

Clinica de pediatrie din Tirgu-Mureş (cond.: prof. Gh. Puskás,
doctor în ştiinţe medicale)

INDICAŢIILE AMIGDALECTOMIEI

V. Mulfay, B. Indig

Încă aproape cu 2000 de ani în urmă, *Celsus* recomanda enuclearea cu degetul a amigdalelor sclerозate în urma inflamaţiilor repetate, iar pentru hemostază preconiza stropirea lojei amigdaliene cu oţet. De atunci, atât indicaţia, cât şi tehnica operatorie s-au schimbat. *Hajek* (Viena), preşedintele Congresului Internaţional al oreliştilor, ținut la Hamburg, a încheiat lucrările, spunînd: „Discuţia referitoare la tehnica operatorie este de prisos... sînt de acord însă să discutăm indicaţiile amigdalectomiei“.

Indicaţia amigdalectomiei este şi azi o problemă actuală şi mult discutată. Acest interes se explică atât prin importanţa fiziopatologică

la amigdalelor, cât și prin frecvența mare a amigdalitelor acute și a amigdalectomiilor. După datele statistice ale Ministerului Sănătății din U.R.S.S., amigdalita ocupă locul al doilea printre bolile infecțioase. În orașul nostru, se execută anual peste 1000 de amigdalectomii numai la copii.

În timp ce amigdalectomia se execută aproape exclusiv de oto-rino-laringologi, stabilirea indicației operatorii, alegerea momentului oportun pentru intervenție, precum și conducerea tratamentului pre- și postoperator cad în sarcina unui mare număr de medici de cele mai diverse specialități. Astfel, indicațiile și contraindicațiile amigdalectomiei — în pediatrie atribuindu-se o importanță deosebită adenotomiei — trebuie cunoscute atât de medicii de circumscripție, de școli și creșe, de pediatri cât și de internști, neurologi, medici de boli contagioase, etc. Întocmai după cum oto-rino-laringologul trebuie să cunoască indicațiile, contraindicațiile și momentul oportun în care trebuie executată amigdalectomia în afecțiunile din domeniul altor specialități, tot așa și ceilalți specialiști trebuie să cunoască această problemă, în primul rând, pentru conducerea corectă a tratamentului pre- și postoperator, perioada în care bolnavul nu se mai afla de obicei în grijă, cel puțin directă, a orelistului.

Problema adeno-amigdalectomiei trebuie reactualizată din cînd în cînd, pe de o parte, fiindcă datorită dezvoltării rapide și multilaterale a medicinei, ea se schimbă mereu, iar pe de altă parte, fiindcă manualele nu tratează de obicei destul de amănunțit această problemă care survine atât de frecvent în practica medicală curentă.

Întrucît literatura referitoare la subiectul abordat este extrem de vastă, în cele ce urmează vom face o trecere în revistă rezumativă a indicațiilor amigdalectomiei, îndeosebi la copii, pe baza atât a experienței clinicii noastre, cât și a datelor din literatura de specialitate.

Înelul limfatic al lui Waldayer are același rol, ca și restul formațiunilor limfatice din organism, cu diferența că aflîndu-se la poarta căilor respiratorii și a tractului digestiv, el intră primul în contact cu toate infecțiile venite din exterior. Astfel se explică rolul său protector important, îndeplinit pe plan imunobiologic. Odată îmbolnăvite însă, amigdalele pot deveni în loc de organe de apărare organe dăunătoare organismului. Hipertrofiate, ele pot cauza diferite tulburări, iar devenind focare de infecție provoacă prin septicemie, sau toxemie, leziuni polimorfe în diferite sectoare ale organismului. Experiența practică arată că extirparea amigdalelor devenite dăunătoare organismului nu constituie a pierdere la nici o vîrstă.

Indicațiile amigdalectomiei pot fi împărțite în trei grupe:

1. afecțiuni amigdalene propriu-zise (indicații locale sau oto-rino-laringologice);
2. afecțiuni din regiuni apropiate (loco-regionale) și
3. afecțiuni ale altor organe, sau cu caracter general (indicații de la distanță, sau din domeniul altor specialități).

