Februarie	4		1		1		1	1	1	
Martie	2			1	3					1
Aprilie	3					1				
Mai		2					1		2	
Iunie	5				2			1	3	1
Iulie	1	1					1	1	1	2
August	3				1		1	2	1	1
Septembrie	4						2			
Octombrie	1	1		1			3		5	2
Noiembrie				1			5		1	
Decembrie	4	1	3			1	2	1	1	
Total	32		7		9		23		25	

Studiind datele sus-menționate putem confirma că această patologie nu este sezonieră și nu depinde de modificările climaterice prezentând o distribuție neuniformă pe parcursul anilor. O caracteristică importantă a OTS este predominanța acesteia la sexul feminin. Pentru a concretiza acest fapt am analizat în studiul dat raportul femei/bărbați și, de asemenea, grupele de vârste predominant afectate, informație decelată în următoarele figuri (Figura 1 și 2).

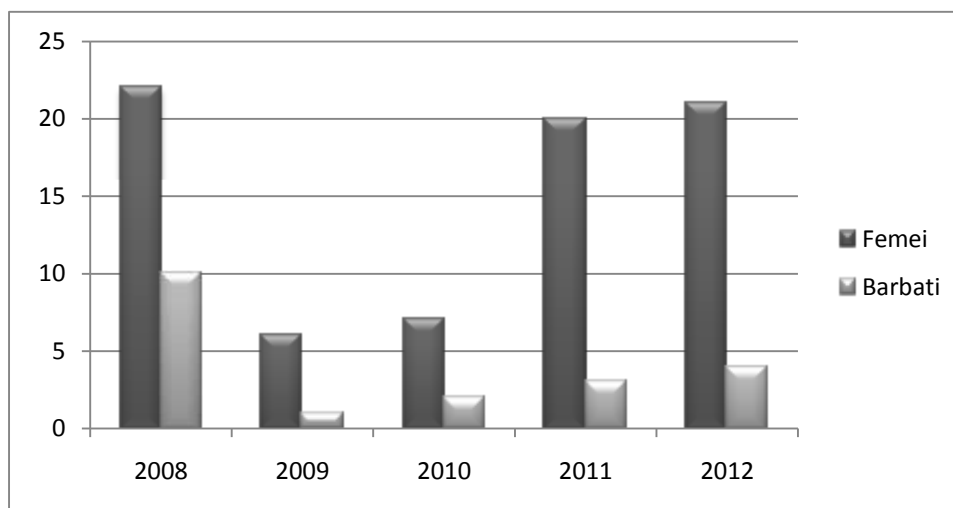


Figura 1. Raportul femei/bărbați în lotul de studiu (n=96)

Studiind lotul de studiu dat putem observa pe parcursul anilor 2008-2012 o predominanță manifestă a sexului feminin cu un raport de 3,8:1. Mai detaliat, în anul 2008, 2,2:1; 2009; 6:1; 2010, 3,5:1; 2011, 6,6:1 și 2012, 5,25:1. Deci putem confirma datele literaturii care ne indică o predispoziție din partea genului feminin către OTS.

