ORDIN nr. 1.221 din 2 iulie 2020

privind aprobarea ghidurilor de practică medicală în otorinolaringologie

EMITENT • MINISTERUL SĂNĂTĂŢII

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 593 din 7 iulie 2020**

Data intrării în vigoare 07-07-2020

Formă consolidată valabilă la data 18-01-2024

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 07-07-2020 până la data de 18-01-2024

Văzând Referatul de aprobare nr. 4.996 din 2.07.2020 al Direcţiei generale asistenţă medicală, medicină de urgenţă şi programe de sănătate publică,

având în vedere prevederile art. 16 alin. (1) lit. g) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare,în temeiul prevederilor art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

ministrul sănătăţii emite următorul ordin:

Articolul 1

Se aprobă ghidurile de practică medicală pentru specialitatea otorinolaringologie „Ghiduri de practică medicală în otorinolaringologie", prevăzute în anexă*).

*) Anexa se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 593 bis, care se poate achiziţiona de la Centrul pentru relaţii cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial", Bucureşti, şos. Panduri nr. 1.

Articolul 2

Pe baza ghidurilor prevăzute la art. 1 fiecare unitate sanitară are obligaţia de a elabora protocoalele terapeutice.

Articolul 3

Direcţiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti, membrii comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, unităţile sanitare publice şi private, precum şi personalul medical implicat în furnizarea de servicii medicale din specialităţile implicate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Articolul 4

Anexa face parte integrantă din prezentul ordin.

Articolul 5

La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.284/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea otorinolaringologie, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 779 şi 779 bis din 22 noiembrie 2010.

Articolul 6

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sănătăţii,
Horaţiu Moldovan,
secretar de stat

Bucureşti, 2 iulie 2020.
Nr. 1.221.

ANEXĂ

GHIDURI din 2 iulie 2020

de practică medicală pentru specialitatea otorinolaringologie

Notă

Aprobate prin ORDINUL nr. 1.221 din 2 iulie 2020, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 593 din 7 iulie 2020.

Autori

Prof. Univ. Dr. C. Sarafoleanu, Prof. Univ. Dr. V. Zainea, Prof. Univ. Dr. D. Cobzeanu, Prof. Univ. Dr. G. Muhlfay, Prof. Univ. Dr. E. Margineanu, Prof. Univ. Dr. I. Anghel, Conf. Univ. Dr. Magdalena Chirila, Conf. Dr. Alma Maniu, Conf. Univ. Dr. Luminita Rădulescu, Conf. Univ. Dr. S. Cozma, Conf. Univ. Dr. F. Anghelina, Conf. Univ. Dr. R. Hainarosie, Şef lucrări Dr. Adriana Neagos, Şef lucrări Dr. V. Budu, Şef lucrări Dr. Violeta Necula, Şef lucrări Dr. S. Pop, Şef lucrări Dr. M. Szocs, Şef lucrări Dr. Maria Domuta, Şef lucrări Dr. Gabriela Musat, Şef lucrări Dr. Elena Patrascu, Şef lucrări Dr. C. Martu, Şef lucrări Dr. D. Palade, Asist Univ. Dr. Bitere Oana, Asist Univ. Dr.Patricia Vonica, Asist. Univ. Catalina Pintilie, Dr. Lucia Muica, Dr. B. Casantanu, Asist Univ. Dr. D. Radeanu, Asist. Univ. Dr. Mirela Stamate, Asist. Univ. Dr. Cristina Tiple, Asist. Univ. Dr. P. Ujvary, Asist Univ. Dr. D. Lupoi, Asist Univ. Dr. Georgiana Lupu, Asist. Univ. Dr. Irina Gabriela Ionita, Asist. Univ. Dr. Pietrosanu Cătălina, Dr. Anca Ciubotariu, Dr. Ghiuzan Loredana, Dr. Vranceanu Mădălina, Dr. I. Tanase.

Cuprins

ALGORITM PENTRU ORIENTAREA PACIENTULUI ÎN FUNCŢIE DE PATOLOGIA ORL
PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE RINOSINUSALĂ 11
- Rinita acută virală
- Rinita vasomotorie
- Rinita medicamentoasă
- Rinita alergică
- Rinita cronică hipertrofică
- Rinita atrofică
- Rinosinuzita acută
- Rinosinuzita cronică
- Complicaţiile orbitare ale sinuzitelor
- Complicaţiile intracraniene ale rinosinuzitelor

TULBURĂRILE DE MIROS
EPISTAXISUL
PATOLOGIA TUMORALĂ BENIGNA RINOSINUSALĂ
- Papilom inversat rinosinusal
- Osteom rinosinusal
- Mucocelul
- Displazia fibroasă
- Fibromul osifiant
- Leiomiomul
- Hemangiomul
- Schwannomul
- Neurofibromul
- Meningiomul
- Condromul
- Hamartomul condromezenchimal nazal
- Polip sinuso-choanal
- Meningocelul/Meningoencefalocel

PATOLOGIA TUMORALĂ MALIGNĂ RINOSINUSALĂ
PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE OTO-MASTOIDIANA
- Pericondrita
- Otita externă difuză acută
- Otita externă furunculoasă
- Otomicoza
- Otita externă cronică
- Otita externă malignă
- Dop cerumen
- Corpi străini auriculari
- Exostoze auriculare
- Osteomul de conduct
- Keratosis obturans
- Stenoza CAE
- Colesteatomul de CAE
- Miringita acută
- Otita acută medie

Colesteatomul urechii medii
Meningita otică
Labirintita acută
Paralizia de nerv facial
Petrozita
Tromboza de sinus lateral
Encefalocelul (menigoencefalocelul) şi fistula lcr
Abces subperiostal mastoidian
Abcesul extradural (epidural)
Otoscleroza
Zoster oticus (sindrom Ramsay-Hunt)
Vertijul paroxistic poziţional benign
Boala Meniere
Neuropatia acută vestibulară (nav)
HIPOACUZIILE NEUROSENZORIALE: DIAGNOSTIC ŞI REABILITARE AUDITIVĂ (PROTEZE CONVENŢIONAL ŞI IMPLANTABILE)135
HIPOACUZIA NEUROSENZORIALĂ SEVERĂ-PROFUNDĂ FĂRĂ BENEFICIU CU PROTEZE AUDITIVE CONVENŢIONALE
ALERGII CRANIOFACIALE
Nevralgia faciala esenţială sau trigeminală
Nevralgia nervului auricular posterior
Nevralgia marelui nerv occipital arnold
Nevralgia glosofaringianului
Cefaleea histaminică 162
Migrena
PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE FARINGIANĂ
Amigdalita acută
Flegmonul periamigdalian
Adenoflegmonul retrofaringian
Adenoflegmonul laterofaringian
Celuloflegmonul laterocervical
Amigdalita cronică
Adenoidita acută a sugarului
Adenoidita acută a copilului
Adenoidita cronică
TUMORILE BENIGNE ALE NAZOFARINGELUI
TUMORILE MALIGNE ALE NAZOFARINGELUI
TUMORILE BENIGNE ALE OROFARINGELUI
TUMORILE MALIGNE ALE OROFARINGELUI
TUMORILE BENIGNE ALE HIPOFARINGELUI
TUMORILE MALIGNE ALE HIPOFARINGELUI
TRAUMATISMELE FARINGIENE
SFORĂIT CRONIC ŞI SINDROMUL DE APNEE DE SOMN
PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE ŞI TUMORALĂ LARINGIANĂ
Laringita acută catarală
Laringita acută edematoasă
Epiglotita acută
Laringita flegmonoasă şi abcesul laringian
Laringita acută striduloasă a copilului
Laringita acută subglotică a copilului
Epiglotita acută a copilului
Laringo-traheo-bronşita acută a copilului mic
Laringite acute din cursul bolilor infecto-contagioase
Laringite cronice nespecifice
Laringita catarală cronică
Laringita cronică pseudomixomatoasă
Laringita cronică pahidermica roşie
Laringita cronică pahidermica albă
Laringita cronică atrofică

- Pahidermia interaritenoidiană
- Ulcerul de contact
- Granulomul postintubaţional
- Laringite cronice specifice
- Tuberculoza laringiană
- Sifilisul laringian
- Laringita în lepră
- Scleromul laringian
- Sarcoidoza laringiană
- Actinomicoza laringiană
- Micozele laringene
- Amiloidoza laringiană
- Laringitele în dermatozele buloase
- Noduli vocali
- Polipul de coardă vocală
- Chistul de coardă vocală
- Granulom/ulcer de contact
- Sulcusul de coarda vocală
- Stenozele laringo-traheale
- Presbifonia
- Paralizie unilaterală coardă vocală
- Paralizie bilaterala a corzilor vocale
- Disfonia hiperfuncţională simplă
- Disfonia la copil
- Disfonia psihogena

TUMORI BENIGNE LARINGIENE
- Polipul laringian
- Papilomul laringian
- Angiomul laringian
- Lipomul
- Fibromiomul
- Condromul
- Adenomul
- Guşa aberantă (tiroidă ectopică)
- Tumori chistice
- Amiloidoza
- Chemodectoainele

CANCERUL LARINGIAN
- Stadializarea cancerului laringian - anexa I.
- Evidarea ganglionară cervicală - anexa II.

TRAUMATISME CERVICALE

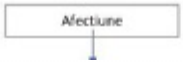
SUPURAŢIILE CERVICALE

MANIFESTĂRI ORL ALE BOLILOR SISTEMICE
- Leucemia acută
- Agranulocitoză
- Mononucleoza infecţioasă
- Limfom hodgkin/ non-hodgkin
- Pemfigus Sindromul Behcet
- Granulomatoza Wegener
- Sindromul Melkersson-Rosenthal
- Sarcoidoza
- Lupus eritematos sistemic
- Sindrom Sjogren
- Bolile infectocontagioase - scarlatina, rujeolă, rubeolă

MALFORMAŢII CONGENITALE ORL
- Laringomalacia
- Paralizie uni-/bilaterală a corzilor vocale
- Despicăturile laringiene Laryngeal Cleft

Fistulele traheoesofagiene şi atrezia esofagiană
Hemangiomul subglotic
Stenoza subglotică şi obstrucţiile membranoase laringiene
Epiglota palmată şi epiglota bifidă
Sindromul Pierre Robin (şi secvenţe/sindroame asociate)
Malformaţiile urechii externe şi fistulele periaurale
Malformaţiile urechii medii
Malformaţiile urechii interne
Hipoacuziile congenitale
Insuficienţa velo-palatină (diviziunea velopalatină)
Chist de arc branhial
Tumori congenitale cervicale de linie mediană şi paramediană (Chist de canal tireoglos şi fistulele cervicale)
Tumori congenitale nazale de linie mediană şi paramediană (chiste, angioame, limfangioame)
Atrezie choanală şi hipotreziile foselor nazale
Insuficienta aripii nazale
Meningo-encefalocelul
Malformaţiile septului nazal

ALGORITM PENTRU ORIENTAREA PACIENTULUI ÎN FUNCŢIE DE PATOLOGIA ORL



PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE RINOSINUSALA

Rinita acută virală

Diagnostic clinic	Anamneza - simptomatologie recent instalata: Obstrucție nazala (permanentă - cedează la descongestionante și reapare după câteva ore), +/- hiposmie/anosmie, stare generala ușor modificată - strănuturi în salve, cefalee, dureri musculare Examen clinic ORL: mucoasa nazală congestionată difuz, rinoree seroasa, +/- hipertrofia cornetelo nazale inferioare
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	În cazul apariției complicațiilor: teste biologice uzuale (inclusiv examen micobacteriologic al secreției nazale)
Consulturi interdisciplinare	- daca este necesar: boli infecțioase
Tratament medical	- descongestionante nazale - antipiretice - antibioticele sunt rezervate pentru complicațiile prin infecție bacteriană
Tratament chirurgical	
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Rinita vasomotorie

Diagnostic clinic	Anamneza: rinoree seroasă, strănuturi, obstrucție nazala, +/- hipo/anosmie Examen clinic ORL: rinoree seroasa, +/- hipertrofia cornetelor nazale inferioare
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	explorări și Investigații alergologice negative
Consulturi interdisciplinare	Consult alergologic
Tratament medical	Descongestionante nazale, corticoizi intranazali
Tratament chirurgical	Turbinoreducție
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Rinita medicamentoasă

Diagnostic clinic	Anamneza: obstrucție nazală, uscăciunea mucoasei nazale Examen clinic ORL: rinoree seroasa, +/- hipertrofia/atrofia cornetelor nazale inferioare, +/- cruste la nivelul foselor nazale
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	
Tratament medical	- schimbarea medicamentului incriminat - sau renunțarea la picături - lavajul cu soluții saline izotonice sau cu preparate de apă de mare sterile în vederea refacerii fiziologiei mucoasei - corticoterapie topica
Tratament chirurgical	Turbinoreductie - în cazul eșecului tratamentului medicamentos
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii Control la 1 lună de la inițierea tratamentului medicamentos Control postoperator la 10 - 14 zile, apoi la 1 lună

Rinita alergică

Diagnostic clinic	Anamneza: rinoreea apoasă, obstrucția nazală, pruritul și strănuturile Examen clinic ORL: rinoree seroasa, +/- obstrucție nazală în momentul examinării, pituitara de aspec palid-violaceu
Investigații paraclinice obligatorii	explorări și investigații alergologice (exemplu: testare cutanata prick sau dozare IgE specifice pentru alergeni respiratori)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Rinomanometrie, citologie nazala Imagistica rinosinusală
Consulturi interdisciplinare	Consult alergologic
Tratament medical	Se va efectua conform ghidurilor ARIA Tratament etiologic - Evitarea expunerii la alergeni - Imunoterapie - imunoterapie specifica sublinguala/subcutanata Tratament simptomatic - antihistaminice orale - descongestionante orale și topice - pseudoefedrina - fenilefrina Corticosteroizi topici nazali +/- antihistaminice intranazale
Tratament chirurgical	În cazul eșecului tratamentului medicamentos - procedee chirurgicale de reducere a volumului cornetelor nazale inferioare (LASER, radiofrecventa coblatie, microdebrider, instrumente reci etc.)
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția simptomelor pacientului

Rinita cronica hipertrofică

Diagnostic clinic	Anamneza: obstrucție nazala, +/- hiposmie/anosmie Examen clinic ORL: hipertrofia cornetelor nazale inferioare
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Rinomanometrie, examen bacteriologic și micologic nazal, investigații alergologice (exemplu: testare cutanata prick sau dozare IgE specifice pentru alergeni respiratori)
Consulturi interdisciplinare	Consult alergologic
Tratament medical	Corespunzător etiologiei (steroizi topici, lavaj salin, antihistaminice, descongestionante nazale, mucolitice etc.)
Tratament chirurgical	Indicații: - eșecul tratamentului medicamentos - persistenta Obstrucției nazale - efecte adverse sau contraindicații ale terapiei medicamentoase - complicațiile rinitei (disfuncție tubara, rinosinuzita, otita medie seroasa) Procedee chirurgicale de reducere a volumului cornetelor nazale inferioare (LASER, radiofrecventa coblatie, microdebrider, instrumente reci etc.)
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii Postoperator: la 10-14 zile, apoi la 1 lună

Rinita atrofică

Diagnostic clinic	Anamneza: falsa senzație de obstrucție nazală, uscăciunea mucoasei, alteori de o rinoree apoasă care devine abundentă în timpul meselor Examen clinic ORL: atrofia cornetelor nazale inferioare, +/- cruste la nivelul foselor nazale
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Examen micobacteriologic al secreției nazale Daca se impune: rinomanometrie
Consulturi interdisciplinare	Daca se impune, consult reumatologie sau boli infecțioase
Tratament medical	Lavaj intranazal cu soluții saline izotonice, aerosoli cu soluții saline, mucolitice, antibiotice Toaleta riguroasa a foselor nazale cu mese cu antibiotice, emoliente etc.
Tratament chirurgical	Recalibrarea foselor nazale - bastonase acrilice inserate submucos - Lautenslager - injecții submucoase - teflon
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii Postoperator: la 10-14 zile, apoi la 1 luna

Rinosinuzita acută

Diagnostic clinic	Definiție: Inflamația mucoasei nazale și a sinusurilor paranazale pentru o perioadă mai mica de 12 săptămâni. Anamneza - doua sau mai multe simptome, unul dintre acestea fiind obligatoriu obstrucția nazală sau rinoreea anterioară/posterioară: - +/- durere/presiune facială - +/- hipo/anosmie Severitate: conform scalei VAS - ușoară, moderată, severă Examinarea clinică Rinoscopia anterioară - inflamație, edem, secreții purulente Temperatura - prezența febrei (>38°C) este corelata cu prezența infecției bacteriene și a unei afecțiuni mai severe Inspecția și palparea

	- tumefacții - sensibilitate la palpare Endoscopia nazală - nu este obligatory - dacă se efectuează, este utilă pentru diagnostic și pentru prelevarea de secreții de la nivelul meatului nazal mijlociu în vederea examenului bacteriologic SEMNE și SIMPTOME DE COMPLICAȚII - necesită trimiterea către furnizor de servicii medicale cu competente superioare SAU internare de urgenta: - Edem/eritem periorbital - Exoftalmie - Diplopie - Oftalmoplegie - scăderea acuității vizuale - durere severă frontală unilaterală sau bilaterală - tumefacție frontală - Semne de meningita - semne neurologice - reducerea stării de conștiență
Investigații paraclinice obligatorii	Investigații hematologice - la internare sau la suspiciunea de apariție a complicațiilor - Hemoleucograma, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie, Teste uzuale de coagulare - Dozarea proteinei C reactive: - valori crescute ale acesteia sunt corelate cu o cultura bacteriană pozitivă dar și cu modificări ale examinării CT rinosinusale - valori scăzute au fost asociate cu utilizarea limitata a antibioticelor, avand ca rezultat vindecarea pacienților fără alte probleme - VSH - valorile crescute: - pot evidenția severitatea afecțiunii și necesitatea unui tratament agresiv - se corelează cu modificări pe examenul CT - sunt predictive pentru infecția bacteriană
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Examen bacteriologic al secreției nazale: - nu este obligatoriu în diagnosticul rinosinuzitei acute; obligatorie în cazul rinosinuzitelor severe și a complicațiilor - în cazul în care se face, se recomandă ca secreția să se recolteze de la nivelul meatului nazal mijlociu Evaluări imagistice - examenul CT cranio-facial nu este recomandat ca investigație de rutină - va fi recomandat obligatoriu în cazul în care există o rinosinuzită severă, la pacienții imunocompromiși, în cazul complicațiilor - radiografia de sinusuri anterioare/posterioare - examen RMN cranio-facial în cazul în care există suspiciunea unor complicații orbito-oculare sau cerebrale
Consulturi interdisciplinare	- doar dacă se impune: consult anesteziologic, oftalmologic, neurologic, neurochirurgical, boli infecțioase
Tratament medical	- pentru formele ușoare și moderate se recomandă ca tratament simptomatic: - local: descongestionant, corticosteroid, lavaj salin - sistemic: antiinflamator, antialgic, antibiotic în rinosinuzitele severe, în special cele însoțite de febră și/sau durere facială unilaterală Atitudine diagnostico-terapeutică în funcție de formele clinico-evolutive - rinosinuzita moderată în cazul eșecului după 14 zile de tratament: - endoscopie nazală, imagistică, examen bacteriologic din secreția de la nivelul meatului mijlociu, antibiotic oral - corticosteroizi intranazali - rinosinuzita severă - fără ameliorare după 48 ore de tratament - internare de urgență - endoscopie nazală, examen bacteriologic din secreția de la nivelul meatului mijlociu, imagistica - corticoizi intranazali, antibiotic perfuzabil iv, corticosteroizi orali, drenaj chirurgical complicații: - internare de urgență, endoscopie nazală, examen bacteriologic/micologic din secreția de la nivelul meatului mijlociu, imagistic (CT sau RMN) - antibiotic iv și/sau tratament chirurgical
Tratament chirurgical	În cazul complicațiilor - cura chirurgicală rino-sinusală, în echipa multidisciplinara (după caz)
Urmărirea pacientului	Control zilnic postoperator, în funcție de evoluția pacientului, apoi la 1 lună, 3 luni, 6 luni

Rinosinuzita cronică

Diagnostic clinic	Definiție - inflamația cronică a mucoasei nazale și a sinusurilor paranazale ○ Rinosinuzita cu/fără polipi nazali Diagnostic clinic • Anamneza - durata simptomatologiei > 12 săptămâni ○ Asocierea a 2 sau mai multe semne și simptome majore, dintre care unul trebuie să fie obstrucția nazală sau rinoreea; sau 1 semn/simptom major asociat cu cel puțin 2 minore. ○ Semne și simptome sugestive pentru diagnosticul de rinosinuzită: Majore • Durere, senzație de plenitudine sau presiune facială • Obstrucție nazală • Rinoree anterioară sau posterioară, sau rinoree purulentă anamnestic obiectivată la examenul clinic • Hipo/anosmie

	• Febră (doar pentru rinosinuzitele acute) Minore • Cefalee • Febră (în alte circumstanțe decât rinosinuzitele acute) • Halitoză • Oboseală • Dureri dentare • Tuse • Otalgie sau senzație de presiune auriculară • Examen clinic ORL - Rinoscopie anterioară, rinoscopie posterioară, bucofaringoscopie Diagnostic pozitiv adulți: - 2 sau mai multe simptome, dintre care unul trebuie să fie obstrucția nazala sau rinoreea ± senzație de presiune facială ± hiposmie/anosmie. Sau - Semne endoscopice: polipi nazali, rinoree mucopurulentă de la nivelul meatului nazal mijlociu; edem al mucoasei de la nivelul meatului nazal mijlociu Și/Sau - Modificări examen CT cranio-facial: modificări ale mucoasei complexului osteomeatal sau a sinusurilor paranazale. Diagnostic pozitiv copii - 2 sau mai multe simptome, dintre care unul trebuie să fie obstrucția nazală sau rinoreea ± senzație de presiune facială ± tuse. Sau - Semne endoscopice: polipi nazali, rinoree mucopurulentă de la nivelul meatului nazal mijlociu; edem al mucoasei de la nivelul meatului nazal mijlociu Și/Sau - Modificări examen CT cranio-facial: modificări ale mucoasei complexului osteomeatal sau a sinusurilor paranazale.
Investigații paraclinice obligatorii	- Exudat nazal cu examen micobacteriologic, antibiograma și antifungigrama - Examen endoscopic nazal - polipi nazali, rinoree mucopurulentă de la nivelul meatului nazal mijlociu; edem al mucoasei de la nivelul meatului nazal mijlociu
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Sinusoscopia (în cazuri selectionate) - Imagistica (CT cranio-facial nativ sau cu substanță de contrast, IRM cerebral nativ sau cu substanță de contrast): ○ în cazul eșecului tratamentului medicamentos corect condus ○ în cazul pacienților imunocompromiși ○ în cazul complicațiilor rinosinuzitelor - Examen histopatologic (prelevat în cadrul intervențiilor chirurgicale în rinosinuzitele cu polipi nazali, rinosinuzitele fungice etc)
Consulturi interdisciplinare	- în funcție de caz - anesteziologic, oftalmologic, neurochirurgical, neurologic, boli infecțioase, alergologic
Tratament	- Individualizat în funcție de examenul clinic ORL și severitatea simptomatologiei, realizata cu ajutorul Scalei Vizual Analoge pentru simptomele prezente. Conform Ghidului EPOS
Tratament medical	- corticosteroizii intranazali - corticoterapia sistemica (rinosinuzite cu polipi nazali, rinosinuzite fungice) - lavajul salin - antibioterapia pe termen lung conform antibiogramei - descongestionante nazale - mucolitice - antihistaminice orale
Tratament chirugical	Indicațiile chirurgiei în tratamentul rinosinuzitelor • Eșecul tratamentului medicamentos maximal corect condus în rinosinuzitele cornice • Rinosinuzitele recidivante • Apariția complicațiilor rinosinuzitelor acute și cronice • Polipoza nazală simptomatică • Rinosinuzitele fungice localizate sau invazive. Tipuri de intervenții chirurgicale: Vor fi adaptate în funcție de dotări și experiența medicului curant. - endoscopice - abord extern - combinate Chirurgia sinusului maxilar Intervenții chirurgicale endoscopice endonazale ○ Sinusoscopia, ○ Meatotomia inferioară, ○ Meatotomia mijlocie (antrostomie) Intervenții chirurgicale pe cale externă ○ Abordul Caldwell-Luc. Chirurgia sinusurilor etmoidale Etmoidectomie anterioara, posterioara sau antero-posterioara Chirurgia sinusului sfenoidal Sfenoidotomia endoscopică - Pe cale transetmoidală, transostială sau transseptala. Chirurgia sinusului frontal • Abord extern: ○ Trepanarea sinusului frontal ○ Procedeul Lynch (fronto-etmoidectomia externă) ○ Procedeul Lothrop • Abord endonazal endoscopic: ○ Drenaj frontal tip Draf I, II, III Polipectomia nazala cu ansa sau sub control endoscopic