1. Afecțiuni amigdalene propriu-zise

Hipertrofia amigdalelor — survenită mai mult în copilărie, cînd țesutul limfatic este în plină activitate, poate produce numeroase tulburări. Totuși, ea constituie o indicație pentru amigdalectomie mult mai rar decît se crede în general. Hipertrofia amigdalelor este relativă și trebuie apreciată totdeauna în raport cu dimensiunile faringelui, în condiții bune de vizibilitate, la lumina reflectată a oglinzii frontale, în „repaus buco-faringian” — fără declanșarea reflexului de greață. În

primii ani de viață, amigdalele palatine produc prin hipertrofia lor exagerată un sindrom de insuficiență respiratorie mecanică; copilul sforăie noaptea și inspirația îi devine penibilă. Acest sindrom impresionant indică amigdalectomia și se întâlnește aproape exclusiv și destul de rar la copiii mici. Tulburările locale (vocea amigdaliană) mai frecvent, și greutatea de deglutiție mai rar pot indica extirparea amigdalelor hipertrofiate, în cazurile când prin măsuri conservatoare nu obținem rezultatul dorit. În caz de palatoschiză operată în prealabil, adenoamigdalectomia agravează tulburările vocale, și de aceea vom evita operația dacă este posibil.

În cazuri bine selecționate amigdalectomia poate duce la vindecarea unor otite medii cronice, sau surdități de tip conducere. Se cunoaște efectul favorabil al adenotomiei asupra permeabilității tubare. Am constatat în repetate rânduri că în caz de amigdale palatine hipertrofiate, permeabilitatea tubară nu se restabilește după adenotomie, sau după pubertate. În astfel de cazuri amigdalectomia favorizează restabilirea permeabilității tubare, prin înlesnirea deplasării în jos a vălului palatin, în urma retractării cicatriciale a lojei amigdalienne.

Trebuie să accentuăm că hipertrofia amigdaliană, la fel ca și devierea septului nazal, nu constituie indicație operatorie decât atunci când cauzează tulburări.

Diferența de volum dintre cele două amigdale palatine merită o atenție deosebită, din cauză că amigdala mărită poate trăda un abces închistat, sau mai rar, prezența unei malignizării tisulare. Tumefierea cronică a uneia din amigdale cu sau fără semne de inflamație poate indica necesitatea amigdalectomiei.

Azi nu se mai execută amigdalectomii parțiale, ci exclusiv amigdalectomii totale, extracapsulare și bilaterale. Chiar și în cazuri speciale, de ex. la executarea unor biopsii, sînt de preferat amigdalectomiile totale, prevenindu-se astfel atrezizarea cicatricială a orificiilor lacunare.

Abcesul periamigdalian chiar dacă aplicăm un tratament conservator eficient, indică amigdalectomia începînd din prima copilărie, în primul rînd din cauză că recidivele sînt frecvente și că operația nu este mai greu de suportat ca recidiva.

Prin amigdalectomie „la cald” se înțelege amigdalectomia executată în cursul amigdalitei acute, sau în cursul flegmonului periamigdalian. Acest tip de operație a fost executat de *Chasseignac* încă în anul 1859, apoi practicat de *Barnes* (1915), *Hollenger*, *Taptas*, *Basivilbaso*, *Canut* și alții. Abcesul periamigdalian deslipește pe o mare suprafață capsula amigdaliană de țesuturile subjacente, astfel că enuclearea amigdalei îmbolnăvite este relativ ușoară. Totuși, luînd în considerare complicațiile ce pot să apară uneori în urma acestei intervenții (hemoragii, fenomene septice) mulți autori (*Canut* 1931, *Zöllner* 1934) au renunțat la efectuarea ei.

Într-adevăr amigdalectomia se execută cu mai multă securitate într-o regiune lipsită de semne inflamatorii acute, ca durere, hiperemie, congestie, trismus, etc. în prezența cărora și anestezia locală se realizează mult mai greu.