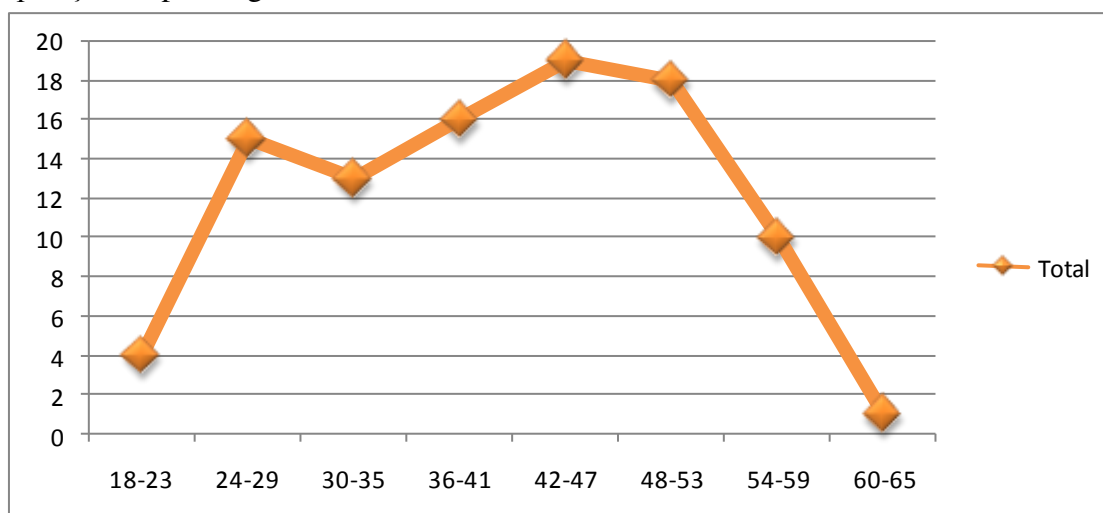


Figura 2. Repartizarea pacienților cu OTS după grupe de vârstă

Analizând figura respectivă putem stabili incidența OTS în dependență de grupele de vârstă, cu o prevalență de 84,37% a pacienților între vârstele 24-53 ani, fapt care ne permite să atragem atenția asupra lotului de persoane cu vârsta corespunzătoare, suferindă de hipoacuzie și fără o diagnosticarea corectă a OTS, dar o stabilire necorespunzătoare a altor diagnosticuri. În următorul tabel vom specifica formele clinice ale OTS internate și tratate în clinica ORL pe parcursul anilor de studiu.

Tabelul 2

Repartizarea bolnavilor în dependență de formele clinice ale OTS

	2008	2009	2010	2011	2012
Otoscleroza bilaterală forma timpanală	26	5	8	20	20
Otoscleroza pe dreapta	6	1	1	2	2
Otoscleroza pe stânga	2	1	0	1	3

Putem observa predominarea OTS bilaterale ca diagnostic clinic, mai ales a formei timpanale, cu o incidență de 82,29% din totalitatea cazurilor tratate, ceea ce ne confirmă implicarea bilaterală a urechii medii. Conform datelor din literatură, indiferent de rasă și de momentul afecțiunii, OTS afectează ambele urechi, dar suferința este percepută la o singură ureche, deși în peste 82% din cazuri urechea contralaterală este și ea afectată, numai că simptomatologia clinică este inegală, aceasta putând fi sesizată mult mai târziu [14]. În studiul nostru, urechea predominant inițial afectată și decelată în 62% cazuri este urechea stângă, cu afectarea treptată ulterior a urechii contralaterale.

La capitolul factori etiologici sau predispozanți majoritatea pacienților nu au putut stabili cauza concretă sau momentul inițierii procesului, deoarece OTS a prezentat o evoluție treptată, dar unii din factori predispozanți observați în studiul nostru au fost: sarcina și nașterea, dereglările hormonale, traume în copilărie ale urechii, procese infecțioase otice, antecedente heredocolaterale de OTS din partea genului feminin.

Tabloul clinic prezentat în majoritatea cazurilor studiate implică: hipoacuzia care se agravează progresiv fiind simptomul dominant, acufenele sau tinnitus-ul care sunt prezente în aproximativ 65-70% cazuri, paracuzia Willis, autofonia, uneori vertije, senzație de plenitudine auriculară.

Privind evoluția bolii în cazul pacienților studiați am putut observa că anamneza în peste 90% cazuri implică hipoacuzia care se instalează fără o simptomatologie alarmantă, cu o evoluție treptată.

Otoscopia, de cele mai multe ori, prezenta o ureche normală, semnul Schwartze întâlnindu-se în aproximativ 30% cazuri. Hipoacuzie de transmisie a fost decelată cu diapazoanele de 256 Hz, 512 Hz și 1024 Hz care au demonstrat:

- Weber lateralizat spre urechea predominant hipoacuzică sau bilateral
- Rinne negativ la urechea afectată
- Schwabach prelungit la urechea afectată
- Gelle negativ la urechea hipoacuzică
- Testul Lewis Federici indică conducerea sunetului mai bună pe apofiza mastoidei decât tragus ceea ce demonstrează anchiloza scăriței.

Investigația paraclinică cea mai importantă în diagnosticul OTS este audiograma, investigație care este efectuată în toate cazurile de hipoacuzie. Audiogramele efectuate la pacienții cu OTS din lotul studiat confirmă hipoacuzia de transmisie, de asemenea, diferența între curba osoasă și cea aeriană mai evidentă în zona sunetelor grave. În unele cazuri s-a observat participarea componentei neurosenzoriale de hipoacuzie. Absența reflexului stapedian este la fel o caracteristică a pacienților cu OTS.