Tratamentul rinosinuzitelor fungice	Forma localizata (Fungus ball) - tratament chirurgical, în funcție de dotări și experiența medicului curant - chirurgie endoscopica rinosinusală ○ La nivelul meatului mijlociu, bimeatotomie (mijlocie și inferioară) sau la nivelul meatului superior. - Abord extern - sinus maxilar, sinus frontal. Rinosinuzite alergice fungice - Tratament chirurgical: endoscopic - Tratament medicamentos: steroizi perioperator, imunoterapie, tratament antifungic, irigații nazale saline Rinosinuzite fungice invazive - Tratament antifungic sistemic - Tratament chirurgical extins cu viza radicala: cale externă, endoscopică sau mixtă.
Urmărirea pacientului	De preferat, rinosinuzitele cronice cu polipi nazali vor fi evaluate la 6 luni, cu examen clinic ORL și examen endoscopic nazal (atunci când este disponibil). Rinosinuzite cronice cu polipi nazali - continuarea tratamentului cortizonic postoperator și cure scurte tip flash - terapie cu corticoizi sistemici la 6 luni, în funcție de evoluția pacientului Formele ușoare de RSC fără polipi nazali (scor simptomatic VAS 0-3): • Inițial - corticosteroizi intranazali asociați cu lavaj cu soluții saline, • Evaluare după 3 luni: ○ Ameliorare - continuă urmărirea, împreună cu folosirea de corticosteroizi intranazali asociați cu lavaj cu soluții saline; se poate asocia sau nu antibiotice pe termen lung. ○ Eșec therapeutic - Eventual examen CT urmat de chirurgie - Se efectuează culturi pentru examen bacteriologic – Se continuă folosirea de corticosteroizi intranazali asociați cu lavaj cu soluții saline și se asociază tratamentul cu antibiotice pe termen lung. • Reevaluare după 3 luni: ○ Eșec terapeutic - CT urmat de chirurgie. ○ Ameliorare - continuă urmărirea, împreună cu folosirea de corticosteroizi intranazali asociați cu lavaj cu soluții saline; se poate continua sau nu terapia cu antibiotice pe termen lung. În cazul formelor moderate de RSC fără polipi nazali (scor VAS 3-10): • Inițial - Se efectuează culturi pentru examen bacteriologic, se folosesc corticosteroizi intranazali asociați cu lavaj cu soluții saline și se asociază tratamentul cu antibiotice pe termen lung o Reevaluare după 3 luni: - Eșec terapeutic - CT urmat de chirurgie. - Ameliorare - continuă urmărirea, împreună cu folosirea de corticosteroizi intranazali asociați cu lavaj cu soluții saline; se poate continua sau nu terapia cu antibiotice pe termen lung. Pentru formele ușoare și moderate de RSC cu polipi nazali (scor VAS 0-3, respectiv 3-7) ○ Inițial: - corticoterapie topică timp de 3 luni ○ Ulterior: - În caz de ameliorare - se continuă corticosteroidul topic, cu reevaluări din 6 în 6 luni - În caz de eșec - se instituie o cură scurtă de corticosteroid oral, urmată de reevaluare: • Ameliorare - se revine la corticoterapia topică, după algoritmul anterior; • Eșec - examen CT sinusuri și tratamentul chirurgical. Postoperator, pacientul este urmărit, efectuând spălaturi nazale cu soluții saline, corticoterapie topică asociată sau nu cu cea orală, eventual antibioterapie pe termen lung. Pentru formele severe de RSC cu polipi nazali (scor VAS >7-10) ○ Inițial: se instituie o cură scurtă de corticosteroid oral, urmată de reevaluare - Ameliorare - se efectuează corticoterapie topică, după algoritmul prezentat anterior; - Eșec - examen CT sinusuri și tratament chirurgical. Postoperator, pacientul este urmărit, efectuând spălaturi nazale cu soluții saline, corticoterapie topică asociată sau nu cu cea orală, eventual antibioterapie pe termen lung. Urmărirea evoluției postoperatorii se poate realiza prin controale periodice la 1, 3, 6 sau 12 luni de preferat, cu examen clinic ORL cu/fără examen endoscopic nazal.

Complicaţiile orbitare ale sinuzitelor

Diagnostic clinic	Anamneza: durere orbitara unilaterala, febra, cefalee,+/- afectarea acuității vizuale Examen clinic ORL: - +/- Eritem și tumefacție a pleoapei - +/- Limitarea mișcărilor globului ocular - +/- Tulburări ale acuității vizuale - +/- Proptosis - +/- Chemosis
Investigații paraclinice obligatorii	- probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, etc) - examen micobacteriologic cu antibiograma și antifungigrama secreții nazale - imagistica: examen CT cranio-facial nativ și cu substanța de contrast SAU examen IRM cranio-facial nativ și cu substanța de contrast
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- angio RMN + puncția lombară și examenul LCR în cazul suspiciunii de tromboflebita sinusurilor venoase
Consulturi interdisciplinare	- doar dacă se impune: consult anesteziologic, oftalmologic, neurologic, neurochirurgical, boli infecțioase
Tratament medical	- antibiotic, antiinflamator cortizonic sistemic, decongestionant nazal, terapie corticoida nazală și oftalmică - în cazul suspiciunii de tromboflebita sinusurilor venoase

	- antibioterapie parenterala masiva, depletorizante cerebrale, anticoagulante, tratament suportiv anticomitiale
Tratament chirurgical	- tratamentul chirurgical al RS cauzale - endoscopic sau prin abord extern, în funcție de dotări - +/- decompresie orbitara (indicații: progresia bolii în ciuda tratamentului antibiotic și cortizonic evidențierea colectie purulentă intraorbitara la ex.CT; pierderea acuității vizuale) - Tratamentul chirurgical al abcesului orbitar (dacă există) - +/- Decompresie nerv optic (indicații: afectarea acuității vizuale)
Urmărirea pacientului	Control zilnic postoperator, în funcție de evoluția pacientului, apoi la 1 luna, 3 luni, 6 luni

Complicaţiile intracraniene ale rinosinuzitelor

Diagnostic clinic	Cefalee, febră, curbatura, vărsături spontane, redoare de ceafa, fotofobie, crize convulsive, tulburări de comportament, semne neurologice de focar, semnele de supurație rinosinusală etc.
Investigații paraclinice obligatorii	- probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, etc) - examen micobacteriologic cu antibiograma și antifungigrama secreții nazale - puncția lombară - lichid hiperton, purulent cu probele calitative edificatoare + antibiograma - imagistica: examen CT cranio-facial nativ și cu substanța de contrast SAU examen IRM cranio-facial nativ și cu substanța de contrast
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- EEG
Consulturi interdisciplinare	- doar dacă se impune: consult anesteziologic, oftalmologic, neurologic, neurochirurgical, boli infecțioase
Tratament medical	antibioterapie sistemică (antibiotice care traversează bariera hemato-encefalica), corticoterapie sistemică, antialgice etc.
Tratament chirurgical	- tratamentul chirurgical al RS cauzale - endoscopic sau prin abord extern, în funcție de dotări - drenajul colecțiilor cerebrale (neurochirurgical) - puncții lombare evacuatorii
Urmărirea pacientului	Urmărirea evoluției prin punctiile lombare și starea clinică

TULBURĂRILE DE MIROS

Diagnostic clinic	Anamneza detaliată Examen clinic ORL complet
Investigații paraclinice obligatorii	Exudat nazal, examen endoscopic nazal cu examinarea regiunii olfactive, examinarea subiectivă a funcției olfactive (olfactometrie dinamica, test Snap and Sniff, Sniffin'Sticks, etc.)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Olfactometrie obiectivă - teste electrofiziologice (înregistrare potențiale evocate olfactive) - obligatorie la cazurile medico-legale Gustometrie RMN cerebral cu focus pe regiunea bulbului olfactiv CT sinusuri (la pacienții cu suferință rinosinusală)
Consulturi interdisciplinare	Neurologic, Endocrinologic, Psihiatric, Medico-Legal (in funcție de caz)
Tratament medical	Tratamentul cauzei Antrenament olfactiv
Tratament chirurgical	Tratamentul chirurgical al rinosinuzitei cronice cu polipi nazali neameliorată după tratament medicamentos maximal, corect condus
Urmărirea pacientului	Periodic - la 1 lună, 3 luni, 6 luni, 1 an sau la nevoie

EPISTAXISUL

Diagnostic clinic	Anamneza detaliată, completă (momentul apariției, boli asociate, tratamente efectuate, traumatism etc.) Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Examene imagistice (radiografie SAF, CT/RMN sinusuri), hemoleucograma, coagulograma, grup sanguin, Rh
Consulturi interdisciplinare	Dacă se impune: Cardiologic, Neurologic, Medicina Interna, Hematologie, Endocrinologic (în funcție de patologia asociată)
Tratament	1. Măsuri generale: Calmarea pacientului; așezarea acestuia în poziție semișezândă. Semne clinice: paloare, tahicardie, tensiune arterială, frecventa respiratorie (polipnee). 2. Tratament local: Indiferent de sediul sângerării a. evacuarea cheagurilor de sânge b. anemizare și anestezia mucoasei nazale, 2.1. Manevre de intenție primara: • Compresiunea digitală simplă • Cauterizarea chimică • Cauterizarea electrică - de elecție • Tamponament nazal anterior (în absența dotărilor tehnice sau în cazul eșecului electrocauterizării) - necesita ANTIBIOTERAPIE 2.2. Manevre de intenție secundară: tamponament nazal posterior Indicații: epistaxis posterior sau eșec manevre intenție secundară
Tratament chirurgical	Mijloace de intenție finală: ➢ Indicații: sângerare > 72 de ore Sangerare > 1/5 litri Hemoglobina < 8g/l Complicații/contraindicații manevre precedente ➢ Chirurgia de hemostaza: • Embolizarea • Ligatura artera carotida externă • Ligatura artera maxilara internă • Ligatura endoscopică artera sfenopalatina

	• Ligatura endoscopică artere etmoidale
Urmărirea pacientului	Control periodic/la nevoie Monitorizare boala de fond sau tratament cronic anticoagulant (după caz)

PATOLOGIA TUMORALĂ BENIGNĂ RINOSINUSALĂ

Papilom inversat rinosinusal

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni: • Obstrucție nazală • cefaleea • sinuzite și/sau mucocele • hiposmie/cacosmie • otita seroasa prin blocarea trompei Eustachio • epistaxis • tulburări oculare (strabism cu diplopie; exoftalmie unilaterală) • tulburări neurologice • rinoree cerebrospinală • meningită • deformări osoase externe Examen clinic ORL/Endoscopic nasal: 1. Aspectul clinic este acela al unei mase polipoase gri-albicioase, neregulate 2. Papilomul inversat apare de obicei în meatul mijlociu sau pe peretele lateral nazal și apoi se extinde implicând cel puțin un sinus paranazal 3. Particularitate-Diagnosticul este sugerat de unilateralitatea leziunilor, majoritatea polipozelor fiind bilaterale.
Investigații paraclinice obligatorii	Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic CT cranio-facial, sectiuni axiale, coronale și sagitale, nativ și cu substanta de contrast
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) - RMN cranio-facial cu timp angio
Consulturi interdisciplinare	1.Consult anesteziologic 2. În funcție de extensia formatiunii tumorale: • consult oftalmologic • consult neurologic • consult chirurgie plastică
Tratament chirurgical	Tratament eminamente chirurgical care constă în ablatia completă a formațiunii tumorale și frezare zonei de osteocondesare considerată a fi originea În funcție de localizare: 1. Sinus Maxilar a. Maxilectomia medială pe cale endoscopica endoscopică b. Caldwell-Luc c. Maxilectomia medială prin rinotomie laterală 2. Sinus frontal a. Abord extern - Lynch b. Abord endoscopic în cazuri localizate la reces fronto-etmoidal 3. Sinus Etmoid a. Abord endoscopic b. MidFacial Degloving c. Rinotomie paranazala 4. Sinus Sfenoid a. Abord Endoscopic b. MidFacial Degloving c. Rinotomie paranazala
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Monitorizare 3/6/12 luni prin examen endoscopic nasal +/- examene radioimagistice

Osteom rinosinusal

Diagnostic clinic	Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni • durerea în zona frontală • cefaleea • sinuzite și/sau mucocele. • tulburări oculare (strabism cu diplopie; exoftalmie unilaterală; devierea globului ocular în jos, înainte și în afară; cecitate) • tulburări neurologice • rinoree cerebrospinală • meningită • deformări osoase ale masivului cranio-facial Examen clinic ORL/Endoscopic nasal: • de obicei normal, deoarece aceste tumori sunt localizate intrasinusal • când tumora se dezvoltă spre cavitatea nazală se poate remarca o formațiune tumorală fermă, dură, acoperită de mucoasa atrofică sau de aspect normal
Investigații paraclinice obligatorii	• Radiografie sinusuri anterioare/posterioare ale fetei • CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale, nativ
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) • RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic In funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic

	consult neurologic consult chirurgie plastică
Tratament chirugical	1. Criterii care indică chirurgia • creșterea rapidă a tumorii • infecția • compresia structurilor de vecinătate • dureri severe • deformări faciale • tulburări vizuale • mucocelul • complicații intraorbitare • ocupă mai mult de 50% din sinusul frontal • leziunile implantate pe peretele posterior al sinusului frontal • orice osteom ce ocupă recesul frontal sau sinusul etmoidal • complicații intracraniene Tipuri de abord chirurgical • abordul endoscopic • abordul extern • abordul combinat
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Urmărirea postoperatorie se face prin controale CT la 6 sau 12 luni interval pentru a urmări recidiva (în cazul unei rezectii complete recidivă este absentă)

Mucocelul

Diagnostic clinic	Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni • durerea frontală • cefaleea. • tulburări oculare (strabism cu diplopie; exoftalmie unilaterală; • devierea globului ocular în jos, înainte și în afară; cecitate) • tulburări neurologice • rinoree cerebrospinală • anosmie • meningită • deformări osoase externe Examen clinic ORL/Endoscopic nasal: • de obicei normal, deoarece aceste tumori sunt localizate intrasinusal • în cazul mucocelelor voluminoase pot rezulta modificări ale arhitecturii masivului facial dar și anatomiei rinosinusale • localizări etmoido-orbitare sau fronto orbitare- afectări de mobilitate ale globului ocular
Investigații paraclinice obligatorii	• CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale, nativ și cu substanța de contrast
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc • RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consul neurologic consult chirurgie plastică
Tratament chirugical	1. Criterii care indică chirurgia a. infecția b. compresia structurilor de vecinătate c. dureri severe d. deformări faciale e. tulburări vizuale f. complicații intraorbitare g. complicații intracraniene 2. Tipuri de abord chirurgical a. abordul endoscopic b. abordul extern c. abordul combinat 3. Echipa multidisciplinară (chirurgie plastica/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-faciale

Displazia fibroasă

Diagnostic clinic	Anamneza - semne specifice patologiei 1. Pubertate precoce la fete 2. Pigmentare anormală a pielii 3. Maturare osoasă precoce 4. Cefalee 5. Modificări de mobilitate ale globilor oculari în cazurile cu interesarea globului ocular și a traiectului nv/musculaturii orbitare Examen clinic ORL 1. În formele avansate apar modificări ale masivului craniofacial 2. În formele precoce nu identificăm modificări endonasal sau ale masivului facial Examen endoscopic nasal - mucoasa cu aspect normal/in fazele avansate modificări ale arhitecturii rinosinusale
Investigații paraclinice obligatorii	CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale

Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) • RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastică
Tratament chirurgical	1. Monitorizare prin examene endoscopice endonazale și radioimagistice (CT/Radiografii/RMN) 2. Chirurgie în cazurile simptomatice, dismorfii craniofaciale sau afectare cerebrală sau oculară 3. Echipa multidisciplinara (chirurgie plastica/neurochirurgie/chirurgie vasculară/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirurgical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-faciale)

Fibromul osifiant

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni • Frecvent la femeile cu vârsta între 30-40 ani • durerea frontală • cefaleea. • tulburări oculare (strabism cu diplopie; exoftalmie unilaterală; devierea globului ocular în jos, înainte și în afară; cecitate) • tulburări neurologice • rinoree cerebrospinală • anosmie • meningită • deformări osoase externe Examen Clinic • În formele avansate apar modificări ale masivului craniofacial • În formele precoce nu identificăm modificări endonasal sau ale masivului facial
Investigații paraclinice obligatorii	CT cranio-facial, sectiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorală - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) • RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastică
Tratament chirurgical	1.Chirurgie endoscopica rinosinusală în cazuri cu dimensiuni reduse în care rezecția completă este posibilă 2. Chirurgie prin abord deschis - Caldwell Luc, Denker, MidFacial Degloving în funcție de extensie și leziunile produse la structurile învecinate 3. Echipa multidisciplinară (chirurgie plastică/neurochirurgie/chirurgie vasculară/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirurgical Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-faciale)

Leiomiomul

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni • Obstrucție nazala • epistaxis • cefaleea. • durere locală Examen Clinic Cel mai frecvent: localizare la nivelul cornetului nazal inferior
Investigații paraclinice obligatorii	CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) • RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastică
Tratament chirurgical	1. Chirurgie endoscopica rinosinusală în cazurile în care rezecția completă este posibilă 2. Chirurgie prin abord deschis - rinotomie laterală 3. Echipa multidisciplinară (chirurgie plastică/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirugical Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-facial)

Hemangiomul

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni 1. Epistaxis 2. Obstrucție nazala în cazurile tumorilor voluminose Examen Clinic/endoscopic nazal Leziune plana sau pseudopolipoida de culoare roșiatică, renitenta și adesea cu suprafața ulcerata și stigmat de sângerare Localizări uzuale în treimea anterioară a septului nazal și la nivelul cornetului nazal inferior

Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) • RMN cranio-facial cu timp angio
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastică
Tratament chirugical	Excizie formațiune tumorală prin tehnici endoscopice rinosinusale ± embolizare preoperatorie
Urmărirea pacientului	Toaleta specifica a plăgii Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-faciale)

Schwannomul

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni 1. Obstrucție nazală 2. rinoree anteroposteriora 3. cefalee 4. tulburări oculare (strabism cu diplopie; exoftalmie unilaterală; devierea globului) 5. tulburări neurologice 6. epistaxis 7. rinoree cerebrospinală 8. tinitus/surditate neurosenzoriala/surditate de transmisie prin blocarea trompei lui Eustachio 9. meningită 10. deformări osoase externe Examen Clinic 1. Formațiune tumorala bine delimitată, neîncapsulată, globulară, ferm, culoare galben-maroniu 2. În formale avansate se poate extinde către structurile de vecinătate - orbita/fosa infratemporala/rinobaza/fosa pterigomaxilara
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) • RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastica
Tratament chirugical	- Chirurgie endoscopica rinosinusala în cazurile în care rezectia completa este posibila - Chirugie prin abord dechis- rinotomie laterala - Echipa multidisciplinara (chirurgie plastica/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-facial)

Neurofibromul

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni 1. epistaxis 2. cefalee 3. tulburări oculare (strabism cu diplopie; exoftalmie unilaterală; devierea globului ocular în jos, înainte și în afară; cecitate) 4. tulburări neurologice 5. rinoree cerebrospinală 6. anosmie 7. meningită 8. deformări osoase externe Examen Clinic 1. Endonazal - formațiune tumorala fuziforma de culoare gri-maroniu, uneori cu aspect pseudo-polipoid localizat submucos 1. În formele avansate apar modificări ale masivului craniofacial
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) • RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastică
Tratament chirurgical	1) Chirurgie endoscopica rinosinusala în cazurile în care rezecția completă este posibilă 2) Chirurgie prin abord dechis- rinotomie laterala 3) Echipa multidisciplinara (chirurgie plastică/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-facial)

Meningiomul

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni

	1. Obstrucție nazala 2. Epistaxis 3. Rinosinuzita de însoțire 4. Exoftalmie 5. Edem periorbitar 6. Tulburări ale acuității vizuale 7. Ptoza palpebrală 8. Deformări ale masivului facial Examen Clinic 1. Formațiune tumorala neteda, lobulata, de culoare roșiatică 2. În formele avansate apar modificări ale masivului craniofacial
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastica
Tratament chirurgical	1. Chirurgie endoscopica rinosinusala în cazurile în care rezectia completa este posibila 2. Chirurgie prin abord dechis - rinotomie laterala 3. Echipa multidisciplinara (chirurgie plastica/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifica a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-faciale)

Condromul

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni 1. Obstrucție nazala 2. Epistaxis 3. Rinosinuzita de însoțire 4. Exoftalmie 5. Edem periorbitar 6. Tulburări ale acuității vizulae 7. Ptoza palpebrala 8. Deformari ale masivului facial Examen Clinic 1. Formațiune tumorala neteda, lobulata, bine delimitata 2. În formele avansate apar modificări ale masivului craniofacial
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastica
Tratament chirurgical	1) Chirurgie endoscopica rinosinusală în cazurile în care rezecția completă este posibila 2) Chirurgie prin abord dechis - rinotomie laterala 3) Echipa multidisciplinara (chirurgie plastica/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifica a plăgii în funcție de abordul chirurgical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-facial)

Hamartomul condromezenchimal nazal

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni 1. Obstrucție nazala 2. Epistaxis 3. Rinosinuzita de însoțire 4. Exoftalmie 5. Edem periorbitar 6. Tulburări ale acuității vizulae 7. Ptoza palpebrala 8. Deformări ale masivului facial Examen Clinic 1. Formațiune tumorala neteda, lobulata, galben-maronie, consistenta ferma, ușor sângerândă la palpare, prelungiri digitiforme 2. În formele avansate apar modificări ale masivului craniofacial
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic În funcție de extensia formațiunii tumorale: consult oftalmologic consult neurologic consult chirurgie plastica
Tratament chirurgical	- Chirurgie endoscopica rinosinusală în cazurile în care rezecția completa este posibilă - Chirurgie prin abord dechis- rinotomie laterală

	- Echipa multidisciplinara (chirurgie plastica/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Complicații Postoperatorii	1. Chirurgie endoscopica rinosinusala în cazuri cu dimensiuni reduse în care rezectia completa este posibila 2. Chirurgie prin abord deschis- Caldwell Luc, Denker, MidFacial Degloving în funcție de extensie și leziunile produse la structurile învecinate 3. Echipa multidisciplinara (chirurgie plastica/neurochirurgie/chirurgie vasculara/oftalmologie) în funcție de extensie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifica a plăgii în funcție de abordul chirurgical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-facial)

Polip sinuso-choanal

Diagnostic clinic	Anamneza Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni 1. Obstrucție nazala 2. Epistaxis 3. Rinosinuzita de însoțire Examen Clinic 1. Formațiune tumorală netedă, lobulata, bine delimitată, cu originea la nivelul sinusului maxilar. Unilateralitate - semn patognomonic 2. Slab caracter eroziv în structurile de vecinătate/pacientul nu prezinta complicații datorate infiltrărilor tumorale
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal CT cranio-facial, secțiuni axiale, coronale și sagitale Biopsie din formațiunea tumorala - examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, Glicemie etc) RMN cranio-facial
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic
Tratament chirurgical	1. Chirurgie endoscopica rinosinusală în cazuri cu dimensiuni reduse în care rezectia completa este posibila 2. Chirugie prin abord deschis - Caldwell Luc
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifica a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evoluție radioimagistice (CT/RMN cranio-faciale)

Meningocelul/Meningoencefalocel

Diagnostic clinic	Anamneza: Semne și simptome în funcție de localizare și dimensiuni 1. Rinolicvoree 2. Meningita 3. Obstrucție nazala în cazurile voluminoase 4. Apariție post-traumatic 5. Asociata cu Hipervitaminoza A Examen Clinic 1. Formațiune tumorala neteda, bine delimitată, situata pe linie mediana, cel mai frecvent în zonele de slaba rezitanta (lama ciuruita) 2. În cazul defectelor osoase importanta apar hernieri ale substanței cerebrale (meningoencefalocel) 3. Rinolicvoree 4. Pot simula prezenta unui polip în fosa nazala
Investigații paraclinice obligatorii	Examen endoscopic nazal C.T. sinus nativ +/- substanța de contrast
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Probe de laborator (HLG, VSH, Proteina C reactiva, TGO, TGP, Uree serica, Creatinina, etc) Beta 2-transferina, Beta trace proteina din lichidul recoltat din nas în vederea decelarii unei eventuale fistule LCR R.M.N. pentru decelerarea conținutului substanței herniate (meningocel v.s. meningoencefalocel)
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic Consult neurologic Consult neurochirugical Consult oftalmologic (examen fund ochi - excluderea hipertensiunii intracerebrale) Consult boli infecțioase (în cazul suspiciunii unei meningite)
Tratament chirurgical	- Nu se recomandă prelevarea de biopsie, din cauza riscului de a determina fistule LCR - Chirurgie endoscopica rinosinusala în cazuri cu dimensiuni reduse în care defectul osos de la nivelul rinobazei poste fi gestionat - Tratament chirurgical în departamentele de neurochirurgie
Urmărirea pacientului	1. Toaleta specifică a plăgii în funcție de abordul chirugical 2. Controale endoscopice rinosinusale și în funcție de evolutie radioimagistice (CT/RMN cranio-faciale)

PATOLOGIA TUMORALĂ MALIGNĂ RINOSINUSALĂ

Diagnostic clinic	A. Anamneza Simptomatologie - sindrom nazo-sinuzal: obstrucție nazală progresivă unilaterală, epistaxis unilateral, rinoree purulentă sau sanguinolentă și hiposmie - sindromul orbitar apare în special la tumorile etmoido-maxilare și se manifestă prin diplopie, scăderea acuității vizuale, exoftalmie, edem periorbitar și lăcrimare - sindromul buco-dentar apare în cazul extensiilor la nivelul crestei alveolare și palatului a tumorilor maligne ale sinusului maxilar sau a planșeului foselor nazale. Semnele importante sunt: ulcerațiile palatine sau gingivale fără cauză locală, durerile dentare, mobilitatea anormală a dinților arcadelor superioare, prezența unei fistule buco-sinuzale, trismusul.