Abcesele intraamigdalienne închistate pot fi superficiale — proeminente, gălbui, nedureroase, fără reacție inflamatorie, și profunde. Acestea din urmă pot fi multiple, sau de obicei solitare și diagnosticul lor se stabilește de obicei intraoperator. Diferența de mărime dintre cele două amigdale poate trăda un abces închistat în amigdala mai mare.

Calculul amigdalian, care de fapt este o formă specială a amigdalitei cazeoase, poate constitui o indicație de amigdalectomie, deoarece cripta care a servit ca pat al calculului amigdalian rămâne de obicei dilatăta, favorizând stagnarea în ea a resturilor alimentare tisulare, etc. și implicit recidiva calculozei.

Dat fiind că difteria apare cu predilecție la copiii cu amigdale inflamate cronice, amigdalectomia executată în timp util este o măsură profilactică.

În cazul cînd la un purtător de bacili difterici sterilizarea faringelui nu reușește cu procedee conservatoare obișnuite, adeno-amigdalectomia poate rezolva problema.

Amigdalectomia este indicată la indivizii care *fac frecvent amigdalite acute* (3—4 ori pe an), din mai multe motive pe care le prezentăm mai jos.

După fiecare amigdalită poate să se instaleze boala a doua. Cu cît un individ și în primul rînd un copil, se îmbolnăvește mai frecvent de amigdalită acută, cu atît poate să facă mai ușor un puseu reumatic. Operația este indicată deci ca act profilactic al febrei reumatice.

În copilărie adenoidita are aproape același rol etiopatologic ca și amigdalita palatină, cu deosebirea că apare mai frecvent ca amigdalita palatină. Aceasta înseamnă că adenomul (extirparea „polipilor”) este indicată concomitent cu amigdalectomia în fiecare caz cînd se constată prezența țesutului adenoidian. Astfel se pot preveni în numeroase cazuri recidivele reumatice, tulburările de dezvoltare corporală și psihică, cauzate de inflamațiile amigdalei faringiene ce nu s-a îndepărtat în cursul amigdalectomiei la copii. Azi, indicația cea mai frecventă a adeno-amigdalectomiilor la copii o constituie adeno-amigdalitele apărute frecvent.

Amigdalectomia poate preveni recidivele de angină *Plaut-Vincent* prin suprimarea amigdalelor criptice, rezervoare tuzospirilare.

Amigdalita hiperkeratotică sau micotică cauzează adesea anxietatea nemotivată a bolnavului, care văzînd modificările din faringe, cere să i se extirpeze amigdalele. Pentru a-l calma, simtem nevoiți uneori să executăm operația.

2. Afecțiuni loco-regionale

Atît la copii cît și la adolescenți și adulți, amigdalele inflamate cronice pot susține o *tusă* numită *amigdaliană*. În aceste cazuri este caracteristic că tusea persistă fără leziuni pulmonare, nazele și ganglionare mediastinale.

Laringita cronică în prezența unor amigdale inflamate cronice și în lipsa altor modificări locale și regionale, sau a unor factori nocivi de mediu poate indica amigdalectomia. Această constatare dobîndește o deosebită importanță practică în cadrul campaniei anticanceroase. Laringita cronică, mai cu seamă la bărbați, este considerată o afecțiune precanceroasă, vindecarea ei fiind o măsură profilactică importantă.

În lipsa altor supurații din segmentul superior al căilor respiratorii (sinusită, adenoidită) amigdalita poate fi incriminată pentru producerea unor inflamații *cronice bronho-pulmonare*.

Unele inflamații oculo-orbitare de ex. conjunctivitele, blefaritele etc. pot fi în legătură mai ales în copilărie cu inflamațiile amigdaliene acute sau cronice.

În acest capitol se încadrează atît tulburările de *permeabilitate tubară*, cauzate de amigdalele hipertrofiate, cît și otitele purulente cronice, susținute de invazia permanentă sau repetată a florei faringiene.

