

Clinica O.R.L. (cond.: prof. dr. V. Mulfay, doctor în medicină) din Tîrgu-Mureş

CONTRIBUŢII LA DIAGNOSTICUL ŞI TRATAMENTUL SINUZITEI MAXILARE LATENTE INFANTILE*

V. Mulfay, C. Draşoveanu, G. Mulfay, C. Florea

Există o literatură otopediatrică bogată care se acupă cu „sinuzita cronică ocultă infantilă” prezentă după autori, la aproximativ 40—50% din copiii de 4—10 ani. Sub această denumire se înţelege de cele mai multe ori o „sinuzită” maxilară, fără semne clinice de sinuzită, tră-

* Lucrare prezentată la Secţia O.R.L. a Filialei U.S.S.M. Tîrgu-Mureş la 5 III 1987

dată local de obicei doar de valoarea radiologică a sinusului respectiv. Se presupune că această „sinuzită” ar favoriza apariția unor boli secundare, ca tulburări de dezvoltare, afecțiuni bronhopulmonare, cefalalgii, reumatism, stări febrile, accese convulsive, tulburări gastrointestinale și renale etc.

Numeroși autori, ca *Eckert-Möbius*, *Naumann* și alții au căutat să identifice cauza acestor sinuzite latente. Credem că ar fi mult mai importantă revizuirea simptomatologiei, respectiv identificarea semnelor clinice și paraclinice, care ar putea să ne îndreptățescă să recunoaștem existența acestei „sinuzite oculte”.

Studiul atent al literaturii de specialitate și experiența practică clinică ne fac să adoptăm convingerea, că simptomatologia și diagnosticul „sinuzitei latente infantile” este foarte incertă și de cele mai multe ori contestabilă.

Cu scopul evitării punerii unor diagnostice eronate și instituirea unor tratamente nu numai ineficiente, dar câteodată chiar dăunătoare (la un număr atât de mare de copii) vom încerca în cele ce urmează analiza critică a sinuzitei latente infantile, prin prizma cunoștințelor noastre referitoare la sinuzitele paranazale. Față de adulți unde recunoașterea și tratamentul sinuzitelor paranazale reprezintă mai mult un act terapeutic, la copii mai are și un caracter net profilactic, având repercusiuni și asupra vieții ulterioare. Practica de zi cu zi furnizează exemple care demonstrează că punerea acestui diagnostic deseori fictiv, captează atenția pediatrului, antrenându-l în tratamentul unor afecțiuni pulmonare, renale, gastrointestinale etc., prin măsuri terapeutice iluzorii anti-sinuzale, omițind evaluarea corectă a tabloului clinic și instituirea tratamentului adecvat al bolii reale.

Sinuzitele rinogene sînt procese inflamatorii, de obicei septice, caracterizate prin edem, hiperemie, infiltrație celulară, supurație, necroză și granulații, evoluind la nivelul căptușelii mucoperiostale sinuzale.

Există sinuzite catarale, de exemplu cele presupurative, din primele zile ale sinuzitelor purulente. În cazul acestora secrețiile sinuzale devin purulente în câteva zile. Secreții seroase sinuzale sînt prezente și în condiții fiziologice, dar ele se evaporază cu respirația prin nas și se drenează spre faringe, fără semne clinice. Rinoreea apoasă abundentă, apărută în accese, caracterizează rinitele spasmodice. Sinuzita catarală clasică este de obicei un chist mucos de retenție sinuzal, a cărui conținut seromucos gălbui este bogat în cristale de colesterol (fig. nr. 1). Ea se vindecă de regulă după o singură puncție și spălătură sinuzală evacuatoare. Prin urmare sinuzita catarală reprezintă rar proces inflamator, nu prea pune probleme terapeutice clinice și nu duce la complicații, ci doar la unele tulburări funcționale, ca ușoară cefalalgie, tuse, sau agravează ușor sinobronșita (semne similare celor determinate de obstrucția nazală). Pe baza celor de mai sus nu se vorbește de sinuzită, în lipsa secrețiilor purulente, deci *secrețiile seroase, respectiv seromucoase nu caracterizează sinuzita*.