Metoda de tratament aplicată în clinica ORL a SCR în cazul pacienților internați cu OTS a fost cea chirurgicală cu efectuarea stapedoplastiei și fixarea protezei de tip piston-teflon. Rezultatele postoperatorii în 89% cazuri au fost pozitive cu ameliorarea auzului la urechea operată. În 11% cazuri nu s-au depistat rezultate. Complicații intraoperatorii nu s-au decelat în lotul de studiu.

Discuții

OTS este cel mai frecvent întâlnită la caucazieni cu o incidență de până la 10% forma histologică și, respectiv, până la 1% prezentând forma clinică a OTS, urmată de asiatici cu o incidență de 0,5%. În Africa este foarte puțin întâlnită. După Davenport, Nager, Cawthorne OTS este mai des întâlnită între 15-30 ani; după datele lui Wullstein, 8,5% sub 16 ani și 9,4% peste 40 ani; după Hall, 57% peste 50 de ani și 1,5% sub 20 ani; iar după Gapanavicius, în 90% între 16 și 50 ani. Este mai frecventă la sexul feminin (de 1,5 ori – Pearson și col., 1974) apărând de regulă, după sarcini. Frecvența OTS în populație – prin studiu necroptic: 1% Guild, 1944; prin studiu clinic 0,14%, Perason și col., 1974. Unilaterală (1-3%) sau cu debut unilateral, dar de regulă, este bilaterală. În aproape jumătate de cazuri (40%) este observabilă o predispunere

genetică. Teoretic se transmite autozomal dominant, în mod mendelian, deci riscul de îmbolnăvire este de 50% pentru descendenții direcți (fii, fiice), de 25% în cazul nepoților și de 12,5% pentru veri de gradul I. Dar formele sporadice 40-50% din cazuri sunt totuși inexplicabile prin mutații sau erori informale în arborele genealogic. Altă cauză implică dezechilibrul hormonal al femeilor în timpul perioadei de sarcină [1, 2, 8, 14].

Factorii de risc implicați în dezvoltarea OTS sunt următorii: antecedentele heredo-colaterale de hipoacuzie; graviditatea, alăptarea și menopauza; rasa caucaziană sau asiatică; femeile de vârstă medie; infecțiile virale (ex. parotidita epidemică); ingerarea apei nefluorate: există studii care afirmă că apa nefluorată poate face o persoană susceptibilă la dezvoltarea OTS [5].

Anatomopatologic procesul de otoscleroză este împărțit în 2 faze histologice:

1. Prima fază histologică se caracterizează prin resorbție osoasă și congestie vasculară (otospongioza). Această congestie vasculară (chiar hiperemie) când este prezentă aproape de periostul urechii medii poartă denumirea de semnul lui Schwartze.
2. A doua fază este reprezentată de neoformația osoasă (OTS) [6, 7].

Tabloul clinic al pacienților cu OTS variază în dependență de forma clinică prezentată: forma timpanală sau fenestrală Politzer-Siebenmann: hipoacuzie de transmisie pură, dobândită, insidios instalată, lent progresivă, evoluând în circa 5-10 ani până la maturare, blocarea completă stapedovestibulară, hiperacuzie (îmbunătățirea auzului în condiții de zgomot, de ex., în autobuz, avion, tren) – paracuzia lui Willis; forma cohleară P. Manasse: hipoacuzie de tip percepție, acufene intense (uneori dominând tabloul clinic), senzație de plenitudine auriculară, autofonie; forma vestibulară: sindrom vestibular lent progresiv în ani de zile, amețeli, pierderea echilibrului, vertij rotator sever [10, 16].

Pentru un diagnostic corect al OTS este necesară îndeplinirea unui algoritm respectiv: examinarea organelor ORL după scheme tradiționale, cu utilizarea metodelor disponibile în condițiile instituției medicale date.