Încă la începutul secolului nostru s-a arătat că unele *tiroidite* și *gușe parenchimatose și bazedoviene* se află sub influența amigdalelor îmbolnăvite. Mulți autori au

relatată o ameliorare considerabilă a hipertrofiilor tiroideiene și a tulburărilor nervoase în urma amigdalectomiei.

Așa după cum timpanul oglindește starea cavumului, *hipertrofia adesea ciclic recidivantă a limfonozilor subangulo-maxilari* solicită atenția specialistului spre amigdale și întărește indicația de amigdalectomie, ori de câte ori vindecarea adenopatiei prin procedee terapeutice conservatoare nu este posibilă.

Ar fi exagerat să se spună că amigdalele copiilor mici pot prezenta o infecție cronică, deoarece la această vîrstă țesutul limfatic este de obicei în plină activitate fiziologică. Dar nu-i mai puțin adevărat că amigdalele acute repetate distrug și la copii din ce în ce mai mult parenchimul amigdalian, înlocuindu-l cu un țesut scleros. În urma acestui proces, apare uneori deja la copiii mai mari, dar de obicei la adulți, *amigdalita cronică*, ale cărei semne clinice caracteristice sînt: amigdale sclero-atrofice, rareori cu suprafața anfractuoașă și congestivă, hipersensibile la palpare și fixate cicatricial de țesuturile subjacente, deglutiția poate fi ușor sensibilă și din amigdale se evacuează o secreție purulentă de unde letiditatea halenei. Prin cicatrizarea orificiilor lacunare conținutul criptic închisat apare sub mucoasa transparentă ca niște formațiuni albe galbui, de mărimea unui bob de mei sau linte, stilpii anteriori sînt hiperemici de o culoare roșie lividă și aderă deseori de suprafața anterioară a amigdalei, limfonozii sub-angulo-maxilari — oglinda amigdalelor — sînt tumefiați și ușor sensibili la palpare. Unele din aceste semne sau toate împreună pot fi întâlnite atât la adulți cit și la copiii mai mari, fără a avea o importanță patologică deosebită și fără să indice amigdalectomia. Diagnosticul amigdalitei cronice trebuie deosebit de cel al *focarului de infecție amigdalian*.

3. Afecțiuni ale altor organe, sau cu caracter general

Legătura dintre diferitele afecțiuni generale și cele ale faringelui a fost observată de mult, dar ea a fost acceptată ca teorie științifică abea de la începutul secolului nostru, îndeosebi pe baza rezultatelor obținute prin asanarea focarelor de infecție. Astăzi se crede că infecția de focar are o etiopatogenie complexă, incriminîndu-se factori microbieni, reactivitatea organismului, sistemul nervos vegetativ și central, glandele endocrine, reacții cu caracter alergic. Reumatismul secundar infecțios de focar, unele manifestări cardiovasculare și nefrite postanginoase, sînt considerate ca manifestări la distanță ale *infecțiilor de focar*, manifestări așa-numite postanginoase, din cauza că ele survin de obicei după o angină.

Diagnosticul de focar de *infecție amigdalian* se stabilește deci pe baza a două tablouri clinice: amigdalita cronică, ce se caracterizează prin semnele faringologice înșirate mai sus (a căror constatare cade în sarcina oto-rino-laringologului) și afecțiunile generale care vor fi înșirate în cele ce urmează (a căror depistare cade în sarcina internistului, sau a pediatrului). Acestea arată importanța mare ce revine colaborării dintre specialiști la stabilirea indicației de amigdalectomie.

Amigdalita cronică trebuie deci operată cînd se constată prezența anumitor afecțiuni, pe care le amintim mai jos.

În primul rînd, reumatismul Bouillaud-Sokolski (RBS) afecțiune generală cu caracter infecto-alergic a țesutului conjunctiv, de intensitate și evoluție variabilă, afectînd cu precădere aparatul cardio-vascular și cel locomotor.

În legătură cu raportul dintre amigdale și RBS trebuie să răspundem la trei întrebări:

1. Care este legătura dintre amigdale și apariția bolii?
2. Cînd este indicată amigdalectomia?
3. Ce rezultate dă amigdalectomia?