Tumefierea simplă a mucoperiostului sinuzal (chiar edematoasă, dar) fără infiltrație celulară inflamatorie și fără supurație nu caracterizează nici ea sinuzita.

Ambele, utit acumulara de secreții aseptice, precum și edemul ne-supurativ duc, la o vialare radiologică, fără însă să poată confirma diagnosticul de sinuzită.

Sinuzitele rinogene se nasc, evoluează și uneori se și sting împreună cu rinita care le-a generat. În majoritatea covârșitoare a sinuzitelor rinogene este valabilă concepția că problema sinuzitelor este de fapt problema ostiumului. În înțelesul acestei concepții acele sinusuri se îmbolnăvesc mai frecvent, al căror orificiu este mai strîmt sau obturat. Din punct de vedere fiziologic *ostiumul înseamnă asigurarea aerisirii și a drenajului optim al sinului* respectiv. Aceste funcții nu sînt asigurate exclusiv de ostiumul propriu-zis, ci pot fi amplificate sau inhibitate și de alți factori. Calibrul meatului nazal mijlociu, cel al fosei nazale respective și în general gradul de permeabilitate al fosei nazale, pot influența în mare măsură drenajul și aerisirea sinusului maxilar. Oricare modificare patologică care duce la obstrucția sau îngustarea meatului mijlociu, a vestibulului nazal, a epifaringelui sau a fosei nazale respective strîmtează practic ostiumul sinuzal. Este și mai important că stagnarea, *acumularea și septicizarea secrețiilor nazale* în urma aerisirii și drenajului redus nazal, joacă un rol mai important etiopatologic, decît ostiumul propriu-zis îngust, prin faptul că pe lângă reducerea aerisirii și a drenajului sinuzal, *acționează și ca focar de infecție*, prin secrețiile septice care pot inunda sinusul. Aici trebuie subliniat că aerisirea și drenajul redus al foselor nazale nu apar exclusiv în prezența unor modificări anato-mo-patologice obstruante nazale (hipertrofia cornetelor, deviația septului nazal, polipoză, tumori etc.) ci și în absența acestora, putînd să apară și în cazul unor fose și meate nazale de formă normală și calibrul chiar larg, atunci *cînd respirația nazală este suspendată*, cînd individul respiră susținut prin gură (fumează mult, înoată etc., sau respiră bucal în urma unui obicei vicios). Se întîmplă deseori că punînd un copil, cu respirația susținută prin gură să-și sufle nasul, ne putem convinge că a avut nasul plin cu secreții și că după suflarea nasului respirația nazală devine liberă, normală. Deci respirația bucală este cauzată deseori doar de un obicei vicios, în urma căreia secrețiile nazale se acumulează și stagnează în nas, mai cu seamă dacă copilul uită să-și sufle nasul în mod regulat.

În cursul respirației fiziologice prin nas, în cursul inspirațiilor, aerul este aspirat din sinusuri, iar în cursul expirațiilor o parte a aerului din fosele nazale este împinsă în sinusuri. Dacă fosele nazale sînt blocate cu secreții, *nu acru! ci secrețiile vor fi pompate în sinusuri* (mai cu seamă în sinusul maxilar, cu orificiul cel mai inferior) în cursul expirațiilor.

Pe baza celor de mai sus, una dintre cauzele principale ale sinuzitei maxilare este scăderea aerisirii și a drenajului sinuzal, determinat de îngustarea sau obstrucția ostiumului sinuzal propriu-zis, respectiv într-o măsură considerabilă și de cea a îngustării sau obstrucției meatului nazal mijlociu a epifaringelui (prin hipertrofia amigdalei faringiene) și a fosei nazale respective. Pe baza celor de mai sus trebuie să acceptăm că *respirația susținută prin gură joacă și ea un rol causal în producerea sinuzitelor maxilare*. Acest lucru este și mai pregnant la cei (mai cu seamă copii) care nu-și sufle nasul regulat.

Secrețiile acumulate în nas reduc aerisirea și drenajul sinusurilor maxilare și propagă infecții. În caz că secrețiile conțin germeni patogeni, apare sinuzită propriu-zisă septică: în caz că nu, apare doar stază de secreții în sinus și edeme secundare, ale mucoperiostului, *ambele determinând valoarea radiologică a sinusului (dar încă nu sinuzită)*.