	- sindromul facial apare atunci când tumora se extinde spre părțile moi ale feței. Semnele care apar: deformări faciale, dureri variate care sunt adesea etichetate ca o nevralgie infraorbitară. În fazele avansate pot apărea parestezii în teritoriul trigeminal sugestive pentru extensia infratemporală a unei tumori și nevralgii trigeminale care nu cedează la tratament. - sindromul neurologic atestă extensia și invazia endocraniană a tumorilor nazosinuzale: deficit de atenție, crize comițiale, semne de hipertensiune intracraniană (bradicardie, cefalee intensa, vărsături în jet neinfluențate de alimentație), stări de obnubilare alternând cu cele de agitație. - complicații infecțioase endo-craniene: meningite purulente, empieme subdurale sau abcesele extradurale. - metastaze ganglionare jugulo-carotidiene în general ipsilaterale, foarte rar contralaterale B. Examenul clinic O.R.L.
Investigații paraclinice obligatorii	- Endoscopie nazală - CT cranio-facial cu secțiuni transversale, coronare și axiale pentru evaluarea extinderii tumorale la orbită, peretele anterior al osului sfenoid și sinusul maxilar - Biopsia formațiunii tumorale cu examen histopatologic și imunohistochimic.
Investigații paraclinice opționale (in funcție de fiecare caz)	- Analize: Hemoleucograma, coagulograma, glicemie, grup-Rh, TGO, TGP, uree, acid uric, creatinina, fibrinogen, CRP, VSH, LDH, sideremie, ionograma - EKG - Radiografie cord-pulmon - Radiografie SAF, SPF-Hirtz - RMN cranio-facial cu substanță de contrast, eventual cu timp angio - Ecografie în regiunea cervicala în cazul metastazelor ganglionare - CT cu substanță de contrast sau RMN regiune cervicală în cazul metastazelor cervicale - PET-CT în cazul metastazelor la distanță - Angiografia
Consulturi interdisciplinare	În funcție de caz medicul poate recomanda: 1. Consult oftalmologic 2. Consult neurologic 3. Consult neurochirurgical 4. Consult chirurgie vasculară 5. Consult chirurgie plastică 6. Consult chirurgie oro-maxilo-facială
Tratament chirurgical	Tratamentul tumorilor maligne rinosinuzale presupune un plan terapeutic în echipă oncologică multidisciplinară. Decizia terapeutică ar trebui individualizată în funcție de următoarele considerații: - Tipul histologic al tumorii - Stadiul tumoral - Fezabilitatea rezecției complete a tumorii - Condițiile medicale ale pacientului - Riscurile tratamentului și morbiditatea - Experiența echipei de chirurgi în a preveni sau trata complicații precum hematomul intraorbital, fistule LCR, hemoragii masive - Opțiunile reconstructive - Preferința personală a pacientului. 1. Tratamentul chirurgical al formațiunii tumorale • Se poate practica pe plan local în cazul în care spitalul este dotat cu aparatură medicală și are o echipă chirurgicală multidisciplinară sau se trimite pacientul într-un centru de servicii medicale cu competență superioară. • Alegerea tipului de abord chirurgical se realizează în urma analizei secțiunilor de CT/RMN fiind adaptate localizării și extensiei tumorale dar acesta se poate modifica prin constatarea intraoperatorie a leziunilor. A. Ablația formațiunii tumorale sub control endoscopic se recomandă în cazul: - T1 - Tumoră limitată la fosa nazală sau sinusul etmoidal cu sau fără invazie osoasă - T2 - Tumora invadează fosa nazală și etmoidul cu sau fără invazie osoasă Criteriile majore de excludere pentru chirurgia endoscopică cranio-facială sunt următoarele: 1. Tumori care interesează tractul lacrimal; 2. Tumori care infiltrează palatul dur; 3. Tumori care interesează peretele posterior al sinusului sfenoid; 4. Invazia tumorală a tuturor pereților sinusului maxilar cu excepția celui medial. B. Ablația formațiunii tumorale prin abord extern se recomandă în cazul: - T3: invadează peretele posterior al maxilarului, țesutul subcutanat facial, podeaua sau peretele medial al orbitei, fosa pterigopalatină, palatul sau lama ciuruită a etmoidului - T4a - Tumora invadează conținutul orbitar, tegumentul nasului și/sau obrazului; extensie minimă în fosa cerebrală anterioară, lamele pterigoide, fosa infratemporala, sinusul sfenoidal sau frontal tegumentul nasului și/sau obrazului - T4b - Tumora invadează apexul orbitar, dura, substanța cerebrală, fosa cerebrală mijlocie, nervii cranieni cu excepția nervului maxilar, rinofaringele, clivusul. În cazul abordului extern pentru a minimiza sângerarea intraoperatorie, o embolizare selectivă preoperatorie poate fi eficientă, însă nu este indicată de rutină. Tehnici chirurgicale prin abord extern: a. Palatectomia • Indicată în tumori uni sau bilaterale care cuprind palatul dur și rebordul alveolar superior, fără extensie la buza superioară și la țesuturile moi ale feței. • Complicațiile postoperatorii care pot apărea sunt: tulburările de deglutiție și fonație. b. Maxilectomia medială inferioară prin abord paralateronazal • Indicată în tumorile care invadează peretele medial al sinusului maxilar până la nivelul cornetului inferior. c. Maxilectomia cu rezectia podelei orbitare și conservarea globului ocular • Indicată în cazul cancerelor sinusului maxilar care au invadat sinusurile etmoidale și fosa nazală fără liza podelei orbitare. • Postoperator globul ocular poate fi susținut cu ajutorul unui lambou de mușchi temporal care înlocuiește peretele orbitar inferior. • Complicațiile intervenției chirurgicale sunt: diplopia, prăbușirea piramidei nazale sau dehiscența plăgii în regiunea infraorbitară.

	d. Maxilectomia totală sau rezecția maxilarului superior cu ridicarea platoului palatodentar, exenterația de orbită și cura chirurgicală a sinusului etmoidal • Indicată cancerelor extinse care includ și bolta palatină și rebordul alveolar. • După înlăturarea tumorii este nevoie de reconstrucția palatului și arcadei dentare în echipă cu chirurgul oro-maxilo-facial. • Complicațiile postoperatorii sunt: hemoragia, fistula de lichid cefalorahidian în tavanul etmoidal, obstrucția căii aeriene superioare datorită edemului, dehiscenta plăgii în regiunea nazo-genianâ. e. Midfacial degloving (fără o traducere sugestivă în limba română) • tehnică ce oferă o cale de acces perfectă pentru tumorile etajului mijlociu și inferior al foselor nazale și sinusului maxilar, pentru cornetul inferior și mijlociu și pentru sinusul etmoidal. f. Rezectia craniofacială pentru tumorile maligne ale bazei de craniu se recomandă în următoarele circumstanțe: • tumori care invadează întreaga bază anterioară a craniului până la apofizele pterigoide • tumori ale bazei craniului ce implică rezecția limitată a unor porțiuni adiacente; • tumori extinse în fosa craniană mijlocie și zona sinusului cavernos. 2. Tratamentul chirurgical al adenopatiilor • Evidare ganglionară jugulo-carotidiană și submandibulară în cazul prezenței adenopatiilor neoplasmelor rinosinuzale. 3. Reconstrucția chirurgicală a defectelor faciale Se recomandă să se practice reconstrucția defectelor faciale mari în colaborare cu medicul plastician. • Refacerea planșeului orbitar se poate realiza cu: mușchi temporal sau lambou temporal irigat de artera temporală • Defectele mici faciale se pot reface cu grefe libere de piele • Pentru defectele antero-laterale ale piramidei nazale se pot realiza lambouri nazolabiale • Defectele palatului dur se pot reconstrui cu lambouri balante de sept nazal. • Defectele palatului moale se pot reconstrui cu lambouri faringiene posterioare, cu grefe libere de țesut bine vascularizat sau cu lambou musculo-cutanat radial. • În cazul defectelor mari faciale avem următoarele alternative: lambouri frontale, deltopectorale, lambouri tubulare de la nivelul bratului, lambori libere microanastomozatede la nivelul antebrațului. • Epiteze faciale • Protezarea defectelor palatului dur cu: a. Obturator chirurgical plasat intraoperator care se menține temporar b. După 7 zile îndepărtarea obturatorului și confecționarea unei proteze temporare c. Proteza definitivă după 3-4 luni când defectul s-a consolidat
Tratament oncologic	Se va efectua conform comisiei oncologice.
Tratamentul tumorilor rinosinuzale rare	A. ESTEZIONEUROBLASTOMUL • Tratamentul depinde de stadiul tumorii. • Strategia clasică de tratament pentru estezioneuroblastom este intervenția chirurgicală cu ablația completa a tumorii urmată de radioterapie. • Se recomandă abordul craniofacial larg indiferent dacă tumora invadează fosa craniană anterioară sau se limitează la tavanul fosei nazale • Intraoperator se poate practica rezecția durei supraiacente lamei ciuruite, bulbului olfactiv, etmoidului și pereților anteriori și posteriori ai sinusului frontal. B. SARCOMUL EWING • Protocoalele de tratament se individualizează luând în calcul mărimea, localizarea și gradul de extensie al tumorii și prezența sau absența metastazelor. • Tratamentul este unul chirurgical asociat cu radio și chimioterapie. • Preoperator medical poate să recomandă cura de citostatice în scopul reducerii dimensiunii tumorii primare, precum și în tratamentul metastazelor. • Chimioterapia postoperatorie - în vederea distrugerii celulelor canceroase restante în câmpul chirurgical. • Sarcomul Ewing este o tumoră radiosensibilă, radioterapia folosindu-se ca metodă adjuvantă pre și post operator dar și după chimioterapie. • Radioterapia paleativă se recomandă în cazurile inoperabile. • Un tratament posibil îl reprezintă oligodeoxinucleotidele antisens, care au efect de scădere a expresiei oncogenelor ce codifică proteina de fuziune asociată dezvoltării sarcomului Ewing. C. MELANOMUL MALIGN AL MUCOASEI RINOSINUZALE • Tratamentul de elecție al melanomului malign al mucoasei este chirurgical prin exereza completă a leziuni. • Abordul chirurgical depinde în principal de mărimea, de localizarea și extensia tumorii și se efectuează pe cale transfacială sau transcraniană. • Contraindicația tratamentului chirurgical este invazia parenchimului cerebral, a chiasmei optice și metastazele la distanță. • Radioterapia post-chirurgicală s-a dovedit ca nu are eficiență. D. RABDOMIOSARCOMUL • Tratamentul este polimodal datorită agresivității locale și tendinței la metastazare. • Indicațiile pentru tratamentul chirurgical sunt limitate și includ excizia tumorilor reziduale sau recidivelor. • Prezența metastazelor ganglionare cervicale impune radioterapia sau disecția radicală a ganglionilor limfatici. • Chimioterapia în asociere cu radioterapia și tratamentul chirurgical a îmbunătățit considerabil rata de supraviețuire. E. CONDROSARCOMUL • Tratamentul de elective este chirurgical. • Rezecția chirurgicală endoscopică se poate efectua în cazul leziunilor mici fără extensie către baza de craniu sau orbită, localizate la nivelul septului nazal. • Radioterapia sau chimioterapia sunt indicate dacă marginile de rezecție nu sunt în limite de siguranță oncologică. F. OSTEOSARCOMUL • Tratamentul presupune excizie chirurgicală completă la care se asociază chimioterapia și radioterapia. • Chimioterapia neoadjuvantă este indicată în cazul tumorilor cu grad înalt de malignitate sau celor incomplet excizate. • Radioterapia adjuvantă este rezervată acelor cazuri în care chirurgia nu poate asigura o rezecție completă. G. LEIOMIOSARCOMUL • Fiind tumori agresive biologic, cu o incidență crescută a recidivelor, tratamentul de electie este:

	- rezectia chirurgicală largă urmată - de radioterapie în ciuda radiosensibilității limitate. H. HEMANGIOPERICITOMUL • Tratamentul de bază este rezecția chirurgicală. Abordurile chirurgicale pentru hemangiopericitomul sinonazal sunt cele externe dar nu se poate exclude abordul endoscopic. • Radioterapia este rezervată pacienților cu leziuni avansate sau inoperabile. • Radioterapia adjuvantă este indicată în cazul rezecției chirurgicale incomplete. • Chimioterapia are doar scop paliativ. I. NEOPLASMELE LIMFOPROLIFERATIVE • Tratamentul principal este radioterapia și chimioterapia. • Limfoamele non-Hodgkin nazosinusale prezintă un răspuns mai slab la chimioterapie decât cele cu localizare anatomică diferită. • Radioterapia este singura modalitate de tratament recomandată în stadiile precoce. • În stadii avansate, sunt recomandate protocoale combinate ce includ chimioterapia și radioterapia sau chimioterapia urmată de radioterapie adjuvantă. • Plasmocitomul extrameduar solidar este o tumora radiosensibilă. • Tratamentul de elecție este rezecție chirurgicală largă și radioterapie postoperator. • Chimioterapia este rezervată pentru leziunile invazive sau slab diferențiate.
Urmărirea pacientului	• Medicul va efectua controale periodice: - la 3 luni în primul și al doilea an după intervenția chirurgicală - la 6 luni în al treilea an - ulterior - anual • La fiecare control pacientul va fi examinat clinic O.R.L. și se va efectua endoscopie nazo-sinusală. • La 3 luni postoperator pacientul va efectua RMN cranio-facial / CT cranio-facial cu substanță de contrast și RMN cervical pentru a exclude metastazele ganglionare; ulterior se va efectua RMN cranio-facial anual.

PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE OTO-MASTOIDIANA

Pericondrita

Diagnostic clinic	Anamneza • Simptomatologia este dominată de durere Examen clinic ORL: ○ Stadiu incipient: congestie, tumefacția și indurația pavilionului auricular. ○ Stadiu avansat: prezența zonelor de fluctuență sugerează abcese
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este clinic
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Hemoleucogramă, markeri de inflamație Examenul bacteriologic cu antibiogramă
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase pentru excluderea unei infecții cutanate superficiale - erizipelul Consult dermatologic - pentru excludereaa unei înțepături de insecte, reacție alergică Consult reumatologic - diagnostic diferențial cu policondrita recidivantă (afecțiune autoimună)
Tratament medical	1. Prevenția: Tratamentul corect al othematomului și al otitei externe Evitarea piercing-ului la nivelul cartilajului pavilionului auricular 2. Antibioterapie 3. Antiinflamatoare 4. Antialgice
Tratament chirugical	Incizie și drenaj -prezența abceselor subpericondrale Debridarea țesuturilor (excizia cartilajului necrozat - dacă e necesar, condrectomie totală)
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Otita externă difuză acută

Diagnostic clinic	Anamneza: debutul rapid (< 48 de ore) al semnelor și simptomelor inflamației. Simptome: • otalgia moderată până la severă • prurit • +/- otoree clară, ulterior purulentă • senzație de plenitudine, de ureche înfundată, • hipoacuzie Examen clinic ORL Otoscopia/Endoscopia auriculară/Otomicroscopia: • eritem, edem/tumefacție circumferențială a tegumentului conductului auditiv extern până la stenozarea completă a acestuia • otoree la debut seroasă, ulterior purulentă • adenopatii inflamatorii peri-auriculare sau regiune laterocervicală. Acumetria instrumentală
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Examenul bacteriologic cu antibiogramă Audiograma tonală liminară
Consulturi interdisciplinare	Consult dermatologic, boli infecțioase.
Tratament medical	1. Prevenție - evitarea toaletării în exces a CAE - evitarea traumatismelor locale prin utilizarea bețișoarelor sau a altor obiecte similare, montarea corectă a aparatelor auditive - dopuri de protecție pentru urechi la înotători - evitarea pătrunderii apei la nivelul conductului - toaletă locală-aspirarea secrețiilor purulente și a descuamărilor epiteliale de la nivelul CAE 2. Tratament medicamentos (tratamentul topic - de elecție)

	• Antiseptice locale • Tratament topic cu antibiotic, antiinflamator steroidian (Atenție la caracterul ototoxic - în caz de perforație a MT preexistentă) • Tratament antibiotic general • Terapia durerii • Tratamentul afecțiunilor dermatologice - unde este cazul • Tratamentul complicațiilor: celulita, pericondrita, recurențe în cazuri necompliante la tratament
Tratament chirurgical	Tratamentul chirurgical al stenozei CAE
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament Tratarea complicațiilor locale: recurențe în cazuri necompliante la tratament, celulita, pericondrita. În funcție de evoluția bolii

Otita externă furunculoasă

Diagnostic clinic	Anamneza Simptome • prurit auricular • otalgie intensă • senzație de plenitudine auriculară Examen clinic ORL - în funcție de stadiul bolii. • eritem • edem/tumefacția localizată a tegumentului • membrana timpanică (MT) și porțiunea medială, profundă a CAE sunt indemne. În stadiu infecțios avansat, este vizibil bourbillion-ul.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este clinic
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Examenul bacteriologic - nu se face de rutină. Analize de laborator: HLG, teste inflamație.
Consulturi interdisciplinare	Consult dermatologic, boli infecțioase.
Tratament medical	1.Profilactic: - evitarea pătrunderii apei și a traumatismelor locale prin utilizarea a diferitor obiecte ascuțite - corectarea factorilor de imunosupresie 2. Tratament topic: - antiseptice - antiinflamatoare - antibiotice Atenție la efectul ototoxic (în caz de perforație de membrană timpanică preexistentă) 3. Tratament sistemic cu antibiotic cu spectru anti-stafilococic 4. Antialgice și antiinflamatoare nesteroidiene
Tratament chirurgical	Incizie și drenaj chirurgical
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament Tratarea complicațiilor locale În funcție de evoluția bolii.

Otomicoza

Diagnostic clinic	Simptome: - Stadiu inițial: prurit auricular care generează reflexul de grataj - Stadii avansate: • otalgie, • hipoacuzie, • otoree cremoasă, • senzație de plenitudine în ureche • tinitus Examen clinic ORL - Otoscopia/Endoscopia auriculară/Otomicroscopia va preciza a. leziunile urechii externe (inițial tegument aparent normal, ulterior inflamându-se, plin de puroi cremos care are la mijloc o parte mai consistentă cu aspect de "carton înmuiat"), prezența maselor micotice (prezenta hifelor sau a sporilor). b. coexistența cu otita externă (suprainfectare micotică secundară), cu patologia otică supurată cronică sau prezența suprainfecției micotice pe o cavitate de evidare, c. gradul afectării urechii medii (existența complicațiilor micotice la acest nivel) - Acumetria instrumentală
Investigații paraclinice obligatorii	Identificarea agentului cauzal - examenul micologic
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Evaluarea statusului general și răsunetului infecției micotice (pentru cei imunocompromiși) Audiograma tonală liminara
Consulturi interdisciplinare	Consult dermatologic, boli infecțioase, al patologiei asociate (pentru pacienții cu imunodepresie)
Tratament medical	- evitarea pătrunderii apei și a traumatismelor locale prin utilizarea betișoarelor, unghiilor, etc cu scopul menținerii uscate a urechilor - toaleta locală atraumatică - controlul factorilor favorizanți (întreruperea tratamentului antibiotic sau steroidian local) - corectarea factorilor de imunosupresie 2. Tratament topic pentru 2-3 săptămâni - instilații auriculare cu: - antiseptice - antimicotice Atenție la efectul ototoxic (în special în condițiile unei perforații de membrană timpanică preexistentă)!

	3. Tratament general antimicotic - rezervat cazurilor severe cu răspuns absent la tratamentul local, cu vizarea toxicității antimicoticelor și monitorizarea statusului general. 4. Tratament patologiei auriculare asociate Terapia durerii - unde este cazul
Tratament chirugical	
Urmărirea pacientului	1. Evaluarea succesului tratamentului episodului sau a otomicozei reziduale - Toaleta periodică zilnică sau nu, în funcție de extensia leziunilor - Reevaluare clinică și micobacteriologică la 3 săptămâni - Întreruperea tratamentului: pacientul fără acuze, conductul fără debritusuri micotice, secreție cu flora normală/absența elementelor micotice 2. Evaluarea otomicozei recurente

Otita externă cronică

Diagnostic clinic	Anamneza - durata mai mare de 3 luni Simptome: • prurit • +/- otoree clară sau mucoasă • otalgie • senzație de ureche înfundată • hipoacuzie • leziuni specific eczemei la nivelul pavilionului Examen clinic ORL Otoscopia/Endoscopia auriculară/Otomicroscopia va preciza a. leziunile urechii externe (tegument aparent adesea uscat, subtiat, eritematos, descuamat, fără cerumen) Atenție la asocierea frecventă cu stenozele de CAE! b. coexistența cu patologia otica supurată cronică c. coexistența cu patologia dermatologică - cel mai frecvent eczema Acumetria instrumentală
Investigații paraclinice obligatorii	Examenul bacteriologic cu antibiogramă
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Audiograma tonală liminară
Consulturi interdisciplinare	Consult dermatologic, boli infecțioase
Tratament medical	1. Prevenție - Evitarea toaletării în exces a CAE (cerumen - rol protector al tegumentului CAE) și a pătrunderii produselor cosmetice - Tratamentul otitei externe acute difuze, al patologiei supurative otice - Tratamentul patologiei dermatologice cu interesarea tegumentului CAE 2. Regim igieno-dietetic - evitarea pătrunderii apei și a traumatismelor locale prin utilizarea bețisoarelor, unghiilor, etc cu scopul menținerii uscate a urechilor - toaleta locală atraumatică cu scopul îndepărtării pielii descuamate, inflamate, favorizării contactului pielii cu tratamentul topic, examinării urechii medii - controlul factorilor favorizanți 3. Tratament medicamentos local - Antiseptice locale - Tratament antibiotic local cu sau fără antiinflamator Atenție la caracterul ototoxic în condițiile existentei unei perforații de membrană timpanică! - Tratamentul complicațiilor: episoadele de acutizare, lichenificarea tegumentului CAE 4. Tratament antibiotic general - rezervat doar cazurilor cu evoluție locală nefastă sau în cazul aparițiilor complicațiilor 5. Terapia durerii - unde este cazul Tratamentul afecțiunilor dermatologice - unde este cazul
Tratament chirugical	Tratamentul chirurgical al stenozei CAE
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament Evaluarea și tratarea complicațiilor locale (suprainfecția bacteriană, stenozele CAE) În funcție de evoluția bolii.