Ad. 1. Majoritatea autorilor consideră streptococul beta hemolitic din grupa A drept agent patogen al bolii reumatismale.

După cum am relevat într-o lucrare anterioară, inelul limfatic Waldayer și în primul rînd amigdalele palatine și amigdala faringeană constituie rezervorul florei bacteriene a căilor respiratorii superioare. Streptococul hemolitic este prezent aproximativ cu aceeași frecvență, atît în amigdalele palatine, cît și în cea faringiană. Cea mai frecventă localizare a focatului de infecție este la nivelul amigdalelor palatine și faringiene.

S-a dovedit clinic că boala apare cel mai frecvent după o angină. Afecțiunile căilor respiratorii superioare cu streptococ hemolitic (în primul rînd amigdalitele) sînt urmate într-un procent remarcabil de boala reumatismală. RBS apare în proporție de 3—10% după anginele streptococice, dar la foștii bolnavi de RBS această cifră se ridică la 50%.

Tratamentul sistematic și corect al anginelor streptococice și al scarlatinei a dus la scăderea evidentă a RBS.

Deci apariția RBS se datorește nu numai streptococului hemolitic ci și anginelor, amigdalelor. Streptococul hemolitic folosește amigdalele ca poartă de intrare. Rezultă prin urmare că păstrarea în organism a amigdalelor nu este indiferentă, deoarece îmbolnăvirea poate declanșa reumatismul. În același timp aceste organe pot servi oricînd ca adăpost și poartă pentru streptococul hemolitic.

Amigdalectomiile executate pentru amigdalite repetate constituie o măsură eficientă în profilaxia RBS. Nu se poate ști înainte după care angină va apărea boala, dar e sigur că la cei cu angine repetate probabilitatea îmbolnăvirii este mult mai mare.

Ad. 2. Amigdalectomia trebuie executată la 4 săptămîni după normalizarea VSH sub protecția unei antibioterapii potrivite pre- și post-operatorii.

Ad. 3. După cum am arătat într-o lucrare anterioară, la cei amigdalectomizați, prezența streptococului hemolitic este mai rară în faringe, lipsind în același timp și cea mai frecventă poartă de intrare a microbului.

Bolnavii de reumatism la care adeno-amigdalectomia a fost executată la timp au arătat un procent mai bun de vindecare, decît cei neoperați.

Unii autori nu au observat o ameliorare remarcabilă după amigdalectomie. Presupunem că în aceste cazuri, asanarea focarului nu a oîst făcută cu destulă grijă, de exemplu au fost lăsați pe loc adenozii, nu au fost înlăturate resturile de țesut amigdalian etc. Misiunea specialistului faringolog nu se încheie odată cu actul operator. Grijă postoperatorie, examenele periodice O.R.L. de după operație sînt chemate să pună în evidență prezența acestor deficiențe, a complicațiilor post-operatorii, a inflamațiilor discrete, ca faringita laterală etc.

Importanța amigdalei faringiene este foarte mare, în etiopatogenia RBS în copilărie, datorită poziției ascunse și îmbolnăvirii ei frecvente.

Neexecutarea adenotomiei în cursul amigdalectomiilor la copii, înseamnă întotdeauna păstrarea în organism a unui țesut limfatic care are aceeași valoare patologică și floră microbiană ca amigdalele palatine.

Faptul că amigdala faringiană poate persista și după pubertate și uneori chiar și la adulți, are importanță practică.

Resturile amigdaline care manifestă activitate de focar semnalată de pusee inflamatorii acute locale, concomitente cu alte simptome la distanță, sau generale, constituie un pericol chiar mai mare ca amigdalele bolnave neoperate, deoarece pot fi trecute ușor cu vederea, bolnavul afirmând că are amigdalele operate, și prin faptul că criptele închise stăte cicatricial trebuie extirpate de urgență și radical.

Corea minor complicată cu tulburări cardiace și uneori articulare prezintă de asemenea ameliorări remarcabile în urma amigdalectomiei. Adeno-amigdalectomia în acest caz va fi executată cu câteva săptămâni după expirarea fazei acute. Dacă boala se prelungește, data intervenției va fi stabilită de pediatru și otolog în fiecare caz aparte.