- Otoscopia, în mod special, poate prezenta următoarele date: de obicei urechea externă, canalul auditiv și membrana timpanică nu prezintă semne post-inflamatorii. În cazul OTS cu evoluție floridă (otospongioza) mucoasa urechii medii este îngoșată și hiperemică și poate fi văzută prin transparența timpanului în aria ferestrei ovale, semn cunoscut ca aparținând lui Schwartze [7].
- Examenul funcției auditive, cu voce șoptită, conversată și strigată care ar indica diminuarea acesteia, de obicei, bilateral.
- Testele cu diapazoane (Rinne, Weber, Gelle, Bonnier, Lewis-Federici) indică hipoacuzie de transmisie specifică OTS. Proba Gelle este caracteristică OTS. Compresiunea aerului în conductul auditiv extern scade percepția unui diapazon poziționat pe vertex la un subiect normal (Gelle pozitiv). În OTS, compresiunea este fără efect datorită imobilității scăriței (Gelle negativ). Testul Lewis-Federici este de asemenea o metodă de diagnostic pentru stabilirea fixației bazei scăriței în fereastra ovală (anchiloza scăriței) comparând durata recepționării sunetului diapazonului la fixarea lui pe apofiza mastoidă sau tragus; în anchiloza scăriței conducerea sunetului este mai bună pe apofiza mastoidei decât tragus [1, 2].
- Audiometria tonală, în cazul OTS, ne-ar prezenta o hipoacuzie de transmisie, de regulă pură. Diferența între curba osoasă și cea aeriană mai evidentă în zona sunetelor grave cunoscută drept "air-bone gap" este semnul caracteristic în OTS. Această diferență nu este mai mare de 50 dB. Participarea neurosenzorială este aleatorie și ea poate fi întâlnită în cazurile în care osificarea a cuprins și cohleea în întregime. Semnul lui "Cahart" reprezintă o cădere a conducerii osoase la frecvența de 2000 Hz, deseori până la 30-40 dB și se consideră un semn audiologic patognomonic pentru OTS. Aceasta se datorează probabil imobilizării scăriței în fereastra ovală.
- Impedansmetria va arăta reflexul stapedian absent sau redus în funcție de gradul de fixare al scăriței în fereastra ovală.

- Determinarea otoemisiunilor acustice (OAE) poate fi utilă în diagnosticul hipoacuzie de transmisie din cadrul OTS, deoarece acestea nu sunt prezente în caz de OTS.
- Tomografia computerizată cu rezoluție înaltă va demonstra o demielinizare a cohleei, localizată preponderent la nivelul ferestrei ovale, semn caracteristic acestei afecțiuni. De asemenea, poate demonstra prezența lanțului osicular, leziuni de scleroză la nivelul ferestrei ovale și la nivelul cohleei [16].

Diagnosticul diferențial se poate efectua cu toate patologiile care prezintă timpan intact, dar pacientul prezintă surditate de transmisie: osteogeneza imperfectă, boala Paget, traumatismele urechii medii, fixația congenitală a capului ciocanului, timpanoscleroza, otita seroasă, neoplasmul urechii medii, supurațiile urechii medii cu sau fără colesteatom [4, 6]. Metoda de tratament efektivă ar fi cea chirurgicală care are ca scop refacerea transmisiei sunetului spre fereastra ovală, prin intermediul unei proteze. Se folosește și tratament nechirurgical care ar implica protezarea auditivă externă intra- sau extracanalară. Această alternativă este o soluție pentru acei pacienți care nu pot fi intervenți chirurgicali. De asemenea, li se poate prescrie tratament cu fluorat de calciu, care ar stimula înlocuirea ionilor de hidroxil cu flor, formându-se în loc de cristale de hidroxiapatită, complexe de fluoroapatită. Acest complex s-a dovedit a fi mult mai stabil și rezistent la acțiunea osteoclastelor, favorizând depunerea calciului în oase [5, 14, 15].

Prima intervenție în care s-a practicat stapedectomia după care columelizarea s-a realizat cu un tub de polietilenă, după ce fereastra ovală a fost acoperită cu o grefă de venă a fost efectuată de Shea în 1950. De atunci procedeul a fost ameliorat progresiv, atât în privința protezelor, care acum se ancorează de nicovală și care sunt confecționate din diverse materiale: aur, teflon, titan [1, 9].

Stapedectomia este indicată atunci când scărița este ferm fixată în fereastra ovală, după cum o demonstrează un “air-bone” gap de 30 dB pentru frecvențele grave și un Rinne negative [18, 19].

Etapele chirurgicale sunt următoarele: confecționarea lamboului timpanomeatal, pătrunderea în casa timpanului, respectând ligamentul Gerlach și coarda timpanului care se detașează de pe nicovală. Se ridică peretele osos postero-superior până la vizualizarea ligamentului scăriței după care se măsoară distanța dintre nicovală și talpa scăriței, aceasta fiind necesară pentru stabilirea lungimii protezei. Ulterior se perforează talpa scăriței, necesară prevenirii vidului și în consecință a scurgerii lichidului perilimfatic care se poate produce prin extracția scăriței. Pentru a lucra pe talpa scăriței este necesară secționarea ligamentului scăriței, dezarticularea incudostapediană la nivelul apofizei lenticulare și fracturarea brațelor scăriței. După crearea orificiului pistonul se fixează de nicovală, iar capătul liber se introduce în spațiul creat. După montarea pistonului se verifică auzul pacientului. Apoi se reasează lamboul timpanomeatal și se practică pansamentul conductului auditiv extern, care se menține fără mobilizare timp de cel puțin 10 zile [3, 11, 12, 17].