Otita externă malignă

Diagnostic clinic	Anamneza - Antecedente de otită acută externă aparent banală, însă trenantă, la pacienți cu DZ sau status cu imunodepresie ; otalgie intermitentă, în special noaptea, otoree purulentă urât mirositoare, hipoacuzie, durere la nivelul articulației temporo-mandibulare spontan și la masticație - Otita acută externă cu semne atipice: paralizia facial periferică, trismus, parotidita, adenopatii parotidiene, semne generale (temperatura mai mare de 38°C) Examen clinic ORL - Otoscopia/endoscopia auriculară/otomicroscopia va preciza: 1. extensia leziunilor CAE: leziunile tegumentului CAE edematoase, eritematoase, otoree, prezența țesutului de granulație la nivelul peretelui inferior +/- ulcerație prezentă la nivelul joncțiunii osteo-cartilaginoase 2. prezența complicațiilor: osteomielita de os temporal, meningită, abces cranian, paralizii nervoase (secundare invaziei foramen stilomastoidian sau invaziei intraparotidiene: paralizie VII periferica, secundare invaziei foramen jugulare: paralizie IX, X, XI, XII; apexului pietros: paralizie V, VI; sinusului cavernos: paralizie III), trismus secnda invaziei articulatiei temporo-mandibulare, adenopatii parotidiene, tromboflebita de sinus cavernos, semne de toxicitate sistemică 3. palparea peretelui inferior al CAE - acumetria instrumentală

Investigații paraclinice obligatorii	HLG, markeri de inflamație. Examen bacteriologic cu antibiograma Examen histopatologic pentru a exclude prezența carcinomului scuamos Audiograma tonală liminară Bilant radiologic esențial: - CT stanca temporal/etaj mijlociu/baza craniu/spații profunde față pentru precizarea extensiei și evaluarea integrității osului cortical - RMN stanca temporal/etaj mijlociu/baza craniu/spații profunde față
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	- În funcție de evoluția pacientului și a complicațiile apărute - Scintigrafie osoasă cu 99mTc (pentru studiul localizării activității osteoblastice și clasificarea gradului leziunilor) și/sau cu 67-Ga citrat (pentru studiul localizării granulocitelor și a acumulărilor bacteriene)
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase, neurologic, neurochirurgical, ATI, boli de nutriție (DZ), al patologiei asociate (pentru pacienții cu imunodepresie)
Tratament medical	Tratament medicamentos a. Local - valoare limitată - Antiseptice locale - Tratament antibiotic local b. General - terapie antibiotică sistemică adaptată agentului etiologic, în doze mari, de lungă durată c. Tratament antiinflamator nesteroidian/steroidian d. Terapia durerii Tratamentul patologiei asociate: DZ, corectarea factorilor de imunosupresie Tratamentul complicațiilor
Tratament chirugical	Scop: - Recoltare de tesut bioptic - Îndepărtarea țesutului necrotic osos Tratamentul chirurgical al complicațiilor
Urmărirea pacientului	1. Evaluarea succesului tratamentului - Toaleta periodică zilnică sau nu, în funcție de extensia leziunilor - Întreruperea tratamentului: aspect clinic favorabil, aspect biologic - normalizarea CRP-ului, aspect radiologic - rezoluția modificărilor radiologice 2. Evaluarea complicațiilor otitei externe maligne 3. Reabilitarea auditivă - unde este cazul

Dop cerumen

Diagnostic clinic	Dopul de cerumen poate fi total asimptomatic atât timp cât există un spațiu între masa ceruminoasă și pereții conductului auditiv extern. În momentul în care obstruează complet conductul, dopul devine simptomatic: senzație de plenitudine auriculară, hipoacuzie, acufene, otalgie. Cel mai frecvent acest fenomen se produce în momentul intrării apei în conduc (determină umflarea dopului), sau consecutiv încercărilor de curățire ale conductului cu stilete port-vată, când cerumenul este împins și inclavat la nivelul istmului. Examenul otoscopic stabilește diagnosticul (medicul generalist, medicul specialist ORL). Hipoacuzia, dacă este prezentă, este de tip transmisie. Acumetria instrumentală: Weber lateralizat la urechea cu hipoacuzie, Rinne negativ la urechea cu hipoacuzie.
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Audiometria tonală
Consulturi interdisciplinare	nu este necesar
Tratament medical	1. Spălătura auriculară: 2. Extragerea instrumentală: aspirator, cârlige speciale, stilete curbe, chiurete, pense auriculare. 3. Agenți ceruminolitici: Principalii agenți folosiți în practică sunt: - orice tip de ulei (alimentar, de parafină) - apa oxigenată - soluția de bicarbonat de sodiu - preparate tipizate comerciale
Urmărirea pacientului	nu este necesar

Corpi străini auriculari

Diagnostic clinic	Simptomatologie: Pacienții pot fi total asimptomatici, sau se pot prezenta la medic acuzând otalgie, otoree (în caz de otită externă supra-adăugată), chiar hipoacuzie. Prezența insectelor vii este extrem de supărătoare prin disconfortul generat de zgomotul produs și de mișcarea acestora prin conduct. Examenul otoscopic și otomicroscopic evidențiază corpul strain.
Investigații paraclinice obligatorii	nu sunt necesare
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	nu sunt necesare

Consulturi interdisciplinare	nu sunt necesare
Tratament	Tratamentul corpilor străini auriculari constă în îndepărtarea acestora. Se recomandă ca manevra să fie efectuată de către specialistul ORL, în condiții de vizibilitate perfectă (otoscop, oto-microscop). Extragerea se face cu ajutorul unor pense auriculare, chiurete, cârlige, cu aspiratorul sau prin spălătură auriculară. Particularități: Insectele vii trebuie omorâte în prealabil prin aplicare de ulei la nivelul conductului, după care extragerea se face cu ajutorul unei pense, cu aspiratorul sau prin spălătură auriculară. În cazul obiectelor organice (ex. bob de fasole) care absorb apă, se umflă și determină otalgie, în principiu nu se va tenta spălătura auriculară. Obiectele anorganice cu suprafață neregulată/netedă, cu margini, pot fi extrase cu ajutorul penselor auriculare Hartmann. Obiectele rotunde cu suprafață neregulată/netedă pot fi extrase prin spălătură auriculară sau prin utilizarea unui cârlig sau stilet cu vârful încurbat, similar celor utilizate la îndepărtarea cerumenului. Corpii străini localizați la nivelul porțiunii laterale, cartilaginoase a conductului auditiv extern pot fi extrași cu ușurință, la nivel de ambulator ORL utilizând una din tehnicile descrise. Probleme mai deosebite ridică corpii străini inclavați în porțiunea medială a conductului, dincolo de istm, mai ales dacă au fost practicate tentative nereușite de extracție și pacientul prezintă leziuni locale inflamatorii. Se poate impune o extragere a corpului străin prin manopere chirurgicale, care necesită uneori anestezie generală, și un abord endo- sau retro-auricular. Dacă conformația anatomică a conductului nu permite o bună vizualizare se impune chiar frezarea porțiunii osoase. Copiii necesită o abordare specifică, mai ales dacă în antecedente s-au efectuat tentative nereușite de extracție, care au determinat durere, discomfort, traumă. În asemenea cazuri este utilă câștigarea încrederii pacientului. De multe ori este necesară o sedare sau chiar anestezie generală pentru a efectua manopera de extracție în bune condiții.
Urmărirea pacientului	nu este necesară

Exostoze auriculare

Diagnostic clinic	Anamneză: În general sunt descoperite întâmplător cu ocazia unui examen clinic ORL, la un pacient asimptomatic. Examenul otoscopic și otomicroscopic evidențiază leziunile, localizate la nivelul porțiunii profunde a canalului auditiv extern, adjacent membranei timpanice. Apar ca proeminențe osoase multiple, bilaterale, sesile, hemisferice. Tegumentul care le acoperă este nemodificat. Dacă exostozele sunt voluminoase și determină prin prezența lor o reducere a lumenului canalului mai mare de 80%, atunci se pot asocia cu un istoric de otite difuze externe recurente, cu acumulare de cerumen, hipoacuzie de tip transmisie.
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Examenul CT este util în cazul în care avem o stenoză strânsă de conduct, pentru a diferenția prezența unor exostoze de alte cauze de stenoză ale conductului auditiv extern (ex. otita difuză externă cronică). Tomografia mai este utilă și pentru a evidenția prezența unor complicații locale (colesteatomul de conduct auditiv extern)
Consulturi interdisciplinare	
Tratament medical	Complicațiile care pot să apară în cazul unor exostoze voluminoase (otite difuze externe, dopuri de cerumen, colesteatom de conduct, hipoacuzie de transmisie) pot fi rezolvate conservativ prin o toaletă minuțioasă a conductului, sub control microscopic și prin aplicare de soluții topice.
Tratament chirurgical	În cazurile refractare la tratamentul conservator, și care determină episoade repetate de otite difuze externe, frecvente dopuri de cerumen, hipoacuzie de transmisie. Abordul este endaural sau retro-auricular.
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii.

Osteomul de conduct

Diagnostic clinic	Anamneză: Marea majoritate a pacienților sunt asimptomatici. Simptomele apar în cazul în care osteomul determină obstrucția completă a canalului: hipoacuzie, otalgie. Examen clinic ORL: Examenul otoscopic și otomicroscopic evidențiază leziunea: masa solidă localizată la nivelul porțiunii profunde a conductului auditiv extern.
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT al osului temporal
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Audiometria tonală liminală.
Consulturi interdisciplinare	
Tratament medical	
Tratament chirurgical	Extirparea leziunii și trimiterea piesei operatorii în vederea efectuării examenului histopatologic.
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii.

Keratosis obturans

Diagnostic clinic	Otalgie severă și hipoacuzie de transmisie, rareori bilateral. Se poate asocia cu bronsiectazie sau sinuzită. În timp se produc leziuni osoase care pot conduce până la automastoidectomie.
Investigații paraclinice obligatorii	Otomicroscopie - canalul auricular se poate lărgi și se observă membrana timpanică în relief
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	• CT - evaluarea eroziunii osului temporal • Examinare histologică - excluderea unui carcinom al conductului auricular extern
Consulturi interdisciplinare	În funcție de comorbidități.
Tratament medical	Extragerea dopului
Tratament chirurgical	Dacă afectarea osului temporal este avansată se poate recurge la plastia CAE

Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii.

Stenoza CAE

Diagnostic clinic	Stenoza apare în urma unei infecții acute sau cronice a canalului auditiv extern. Patologia se complică adesea cu colesteatom de conduct. Stadializarea se face în funcție de procentul din timpan care se poate observa la inspecție: • gradul 0 - se observă 100% din timpan, • gradul 1 - obstrucția este sub 33%, • gradul 2 - obstrucția este între 33% și 66% • gradul 3 - obstrucția este peste 66%.
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	CT - evaluarea unui posibil colesteatom sau a unor exostoze. Audiogramă tonală liminara.
Consulturi interdisciplinare	
Tratament medical	Tratarea unei otite externe concomitente.
Tratament chirurgical	Plastia CAE
Urmărirea pacientului	Postoperator se scoate mesa/mentorul intraauriculară după 2-3 săptămâni și se recomandă consulturi la o lună, trei luni și șase luni postoperator.

Colesteatomul de CAE

Diagnostic clinic	Anamneza • otoree, • hipoacuzie, • otalgie Examen clinic ORL- otoscopie, otomicroscopie
Investigații paraclinice obligatorii	Recoltare secreție otica cu examen microbiologic CT craniocerebral RMN craniocerebral Audiograma tonală liminară
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Examinare histologică - excluderea unui carcinom al conductului auricular extern
Consulturi interdisciplinare	
Tratament medical	În leziunile incipiente, când nu a început eroziunea osoasă, se îndepărtează lamele epidermice și se aplică o cremă sau unguent cicatrizant, ulei mineral sau 5-fluorouracil
Tratament chirurgical	În colesteatomul constituit, care a determinat eroziunea peretelui conductului, se practică exereza epidermozei și a leziunilor inflamatorii locale, frezarea osului cariat până la nivelul unei structuri normale și urmărirea reepitelizarii zonei denudate. Pentru cazurile evoluate spre cavitățile urechii medii se practică tehnici chirurgicale de exereza și reconstrucție, în funcție de localizarea, intinderea și distrucțiile produse de colesteatom.
Urmărirea pacientului	Control postoperator la început săptămânal și ulterior lunar sau la 2-3 luni, în primele 6 luni de la intervenția chirurgicală.

Miringita acută

Diagnostic clinic	Anamneza Simptome: otalgia intensă (în forma buloasă) +/- otoree +/- otoragie Factori etiologici: infecții virale, Mycoplasma pneumoniae Examen clinic ORL - Otoscopie- congestia MT - În forma buloasă - bule în porțiunea osoasă a conductului și pe suprafață MT, care pot avea un aspect hemoragic - Se poate asocia în evoluție cu o otită medie acută - Mobilitate normală la pneumatoscopie - în miringita simplă – Acumetrie instrumentală - poate fi normală
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Audiograma tonală - auz normal
Consulturi interdisciplinare	
Tratament medical	1. Tratament antialgic 2. Tratament topic- antibiotic + steroizi topici 3. Tratament antibiotic
Tratament chirurgical	- Nu este necesar
Urmărirea pacientului	- Nu este necesară, în lipsa complicațiilor

Otita acută medie

Diagnostic clinic	Anamneza: Istoric de debut acut < 48 ore Simptome: - Otalgie intensă - Febră 39-40 grade (la copii) - Iritabilitate - Hipoacuzie - +/-Otoree Examen clinic ORL - Otoscopia

	- MT cu semne de inflamație: opacă, albă, gălbuie, sau intens congestivă, bombată și/sau secreții purulente - Otoscopia pneumatică - mobilitate diminuată Acumetria instrumentală
Investigaţii paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Timpanometrie Audiograma tonală liminară Identificarea agentului cauzal Examen endoscopic nazo-faringian
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric (la copii)
Tratament medical	1. Reducerea durerii - analgezice, antiinflamatoare. 2. Descosngestionante nazale 3. Tratament topic 4. Tratament general - antibiotic
Tratament chirugical	Timpanotomia - în cazuri foarte grave, care nu răspund la tratament și în caz de suspiciune a uno complicații (mastoidită)
Urmărirea pacientului	1. Dacă simptomele se remit: la copii control peste 3 luni, la adulți nu este necesar 2. Dacă simptomele persistă > 3 zile după inițierea tratamentului:reevaluare. 3. Pe termen lung - Urmărirea otitei seroase și a hipoacuziei

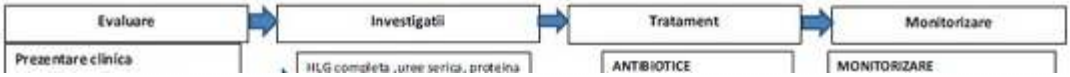
Otita media seroasă

Diagnostic clinic	Anamneza: 1. Simptome: Hipoacuzie uni sau bilaterală în funcție de etiologie; Senzație de plentitudine aurală; ± otalgie ușoara-medie; ± acufene; ± vertij; ± dificutăți de comunicare, deficit de atenție; ± întârziere în limbaj și vorbire; ± asimptomatic 2. Factori favorizanți și etiologici: - vârsta (considerente anatomice și fiziologice); infecții acute ale căilor respiratorii superioare; disfuncția trompei lui Eustachio; variație presională; ca urmare a unei otite medii acute; hipertrofie de vegetații adenoide; formațiune tumorală rinofaringina; teren atopic; fumatul pasiv; reflux gastroesofagian, - grupe speciale: sindrom Down, palatoschizis cu/fără sindroame asociate; istoric personal de iradiere în sfera ORI. Examen clinic ORL: 1. Otoscopie/Endocopie auriculară/Otomicroscopie: prezența de lichid în urechea medie (± bule de aer); dispariția tringhiului luminous; timpan mat, aspirarea membranei timpanice; fără semne de inflamație; membrane timpanică intactă; etc. ± fără semne evidente la otoscopie, 2. Manvera Valsalva/Toynbee 3. Acumetrie instrumentală cu diapazon de 256Hz sau 512 Hz 4. Endoscopie de rinofaringe (mai ales adulți cu otita seroasă unilaterală) 5. Otoscopie pneumatică
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	1. Audiograma 2. Timpanometrie 3. Endoscopie nazală și de rinofaringe
Consulturi interdisciplinare	Alergologic, pediatrie ATI (după caz)
Tratament medical	1. "Watchful waiting" pe o perioadă de 3 luni 2. kineziterapie tubară: para Politzer/alte dispozitive de insuflație tubara/Manevra Valsalva/Deglutiție frecventă (guma de mestecat/bomboane de supt) 3. ± dezobstrucția nazofaringiană (soluție nazală vasoconstrictoare, antiinflamator, mucolitic, antialergic) 4. ±Tratament antibiotic
Tratament chirugical	Timpanocenteaza diagnostică/terapeutică Montare de aerator transtimpanic ± Adresarea patologiei cauzale (adenoidectomie)
Urmărirea pacientului	După caz: Evaluare clinică la 2 săptămâni, 1 lună și 3 luni, cu evaluare audiologică/timpanometrie la 1 lună și 3 luni

Mastoidita acută

Diagnostic clinic	Anamneza: otoree purulentă, febră persistentă, otalgie, stare generală modificată, simptome persistente pentru un interval de timp mai mare de 2 săptămâni sau care apar după o perioadă de 2 saptămâni de la diagnosticarea și tratarea unei otite acute cel mai frecvent la copil Examen clinic ORL: pavilionul auricular împins antero-inferior, edem retroauricular, congestie, sensibilitate la palparea mastoidei, +/- bombarea peretelui posterior al conductului auditiv extern (semn caracteristic constant), bombarea membranei timpanice sau secreții purulente persistente în conductul auditiv extern+ perforația membranei timpanice (centrală sau marginală),
Investigații paraclinice obligatorii	Teste biologice uzuale, examen CT de os temporal opacificarea completă a celulelor mastoidiene +/- dispariția septurilor intercelulare osoase la nivelul mastoidei
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	R.M.N cu substanță de contrast în cazul suspicionării unei complicații intracraniene asociate
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic
Tratament medical	Tratament antibiotic, antiinflamator, antialgic, DNF
Tratament chirugical	Mastoidectomie cu asigurarea ventilației urechii medii+/- drenaj transtimpanic dacă simptomatologia persistă sau se agravează
Urmărirea pacientului	La o lună, 4 luni și 12 luni

Managementul Mastoiditei Acute la Adulţi şi Copii



Otita medie supurată cronică necolesteatomatoasă

Diagnostic clinic	Anamneza - otoree mucopurulentă cronică, intermitentă/persistentă Examen clinic ORL - perforația centrală a membranei timpanice, mucoasa casei normal sau inflamată, cu granulații, secreții muco-purulente în perioadele active, hipoacuzie
Investigații paraclinice obligatorii	Audiometrie tonală - hipoacuzie de transmisie/mixtă,
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Computer tomografie - leziuni osiculare, mucoasă inflamată Rx sinusuri - patologie asociată Endoscopie nazală - deviație de sept, rinită cronică, rinosinuzită, adenoidită cronică etc Examen bacteriologic secreție otică
Consulturi interdisciplinare	Pentru patologia asociată
Tratament medical	Antibioterapie pe cale generală sau topic, aspirarea secrețiilor
Tratament chirugical	Timpanoplastie sub control microscopic sau endoscopic, cu/fără mastoidectomie, cu anestezie locală sau generală, cu sau fără montare proteză pentru reconstrucție osiculară
Urmărirea pacientului	Control microscopic sau endoscopic

Colesteatomul urechii medii

Diagnostic clinic	Anamneza: hipoacuzie, otoree purulentă intermitentă fetidă, posibil otoree sanghinolentă, tinitus. (Prezența otalgiei, a cefaleei sau a sindromului vestibular - ridică suspiciunea apariției unei complicații) Examen clinic ORL: otomicroscopie -perforația marginală a membranei timpanice (postero-superioară sau la nivelul membrane Shrapnell), polipi inflamatori în conductul auditiv extern care prolabează de la nivelul aticii. În cazul colesteatomului congenital-masă tumorală de culoare albă care se vede prin transparența membrane timpanice - membrana timpanică integră
Investigații paraclinice obligatorii	- examen bacteriologic din secreția otică plus antibiogramă, audiograma tonală liminară, examen compute tomografic(CT) de os temporal (rezoluție înaltă, fereastră de os, secțiuni de minim 0.6 mm -masă tisulară hipodensă cu densitate paralichidiană asociată cu zone de eroziune osoasă; inventarul leziunilor -extindere, statusul lanțului osicular, sinusul timpanic, nervul facial, tegmenul, peretele intern al casei, canalul semicircular lateral).
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	- rezonanță magnetică nucleară cu substanță de contrast în cazul suspicionării unei complicații intracraniene
Consulturi interdisciplinare	- consult anesteziologic; opțional la indicațiile medicului anestezist și în funcție de patologia asociată -consult cardiologic, consult medicină internă; consult neurochirurgical (numai în cazul suspicionării unei complicații intracraniene)
Tratament medical	- toaleta auriculară prin aspirarea secrețiilor otice și instilarea de soluții otice cu antibiotice. Antibioterapie pe cale generală cu spectru larg sau conform antibiogramei din secreția auriculară
Tratament chirugical	- timpanomastoidectomie în tehnică închisă/deschisă (cu/fără conservarea peretelui posterior al conductului auditiv extern) +/- timpanoplastie - în cazul tehnicii deschise +/- obliterarea cavității de evidare mastoidiene (opțional-cartilaj conchal, pulbere de os sau fascie de os temporal)
Urmărirea pacientului	- la 10-14 zile (extragerea pansamentului din conductul auditiv extern); 1 lună, 4 luni (audiogramă tonală liminară), 12 luni, apoi o dată pe an. Pentru tehnicile deschise - În caz de epitelizare deficitară a cavității de evidare controale lunare pentru tratament local (îndepărtarea granulațiilor și cauterizare cu soluții/pulbere de nitrat de argint, până la vindecare. Pentru tehnicile închise -la 12-18 luni -rezonanță magnetică nucleară (RMN) cu difuzie lentă pentru aprecierea recidivei colesteatomului - (opțional în funcție de dotarea tehnică a spitaluilui) +/- intervenție chirurgicală de control (second look) sau direct intervenție chirurgicală de control a recidivei colesteatomatoase.