Artrita în focar urgentează asanarea focarului amigdalian după care se obțin rezultate spectaculoase într-un mare număr al cazurilor.

Legătura dintre *nefrite* și amigdalite este de mult cunoscută și amigdalectomia a înregistrat succese remarcabile tocmai în legătură cu tratamentul acestei boli. Asanarea focarului de infecție amigdaliană după trecerea epizodului acut, constituie o măsură obligatorie, care contribuie simțitor la prevenirea recidivelor și a cronicizării bolii. În aceste cazuri amigdalectomia chiar și în lipsa unor modificări amigdaline accentuate poate aduce ameliorări evidente. Intervenția se execută de obicei cu 6—8 săptămâni după debutul bolii.

Nefrita din boala lui Schönlein-Henoch va fi apreciată la fel.

Complicațiile din cursul primelor două săptămâni ale scarlatinei (prima boală): reumatoidul scarlatinos, *nefrita în focar*, *unele otite și limfadenitele regionale* pot fi (după faza acută) indicații de amigdalectomie. Începând din săptămâna a treia a scarlatinei (boala a doua) *reumatismul scarlatinos* și *glomerulo-nefrita difuză acută* vor fi apreciate în conformitate cu cele spuse mai sus în legătură cu RBS și nefrita.

Se poate întâmpla ca starea generală a copiilor cu amigdalită cronică, sau pusee repetate de amigdalită, să sufere în urma unei piofagii adevărate, fapt care la rîndul lui poate determina *infecții gastro-intestinale, dispepsii, anorexie, paliditate, anemie*. Toxemia subacută de origine adeno-amigdaliană poate cauza *somn neliniștit, diverse neuropatii, enureză nocturnă, o dezvoltare retardată, alopeție areată, afecțiuni alergice cutanate cronice și recidivante, eczeme*. În toate aceste cauze amigdalectomia poate da rezultate bune.

În unele cazuri adeno-amigdalectomia ameliorează *boala copiilor astmatici*.

Febra persistentă de 37—38 grade la sugari și copii, scade sau dispare uneori după adenotomie respectiv amigdalectomie.

Eritemul multiform și nodos, irita reumatică, ciclita, etc. pot beneficia în unele cazuri de amigdalectomie.

Endocardita lentă nu se ameliorează după amigdalectomie, dar în cazul cînd boala s-a instalat după o amigdalită, sau se agravează în urma amigdalitelor repetate inter-curente, amigdalectomia trebuie executată.

Neurita multiplă, osteomelita acută infecțioasă, Imbolnăvirile burselor etc. justifică efectuarea amigdalectomiei, dacă se poate stabili o legătură între ele și prezența amigdalitei cronice.

Angina agranulocitară constituie o contraindicație pentru amigdalectomie. *Ozena* reprezintă la fel o contraindicație, dar mai puțin strictă.

Ținând seamă de numărul redus al îmbolnăvirilor de *poliomielită* în urma vaccinărilor în masă, executate la noi în țară, teama de forma bulbară a poliomielitei nu mai intră ca factor în stabilirea indicației amigdalectomiei.

Se va evita în limita posibilului efectuarea amigdalectomiilor în cursul perioadelor reci și ploioase sau în cursul epidemiilor de gripă. Termenul optim al executării este cu cel puțin 2—3 săptămâni după ultima amigdalită acută.

În toate cazurile de amigdalectomie executate pentru RBS și într-o treime din restul cazurilor este necesară antibioterapia pre- și postoperatorie ca protecție contra bacteriemiei postoperatorii.

Pe baza observațiilor noastre obținute în clinică și în cursul unor depistări în masă, am constatat că amigdalectomia este indicată în general la 25% din școlari (între 12 și 24 ani). În prezența bolii reumatismale, asanarea focarului adeno-amigdalian este indicată în 75% a cazurilor.

Sosit la redacție: 27 februarie 1963.