Precum se știe, sinusul maxilar pe lângă faptul că este cel mai voluminos dintre sinusurile paranazale și cel mai accesibil tehnicilor noastre de investigație și tratament, se îmbolnăvește cel mai frecvent din cauza: 1. poziție superioară a ostiumului său, față de cavitatea sinuzală (ceea ce îngreuiază drenajul secrețiilor) și inferioară față de orificiile sinusului frontal și ale celulelor etmoidale anterioare și mijlocii (fapt care înlesnește scurgerea și acumularea în sinusul maxilar a secrețiilor acestora) și 2. în urma vecinătății intime a dinților din arcada dentară superioară, ceea ce înlesnește propagarea spre sinus nu numai a proceselor inflamatorii, chistice, tumorale etc., dar și a edemelor colaterale odontogene.

Dorim să accentuăm că *secrețiile purulente evacuate cu ocazia spălăturii sinuzale decid diagnosticul de sinuzită, dar totodată și caracterul acut sau cronic al procesului*.

Felul secrețiilor nu ne orientează doar în privința vechimii procesului, a fazei sale de evoluție, ci și asupra caracterului modificărilor anatomo-patologice prezente: *acute reversibile*, în prezența secrețiilor mucopurulente și *cronice ireversibile* în prezența unor secreții pur purulente. Caracterul secrețiilor evacuate prin puncția sinusului *decid deci conduta terapeutică: conservativă sau chirurgicală*.

Trebuie subliniat deci că *prezența secrețiilor purulente confirmă de obicei diagnosticul de sinuzită, atât la adulți, precum și la copii*. Punerea în evidență a acestor secreții întâmpină câteodată greutăți, mai cu seamă în era antibioticelor. Este firesc că pe lângă secrețiile purulente trebuie să fie prezent și edemul mucoperiostului, dar acesta din urmă singur, sau o voalare radiologică cauzată doar de staza secrețiilor aseptice, precum și o serie de alte modificări accidentale locale sau din vecinătate, nu pot confirma nici diagnosticul sinuzitei maxilare și nu pot indica nici instituirea unor tratamente antiinflamatoare nejustificate.

Sinuzitele maxilare apar relativ frecvent la copii de toate vârstele, recunoașterea lor este îngreuiată de atenția mai redusă a pediatrilor față de aceste afecțiuni, fiind derutați și de evoluția oligosimptomatică a sinuzitei infantile (cefalee redusă) dar și prin faptul că la această vîrstă rinoreea este prezentă foarte frecvent (și în absența sinuzitei) și fiindcă copii mărturisesc deficitar acuzele lor.

Pe baza celor de mai sus sinuzita copiilor este o boală care trebuie căutată. Dacă otopediatrul se gîndește la posibilitatea sinuzitei, punerea diagnosticului corect pe baza semnelor clinice și paraclinice caracteristice (rinoreea purulentă, cefalee, voalarea radiologică, puncția și spălătura pozitivă a sinusului și pe baza contrastografiei care vizualizează tumefierea mucoperiostului (uniformă în sinuzitele acute și inegală-polipoasă în cele cronice) se poate pune fără greutăți.

Dorim să accentuăm, că cefaleea singură, rinoreea singură sau voalarea radiologică izolată a sinusului, fără alte semne clinice de sinuzită, nu pot confirma diagnosticul de sinuzită. În absența semnelor de-

eisive (a secreției purulente sinuzale) diagnosticul de sinuzită nu poate fi confirmat, nici la copii.

Problema cea mai importantă care se pune în legătură cu această presupusă sinuzită cronică ocultă infantilă este că ea este diagnosticată pe baza unor semne incerte, izolate, de cele mai multe ori numai „pe baza voalării radiologice a sinusului“.

Practica ne învață că sinuzita nu poate exista nici în pediatrie fără simptomele caracteristice ale sinuzitei.