Meningita otică

Diagnostic clinic	Anamneza: stare de rău, grețuri și vărsături, cefalee severă, fotofobie, febră înaltă constantă, starea de conștiență poate fi afectată în diverse grade Examen clinic ORL: hiperestezie cutanată, rigiditatea cefei și durere la flexia capului; semnul Brudzinski (flexia pasivă a capului pe piept este urmată de flexia involuntară a ambelor gambe și coapse); semnul Kernig (încercărire de extensie a gambei, coapsa fiind poziționată în flexie în unghi drept, produce durere, rezistență și spasme,din cauza hiperreflexiei musculaturii + semnele sugestive pentru afecțiunea otică (otită medie acută cel mai frecvent)
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT (pentru diagnosticul afecțiunii de bază, excluderea altor complicații și asigurarea efectuării punctiei lombare în condiții de siguranță); puncție lombară în serviciul de boli infecțioase
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Examenul RMN cerebral cu substanță de contrast pentru excluderea altor compliații intracerebrale Examenul fundului de ochi (posibil edem papilar);
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase cu tranferul pacientului pentru tratament adecvat Consult neurochirurgical
Tratament medical	Antibiotice IV
Tratament chirugical	În cazul otitei medii acute cu fenomene de retenție -miringotomie pentru a favoriza evacuarea colecției purulente, reevaluare și mastoidectomie când pacientul este stabil În cazul colesteatomului-chirurgia colesteatomului când pacientul este stabil
Urmărirea pacientului	Follou-up pentru afecțiunea de bază

Otomastoidita mascată

Diagnostic clinic	Anamneza: otodinie persistentă de intensitate moderată la un pacient care a urmat cure repetate de antibiotice pentru o otită acută Examen clinic ORL: membrana timpanică de aspect cvasinormal fără secreții în conductul auditiv extern, sensibilitate moderată la palparea mastoidei
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT de os temporal cu rezoluție înaltă-arie localizată de opacifiere la nivelul mastoidei, într-o mastoidă normal pneumatizată
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic
Tratament medical	Antibioterapie cu spectru larg
Tratament chirugical	Mastoidectomie cu eradicarea focarului de infecție asigurarea ventilației urechii medii +/- drenaj transtimpanic
Urmărirea pacientului	La o lună, 4 luni, 12luni

Labirintita acută

Diagnostic clinic	Anamneza: greţuri vărsături, acufene hipoacuzie, stare de rău, vertij sever, simptome cu progresie rapidă care apar în evoluția unei otite medii acute sau colesteatom. După câteva ore simptomele vestibulare scad în intensitate și continuă să se îmbunătățească în următoarele 2 săptămâni dar auzul scade progresiv ajungându-se la cofoză Examen clinic ORL-la debut-nistagmus spontan cu bătaie spre urechea afectată (labirintită seroasă) după care își schimbă direcția spre urechea sănătoasă (labirintită purulentă) +semnele bolii de bază
Investigații paraclinice obligatorii	Audiograma tonală liminară-apare hipoacuzia neurosenzorială care poate progresa spre cofoză Examen CT de os temporal cu substanță de contrast-sugestiv pentru otitiă medie acută sau colesteatom +/- opacifierea labirintului
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Ex RMN cerebral cu substanță de contrast pentru excluderea altor complicații intracerebrale (în special meningita)
Consulturi interdisciplinare	Examen anesteziologic
Tratament medical	Antibioterapie pe cale generală
Tratament chirugical	Miringotomie sau mastoidectomie (În cazul otitei medii acute, nu este necesară labirintectomia) Tratamentul chirurgical al colesteatomului +/- labirintectomie
Urmărirea pacientului	Conform bolii de bază

Paralizia de nerv facial

Diagnostic clinic	Anamneza: otoree, otalgie, febră (simptome sugestive pentru otită medie acută) sau otoree cronică, hipoacuzie (simptome sugestive pentru colesteatom), asimerie facială instalată brusc sau insidios Paralizie facială iatrogenă (postoperator în chirurgia colesteatomului) Examen clinic ORL: asimetrie facială statică și dinamică evidentă la nivelul hemifeței urechii afectate (cuprinzând toate ramurile nervului facial)
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT cu rezoluție înaltă-aspect sugestiv pentru otită medie acută sau colesteatom, eroziune osoasă a canalului nervului facial de obicei în porțiuinea a 2-a, superior față de fereastra ovală dar posibil și în alte localizări
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	ENG, EMG, RMN
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic
Tratament medical	Antibioterapie pe cale generală corticoterapie pe cale generală
Tratament chirugical	- tratament chirurgical de urgență al bolii de bază (vezi tratamentul chirurgical al otitei medii acute, colesteatomului) + decomprimarea nervului facial pâna la epinerv; în caz de accident intraoperator reintervenție a 2-a zi pentru explorare, descoperirea nervului facial, îndepărtarea zonei lezate dacă este cazul și grefare (nerv mare auricular, nerv sural)
Urmărirea pacientului	Până la recuperarea completă a funcționalității nervului facial + follow -up pentru boala de bază

Petrozita

Diagnostic clinic	Anamneza: otoree, durere la nivelul mastoidei asociată cu durere retroorbitară profundă și înspre baza craniului, diplopie orizontală (petrozită apicală); simptomele se pot agrava în evoluție prin extinderea infecției la toate celulele osului temporal (osteomielita osului temporal) Examen clinic ORL: pareza nervului VI abducens (imposibilitatea de abducție a globului ocular) +/- pareză de nerv VII facial
Investigații paraclinice obligatorii	Examenul CT cu rezoluție înaltă de os temporal-opacifierea celulelor de la nivelul vârfului stăncii temporale
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	RMN cerebral cu substanță de contrast (necesar pentru a diferenția colecția lichidiană de la nivelul celulelor apicale, de absența pneumatizării acestora, excluderea asocierii unor complicații intacerebrale
Consulturi interdisciplinare	Consult neurochirurgical
Tratament medical	Antibioterapie cu spectru larg administrare intravenoasă sau conform antibiogramei
Tratament chirugical	Mastoidectomie tehnică deschisă +/- abordul celulelor vârfului stăncii pe calea celulelor retro, supra sau infralabirintice (numai în cazul în care este posibil din punct de vedere al condițiilor anatomice) (- abord pe calea fosei cerebrale mijlocii într-un serviciu neurochirurgical la nevoie)
Urmărirea pacientului	- pentru boala de bază

Tromboza de sinus lateral

Diagnostic clinic	Anamneza: frison, febră de tip septic cu exacerbări diurne, cefalee, (starea generală poate fi alterată datorită septicemiei sau datorită hipertensiunii intracraniene în funcție de extensia trombusului septic)

	Examen clinic ORL: otomicroscopie semne sugestive pentru otomastoidită acută sau colesteatom; edem al regiunii mastoidiene (semnul Griesenger-datorită trombozei venei emisare mastoidiene) sensibilitate la palparea vârfului mastoidei, posibil tumefacție laterocervicală înaltă cu țesuturile moi tumefiate, împăstate,sensibile la palpare
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT cu substanță de contrast pentru osul temporal (semnul delta-captarea substanței de contrast la nivelul peretelui sinusului lateral), RMN cerebrală cu substanță de contrast-mai sensibilă pentru diagnostic, poate evalua formarea trombului septic intraluminal și extensia acestuia spre vena jugulară internă sau spre sinusurile superioare precum și excluderea altor complicații intracraniene)
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic, consult neurochirurgical
Tratament medical	Asociere de antibiotice i.v cu spectru larg pentru acoperirea florei (gram pozitiv+gram negative +anaerobi), anticoagulante (opțional), corticosteroizi
Tratament chirugical	Timpanomastoidectomie - descoperirea sinusului lateral, deschiderea acestuia (în caz de puncție negativă), evacuarea trombusului, obliterarea și excluderea sinusului lateral - ligarura venei jugulare interne dacă este cazul
Urmărirea pacientului	- până la vindecare + follow-up pentru boala de bază

Hidrocefalia de cauză otică

Diagnostic clinic	Anamneza: cefalee intensă constantă, grețuri vărsături în special la copil sau adolescent, simptome apărute imediat după o otită medie acută sau chiar la câteva săptămâni Examen clinic ORL: otomicroscopia sugestiv pentru otită medie acută în faza de vindecare
Investigații paraclinice obligatorii	Examenul fundului de ochi-edem papilar Ex. CT cu substanță de contrast -hidrocefalie
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	RMN cu substanță de contrast-hidrocefalie, edem cerebral, foarte frecvent asociată cu tromboza de sinus lateral)
Consulturi interdisciplinare	Consult și transfer în serviciul de boli infecțioase
Tratament medical	De urgență -diuretice hiperosmolare, steroizi, puncții lombare repetate
Tratament chirurgical	Decompresie subtemporală la nevoie într-un serviciu neurochirurgical pentru prevenirea atrofiei optice
Urmărirea pacientului	Până la vindecare + Urmărirea pacientului al afecțiunii de bază

Fistula labirintică

Diagnostic clinic	Anamneza: episoade scurte de dezechilibru sau vertij asociate cu otoree cronică intermitentă fetidă și hipoacuzie. Uneori episod scurt de dezechilibru la sunete puternice (fenomenul Tullio) Examen clinic ORL: otomicroscopie-aspect sugestiv pentru colesteatom; testul fistulei (amețeală la creștere presiunii în conductul auditiv extern)
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT de os temporal cu rezoluție înaltă -zonă de eroziune osoasă la nivelul canalului semicircular lateral cel mai frecvent) posibil și la nivelul canalului semicircular posterior sau cohlee
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Examen RMN cerebral cu substanță de contrast pentru excluderea unor complicații intracraniene
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziologic
Tratament medical	Antibioterapie cu administrare intravenoasă, corticosteroizi, antiemetice
Tratament chirurgical	Tratamentul chirurgical al colesteatomului + îndepărtarea patologiei și acoperirea defectului osos la nivelul fistulei (opțional cu fascie temporală, cartilaj concal sau pulbere de os)
Urmărirea pacientului	Pentru boala de bază

Encefalocelul (menigoencefalocelul) şi fistula lcr

Diagnostic clinic	Anamneza: accentuarea hipoacuziei în cursul evoluției unei otite medii acute sau colesteatom; posibil otolicvoree spontană Examen clinic ORL: semne sugestive pentru otită medie acută sau colesteatom cu scurgerea de LCR, în cantitate apreciabilă
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT cu rezoluție înaltă-defect osos la nivelul tegmenului timpanic cu acumulare de lichid în urechea medie și hernierea encefalului +semnele patologiei otice asociate
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	RMN cerebral cu substanță de contrast pentru aprecierea eventualelor complicații asociate
Consulturi interdisciplinare	Consult neurochirurgical
Tratament medical	Antibioterapie cu spectru larg
Tratament chirurgical	Timpanomastoidectomie cu acoperirea defectelor mai mici de 2 cm pe cale mastoidiană În caz de defect mai mare de 2 cm - direcționarea pacientului într-un serviciu de neurochiurgie pentru acoperire prin abord pe calea fosei cerebrale mijlocii
Urmărirea pacientului	Până la asigurarea închiderii fistulei LCR + Urmărirea pacientului al bolii de bază

Abces subperiostal mastoidian

Diagnostic clinic	Anamneza - otoree purulentă, hipoacuzie, febră, dureri la nivelul regiunii mastoidiene apărute de obicei în evoluția unei mastoidite acute Examen clinic ORL: - în funcție de localizarea abcesului subperiosteal la nivelul mastoidei Abces retroauricular (erodarea corticalei externe mastoidiene): - tumefacția regiunii retroauriculare cu ștergerea șanțului retoauricular; edem, congestie, sensibilitate la palpare cu zonă de fluctuență, uneori fistulă tegumentară cu extravazarea secreției purulente Abces Bezold (erodarea corticalei interne a vârfului mastoidei cu fuzarea colecției purulente intern față de mușchiul sternocleidomastoidian sau la nivelul fasciei cervicale profunde):

	- tumefacție laterocervicală înaltă, la palpare masă laterocervicală înaltă sensibilă situată profund Abces zigomatic (erodarea tegmenului temporal al osului zigomatic) - tumefacția regiunii supra și preauriculare; edem, congestie, sensibilitate la palpare cu zonă de fluctuență
Investigații paraclinice obligatorii	- examen CT de os temporal-vizualizarea abcesului și a patologiei otice associate
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- ecografie laterocervicală în cazul abcesului Bezold
Consulturi interdisciplinare	- consult anesteziologic -teste biologice uzuale
Tratament medical	- antibiotice cu spectru larg și conform antibiogramei după obținerea rezultatului secreției auriculare
Tratament chirurgical	Mastoidectomie sau Timpano-mastoidectomie (în caz de colesteatom - vezi tratamentul chirurgical al colesteatomlui) + incizia și drenajul abcesului
Urmărirea pacientului	- 1 lună, 4, 12 luni apoi o dată pe an (în caz de colesteatom)

Abcesul şi empiemul subdural

Diagnostic clinic	Anamneza: apariția bruscă a unor simptome fulminante în evoluția unui pacient cu simptome sugestive inițial pentru o mastoidită acută Cefalee severă persistentă inițial urmată de stare generală profund alterată și afectarea stării de conștiență Examen clinic ORL: semne sugestive pentru otită medie acută, urmate rapid de semne de iritație meningeală, sau semne de focar, posibil nistagmus cu bătaie spre urechea afectată
Investigații paraclinice obligatorii	Examenul fundului de ochi-edem papilar; Ex CT cu substanță de contrast-colecție hipodensă care deplasează creierul față de tăblia osoasă (examinarea poate fi normală la debut)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN cu substanță de contrast
Consulturi interdisciplinare	Consult și transfer de urgență al pacientului în serviciul neurochirurgical
Tratament medical	Antibiotice cu spectru larg și administrare intravenoasă
Tratament chirurgical	Drenarea de urgență a empiemului în serviciul neurochirurgical Tratamentul chirurgical al afecțiunii otice
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

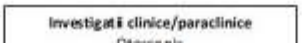
Abcesul extradural (epidural)

Diagnostic clinic	Anamneza: predomină semnele otitei medii acute sau a colesteatomului la care se asociază o durere mastoidiană profundă și constantă (deseori nu are simptome specifice fiind o descoperire intraoperatorie) Examen clinic ORL: semne sugestive pentru mastoidită acută sau colesteatom
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT cu substanță de contrast evidențiază abcesul (dacă este suficient de mare)- cavitate umplută cu lichid situată între osul temporal și dura mater
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN cu substanță de contrast-exclude alte complicații intracraniene
Consulturi interdisciplinare	Consult anesteziolgic
Tratament medical	Antibioterapie cu spectru larg, triplă asociere pentru germeni gram pozitivi, negative și anaerobi
Tratament chirurgical	Timpanomastoidectomie pentru tratamentul bolii de bază, descoperirea tegmenului și evacuarea abcesului
Urmărirea pacientului	Al bolii de bază

Abcesul cerebral

Diagnostic clinic	Anamneza: simptome sugestive pentru otomastoidită acută sau colesteatom asociate în funcție de stadiu cu următoarele simptome: Stadiul I (encefalită): stare de somnolență, apatie sau iritabilitate, febră, cefalee, grețuri, vărsături, convulsii (mai ales la copil) Stadiul II (faza de constituire de la 10 zile la câteva săptămâni, rar luni) - semne discrete uneori - stare de indispoziție, apetit scăzut, ascensiuni febrile intermitente Stadiul III (abces constituit)-cefalee severă refractară la analgeticele obișnuite, vărsături în jet, febră sau subfebrilitate - apatie somnolență, dezorientare Examen clinic ORL: în funcție de localizare abces cerebral: pareza fetei de tip central pe partea opusă a fetei hemipareză partea contralaterală a corpului - abces cerebelos-ataxie de aceeași parte (testul nas-deget), adiadocochinezia(descrește abilitatea de alternare a mișcărilor rapide), tremor la mișcările intenționale, tendință de cădere către partea afectată, nistagmus fluctuant ca direcție și severitate
Investigații paraclinice obligatorii	Examen CT Examen RMN
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Consult neurochirurgical cu transferul pacientului într-o secție de neurochirurgie
Tratament medical	Antibioterapie intravenoasă
Tratament chirurgical	Tratamentul neurochirurgical al abcesului urmat cât de repede permite starea pacientului de tratamentul chirurgical al afecțiunii otice
Urmărirea pacientului	Până la vindecare + Urmărirea pacientului al bolii de bază

Otoscleroza



Diagnostic clinic	Anamneza - hipoacuzie progresivă uni/bilaterală, acufene Examen clinic ORL - otoscopic fară modificări patologice, modificări la probele cu diapazonul (acumetrie instrumentală)
Investigații paraclinice obligatorii	Acumetrie instrumentală, Audiograma tonală - hipoacuzie de transmisie/mixtă uni/bilaterală, acufene. Audiograma vocală Impedantmetria - timpanograma - tip A, reflex stapedian absent
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	CT de înaltă rezoluție - focare de otoscleroză
Consulturi interdisciplinare	Daca există patologie asociată
Tratament medical	Monitorizare
Tratament chirurgical	Intervenție chirurgicală - stapedotomie/stapedectomie, columelizare cu proteză tip piston (de titan, teflon, etc) sub control microscopic sau endoscopic, în anestezie locală/general Implant cohlear daca hipoacuzia e sever-profundă
Urmărirea pacientului	Otoscopie Audiometrie tonală și vocală Monitorizarea posibilelor complicații - vertij, acufene, hipoacuzie

Zoster oticus (sindrom Ramsay-Hunt)

Diagnostic clinic	Anamneza: - stare generală alterată de 1-2 zile + febră +/- cefalee, fotofobie, redoare de ceafă. Examen clinic ORL: - durere tip arsură la nivelul urechii urmată de apariția erupției veziculare la nivelul concăi, conductului auditiv extern și membranei timpanice - veziculele se pot extinde la nivelul feței, gâtului sau pot interesa mucoasa bucală - veziculele roșii-albăstrui se transformă în cruste în câteva zile - atenție la zonele cu cruste, chiar dacă veziculele au dispărut! - paralizie facială periferică (leziunea ganglionului geniculat) - hipoacuzie neurosenzorială și vertij (leziunea nervului VIII) - odinofagie (implicarea nervilor IX și X) - durere facială (implicarea nervului V)
Investigații paraclinice obligatorii	- audiometrie tonală liminală: hipoacuzie neurosenzorială unilaterală sau accentuarea unilaterală a unei hipoacuzii preexistente
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	- confirmare serologică - impedancemetrie cu determinarea reflexului stapedian: absența reflexului stapedian localizează leziunea deasupra emergenței nervului pentru mușchiul scăriței - test Shirmmer
Consulturi interdisciplinare	- boli infecțioase
Tratament medical	- local: tratamentul veziculelor cu agenți de uscare sau acyclovir cremă - Solumedrol sau Prednison sau alt corticosteroid - Acyclovir - vitamine neurotrope
Tratament chirurgical	În cazul persistenței paraliziei faciale periferice: cantorafie externă (pentru protecția corneei) sau implant palpebral sau anastomoză hipoglos-facial Decompresie nerv facial
Urmărirea pacientului	- prognostic este mai puțin favorabil decât în paralizia Bell (mai puțin de 50% dintre pacienți se recuperează satisfăcător) - nevralgie persistentă (ani) - corona și areflexia vestibulară sunt definitive

Vertijul paroxistic pozitional benign

Diagnostic clinic	VPPB este caracterizat prin episode scurte de vertij (durata sub 1 minut) declanșate de modificările poziției capului. VPPB nu este însoțit de simptomatologie auditivă. Pot apărea manifestări vegetative care însoțesc crizele vertiginoase. Examenul clinic ORL este în limite normale. Examen vestibular: Testul Dix-Hallpike este "gold standard”pentru a pune în evidență VPPB canal semicircular posterior (poate evidenția și varianta de canal anterior). Supine-roll test este folosit pentru diagnosticarea variantei de canal semi-circular lateral.
Investigații paraclinice obligatorii	Nu sunt
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	• Videonistagmografie cu teste poziționale și de poziționare. • ATL nu este necesară pentru diagnosticul VPPB dar este utilă pentru excluderea altor afecțiuni vertiginoase ca neurinomul de acustic sau boala Meniere
Consulturi interdisciplinare	Neurologie În cazul în care vertijul nu răspunde la tratament, nistagmusul este necaracteristic, apar manifestări neurologice asociate, atunci pacientul trebuie investigat în vederea excluderii vertijului pozițional central.
Tratament medical	• Manevrele de repoziționare canaliculară reprezintă prima opțiune de tratament pentru VPPB. Se poate folosi manevra Epley sau manevra Semont. • După manevrele de repoziționare nu este nevoie de restricții de mișcare. • Exercițiile Brandt-Daroff nu reprezintă o opțiune ca prima linie de tratament în VPPB • În cazul în care manevrele de repoziționare nu sunt eficiente, acestea se pot repeta. • VPPB nu necesită tratament medicamentos. Pentru ameliorarea simptomatologiei asociate se pot prescrie antiemetice, supresante vestibulare (ex. diazepam), antivertiginoase (ex. antihitaminice H3)
Tratament chirugical	Excludere canal semicircular afectat, doar în cazurile refractare la tratament
Urmărirea pacientului	1 săptămână, 1 lună variabil în funcție de evoluția pacientului

Boala Meniere

Diagnostic clinic	1. Criteriile de diagnostic pentru BM sunt exclusiv clinice, se bazeaza pe asocierea dintre vertijul recurent, hipoacuzia flluctuantă, tinnitus și senzația de presiune auriculară. Este nevoie de cel puțin două episoade de vertij și de certificarea hipoacuziei prin ATL. 2. Hipoacuzia de tip neurosensorial mai accentuata pe frecvențele joase este sugestivă pentru diagnosticul de BM.