Audiograma de control trebuie efectuată peste 3 luni de la intervenția chirurgicală. După intervenție pacientul trebuie să evite mișcările bruște ale capului, sporturile extreme, accelerațiile și ascensiunile bruște, zgomotele puternice, RMN (dacă proteza este metalică) [13, 14, 18].

Concluzii

1. OTS este o afecțiune cu tentă genetică care implică mai multe mecanisme etiologice și patogenetice. Incidența OTS în cadrul patologiilor otorinolaringologice tratate în clinica ORL a SCR este de $0,83 \pm 0,2\%$. Raportul femei/bărbați este de 3,8:1. Incidența OTS în dependență de grupele de vârstă este de 84,37% a pacienților între vârstele 24-53 ani, considerându-se bolnavii cu o vârstă aptă de muncă.
2. Predomină OTS bilaterală ca diagnostic clinic, mai ales forma timpanală, cu o incidență de 82,29% din totalitatea cazurilor tratate, ceea ce ne confirmă implicarea bilaterală a urechii medii. Tabloul clinic implică hipoacuzia care se agravează progresiv fiind simptomul

dominant, acufenele sau tinnitus-ul care sunt prezente în aproximativ 65-70% cazuri, paracuzia Willis, autofonia, uneori vertije, senzație de plenitudine auriculară.

3. Elemente necesare stabilirii unui diagnostic pozitiv sunt:
 - Anamneză concludentă pentru OTS
 - Hipoacuzie percepută de pacient ca fiind inițial unilaterală, ulterior cu evoluție bilaterală în majoritatea cazurilor
 - Otoscopic: semnul lui Schwartze
 - Testele cu diapazoane: Weber lateralizat spre urechea mai hipoacuzică sau bilateral, Rinne negativ la urechea hipoacuzică, Schwabach prelungit, Gelle negativ, Lewis-Federici pozitiv.
 - Audiometria tonală: Rinne audiometric negativ la urechea otosclerotică și semnul lui Carhart
 - Reflex stapedian absent sau diminuat.
4. Ulterior stabilirii diagnosticului de OTS se poate decide asupra tacticii de tratament optimale pentru fiecare pacient, considerând starea pacientului, forma clinică, patologiile asociate, profesia, condițiile de muncă și altele. Pacienții trebuie să cunoască patologia dată și riscurile intervenției chirurgicale, cât și neefectuarea acesteia, ignorând tactica medicală. În așa mod, este necesară conlucrarea medicilor de familie, medicilor audiologi și medicilor otorinolaringologi pentru a diagnostica și trata corect pacienții cu OTS.

Bibliografie

1. Arnold W., Hausler R. *Otosclerosis and stapes surgery*. Advances in Oto-Rhino-Laryngology. Vol. 65.
2. Ataman T. *Otologie*. Editura Tehnică S.A. București. 2002.
3. Bernardo M.T., Dias J., Ribeiro D., Helena D., Condé A. *Long term outcome of otosclerosis surgery*. Braz J Otorhinolaryngol. 2012 Aug;78(4):115-119.
4. Biswas D, Mal RK. *Absent stapedialex reflex: otosclerosis or middle ear tumor?* Ear Nose Throat J. 2013 Feb;92(2):E1-2.
5. Derks W., De Groot J.A., Raymakers J.A., Veldman J.E.. *Fluoride therapy for cochlear otosclerosis? An audiometric and computerized tomography evaluation*. Acta Otolaryngol 2001; 121 (2): 174-7.
6. Goddard J. C., Fayad J. N. *Otosclerotic findings in otosclerosis*. From the House Ear Clinic, Los Angeles. Ear Nose Throat J. 2012 April;91(4):E30.
7. Gros A., Vatovec J., Sereg-Bahar M. *Histologic changes on stapedialex footplate in otosclerosis. Correlations between histologic activity and clinical findings*. Otol Neurotol 2003;24(1):43-7.
8. House J.W., Cunningham C.D. III. *Otosclerosis*. In: Cummings CW, Flint PW, Haughey B.H., Niparko J.K., et al, eds. Cummings Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2010:2028-35.
9. Linthicum F. Jr. *Post-stapedectomy cochlear otosclerosis*. From the House Ear Clinic, Los Angeles. Ear Nose Throat J. 2009 April;88(4):872.
10. Lippy W.H., Berenholz L.P. *Pearls on the presentation and diagnosis of otosclerosis*. The Lippy Group for Ear, Nose and Throat, Warren, Ohio. Ear Nose Throat J. 2008 February.
11. Lippy WH, Berenholz LP. *Primary stapedectomy: The surgery*. Ear Nose Throat J. 2008 December;87(12):678-680.
12. Li-Ser Khoo. *Traumatic perilymphatic fistula secondary to stapes luxation into the vestibule: A case report*. Ear Nose Throat J. 2011 May;90(5):E28.
13. Ohbucin T., Suzuki H., Hohchi N., Ohkubo J., Hashida K. *Recovery of bone conduction hearing level after stapes surgery in otosclerosis*. J UOEH. 2012 Sep 1;34(3):231-5.
14. Popescu I., Ciuce C., Sarafoleanu C. *Tratat de chirurgie. Otorinolaringologie și chirurgie cervico-facială*. Ediția a II-a. Vol.I. Editura Academiei Române, București, 2012.