Sinuzita catarală, de fapt acumularea în sinus a unei secreții sero-mucoase, cu sau fără tumefierea mucoperiostului sinuzal evoluează de regulă subclinic, nu constituie focar de infecție, poate însă declanșa reflectoric cefalee, tuse, bronșită spastică și poate agrava rinitele spasmodice dacă secrețiile sint gelatinoase viscoase. Diagnosticul se poate pune pe baza radiografiei și a spălăturii sinusului, completată eventual cu contrastografie. La sugari și copii mici sinusul este blocat frecvent de secreții gelatinoase incolore transparente, care se poate pierde în lichidele de spălare incolore (ca serul fiziologic, sau soluția de penicilină etc.). În soluția de hipermanganat de potasiu apare ca o pată circumscrisă incoloră și în urma viscozității sale poate fi prinsă și ridicată cu pensa. Față de secrețiile subțiri, acestea cleioase-gelatinoase se elimină cu greu din sinus și blocind suprafața mucoperiostului declanșează reflectoric modificări (tuse, bronșită etc.). De regulă 1—2 spălături sinuzale duc la vindecarea lor.

Sinuzitele supurative propriu-zise se vindecă prin spălături și antibioterapie (de obicei cu penicilină) în decurs de 1—2 săptămâni. Proce-sele septice sinuzale agravează mult (mai mult decât cele catarale) evoluția rinitelor spasmodice, a bronșitelor astmatiforme etc. Ele pot constitui (rar) focar de infecție. (Astfel la o fetiță de 9 ani cu accese de convulsii epileptiforme-frecvente, persistente timp de 3 ani, după vindecarea sinuzitei maxilare purulente stîngi, convulsiile s-au sistat).

Din cele de mai sus reiese că sinuzita maxilară este decelabilă și la copii și recunoscută, poate fi vindecată fără greutate (precum și la adulți) printr-un tratament corespunzător. Sinuzita o dată vindecată își pierde în mod firesc activitatea sa patogenică (de focar) și nu are nici un motiv să devină cronică și mai cu seamă nu „ocultă“.

Sinuzita „latentă“ (dacă există) este caracterizată de cele mai multe ori exclusiv prin voalarea radiologică a sinusului maxilar. Sarcina noastră rămîne deci să studiem mai de aproape cauzele acestui semn radiologic.

I. Dintre *cauzele extrasinuzale* amintim:

1. Coafură abundentă (aranjată aparte, mai cu seamă la fete, fig. nr. 2).
2. Apăsarea piramidei nazale de caseta cu film, proiectînd silueta nasului pe teritoriul sinusului maxilar.
3. Unele incidente radiografice greșite.
4. Edem (inflamator, toxic, alergic) al părților moi perisinuzale (fig. nr. 3).
5. Cicatrici loco-regionale care strangulînd vasele sangvine și limfatice pot produce stază locală (fig. nr. 4).
6. Tumori benigne sau maligne perisinuzale (ca cele din fosele

nazale și infratemporale, etmoidale, orbitale, faciale etc.) ca angiomul nazofaringian, polipoza nazală, papilomul, granuloamele inflamatorii etc.

II. Două *modificări intrasinuzale* scad de obicei transparența radiologică a sinusurilor: 1. acumularea și staza secrețiilor și 2. tumefierea mucoperiostului.

Secrețiile nazale, împreună cu lacrimile, pot pătrunde de asemenea în sinusul maxilar, dacă respirația nazală este redusă sau abolită, în urma cauzelor arătate.

Tumefierea patologică a mucoperiostului care căpтуșește sinusul poate fi cauzată de:

a) Procesele inflamatorii vecine (odontogene, osteomielitice, orbitale, nazale, bucale, retromaxilare sau faciale) care pot genera edeme, fără să se propage direct asupra sinusului. Edemele alergice, toxice, traumatice etc. din vecinătate pot să se propage și asupra mucoperiostului sinuzal.

Capacitatea și tendința țesuturilor la edemație diferă mult între ele conform sturcturii lor histologice. Un focar infecțios dentar produce edemul părților moi ale feței, cel al mucoperiostului sinuzal și doar la urmă al gingiei. Față de pituitara care își schimbă volumul din moment în moment sub acțiunea calității aerului atmosferic (umiditate, presiune, temperatură) cu scopul calibrării optime a foselor nazale, mucoperiostul sinuzal nu conține țesut erectil vascular, în schimb prezintă tendință crescută la tumefieri edematoase. Aceste tumefieri se produc lent, în decurs de ore sau chiar zile și pot persista toată perioada cât există cauza (inflamații, stări alergice etc.).