	3. Pentru susținerea diagnosticului se pot folosi și datele obținute prin EcoG și imagistică RMN cu substanță contrast adminstrata intratimpanic sau IV, care pot pune în evidență hidropsul endolimfatic.
Investigații paraclinice obligatorii	Audiograma tonală liminară: hipoacuzie de tip neurosenzorial mai accentuată pe frecvențele joase
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Pentru sustinerea diagnosticului se pot folosi și datele obținute prin EcoG și imagistică RMN cu substanță contrast administrată intratimpanic sau IV, care pot pune în evidență hidropsul endolimfatic. Videonistagmografia cu înregistrarea nistagmusului, testare calorică, rotatorie, probe oculomotricitate. Posturografia dinamică computerizată
Consulturi interdisciplinare	Consult neurologic
Tratament medical	1. Pentru tratamentul atacului de vertij asociat bolii Meniere se pot administra supresante vestibulare, antivertiginoase, antiemetice, sedative, antagoniști de calciu (e.g. Diazepam, Droperidol, Meclizina, Dimenhidrinat, Difenhidramina etc). Reechilibrarea hidroelectrolitică poate fi necesară. 2. Ținând cont de caracterul recurent al afecțiunii se indică instituirea unui tratament profilactic. Se recomandă regimul hiposodat. 3. Se pot administra diuretice. 4. Betahistina poate fi folosită 24mg de două ori pe zi. Aceste măsuri terapeutice au rolul de a diminua numărul de crize vertiginoase.
Tratament chirurgical	1. Tratamentul chirurgical al BM poate consta în injecții transtimpanice cu dexametazona sau gentamicină. 2. Se mai pot folosi distrucția chirurgicală a urechii interne, neurotomia de vestibular. 3. Decompresia de sac vestibular este o intervenție controversată.
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția afecțiunii, variabil de la pacient la pacient

Neuropatia acută vestibulară (nav)

Diagnostic clinic	1. Anamneza atentă care evaluează caracterul vertijului, durata mai mare de 24 de ore, dezechilibrul, lipsa simptomatologiei auditive, posibil episod viral în antecedentele recente. Evoluția naturală a bolii spre vindecare este o altă caracteristică importantă. 2. La examenul clinic se observă • nistagmus spontan ○ orizontal sau orizontal rotator cu direcție fixă ○ bate spre urechea sănătoasă ○ este inhibat de fixare și accentuat fără fixare, ○ accentuat la privirea spre secusa rapidă și diminuat când privește în celălat sens, al secusei lente; • HIT pozitiv la urechea bolnavă; • deviație sau cădere spre partea afectată la Romberg • rotație patologică la proba Unterberger/Fukuda spre partea afectată 3. Este necesară o anamneză atentă cu privire la factorii de risc vasculari și eventualele manifestari neurologice concomitente pentru ca exista posibilitatea ca un mic accident vascular în teritoriul vertebro-bazilar să mimeze o NAV. Orice manifestare clinică care nu este încadrabilă în caracteristicile clinice ale bolii trebuie considerate cu atenție și pacientul trimis către investigații suplimentare.
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	VNG poate pune în evidență nistagmusul spontan tip periferic cu toate caracteristicile lui iar probele calorice și rotatorii pot pune în evidență hiporeflexia/areflexia vestibulară. VEMP poate fi folosit pentru diagnosticul afectării ramurii superioare sau inferioare a n vestibular. ATL pentru diagnosticul diferențial Posturografie dinamică computerizată RMN cerebral și pentru urechea internă
Consulturi interdisciplinare	Neurologie, în cazurile în care se suspicionează afectarea de tip central
Tratament medical	1. În faza acută a neuropatiei acute vestibulare se pot administra supresante vestibulare pentru ameliorarea simptomatologiei dar continuarea administrării acestora pe o perioadă mai îndelungată poate întârzia compensarea vestibulară. Se pot folosi: benzodiazepinele, Prometazina, Dimenhidrynatul. Tot în această fază se pot folosi și antiemetice. Reechilibrarea hidroelectrolitică poate fi necesară ca urmare sindromului emetic uneori pronunțat. 2. Beneficiile medicației antivertiginoase în NAV sunt încă studiate dar se folosesc: Meclizine, Flunarizina, Cinarizina, Betahistina. 3. Reabilitarea vestibulară trebuie inițiată cât mai curând posibil pentru a facilita recuperarea funcției vestibulare. Exercițiile vestibulare implică un program dezvoltat gradual de exerciții fizice care se concentrează initial pe stabilizarea statică și apoi pe exerciții dinamice pentru controlul echilibrului și stabilizarea privirii în timpul mișcărilo associate "ochi-cap-corp". 4. Corticoterapia poate fi utilă în îmbunătățirea funcției vestibulare în cazul neuropatiei acute vestibulare. 5. Medicația antivirală nu este utilă în tratamentul NAV.
Tratament chirurgical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	În funcție de etiologia afecțiunii

HIPOACUZIILE NEUROSENZORIALE: DIAGNOSTIC ŞI REABILITARE AUDITIVĂ (PROTEZE CONVENŢIONALE ŞI IMPLANTABILE)

Denumire afecțiune I. Suspiciunea de hipoacuzie la nou-născut și sugar, sau la cei care au prezentat la naștere factori de risc pentru surditate	
Diagnostic clinic	Anamneza Copii care se adresează serviciului pentru repetarea testărilor de screening în cadrul protocolului programului național după externarea din maternitate. - Anamneză și analizarea documentelor din maternitate sau alte unități medicale și identificarea factorilor de risc pentru surditate; Examen clinic ORL - Otoscopie/Otomicroscopie ○ Toaleta urechii - extragerea dopurilor de cerumen, epidermice, secreții patologice; Descrierea aspectului urechii externe și a timpanului

Investigații paraclinice obligatorii	- Timpanometrie ○ Simplă sau de bandă largă (în funcție de caz și de vârstă - T de bandă largă se recomandă la nou-născut și sugar până la vârsta de 18 luni); - Otoemisiuni acustice de screening prin stimuli tranzitorii sau produși de distorsiune - Căutarea reflexului cohleo-palpebral - Audiometrie comportamentală sau cu răsplată vizuală (funcție de vârstă) - Potențiale automate evocate auditive de trunchi cerebral (AABR) în funcție de caz.
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	În cazul rezultatului REFER se va trece la etapa de diagnostic prin bilanț auditiv complet.
Consulturi interdisciplinare	- Neurologie pediatrică
Tratament medical	- nu
Tratament chirugical	- nu
Urmărirea pacientului	În cazul rezultatului PASS, dacă NU există factori de risc pentru surditate se va afirma auz normal, iar pacientul nu va fi rechemat. În cazul rezultatului PASS, dacă există factori de risc pentru surditate se va rechema pacientul periodic pentru retestare conform protocolului programului național de screening al MS
Denumire afecțiune II. Suspiciunea de hipoacuzie și/sau acufene la copil sau la adult Este necesară evaluarea funcției auditive. Aceasta implică testarea auzului tonal, a inteligibilității și, în anumite cazuri, a localizării sursei sonore. În funcție de situație sau în vederea diagnosticului topografic sau etiologic, se efectuează bilanț prin metode obiective (potențiale evocate auditive, otoemisiuni acustice, ASSR). Acufenele pot fi generate prin disfuncții ale sistemului auditiv, sau pot avea drept cauză o altă suferință. Prima dată trebuie realizat bilanțul auditiv.	
Diagnostic clinic	Anamneza Anamneză și analizarea documentelor privind antecedentele personale patologice Examen clinic ORL - Ex ORL general - Otoscopie/Otomicroscopie - Toaleta urechii - extragerea dopurilor de cerumen, epidermice, secreții patologice; - Descrierea aspectului urechii externe și a timpanului; - Teste de acumetrie (Weber, Rinne) - Testul auditiv cu voce șoptită (orientare în absența audiogramei)
Investigații paraclinice obligatorii	- Timpanometrie (standard sau de bandă largă); - Audiograma tonală standard (250 - 8000 Hz). La copilul mic se poate realiza audiograma comportamentală sau cu răsplată vizuală, pe căști sau în câmp liber. Copilul peste 6 ani poate colabora (în absența altei patologii) la audiometria tonală liminară. - Audiometrie vocală (dacă pacientul acuză probleme de înțelegere a limbajului, sau dacă se are în vedere protezare auditivă, sau dacă se bănuiește o patologie retrocohleară). La copilul mic se adaptează testele vocale după limbajul achiziționat și se poate efectua pe căști sau în câmp liber. Se exceptează la copilul mic sau la pacienții care nu au dobândit limbaj (surdomutitate). - La sugari, copiii mici, potențialii simulanți ai surdității, deficiențe mintale care nu permit colaborarea la audiometria subiectivă și în cazurile medico-legale se impune stabilirea pragurilor auditive prin metode obiective (fără a necesita răspunsul pacientului) prin ASSR și evaluarea concordanței cu rezultatele obținute la potențialele auditive de trunchi cerebral. - Încadrarea în funcție de tipul și de gradele hipoacuziei se face în funcție de recomandarea BIAP (Biroul Internațional de Audio-Fonologie): Rec_02-1_en Audiometric Classification of Hearing Impairments: https://www.biap.org/fr/recommandations/recommendations/tc-02-classification/213-rec-02-1-en-audiometric-classification-of-hearing-impairments/file
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Reflexul stapedian - în cazul necesității confirmării patologiei de lanț osicular (otospongioză, sdr malformative, sdr fixării sau întreruperii lanțului osicular), sau a confirmării integrității arcului reflex (pareze/paralizii de nerv facial) - Audiograma tonală extinsă (până la 16000 Hz) - în cazuri de acufene sau suspiciune de hipoacuzie pe frecvențe înalte; - Test de localizare a sursei sonore (în unele cazuri, de exemplu în surditatea unilaterală sau după protezare pentru dovedirea eficienței protezării în auzul spațial) - Acufenometrie Examinarea auditivă prin metode obiective (fără a solicita răspunsul pacientului) poate fi efectuată în următoarele cazuri: - hipoacuzie unilaterală sau asimetrică; - morfologie particulară, atipică, a curbei audiometrice; - neconcordanța dintre audiograma tonală și cea vocală; - prezența acufenelor pe o singură ureche; - lipsa de colaborare pentru efectuarea audiogramei tonale (copil sub 5 ani, handicap, tulburări de comportament, simulare); - solicitarea expresă din partea comisiilor de expertiză/handicap; - suspiciunea de afectare a nervului auditiv. Bilanțul obiectiv poate include: - Otoemisiuni acustice clinice prin stimuli tranzitorii sau produși de distorsiune; - Potențiale evocate auditive de trunchi cerebral (ABR); - Potențiale evocate auditive corticale; - ASSR; Notă: testarea electrofiziologică se efectuează cu pacientul calm, relaxat, fără zgomot. Dacă pacientul (copil sau adult) nu poate respecta condițiile de testare se poate apela la sedare pe perioada testării. De asemenea explorarea se poate face în cursul somnului spontan, sau în stare de veghe cu pacient foarte liniștit.
Consulturi interdisciplinare	În vederea diagnosticului etiologic se pot recomanda în funcție de de caz: - Ecografie Doppler carotide/vertebrale; - Computer tomografie craniocerebrală;

	- RMN cerebral; - Examen cardiologic; - Ex reumatologic; - Ex oftalmologic; - Ex neurologic; - Ex Chirurgie Oro-Maxilo-Facială; - Ex logopedic - Ex psihologic/psihiatric.
Tratamentul acufenelor	Acufene idiopatice - se recomandă tratament per os de tip vasodilatator periferic și neurotrofice pentru perioade de cel puțin 3 luni; acestea pot fi prelungite în funcție de evoluție și de caz; terapia poate fi inițiată pe cale parenterală pentru 7-10 zile; - protezarea auditivă convențională pentru efect de mască (la solicitarea pacientului). - În cazul acufenelor vechi, persistente, care nu au răspuns la tratamente corecte anterioare, nu se mai inițiază tratament; Acufene de cauză identificată - tratamentul se adaptează în funcție de situație: - pentru cele asociate hipoacuziilor: ○ protezarea auditivă convențională adaptată tipului de surditate; ○ tratament per os de tip vasodilatator periferic și neurotrofice pentru perioade de cel puțin 3 luni; acestea pot fi prelungite în funcție de evoluție și de caz; terapia poate fi inițiată pe cale parenterală pentru 7-10 zile; - în cazul patologiei tumorale benigne de nerv VIII - în funcție de mărimea tumorii: se așteaptă sub control ORL-Audiologie periodic (la 6-12 luni)/se direcționează spre radioterapie/se direcționează spre neurochirurgie; - în cazul patologiei otice - se tratează în funcție de protocolul fiecărei boli cauzatoare; - în cazul sindroamelor cohleo-vestibulare acute sau surdităților brusc instalate - se tratează patologia acută și se reevaluează pacientul periodic; - conflictul neuro-vascular al NC VIII poate beneficia în cazuri bine selectate de intervenție chirurgicală - cauzele care intră în competența altor specialități vor fi tratate la specialitatea respectivă.
Tratamentul hipoacuziilor	Tratamentul se adaptează tipului și gradului de hipoacuzie și cauzei acesteia 1. Hipoacuziile de transmisie (pure sau componente ale celor mixte) - Tratamentul medical este recomandat în: patologia acută inflamatorie/infecțioasă (otitele externe, otitele medii, otomastoidite, disfuncția tubară), în patologia cronică în fazele de reacutizare (otite medii cronice reîncălzite), în patologia acută traumatică (leziuni ale conductului auditiv extern, ale timpanului sau ale cavității urechii medii, fracturile stâncii temporale, barotrauma). Tratamentul adaptat cauzei poate fi recomandat în regim de spitalizare în clinica ORL sau în ambulatoriu (conform protocoalelor ORL pe fiecare boală); se pot indica: antibioterapie per os, parenteral și local, antimicotice, antiinflamatorii nesteroidiene și steroidiene (oral, parenteral, local), vasoconstrictoare, mucolitice, mucoreglatoare, antiseptice locale; - Tratamentul prin manevre simple locale - extragerea corpilor străini endogeni sau exogeni. - Tratamentul chirurgical se recomandă pentru o recuperare funcțională semnificativă a componentei de transmisie sau pentru vindecarea/limitarea procesului evolutiv în cadrul următoarelor patologii: ○ otitele medii care nu au răspuns la tratament medical peste 3 luni (puncție transtimpanică sau plasare de aeratoare transtimpanice); ○ componenta de transmisie sechelară sau evolutivă din cadrul otitelor medii cronice, a traumatismelor, malformațiilor sau otospongiozei (timpanoplastii); ○ proteze chirurgicale cu transmisie osoasă sau ancorare osoasă pentru urechea afectată (BAHA, Vibrant Bonebridge, Vibrant Soundbridge - adaptate conform indicațiilor fiecăreia); - Tratament protetic convențional pentru hipoacuziile de transmisie sau mixte ce nu pot fi recuperate prin alte mijloace: proteze auditive convenționale cu transmisie aeriană sau osoasă (protezarea convențională se recomandă de către medicul ORL, iar protezele se achiziționează și se adaptează în cabinetele de protezare auditivă) 2. Hipoacuziile neuro-senzoriale - Tratamentul medical este recomandat în surditatea brusc instalată fiind o urgență terapeutică (corticoterapie intravenos 7-10 zile, sau oral +/- administrare transtimpanică, vasodilatatoare periferice, aminoacizi, neurotrofice, +/- antibiotice/antivirale, în funcție de caz); se indică continuarea tratamentului cu vasodilatatoare periferice și neurotrofice per os la domiciliu - 3 luni; - Tratamentul chirurgical are în vedere protezarea auditivă implantabilă, în cazurile care nu pot beneficia de tratament medical sau protezare convențională cu rezultate satisfăcătoare, sau care au contraindicație/intoleranță pentru protezarea convențională: ○ Vibrant Soundbridge - pentru urechea afectată (hipoacuziile medii) ○ proteze chirurgicale cu transmisie osoasă pentru auz contralateral în surdităților profunde unilaterale (BAHA, Vibrant Bonebridge); ○ implant cohlear - în surdităților profunde (indicație directă) și în surdităților severe sau medii după insuccesul etapei de protezare convențională (indicație adaptată fiecărui caz); pacienții peste vârsta de 6 ani cu surdități profunde congenitale au indicație relativă pentru implant cohlear, cu probabilitatea unor performanțe foarte limitate, motiv pentru care nu beneficiază de implant cohlear din programul național în prezent; ○ implantul auditiv de trunchi cerebral - indicat în hipoacuziile profunde neurale bilaterale (Neurofibromatoza de tip II, agenezia cohleară sau a nervului cohlear) - Tratament prin protezare auditivă convențională pentru hipoacuziile neuro-senzoriale ușoare, medii, severe și pentru unele cazuri de hipoacuzie profundă de grad I sau II (care nu pot beneficia de implant cohlear) - pentru urechea afectată; protezare convențională pentru auz contralateral prin proteze cu transmisie osoasă. - Evitarea tratamentelor cu risc de ototoxicitate 3. Hipoacuziile mixte - pentru componenta de transmisie - vezi hipoacuziile de transmisie - pentru componenta neuro-senzorială - vezi hipoacuziile neuro-senzoriale.
Urmărirea pacientului	Bilanțul auditiv, în cazul hipoacuziilor confirmate, trebuie efectuat periodic (în funcție de caz), pentru identificarea formelor fluctuante sau progresive în vederea încadrării corecte a diagnosticului și indicațiilor terapeutice, sau a readaptării protetice conform nevoilor. Evaluarea periodică a pacientului cu proteze auditive convenționale sau/și cu proteze implantate (evaluarea beneficiului protezării și evaluarea statusului afecțiunii) Pacientul cu hipoacuzie care este protezat auditiv necesită evaluarea beneficiului protezării după adaptarea protetică și periodic, la intervale cuprinse între cel puțin 3 luni și cel mult 12 luni (în funcție de caz).

	- Anamneză; - Otoscopie/Otomicroscopie ○ Toaleta urechii externe ○ Descrierea aspectului urechii externe și a timpanului; - Timpanometrie ○ Simplă sau de bandă largă; - Adaptarea protezei convenționale - se efectuează în mod personalizat, pe fiecare ureche în parte, în cabinetele de protezare auditivă înafara spitalelor; - Verificarea integrității, a parametrilor de funcționare și adaptarea protezei implantate (implant cohlear, proteze cu ancorare osoasă implantate sau purtate pe softband în așteptarea implantării) se efectuează în Serviciul/Compartimentul de Audiologie; - Eficiența protezării se testează pentru fiecare ureche în parte folosindu-se următoarele teste, adaptate în funcție de vârstă: ○ Evaluarea beneficiului tonal: audiometrie tonală în câmp liber cu proteza (în liniște și în mediu cu zgomot); la copilul mic - audiometrie comportamentală sau cu răsplată vizuală; - Evaluarea înțelegerii limbajului cu proteza/cu procesorul de sunet se testează prin audiometrie vocală în câmp liber, sau prin teste logopedice specifice la copilul mic. Audiometria vocală se realizează în liniște și în zgomot. - Test de localizare a sursei sonore. Vizită periodică pentru controlul performanțelor pacienților reabilitați auditiv prin proteze auditive convenționale sau proteze auditive implantabile (implant cohlear, BAHA, VSB etc) Pacienții cu hipoacuzii reabilitați prin protezare convențională: - După adaptarea protezelor în cabinet de specialitate pacientul revine pentru evaluarea calității protezării și pentru urmărirea evoluției bolii. - Primul control imediat sau la maximum 1 lună după protezare; apoi control periodic în funcție de situație - la copilul mic la 3 luni 2 sedinte și apoi la 6 luni; la copilul mare și adult la 6 luni și apoi anual. ○ Otoscopie/microotoscopie/videootoscopie (extragere cerumen la nevoie); ○ Timpanogramă; ○ Proba funcționării protezei auditive; ○ Audiometrie tonală în câmp liber pe fiecare ureche protezată; ○ Audiogramă vocală pe fiecare ureche protezată/la copilul fără limbaj format se efectuează audiometrie comportamentală sau prin răsplată vizuală) ○ Consiliere pacient/părinți. ○ Dacă se urmărește evoluția bolii, se vor efectua protocoalele de diagnostic descrise la secțiunea de hipoacuzii, în acord cu vârsta și cu cauza surdității. Pacienții cu hipoacuzii reabilitați prin implantare cohleară și alte proteze implantabile: - După intervenția chirurgicală se activează procesorul de sunet la 1 lună. Apoi vizitele se adaptează după nevoile fiecărui caz în parte, dar se poate urmări următorul protocol pentru situațiile obișnuite: ○ la 3 luni, la 6 luni, la 9 luni, la 12 luni. Apoi anual. ○ La fiecare sesiune de adaptare protetică se vor efectua: • Otoscopie/videootoscopie/otomicroscopie • Timpanometrie • Audiogramă tonală liminară. La copil audiogramă comportamentală sau cu răsplată vizuală - necesită prezența logopedului/necesită raport logopedic de dezvoltare auditiv- verbală; • Audiometrie vocală în liniște/sau în liniște și în zgomot în câmp liber pe fiecare ureche implantată/protezată (dacă este posibil); • Verificarea impedanțelor; • Teste de transmitere neurală (dacă este cazul); • Testarea funcționării procesorului specifică fiecărui model/brand; • Dacă sunt modificări esențiale de mapping, se reiau testele de auz tonal și vocal. • Unele cazuri pot necesita: potențiale evocate auditive electrice precoce sau tardive, teste specifice de stimulare prin implant cohlear. ○ Consiliere pacient/părinți. ○ Dacă se urmărește evoluția bolii, se vor relua protocoalele de diagnostic descrise la secțiunea de hipoacuzii, în acord cu vârsta și cu cauza surdității.

*) Protocoalele pot constitui subiectul schimbărilor periodice în funcţie de evoluţiile medicale şi tehnologice din domeniu.

HIPOACUZIA NEUROSENZORIALĂ SEVERĂ-PROFUNDĂ FĂRĂ BENEFICIU CU PROTEZE AUDITIVE CONVENŢIONALE

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	Explorarea completă prin teste subiective și obiective a funcției acustico vestibulare - inclusive cu protezele auditive Explorarea imagistică a urechii:CT nativ, RMN 1.5T EKG Hemoleucogramă, glicemie, uree, creatinină, TGP, TGO, sumar urină, teste de sângerare și coagulare.
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	RMN 3T Echo cord Radiografie toracică Teste imunologice
Consulturi interdisciplinare	Neurologie, oftalmologie, psihologie,psihiatrie, logopedie, anesteziologie, medicină internă
Tratament medical	
Tratament chirugical	Implant cochlear/uni sau bilateral/Cefort ca profilaxie
Urmărirea pacientului	Activarea implantului după 1 lună de la implantare Reglaje repetate: la 3 luni, la 6 luni, la 1 an, la nevoie. Logopedie

	Evaluări repetate Defecțiuni Revaluare Reparații, revizie, reimplantare

1. HIPOACUZIE NEUROSENZORIALĂ SEVERĂ – PROFUNDĂ POSTLINGUALĂ, COFOZĂ POSTLINGUALĂ
2. TINITUS SEVER CU DEPRESIE SECUNDARĂ

IMPLANTUL COCHLEAR LA ADULT

CUPRINS

ECHIPA DE IMPLANT COHLEAR
FACILITĂŢI NECESARE
CONSULTUL INIŢIAL
EVALUAREA PREOPERATORIE
- Examinarea otorinolaringologică
- Evaluarea audiologică
- Evaluarea auzului cu proteze auditive
- Consimţământul
- Evaluarea logopedică
- Evaluarea psihologică
- Alte servicii

INFORMAŢII ŞI CONSILIERE PRE-OPERATORIE
CONSIDERAŢII PRIVIND IMPLANTAREA COHLEARĂ
CHIRURGIE ŞI ÎNGRIJIRI POST-OPERATORII
POSTOPERATOR (INCLUZÂND REABILITAREA AUDITIVĂ ŞI/SAU VESTIBULARĂ)
REABILITARE ŞI EVALUĂRI POSTOPERATORII
DISPENSARIZAREA ŞI ÎNTREŢINEREA DISPOZITIVULUI PE TERMEN LUNG
SCHEMA DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT LA PACIENŢII CU HIPOACUZIE SEVERĂ-PROFUNDĂ

ECHIPA DE IMPLANT COHLEAR

O echipă de implant cochlear pentru adulţi este o echipă multidisciplinară formată din următorul personal cheie: Otolog: care ar trebui să aibă o pregătire specifică în implantarea cochleară.

Responsabilitatea pentru implantarea cohleară şi toate procedurile de diagnostic finalizate rămân în sarcina chirurgului.

Audiologi: acest personal trebuie să fie calificat la nivel postuniversitar. În plus, vor avea o experienţă clinică vastă în domeniul implantării cochleare, împreună cu cunoaşterea şi înţelegerea domeniilor multidisciplinare din cadrul programului. Se recomandă o cerinţă minimă de 2 audiologi pentru a asigura o acoperire adecvată a concediilor şi pentru a menţine expertiza în implantare.

Logoped: acest personal trebuie să fie calificat la nivel postuniversitar.

Coordonatorul echipei de implant: este responsabil pentru gestionarea de zi cu zi a program şi se va asigura că serviciile adecvate sunt furnizate pentru fiecare adult prin calea pacientului implantat cochlear. El va fi membrul de bază al echipei şi va avea o pregătire suplimentară de specialitate în implantarea cochleară şi managementul clinic al persoanelor cu hipoacuzie profundă. Coordonatorul va avea un grad ridicat de abilităţi clinice, organizaţionale, de conducere şi profesionale.

Administratorul/secretarul:

Administratorul va deţine calificări de secretariat adecvate, va avea un nivel ridicat de abilităţi de organizare, comunicare şi tehnologie a informaţiei şi va lucra îndeaproape cu şeful serviciului.

Şef de compartiment de implant cohlear:

Şeful serviciului, pe lângă cele de mai sus, răspunde pentru asigurarea serviciului multidisciplinar. El/ea va asigura conducerea ştiinţifică şi clinică şi va avea responsabilitatea managerială pentru proiectarea serviciilor, planificarea pe termen lung, finanţarea, managementul pacienţilor şi resurselor umane. În funcţie de mărimea serviciului, şeful serviciului şi coordonatorul implanturilor ar putea fi un rol combinat.

Personalul echipei de implant cohlear ar trebui să fie membri ai grupurilor profesionale de implanturi cohleare relevante, la nivel naţional şi/sau internaţional.

Membrii echipei clinice ar trebui să participe regulat la instruiri în evoluţiile din domeniul implantării cohleare, participare la cursuri relevante, conferinţe şi întâlniri la nivel naţional şi internaţional. Participarea periodică la reuniunile naţionale ar trebui să fie disponibilă pentru toţi membrii echipei. Toţi membrii echipei ar trebui să aibă un plan pentru dezvoltarea profesională continuă.

Toţi membrii echipei ar trebui să fie instruiţi în "conştientizarea surzilor" şi aspecte practice ale comunicării cu persoanele surde, ca parte a pregătirii lor.