15. Quesnel A.M., Seton M., Merchant S.N., Halpin C., McKenna M.J. *Third-generation bisphosphonates for treatment of sensorineural hearing loss in otosclerosis*. Otol Neurotol. 2012 Oct;33(8):1308-14.
16. Redfors Y.D., Gröndahl H.G., Hellgren J., Lindfors N., Nilsson I., Möller C. *Otosclerosis: anatomy and pathology in the temporal bone assessed by multi-slice and cone-beam CT*. Otol Neurotol. 2012 Aug;33(6):922-7.
17. Shambaugh G. E., Glasscock M. E. *Surgery of the ear*. Third Edition. W. B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto.
18. Shiao AS, Kuo CL, Cheng HL, Wang MC, Chu CH. *Controversial issues of optimal surgical timing and patient selection in the treatment planning of otosclerosis*. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Apr 30.
19. Silverstein H., Jackson L.E., Conlon W.S., et al. *Laser stapedotomy minus prosthesis (laser STAMP): Absence of refixation*. Otol Neurotol 2002;23:152-7.

COMBUSTIA ESOFAGIANĂ

Victoria Boțan, Nadejda Teșu, Lucia Șciurov, Nadejda Culea, Vasile Gavriliuța

(Conducator științific – Mihail Maniuc, dr. hab., prof. univ.)

Catedra Otorinolaringologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Esophageal combustion

The etiology of esophageal combustion is multiple which dominates the ingestion of corrosive substances with accidental or suicidal purposes, and in few cases of congenital lesions and gastroesophageal reflux disease. After treatment of acute lesions with corticosteroids, antibiotics and nutritional supports have progressed to oesophageal stenosis (diagnostic scopes).

Rezumat

Etiologia combustiei esofagiene este multiplă, dominînd ingestia de substanțe corozive în scop accidental sau suicidar, iar într-un număr mai mic, leziunile congenitale și boala de reflux gastro-esofagian. După tratamentul leziunilor acute cu corticoterapie, antibioticoterapie și susținere nutrițională au evoluat spre stenoză esofagiană (diagnostic fibroscopic).

Actualitatea temei

Leziunile la nivelul esofagului sînt determinate de cantitatea ingerată, precum și de concentrația substanței active. Leziunile se întîlnesc pe tot traiectul digestiv, parcurs de substanța toxică, adică: cavitatea bucală, faringe, stomac, dar sunt maxime la nivelul esofagului, datorită contactului prelungit. Stricurile fiziologice (gura esofagului, strîmtoarea bronhoartică și diafragmatică) reprezintă sediul de elecție a arsurilor. Bazele determină leziuni profunde datorită lichefierii proteinelor, pe cînd acizii coagulează proteinele, determinînd leziuni de suprafață. Problema combustii (arsurilor) este relevantă pentru grupul de vîrsta 0-4 ani și mai ales pentru copiii ce provin din medii socioeconomice defavorizante. Majoritatea arsurilor la copii se produc în condiții casnice: (37 la sută la bucătărie).

Scopul

Studierea literaturii de specialitate cu scopul stabilirii cauzelor și simptomelor principale ale Combustiei Esofagiene la copii.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în baza literaturii disponibile, tratatelor publicate referitor la această afecțiune, cît și a materialelor oferite de serviciul Internet-MedLine.