Am avut bolnavi la care edemul accentuat, aproape obstruant al mucoperiostului sinuzal, a persistat încă timp de săptămîni după extirparea unui molar, fără modificări faciale sau bucale (fig. nr. 3).

Dorim să atragem atenția asupra edemelor mucoperiostului sinuzal legate de migrarea mugurilor dentari, în cursul primei și celei de-a doua dentiții. Avem în colecție sute de radiografii ale sinusurilor maxilare la copii, cu asemenea edeme odontogene, fără procese supurative sinuzale sau perisinuzale manifeste. În aceste cazuri în radiografiile simple sinusul este voalat, iar contrastografiile pun în evidență edemul, de obicei circumscris, apărut în jurul mugurelui dentar aflat în migrare-ruptie (fig. nr. 5).

Păstrăm numeroase radiografii cu mucoperiostul sinuzal maxilar tumefiat-edemațiat și la bolnavii cu rinite spasmodice periodice și apertice. În aceste cazuri edemele pot să apară și să dispară cîteodată rapid, persistînd doar cîteva zile. Altădată pot persista luni de zile dispărînd numai după vindecarea bolii de bază.

În general organele cavitate dispun de posibilități de a-și goli conținutul. Arborele traheobronșic dispune de musculatură în acest scop. Fosele nazale pe lîngă faptul că sînt calibrate susținut prin schimbările de volum ale corpului cavernos erectil, inclus în pituitară, pot fi golite prin suflarea nasului. Sinusul maxilar este de asemenea capabil să-și micșoreze volumul, conform necesităților momentane, prin tendința marcată la edemație a mucoperiostului care-l căpтуșește. Acest edem fiziologic de evacuare de apărare produce de asemenea voalare radiologică.



Fig. nr. 1: T. G. ♂ 12 ani. Un chist mucos de retenție umple complet sinusul maxilar dr. (sinuzită catarală). Radiografie simplă. Incidență occipito-mentală.



Fig. nr. 2: L. Z. ♀ 10 ani. Coaxură în formă de coadă de cal, proiectată în radiografie pe jumătatea stângă a feței. Radiografie simplă. Incidență occipito-mentală.



Fig. nr. 3: D. I. ♂ 5 ani. Edem al mucoperiostului sinuzal maxilar stg. după extracția molarului doi superior. Radiografie simplă. Incidență occipito-mentală.



Fig. nr. 4: I. I. ♂ 13 ani. Edem al mucoperiostului sinuzal maxilar dr. în urma ligaturării venei jugulare interne dr. Radiografie simplă. Incidență occipito-mentală.



Fig. nr. 5: C. M. 9 ani. Edem odontogen circumscris al mucoperiostului sinuzal maxilar dr. Contrastografie. Incidență bitemporală.



Fig. nr. 6: C. I. 16 ani. Tumefierea accentuată a mucoperiostului sinuzal dr. in ozenă. Contrastografie. Incidență occipitontală.



Fig. nr. 7: T. T. 34 ani. Edem sinuzal in urma nefritei cronice. Radiografie simplă. Incidență occipitontală.



Fig. nr. 8: P. I. 10 ani. Chist mucus de retenție in recesul malar al sinusului maxilar dr. Radiografie simplă. Incidență occipitontală.

Am avut mai multe cazuri de edeme sinuzale cronice apărute după operații cervicale pentru extirpări de tumori, ganglioni limfatici supurați sau ligaturări de vase. În aceste cazuri ori ligaturile vasculare ori procesul cicatriceal postoperator au determinat stază venoasă și limfatică, care au dus la tumefierea edematoasă a mucoperiostului sinuzal (fig. nr. 4).

Trebuie să atragem atenția aici și asupra posibilității unor tumefieri reflectorice vasonurotice. Am arătat deja în lucrări anterioare, că reacțiile vegetative ale mucoperiostului sinuzal maxilar sînt deseori inverse reacțiilor pituitare. Astfel de exemplu în cazul ozenei, cînd pituitara prezintă o simpaticotonie extremă (este anemică, subțire, hipotrofică, acompaniată de o hiposecreție glandulară viscoasă) mucoperiostul sinusului maxilar este de obicei tumefiat, îngroșat (fig. nr. 6).