Toţi profesioniştii trebuie să fie calificaţi corespunzător, înregistraţi la corpul lor profesional şi să respecte cerinţele naţionale.
Membrii nou numiţi ai echipei care au mai puţin experienţă trebuie să urmeze un program adecvat de instruire şi supraveghere oferit de membrii cu experienţă relevanţi ai unei echipe de implanturi cohleare.
Echipa de implanturi cohleare: Suport suplimentar
Echipa de bază ar trebui să includă persoane cu abilitate şi experienţă în montarea aparatelor auditive la persoane cu hipoacuzie profundă sau severă sau care au acces la acest serviciu.
În cazul în care echipa de bază nu include profesionişti din următoarele servicii sau discipline, ar trebui să aibă acces la aceştia, după cum este necesar:

[] Audiologie şi servicii de explorare vestibulară, inclusiv reabilitare vestibulară
[] Radiologie
[] Psihologie
[] Psihiatrie
[] Anesteziologie
[] Medicină internă
[] Neurologie
[] Consiliere genetică
[] Servicii sociale pentru surzi

Echipele cu implanturi cohleare pot dezvolta servicii de parteneriat cu servicii locale, după caz. aceste servicii de parteneriat trebuie să aibă pregătire şi expertiză adecvată.

FACILITĂŢI NECESARE

Echipa care se ocupă de implementarea Programului de implant cohlear pentru adulţi ar trebui să aibă facilităţile disponibile pentru a efectua următoarele:

[] Audiometria tonală, audiometrie vocală în mediul cu zgomot, Audiogramă vocală, Teste de localizare sunet (dacă este necesar)
[] Aparatură de măsurare obiectivă
[] Timpanometrie
[] Emisiuni otoacustice
[] Potenţiale evocate auditive
[] Eventual electrocochleografie
[] Evaluarea funcţiei vestibulare
[] Acces la explorări imagistice ale urechii

Toate echipamentele audiologice trebuie calibrate anual la standardele europene. Sălile de testare, inclusiv cabinele de izolare fonică sau camerele de consultaţii în care se evaluează nivelul auditiv, trebuie să respecte standardele europene pentru zgomotul ambiental.

IMPLANTUL COHLEAR

În prezent, în România există diferiţi producători care furnizează implanturi cohleare. Informaţii suplimentare privind specificaţiile tehnice ale acestor dispozitive diferite ar trebui să fie puse la dispoziţia pacienţilor.
Pacientului trebuie să i se ofere informaţii despre toate dispozitivele de implant cohlear disponibile în prezent, împreună cu avantajele şi dezavantajele acestora. De asemenea, ar trebui să fie disponibile informaţii/broşuri scrise pe dispozitivul/dispozitivele oferite.
Centrele de implanturi cohleare ar trebui să utilizeze şi să implanteze dispozitive care au marca CE şi care au suportul tehnic de cea mai înaltă calitate disponibil de la producător.

PROGRAMAREA

Odată ce candidaţii la implant cohlear sunt apreciaţi ca fiind adecvaţi, aceştia sunt înscrişi pe lista de aşteptare. Registrul unic naţional de implant cohlear, repartizarea pacienţilor după numărul de implanturi în stoc.
Pierderile auditive severe până la profunde cauzate de boli specifice, de ex. Meningita, sindromul Cogan, otospongioza, hipoacuzia secundară fracturii de stâncă temporală pot duce la osificarea structurilor cohleei. În astfel de cazuri poate fi necesară o implantare urgentă. La fel şi pentru cei cu tumori cohleare sau cu coexistenţa cecităţii etc.
Timpurile de aşteptare pentru testare şi tratament diagnostice ar trebui să respecte principiile acordării unei asistenţe medicale de calitate superioară.
Urmărirea rapidă a pacienţilor prin procesul de evaluare trebuie să fie disponibilă atunci când este indicat clinic.

CONSULTUL INIŢIAL

Pentru ca un pacient să poată fi văzut într-un centru de implant cohlear, sunt necesare:

Recomandarea prealabilă sau utilizarea prealabilă a protezelor auditive

Audiogramele în evoluţie terminând cu cele mai recente.

EVALUAREA PREOPERATORIE

Procesul de evaluare se efectuează în cel mai eficient mod şi în cel mai scurt timp posibil. Scopul procesului de evaluare este evaluarea abilităţilor funcţiei auditive a pacientului şi pentru a determina dacă acestea vor putea fi îmbunătăţite semnificativ prin implantarea cohleară. Managementul coordonat al procesului de evaluare preimplant de către coordonatorul de implant cohlear şi al personalului de administrare este esenţial pentru a asigura fluxul procesului.

Examinarea otorinolaringologică

Rolul otolaringologului cuprinde consilierea preoperatorie, implantarea chirurgicală a dispozitivului şi urmărirea postoperatorie. Evaluarea preoperatorie a pacientului are loc în echipa specificată mai sus. O atenţie specifică se acordă istoricului otologic al pacientului, istoricului familial şi afecţiunilor medicale asociate. Evaluarea radiologică a osului temporal şi a nervului auditiv se realizează cu o combinaţie de tomografie şi RMN.

Odată ce pacientul este confirmat ca candidat, este programată o întâlnire preoperatorie şi se obţine consimţământul informat.

Recomandarea pacienţilor pentru RMN, CT sau radiografie este responsabilitatea otologului. Este, de asemenea, necesară evaluarea vestibulară.

Este responsabilitatea chirurgului să îndeplinească următoarele sarcini pentru fiecare pacient:

[] Să efectueze o consultaţie medicală în cursul procesului de evaluare şi pre-internare, pentru a se asigura că pacientul este apt pentru a fi supus tratamentului chirurgical

[] Discutarea riscurilor asociate tratamentului înainte şi după operaţie

[] Să discute despre necesitatea vaccinării pentru a reduce la minimum riscul meningita pneumococică

[] Pentru a solicita consiliere genetică, dacă este necesar

[] Pentru a obţine consimţământul complet informat al pacientului

Evaluarea audiologică Fiecare pacient trebuie să primească o evaluare audiologică completă care să includă:

[] Examinarea urechilor cu un otoscop (sau un dispozitiv similar),

[] Determinarea pragurilor auditive şi a discriminării vocale folosind audiometria tonală şi audiometria vocală

[] Determinarea funcţiei trompei lui Eustache folosind timpanometria

[] Testarea percepţiei vorbirii în linişte şi, dacă este posibil, în zgomot cu aparate auditive reglate optim

În plus faţă de evaluările audiologice fundamentale de mai sus, Programul de implanturi cohleare trebuie să aibă acces la teste obiective: potenţiale evocate auditive, ASSR şi otoemisiuni acustice.

Evaluarea auzului cu protezele auditive

Pentru fiecare pacient trebuie evaluate dispozitivele auditive pe care le foloseşti şi, dacă este cazul, trebuiesc schimbate cu unele mai performante sau setările să fie revizuite.

Trebuie efectuate măsurători reale ale pragurilor auditive, iar aparatele auditive trebuie setate optim.

Trebuie să existe posibilitatea de a măsura performanţele electroacustice ale aparatelor auditive în conformitate cu standardele actuale şi pentru a le programa folosind cele mai potrivite setări.

Pacienţii la care s-au recomandat aparate auditive noi sau la care s-au efectuat modificări ale setărilor au nevoie de acces la un program structurat de reabilitare auditivă. Pentru unii pacienţi, perioada poate fi prelungită la câteva luni din motive clinice.

Scrisoarea medicală

În urma evaluării preoperatorii audio-vestibulare, un raport scris care detaliază rezultatul evaluării va fi înmânat pacientului, medicului de familie şi chirurgului ORL.

Consimţământul

Pacienţii trebuie să semneze un formular de consimţământ pentru a indica faptul că au fost informaţi complet despre procedura de implant cohlear, aşteptările în ceea ce priveşte rezultatele şi riscurile implicate.

Evaluarea logopedică

Evaluarea preoperatorie poate include o imagine de ansamblu asupra modului de comunicare al pacientului, fie verbal, nonverbal sau total. Abilităţile de limbaj expresive şi receptive joacă un rol important atunci când consiliază aşteptările realiste în ceea ce priveşte implanturile cohleare.

Aceste evaluări pot lua forma de observare, descriere subiectivă sau evaluarea folosind proceduri formale de testare. Procedura de evaluare va ţine cont de vârsta şi starea auditivă a pacientului şi va include, în mod normal, un istoric detaliat al cazurilor şi o evaluare a abilităţilor receptive şi expresive ale pacientului.

Următoarele domenii pot fi evaluate de un logoped:

[] Abilităţi receptive - abilităţi de ascultare a vorbirii
[] Abilităţi de labiolectură
[] Înţelegerea vorbirii
[] Abilităţi expresive
[] Abilităţi lingvistice în toate modurile de comunicare Inteligibilitatea
[] Detalii despre mediile de comunicare în care îşi desfăşoară activitatea de obicei fiecare adult şi cele în care întâmpină cele mai mari dificultăţi

Evaluarea psihologică

Nu toţi pacienţii necesită o evaluare psihologică. Cu toate acestea, ar trebui să se recomande un consult psihologic sau psihiatric calificat atunci când există îngrijorări cu privire la sănătatea mentală a candidatului, capacitatea de învăţare, personalitatea şi motivaţia, sau cu privire la aşteptările acestora cu privire la implantarea cohleară. În unele cazuri, membrii familiei care sprijină pacientul pot avea nevoie de o sesiune de consiliere psihologică

Alte servicii

Toţi membrii echipei de implant cohlear ar trebui să se întâlnească regulat pentru a asigura o comunicare eficientă, asigurând astfel un serviciu de calitate pentru fiecare pacient. În mod ideal, agenda ar trebui să includă oportunităţi pentru discuţii clinice, precum şi academice.

Programul de implant cohlear ar trebui să facă legătura, după caz, cu alte entităţi, inclusiv următoarele:

[] Alte secţii spitaliceşti
[] Evaluarea anestiziologică
[] Audiologie, radiologie, îngrijiri ambulatorii etc.
[] Servicii sociale
[] Grupuri de sprijin locale/naţionale
[] Servicii comunitare
[] Servicii educaţionale

Contactul cu serviciile de asistenţă trebuie făcut numai cu permisiunea pacientului.

Dacă rezultatul evaluării demonstrează că pacientul nu ar beneficia de un implant cohlear, scrisoarea medical va cuprinde:

[] Motivele pentru care un implant cohlear este considerat inadecvat pentru adult.
[] Recomandări pentru managementul viitor şi trimitere pentru alte echipamente şi/sau servicii pentru adulţii cu hipoacuzie, dacă este cazul.
[] Recomandări (dacă este cazul) pentru controalele viitoare - ar trebui să existe o posibilitate de reevaluare pentru a documenta o eventuală deteriorare viitoare a auzului.

INFORMAŢII ŞI CONSILIERE PRE-OPERATORIE

Ori de câte ori este posibil, informaţiile trebuie furnizate pacienţilor într-o limbă sau un mediu adecvat metodei lor de comunicare preferate.

Echipele ar trebui să monitorizeze, să examineze şi să actualizeze continuu calitatea şi cantitatea informaţiilor pe care le furnizează şi să aibă un protocol scris pentru a determina ce informaţii sunt furnizate la momentul respectiv.

Informaţiile verbale ar trebui să fie susţinute de un rezumat în scris pentru pacient atunci când este indicat.

De-a lungul perioadei de evaluare, pacienţii ar trebui să înţeleagă clar despre principalele beneficii şi limitări ale implantării. Ei ar trebui să demonstreze că au aşteptări realiste de la implantarea cohleară, de ex. prin utilizarea unui instrument de măsurare, cum ar fi un chestionar.

Este recomandat ca pacienţii candidaţi la implantare cohleară şi, dacă este posibil, un membru/prieten al familiei, să întâlnească adulţi care au experienţă în utilizarea unui implant cohlear. Este benefic ca pacienţii candidaţi să discute cu utilizatori asemănători din punct de vedere al vârstei şi duratei surdităţii şi a dispozitivului de implantat. Rudele şi prietenii pacienţilor ar trebui încurajaţi să se implice în toate aspectele legate de managementul pre şi post-implant. Aceasta trebuie făcută întotdeauna cu permisiunea pacientului şi la recomandarea echipei de implant cohlear.

Problemele legate de implantarea cohleară, inclusiv opiniile comunităţii surde, ar trebui discutate, iar pacientul ar trebui să aibă oportunitatea de a întâlni persoane care au decis împotriva implantării, dacă doresc.
Timpul de aşteptare pentru intervenţii chirurgicale şi informaţii despre şederea în spital şi urmărirea postoperatorie ar trebui să fie prezentate la sfârşitul evaluării.
Pacienţilor ar trebui să li se ofere informaţii despre organizaţiile de sprijin pentru implantarea cohleară, organizaţiile de caritate naţionale şi locale.
Trebuie oferită pacientului oportunitatea de a discuta cu membrii echipei despre procesul de implantare, limitările şi beneficiile implantului.
Ar trebui să existe o discuţie finală la sfârşitul evaluării între pacient şi membrii cheie ai echipei cu privire la hotărârea luată privind sau nu implantarea cohleară.
Dacă rezultatul evaluării este că implantarea cohleară nu este recomandată pentru un pacient, ar trebui să fie oferită o programare la clinică pentru a discuta această recomandare şi a oferi sprijin pacientului.
Recomandările pentru gestionarea viitoare ar trebui discutate împreună cu oportunitatea de re-evaluare în viitor. Aceste probleme trebuie menţionate în scrisoarea medicală care se eliberează la ieşirea din spital.

Pacientul candidat la implantarea cochleară Criteriile de selecţie pentru implantarea cohleară la adulţi:

1. testarea funcţiei auditive fără proteze:
[] pierderea auditivă senzorială bilaterală severă până la profundă sau cofoză. Beneficiu mic sau deloc cu aparate auditive

2. Testarea cu protezele auditive:
[] audiogramă în listă deschisă în linişte în urechea mai afectată < 60% şi la ureche mai bună < 80%
[] scoruri ale fonemelor în listă deschisă în linişte în urechea mai afectată < 45% şi în urechea mai bună < 65%
[] fără contraindicaţii radiologice sau medicale

3. Aşteptări adecvate din partea pacientului şi a familiei
[] Pacientul trebuie să fie extrem de motivat

CONSIDERAŢII PRIVIND IMPLANTAREA COHLEARĂ

Durata hipoacuziei

Implantul cohlear la adulţi se recomandă numai în cazurile de hipoacuzie dobândită postlingual. În cazurile în care durata surdităţii este foarte mare, factori precum modul de comunicare, utilizarea anterioară a amplificării şi motivaţia trebuie luate în considerare. În astfel de cazuri, este vital ca aşteptările tuturor persoanelor implicate, inclusive ale pacientului şi familiei să fie evaluate şi gestionate îndeaproape.

Cazuri complexe

Deşi prezenţa altor dizabilităţi ar putea influenţa rezultatele, aceasta nu mai este o contraindicaţie, deşi majoritatea cercetărilor s-au concentrat asupra copiilor cu dizabilităţi multiple. Este important echipa de implant să fie capabilă să răspundă tuturor nevoilor pacienţilor cu handicapuri multiple. Aşteptările realiste sunt de maximă importanţă.

Aceste cazuri ar trebui prezentate la o şedinţă clinică pentru discuţii în cadrul echipei de implant cohlear, înainte de a lua o decizie finală privind candidatura. Pentru ca pacientul să obţină cele mai multe beneficii de la implantul său cohlear, trebuie să se încadreze în criteriile enumerate anterior.

Implantarea bilaterală Este acceptat faptul că auzul binaural aduce beneficii semnificative şi că implantarea bilaterală oferă rezultate maxim pentru fiecare pacient. Implantarea bilaterală s-a dovedit a fi benefică în ceea ce priveşte percepţia vorbirii în prezenţa zgomotului, precum şi localizarea sunetelor.

Implantarea bilaterală a devenit tratamentul de elecţie la persoanele cu hipoacuzie senzorială bilaterală severă până la profundă, care nu sunt în măsură să obţină beneficii bimodale (adică implant cohlear într-o ureche şi auditiv în cealaltă). Ori de câte ori este posibil, trebuie efectuată implantarea bilaterală.

În cazul adulţilor cu hipoacuzie post-lingual, implantarea simultană sau secvenţială pare a oferi rezultate similare. Implantarea bilaterală simultană va necesita finanţare şi consideraţii chirurgicale care ar trebui luate în considerare. Implantarea bilaterală secvenţială ar trebui să fie luată în considerare dacă un pacient primeşte beneficii limitate sau nu are beneficii cu proteza auditivă contralaterală.

CHIRURGIE ŞI ÎNGRIJIRILE POST-OPERATORII

Chirurgul care realizează implantarea cochleară este responsabil pentru îngrijirea pacientului.
Echipa chirurgicală este responsabilă pentru informarea pacientului despre procedura chirurgicală şi despre posibilele complicaţii şi pentru obţinerea consimţământului informat al pacientului.
Chirurgul va continua să verifice şi să monitorizeze progresul pacientului în perioada postoperatorie şi va fi responsabil de rezolvarea problemelor chirurgicale sau medicale care pot apărea în legătură cu implantul.
Informaţiile privind rezultatul intervenţiei chirurgicale trebuie documentate şi trebuie puse la dispoziţia echipelor de audiologie şi reabilitare imediat după operaţie.
Prin urmare, este important ca tehnicile chirurgicale de ultimă generaţie să fie implementate şi chirurgii să rămână la curent cu tehnicile actuale.

POSTOPERATOR (INCLUZÂND REABILITAREA AUDITIVĂ ŞI/SAU VESTIBULARĂ)

Otolaringologie

Chirurgul este responsabil de îngrijirile postoperatorii necesare. Acestea includ îngrijirea în regim de internare şi după externare a plăgii operatorii.
Dacă este necesar, reabilitarea vestibulară trebuie organizată de chirurg pentru perioada imediat postoperatorie.
O comunicare bună între chirurg şi audiolog este esenţială pentru a confirma că s-a produs o vindecare adecvată pentru a permite activarea dispozitivului.
Alte re-evaluări au loc în general după activare precum şi după cum este ulterior necesar.
Audiologie - pornirea şi reglarea procesorului
Procesoarele trebuie activate şi programate odată ce plaga pacientului s-a vindecat satisfăcător. O perioadă medie de aşteptare înainte de activarea implantului cohlear este de 4 săptămâni după data intervenţiei chirurgicale; Cu toate acestea, acest lucru nu trebuie efectuat dacă există vreo contraindicaţie chirurgicală sau dacă plaga nu s-a vindecat complet
Procesoarele trebuie programate numai de un audiolog clinic cu experienţă, care a fost complet instruit în protocoalele şi procedurile relevante (şi de un audiolog cu mai puţin experienţă numai dacă este sub supraveghere directă).
Componentele dispozitivului extern trebuiesc verificate înainte de activare.La activarea dispozitivului, trebuie măsurate impedanţele pentru a evalua funcţionarea părţii interne a implantului. Fiecare dispozitiv trebuie programat conform procedurilor de programare recomandate de producător, luând în considerare beneficiile şi preferinţele pacientului.
Trebuie oferită o explicaţie cuprinzătoare referitoare la utilizarea procesorului. Pacienţii trebuie încurajaţi să contacteze echipa de implant dacă au întrebări sau nelămuriri.
Materialele tipărite cu privire la utilizarea, operarea şi îngrijirea procesorului trebuie să fie înmânate pacientului şi/sau rudelor - după caz.
O scrisoare medicală trebuie eliberată pacientului după activarea implantului şi după cel puţin următoarele două reglaje după implantare în primele 12 luni. O copie a acestora trebuie să-i parvină chirurgului.

REABILITAREA ŞI EVALUAREA POSTOPERATORIE

La câteva zile după activarea dispozitivului, pacientului trebuie să i se ofere o programare suplimentară pentru:

[] facilitează adaptarea la noua senzaţie auditivă
[] reprogramarea dispozitivului după necesităţi
[] asistă la gestionarea dispozitivului
[] stabilirea programului de reabilitare

Programul de reabilitare ar trebui adaptat la nevoile fiecăruia. Consilierea ar trebui să sprijine pacientul şi familia sa în ceea ce priveşte aşteptările, procedurile de reabilitare şi necesitatea continuării programului de reabilitare.
Programul de reabilitare poate include evaluarea şi instruirea în:

[] detectarea sunetului, inclusiv localizarea şi testele spaţiale
[] discriminare auditivă
[] calitatea vocii
[] inteligibilitatea vorbirii
[] înţelegerea şi exprimarea limbajului
[] abilităţi sociale şi de comunicare
[] labiolectura

Evaluarea audiologică adecvată, standardizată a vorbirii şi a calităţii vieţii prin chestionare validate şi feedback-ul general ar trebui să fie efectuate la intervale regulate pentru a permite monitorizarea progresului.

Mai jos este prezentată o baterie de teste recomandată pentru monitorizare. Se recomandă ca bateria completă de teste să fie realizată la 3, 6, 12 şi 24 de luni după implantare. Testul suplimentar poate fi finalizat după cum se consideră necesar de către echipa de implant. Rezultatele se discută la şedinţele echipei care au loc periodic.

[] Praguri auditive măsurate în câmp liber folosind tonuri pure.

[] Teste de percepţie a vorbirii: (material de testare calibrat, inclusiv tonuri de calibrare) în linişte şi în mediu cu zgomot

[] Chestionare, inclusiv privind calitatea vieţii, aprecierea muzicii şi referitoare la tinitus (dacă este cazul).

Se recomandă ca chirurgul să primească rapoarte scrise cu privire la progres.

În urma intervenţiei chirurgicale, pacientul trebuie să fie revăzut de echipa chirurgicală de implant şi să aibă acces deschis la programări suplimentare, după cum este necesar.

Pacienţilor trebuie să li se ofere acces la controale medicale anuale suplimentare şi la verificarea funcţionării implantului şi a procesorului.

După primul an de la intervenţia chirurgicală, pacientului trebuie să i se ofere o reevaluare audiologică anuală. În plus, pacienţii ar trebui să aibă acces la programări suplimentare, după cum este necesar.

Evaluările audiologie şi de percepţie a vorbirii ar trebui să fie efectuate în cel puţin două ocazii în primul an după intervenţia chirurgicală.

DISPENSARIZAREA ŞI ÎNTREŢINEREA DISPOZITIVULUI PE TERMEN LUNG

Bateriile şi piesele de schimb/înlocuirile adecvate ale echipamentelor externe se realizează contra cost.

Accesul la echipamentele de înlocuire trebuie gestionat astfel încât piesele să poată fi emise în cel mai scurt timp.

Acolo unde este necesar ca procesorul să fie reparat, un procesor de înlocuire trebuie să fie disponibil pentru pacient până când propriul procesor a fost reparat şi returnat acestuia. Este necesară o politică de înlocuire a procesoarelor deteriorate sau uzate moral, echitabilă pentru toţi pacienţii.

Echipa de implant trebuie să aibă un sistem documentat pentru gestionarea procesoarelor înlocuite.

Sunt instituite reguli pentru upgrading-ul procesoarelor la intervale de 7 ani, sub rezerva finanţării şi disponibilităţii noii tehnologii.

Logopedie

Unde este indicat, echipa Implant ar trebui să se refere la o evaluare amănunţită. Pacienţii care pot beneficia de aceste servicii includ cei cu pierdere auditivă pre-lingvistică, congenitală sau de lungă durată.

Evaluare psihologică

Unde este indicat, echipa de implant ar trebui să recomande o evaluare amănunţită. Aceasta poate include pacienţi cu anxietate, aşteptări nerealiste sau cu deficienţă cognitivă.

Defectarea dispozitivului

Dacă se suspectează o defecţiune a dispozitivului intern, pacientului trebuie să i se ofere o programare la clinică în 2-3 zile pentru a verifica componentele interne şi externe.

Producătorul implantului trebuie contactat de urgenţă cu privire la posibilitatea defectării dispozitivului. Dacă este indicat, un reprezentant clinic/de inginerie din cadrul companiei ar trebui să fie disponibil la întâlnirea pacientului pentru a oferi asistenţă.

La confirmarea unei defecţiuni a dispozitivului intern, personalul clinic trebuie să informeze otologul şi şeful serviciului/coordonatorul şi trebuie să ofere o programare urgentă cu chirurgul pentru a discuta despre reimplantare sau alte opţiuni.