Prin urmare, tumefierea edematoasă neinflamatoare a mucoperiostului maxilar apare deci și pe cale neurovegetativă și este de cele mai multe ori inversată reacției pituitare din fosele nazale. Față de ozenă, cînd pituitara subțire din fosele nazale produce secreții, puține, viscoase, mucoperiostul sinuzal este tumefiat și gros. În cazul rinetelor alergice și vasomotorii, cînd pituitara groasă produce cantități mari de secreții seroase, mucoperiostul sinuzal secretă deseori secreții gelatinoase, atît de groase, încît aparatul mucociliar nu le mai poate elimina. Aceste secreții groase, excită prin blocare mucoperiostul, tumefiindu-l, iar la distanță cefalee, accese de migrenă, tuse, sinobronșită sau bronșite spasmodice etc. Tendința marcată la tumefiere a mucoperiostului sinuzal se manifestă și în condiții fiziologice, sub acțiunea unor excitanți locali. Examinînd cu atenție ani de zile comportamentul mucoperiostului sinuzal maxilar am observat că, acesta se tumefiază ori de cîte ori ajung substanțe străine neobișnuite în sinus. Corpuri străini lichizi, subțiri sînt relativ repede eliminați din sinus prin activitatea mucociliară epitelială. În caz că ajung în sinus substanțe iritante sau viscoase (secreții gelatinoase) sau chiar solide, mucoperiostul începe să se tumefieze treptat, pe parcursul a mai multor ore și chiar zile și elimină conținutul sinuzal, care ajunge în fosa nazală ca pasta de dinți din tubul comprimat.

Exemplele citate demonstrează numărul mare al situațiilor în care pot să apară mai cu seamă la copii tumefieri ale mucoperiostului din sinusul maxilar, și bineînțeles voalarea radiologică a acestui sinus, în absența completă a unor procese inflamatorii sinuzale propriu-zise (fig. nr. 7. 8).

Pe baza celor de mai sus nu avem nici un motiv să acceptăm (nici la copii) existența unor sinuzite fără semnele caracteristice ale sinuzitei și în primul rînd în lipsa unor secreții patologice caracteristice, deci purulente.

În concluzie, marea majoritate a sinuzitelor latente infantile nu sînt sinuzite, ci stază de secreții (în urma lipsei de drenaj) și/sau tumefierea neinflamatoare a mucoperiostului care cîmpușește sinusul și mai rar factori extrasinuzali ca edeme, cicatrice etc. perimaxilare.

În cadrul măsurilor profilactice și terapeutice aplicate contra sinuzitelor paranasale ocupă un loc important și permeabilizarea și calibrarea corespunzătoare a foselor nazale și educația populației infantile la respirația susținută prin nas.

Bibliografie

1. *Danielevicz J.*: H.N.O. — Wegweiser (Berlin) (1957), 6, 187; 2. *Dinu C., Martu D., Bold E.*: O.R.L. (Buc.), (1983), 2, 81; 3. *Dishoeck E., Mayer E.*: Allergische Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. In: Berendes J., Link R., Zöllner F.: Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1964, 383; 4. *Eckert-Möbius A.*: Dtsch. Stomat. (1954), 4, 170; 5. *Hirizescu E., Hirizescu D., Frauen J., Ionescu Monica.*: O.R.L. (Buc.) (1975), 4, 251; 6. *Hociotă D., Teişanu E.*: O.R.L. (Buc.) (1975), 2, 97; 7. *Hünermann T.*: Mschr. Ohrenhkl. (1951), 85, 86; 8. *Kaiser-Meinhardt.*: H.N.O. — Wegweiser (Berlin) (1956), 5, 226; 9. *Lupu J., Pintilie J.*: O.R.L. (Buc.) (1986), 1, 7; 10. *Mülfay V.*: O.R.L. (Buc.) (1979), 1, 55; 11. *Mülfay V.*: O.R.L. (Buc.) (1979), 3, 185; 12. *Naumann H.H.*: Banale Entzündungen der Nase und ihren Nebenhöhlen. In: Link L. (sub red.): Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1964; 13. *Obreja S., Boiko V., Rusu M.*: O.R.L. (Buc.) (1980), 3, 169.