Dacă pacientul doreşte reimplantarea, acesta trebuie efectuată cât mai curând posibil pentru a minimiza perioada privării auditive.

Reimplantarea şi programarea trebuie efectuate aşa cum este detaliat mai sus. Nevoile suplimentare de reabilitare trebuie evaluate şi puse în aplicare, după caz.

Evidenţa pacienţilor implantaţi şi a implantelor cohleare

Serviciul de implant cohlear ar trebui să aibă sisteme adecvate pentru a asigura înregistrarea exactă şi eficientă a tuturor aspectelor referitoare la pacienţii implantaţi. Acest lucru va facilita auditul şi cerinţele de planificare.

Programul de implant ar trebui să efectueze audituri periodice şi să respecte cerinţele naţionale ale autorităţilor responsabile.

Auditul ar trebui să cuprindă:

[] Activitatea clinică
[] Nivelul şi tipul de personal necesar
[] Rezultatele obţinute în reabilitarea pacientului
[] Complicaţii medicale/chirurgicale
[] Defecţiuni ale dispozitivului

Feedback-ul pacientului privind activitatea echipei de implant

Documentaţia furnizată de programul de implant cohlear ar trebui să includă informaţii scrise despre procedurile de reclamaţii din cadrul spitalului.

Feedback-ul pacientului trebuie gestionat în conformitate cu politica spitalului şi ar trebui colectat sistematic pentru a îmbunătăţi activitatea dacă este cazul.

Evoluţia tehnologiei şi a criteriilor de candidatură

Perfecţionarea implantului cohlear a dus la lărgirea criteriilor de implantare. Tehnologia actuală permite încercări de conservare a auzului rezidual şi stimularea electro-acustică, oferind astfel o soluţie auditivă viabilă pentru pacienţii cu hipoacuzie pe frecvenţele înalte.

În prezent, se are, de asemenea, în vedere şi implantarea cohleară pentru tratamentul tinitusului şi pentru unele forme de hipoacuzie unilaterală. Implantarea cohleară este, de asemenea, luată în considerare pentru tratamentul neuropatiei auditive/disincroniei.

În toate etapele pacientul trebuie să aibă acces deschis la Centrul de Implant cohlear pentru programare, evaluarea dispozitivului şi asistenţă generală pentru implantul cohlear, pentru reabilitare, evaluare chirurgicală, apariţia unor afecţiuni la nivelul urechii implantate (ex. otită medie, durere, serom, vertij etc.) şi pentru consiliere după cum are nevoie.

ALGII CRANIOFACIALE

Nevralgia facială esenţială sau trigeminală

Diagnostic clinic	Anamneza Crize dureroase fulgurante, violente cu localizare pe traiectul unui ram al trigemenului (predominant interesate ramul 2 si 3, frecvent pe partea dreapta). Crizele au o durata de câteva secunde până la 2-3 minute și sunt însoțite de spasme musculare clonice tip dureros și de eventuale fenomene vasomotorii ale fetei. Crizele dureroase sunt declanșate de excitația unor zone trigger situate pe aripa nasului, gingii, palat dur buza inferioară. Evoluează sub forma de paroxisme ciclice, cu durata de săptămâni sau luni și separate de perioade de liniste de câteva luni, existând tendința la agravare. Examen clinic ORL: organele ORL au un aspect normal, durerea neavând un substrat organic decelabil Se remarcă doar durere la nivelul zonei inervate de un ram al trigemenului.
Investigaţii paraclinice obligatorii	
Investigaţii paraclinice opționale, în funcție de caz	CT, RMN craniu
Consulturi interdisciplinare	Examen neurologic, examen chirurgie oro-maxilo-faciala
Tratament medical	Antialgice, antiinflamatorii steroidiene sau non-steroidiene, anticonvulsivante, vasodilatatoare, vitamine din grupul B
Tratament chirugical	Infiltrații cu anestezia ramurii trigemenului, secționarea unor filete nervoase
Urmărirea pacientului	Controale regulate

Nevralgia nervului auricular posterior

Diagnostic clinic	Anamneza Crize dureroase fulgurante, violente cu sediul la nivelul 1/2 inferioare a pavilionului Examen clinic ORL: organele ORL au un aspect normal, durerea neavând un substrat organic decelabil
Investigaţii paraclinice obligatorii	CT
Investigaţii paraclinice opționale, în funcție de caz	CT PANORAMIC DENTAR
Consulturi interdisciplinare	Examen neurologic, STOMATOLOGIC
Tratament medical	Antialgice, antiinflamatorii steroidiene sau non-steroidiene, anticonvulsivante, vasodilatatoare, vitamine din grupul B
Tratament chirugical	Infiltrații, sectionarea unor filete nervoase
Urmărirea pacientului	Controale regulate

Nevralgia marelui nerv occipital arnold

Diagnostic clinic	Anamneza Crize dureroase fulgurante, violente cu localizare strict unilaterală, ce iradiază de la ceafă spre vertex și 1/2 anterioară a capului. Punctul de emergență al nervului e dureros la palpare. Artroza cervicală este cauza obișnuită a nevralgiei Arnold. Examen clinic ORL: organele ORL au un aspect normal, durerea neavând un substrat organic decelabil
Investigaţii paraclinice obligatorii	Radiografie de coloana cervicală

Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	CT/RMN
Consulturi interdisciplinare	Examen neurologic
Tratament medical	Antialgice, antiinflamatorii steroidiene sau non-steroidiene, anticonvulsivante, vasodilatatoare, vitamine din grupul B
Tratament chirugical	Infiltrații suboccipitale
Urmărirea pacientului	Controale regulate

Nevralgia glosofaringianului

Diagnostic clinic	Anamneza Crize dureroase fulgurante, violente cu localizare retro și submandibulară, cam în dreptul regiunii amigdaliene, cu iradiere în ureche. Crizele au o durată de câteva secunde până la 2-3 minute și sunt declanșate de excitația unor zone trigger situate la nivelul lojei amigdaliene, fiind declanșată de deglutiție, masticație. Examen clinic ORL: organele ORL au un aspect normal, durerea neavând un substrat organic decelabil
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Examen neurologic, examen chirurgie oro-maxilo-faciala
Tratament medical	Antialgice, antiinflamatorii steroidiene sau non-steroidiene, anticonvulsivante, vasodilatatoare, vitamine din grupul B
Tratament chirugical	Infiltrații
Urmărirea pacientului	Controale regulate

Cefaleea histaminică

Diagnostic clinic	Anamneza Este o varietate de migrenă, de care se deosebește prin lipsa fazei prodromale. Este mai frecventă la bărbații tineri. Durerea este însoțită de lăcrimare, hidroree, obstrucție nazală și congestia conjunctivei de aceeași parte. În opoziție cu migrena lipsesc vomismentele iar crizele se pot repeta, în decurs de 24 ore, de câteva ori.
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	CT, RMN craniu
Consulturi interdisciplinare	Examen neurologic
Tratament medical	Antialgice, antiinflamatorii non-steroidiene sau steroidiene, compusi pe baza de litiu
Tratament chirugical	
Urmărirea pacientului	Controale regulate

Migrena

Diagnostic clinic	Anamneza Durere de cap periodică (între crize bolnavii sunt sănătoși), unilaterală, cu durată variind între câteva minute și 8-12 ore. Crizele dureroase sunt precedate de o fază prodromică (aură) care constă din scotoame (migrena oftalmică), proastă dispoziție, căscat imperios, sughiț, parestezii, tulburări de vorbire, etc. Este datorată unei vasoconstricții intracraniene. Durerea are un caracter pulsatil și apare de obicei la aceeași oră și se însoțește de astenie intensă fizică și intelectuală. Ea este explicată prin dilatația și distensia vaselor extracraniene. Criza dureroasă se termină prin vomismente și, uneori, prin debaclu diareic, după care bolnavul se simte bine.
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	CT, RMN craniu
Consulturi interdisciplinare	Neurologic, Oftalmologic
Tratament medical	Antialgice, antiinflamatorii non-steroidiene, compusi de ergotamina, antiemetice, beta- blocante
Tratament chirugical	
Urmărirea pacientului	Controale regulate

PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE FARINGIANĂ

Amigdalita acuta

Diagnostic clinic	Anamneza: Manifestarile clinice întâlnite în anginele acute sunt: • debutul este brusc cu frisoane urmate de creșterea temperaturii până la 39-40 de grade și cefalee; • odinofagie de diferite intensități și disfagie mai ales la solide în formele mai severe; • ocazional se pot întâlni convulsii febrile; • copiii pot prezenta dureri abdominale și vomismente; • adenită cervicală în special subangulomandibulară, sensibilă spontan și la palpare; • otalgia- reflexă de la nivelul tonsilelor palatine • semne clinice de otită medie acută cu otodinie Examen clinic ORL: Bucofaringoscopia evidențiază faringele congestiv uniform în anginele eritematoase sau depozitele pultacee la nivelul criptelor amigdaliene în cazul anginelor eritematopultacee;amigdale marite de volum, hiperemice; limba este saburală.

	Palparea pune în evidență prezența adenopatiilor subangulomandibulare de dimensiuni mari, dure, sensibile. Complicațiile care pot surveni sunt: - supurații faringiene si laterocervicale, - otitele supurate și otomastoiditele, - nefrita, reumatismul articular acut, endocardita, - complicații oculare și vasculare.
Investigații paraclinice obligatorii	• Hemoleucogramă, probele inflamatorii nespecifice (proteina C reactivă-CRP, Fibrinogen, VSH), titrul ASLO (interpretarea este bine de făcut împreună cu celelalte teste inflamatorii; o valoare crescută ASLO poate indica etiologie streptococică acută, dacă și celelalte teste inflamatorii sunt prezente, în timp ce un titru ASLO mărit fără un tablou inflamator acut prezent pledează pentru un episod anterior de infecție streptococică) • Exudatul faringian. • Sunt foarte utile strep-testurile rapide care pot identifica (în aproximativ 15 minute) antigenele streptococice prin reacția de latex-aglutinare (dar pot fi folosite doar pentru streptococul betahemolitic de grup A). • Sumar de urină
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Ecografie laterocervicală în caz de adenopatii laterocervicale • Radiografie cord-pulmon
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric Consult Hematologie Consult Cardiolog Consult Boli infecțioase
Tratament medical	• Administrarea antibioticelor este temporizată până la obținerea rezultatului culturii (exudatul faringian). • Antiinflamatoare nesteroidiene, dezinfectante orofaringiene (comprimate pentru supt sau soluții antiseptice pentru gargară), antipiretice, antalgice, vitamina C. • Penicilina administrată i.m, i.v. sau oral reprezintă încă medicația cel mai comun uzitată. În cazul existenței alergiei la Penicilină este de preferat tratamentul cu cefalosporine de generația a-II-a și a-III-a, dar sunt eficiente și macrolidele (claritromicina, azitromicina). • Rehidratarea bolnavului, corticoterapia, anabolizante generale, incizia și drenajul colecțiilor purulente (în cazul complicațiilor supurative). Un pacient cu angină streptococică netratată poate ramâne purtător faringian de streptococ și după terminarea fazei acute a bolii.
Tratament chirurgical	Dacă se depășesc 5 episoade acute pe an sau mai multe episoade recurente pe o perioadă de 2 ani, este indicată amigdalectomie.
Urmărirea pacientului	Control la 7-10 zile, tratamentul recurentelor si indicație chirurgicală la nevoie.

Flegmonul periamigdalian

Diagnostic clinic	Anamneza: • Continuând o angină, apariția flegmonului determină creșterea sau menținerea febrei în jur de 39°C. • Debutul este cu odinofagie bilaterală, care ulterior devine unilaterală și este exacerbată de deglutiție. • Disfagia este progresivă, cu apariția trismusului și a sialoreei. • Vocea devine caracteristică: faringiană, flegmonoasă • Sialoree • Otalgie reflexa Examen clinic ORL: [] Bucofaringoscopia: asimetria orofaringelui cu bombarea frecventă a hemivalului palatin în special la nivelul polului superior al unei amigdale. Se însoțește frecvent edem al luetei, ce se poate extinde la baza limbii și la perete lateral faringian, putând cauza complicații respiratorii. [] La palpare se constată adenită subangulomandibulară ipsilaterală dureroasă. În funcție de localizarea colecției purulente, se pot întâlni următoarele aspecte clinice particulare: - flegmonul anterosuperior - tumefacția și bombarea are sediu maxim la polul superior al amigdalei; se însoțește de trismus. - flegmonul posterosuperior - colecția este situată în porțiunea superioară a stâlpului posterior, împingând amigdala palatină înainte; nu se însoțește de trismus. Complicatiile flegmoanelor: • Edemul laringian; flegmonul posterosuperior poate determină insuficiență respiratorie acută de tip inspirator putand necesita traheotomie • Adenoflegmonul laterocervical • Celuloflegmonul laterofaringian • Complicații endocraniene: abcesul cerebral, meningita, flebita sinusului cavernos • Septicemie • Hemoragia spontana prin eroziuni vasculare.
Investigații paraclinice obligatorii	• Hemoleucograma,VSH, PCR, Fibrinogen, ASLO, TGO, TGP, uree, creatinina • Exudat faringian • Puncția exploratorie este pozitivă • Examenul bacteriologic al secreției
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Radiografie cord-pumonon, • Ecografie cervicală • CT/RMN cervico-facial cu substanța de contrast în cazul complicațiilor
Consulturi interdisciplinare	• Consult boli infecțioase • Consult hematologie
Tratament medical	• Se începe cu antibiotice active pe Streptococul B hemolitic (peniciline, aminoglicozide, macrolide, cefalosporine) și ulterior conform antibiogramei • Antiinflamatorii, antialgice, antitermice și reechilibrare hidroelectrolitică • Penicilina retard - 1 flacon/săptămână - 4 săptămâni
Tratament chirugical	- Incizia și drenajul flegmonului - Puncționarea colecției în punctul de maximă bombare extrage puroi alb-cenușiu, grunjos, intens fetid. - Accidente intraoperatorii: hemoragia (în caz de lezare a arterei faringiene ascendente sau artera carotidă externă)

	Tratament profilactic: singurul tratament pentru prevenirea recidivelor este amigdalectomia
Urmărirea pacientului	Monitorizare 7 zile după incizia și drenajul flegmonului. Amigdalectomia se ia în discuție de principiu după 3- 4 săptămâni

Adenoflegmonul retrofaringian

Diagnostic clinic	Apare prin supurația ganglionilor prevertebrali Gillette. Anamneza: • Se întâlnește la sugari și copii mici, până la vârsta de 2-3 ani, după o adenoidită acută netratată corespunzător; apare excepțional la adulți • Febră, disfagie, dispnee de tip inspirator, tiraj, cornaj și alterarea marcată a stării generale, cu o pronunțată amprentă toxico-septică Examen clinic ORL: Inspecție: torticolis Bucofaringoscopie: tumefacție rosie, fluctuentă la palpare pe peretele posterior al faringelui Rinoscopie posterioară: tumefacție rosie, fluctuentă pe peretele lateral al rinofaringelui Palpare: adenopatie laterocervicală Se poate complica cu: abces laterofaringian și mediastinita
Investigații paraclinice obligatorii	Examen fibroendoscopic: Hemoleucograma,VSH, PCR,, fibrinogen Punctie exploratorie și examen bacteriologic al secreției
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	Radiografie cord-pulmon Radiografie cervicala profil CT/RMN cranio-facial cu substanța de contrast
Consulturi interdisciplinare	Pediatrie Boli infecțioase Chirurgie toracică
Tratament medical	• Antibiotice cu spectru larg și ulterior pe baza antibiogramei • Antiinflamatorii, antialgice, antipiretice
Tratament chirugical	Incizie-drenaj al flegmonului retrofaringian sub anestezie generală
Urmărirea pacientului	• Monitorizare postoperatorie 7-10 zile • Adenoidectomie la 3-4 săptămâni de la vindecarea flegmonului.

Adenoflegmonul laterofaringian

Diagnostic clinic	• Supurația este situată în spațiul retrostilian sau subparotidian, fiind infectat un ganglion jugulocarotidian ce determină constituirea unui adenoflegmon. • Simptomatologia este cervicală: febră, torticolis, redoare de ceafă, tumefiere subangulomandibulară și jugulocarotidiană înaltă și parțial faringiană, bombarea peretelui lateral al faringelui înapoia pilierului posterior. • Examen clinic ORL: - tumefacție înapoia pilierului posterior care la palparea digitală formează corp comun cu tumefacția cervicală - în faza de abcedare tumefacția faringiană se extinde și produce edem laringian și dispnee Evoluția flegmonului: poate fistuliza spontan la marginea anterioară a SCM, mai rar pe marginea posterioara a SCM sau la nivelul faringelui când pot aparea complicații bronhopulmonare și asfixie. Complicații: - Hemoragia prin eroziunea vaselor mari sau hemoragie cataclismică - Tromboflebita venei jugulare interne cu septicemie - Afectarea nervilor cranieni: IX,X,XI,XII si simpaticul cervical - Bronhopneumonie
Investigații paraclinice operatorii	Hemoleucograma, VSH, Fibrinogen, CRP,TGO,TGP, uree, creatinina CT/RMN cu substanță de contrast este obligatorie pentru a defini extensia abcesului și pentru a exclude răspândirea infecției prin spațiile perifasciale la mediastin. Ecografie cervicală Rg cord-pulmon
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Puncție exploratorie a flegmonului
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase Consult ATI Consult chirugie toracică
Tratament medical	Antibioterapie cu spectru larg și ulterior conform antibiogramei Antialgice, antiinflamatoare, antipiretice
Tratament chirurgical	Incizie-drenaj al flegmonului Traheotomie sau montare sonda nazo-gastrică în cazul apariției complicațiilor
Urmărirea pacientului	Monitorizare în funcție de evoluția bolii

Celuloflegmonul laterocervical

Diagnostic clinic	• Colecția este profundă, situată în loja prestiliană a gâtului, între peretele faringian și lama conjunctivă a marilor vase. • Patogeneza: pătrunderea germenilor din faringe printr-o plagă a mucoasei în spațiul parafaringian. • Simptomatologia: febră, stare generala alterată, odinofagie intensă, disfagie, adenopatie laterocervicală satelita • Examen clinic ORL: - bombarea peretelui lateral faringian - în faza de abcedare tumefacția faringiană se extinde și produce edem laringian și dispnee - adenopatie laterocervicală inflamatorie dureroasă la palpare Evoluția flegmonului: poate fistuliza spontan la nivelul faringelui când pot apărea complicații bronhopulmonare și asfixie. Complicații: - Hemoragia prin eroziunea vaselor mari sau hemoragie cataclismică - Tromboflebita venei jugulare interne cu septicemie - Afectarea nervilor cranieni: IX,X,XI,XII și simpaticul cervical - Bronhopneumonie

Investigații paraclinice operatorii	• Hemoleucograma, VSH, Fibrinogen, CRP,TGO,TGP, uree, creatinina • CT/RMN cu substanța de contrast este obligatorie pentru a defini extensia abcesului și pentru a exclude răspândirea infecției prin spațiile perifasciale la mediastin. • Ecografie cervicală • Rg cord-pulmon
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Puncție exploratorie a flegmonului CT torace în cazul mediastinitei
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase Consult ATI Consult chirugie toracică
Tratament medical	Antibioterapie cu spectru larg si ulterior conform antibiogramei Antialgice, antiinflamatoare, antipiretice
Tratament chirurgical	Incizie-drenaj al flegmonului Traheotomie sau montare sonda nazo-gastrica în cazul apariției complicațiilor
Urmărirea pacientului	Monitorizare în funcție de evoluția bolii

Amigdalita cronică

Diagnostic clinic	Simptomatologia amigdalitei palatine cronice este polimorfă: • Tulburări funcționale locale, discrete, sub formă de odinofagie intermitentă, voce amigdaliană (stomatolalie), ronhopatie, excepțional tulburări respiratorii; • Modificări ale stării generale: subfebrilitate, febră în puseul acut, oboseală, inapetență. • Existența infecției de focar amigdalian se traduce prin moderată hiperleucocitoză cu neutrofilie, anemie, ASLO, VSH, fibrinogen crescute, Ig A serice scăzute, creșterea compensatorie a IgM si IgG. Copilul prezintă leziuni articulare, valvulopatii, nefrite postanginoase. • Modificări obiective locale: - amigdale cu hipertrofie moale, - amigdale criptice sau scleroatrofice, - hipertrofia țesutului limfoid de pe peretele posterior faringian, - hiperemia marginii libere a pilierilor anteriori, - adenopatii angulomandibulare.
	Complicațiile la distanță în cursul evoluției unei amigdalite cornice: afecțiuni articulare, valvulopatii, nefropatii, leziuni cutanate (eczemă, eritem nodos) - complicații locale: flegmoane periamigdaliene sau perifaringiene.
Investigații paraclinice obligatorii	- Hemoleucograma - Coagulogramă - examen de urină - ASLO, fibrinogen, CRP, VSH, uree, creatinina, glicemie, GOT, GPT - exudat faringian
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- EKG și Radiografie cord-pulmon dacă există un istoric de boală cardiacă și la toți pacienții cu vârsta peste 45 ani la pacienții cu risc de endocardita, pacienții purtători de streptococ B- hemolitic de grup A și/sau cei cu titru ASLO constant crescut
Consulturi interdisciplinare	- consult pediatric pentru copiii sub 6 ani pentru excluderea altor afecțiuni - consult cardiologic
Tratament medical	De electie penicilina timp de 10 zile. În caz de alergie la penicilină, se va administra clindamicina sau eritromicina. Uneori nu se obține o remisie completă, deoarece bacteriile rămân inclavate la nivelul criptelor și pacienții dezvoltă frecvente recurente. Tratament simptomatic cu antiinflamatorii, antialgice, hidratare corectă și vitaminoterapie
Tratament chirugical	La copil, amigdalectomia se efectuează sub anestezie generală. 1. Amigdalectomia se poate efectua pe cale clasică, cu decolarea extracapsulară a amigdalelor și secțiunea cu ansa a pediculului amigdalian inferior. 2. În formele hipertrofice, fără leziuni generale și fără infecții repetate locale dar cu minimum de leziuni obstructive, mecanice, se poate practica diminuarea volumului acestora prin electrocoagulare și chirurgia asistată LASER. În unele cazuri se poate începe cu adenoidectomia care poate determina secundar diminuarea de volum a amigdalelor palatine. Dacă nu se obține reducerea dimensiunilor amigdalelor și persistă respirația orală și obstrucția nazală, se va recurge într-un al doilea timp la amigdalectomie. Indicațiile absolute ale amigdalectomiei: • obstrucția căilor respiratorii superioare cu fenomene de apnee în somn, apărute în cazurile de hipetrofie importantă adenoamigdaliană la copil • suspiciune de leziune malignă în special în cazul unei tonsile palatine de dimensiuni mari, cu ulcerații, necesistând amigdalectomia și examinarea histopatologică a acesteia; - amigdalita cronică - focar de infecție complicată locoregional prin angine repetate, flegmoane periamigdaliene; - amigdalita cronică hipertrofică care determină tulburări respiratorii (sindromul de apnee în somn),deglutiție, sau fonație; - amigdalita cronică criptică cazeoasă cu halitoză permanentă ori complicată prin prezența de calculi amigdalieni si care nu se rezolva prin chirurgia LASER; - asimetrie amigdaliana cu suspiciune de neoplazie amigdaliană;
	Indicațiile relative ale amigdalectomiei: • episoade frecvente de amigdalită acută, de cel putin 5-6 ori/an; • amigdalite cronice hipertrofice cu fenomene importante de obstrucție respiratorie cronică; • copiii cu episoade repetate de apnee în somn; • existența în antecedente a supurațiilor periamigdaliene; • infecții repetate cu Streptococ și cu titru ASLO depășind 200 U.I/ml; • în cazul existenței complicațiilor la distanță - pacienții cu reumatism articular acut, cu nefropatii acute, cu valvulopatii (în special în cazurile când se observă că anginele au fost urmate de pusee reumatismale acute sau o agravare a procesului reumatic).
	Contraindicațiile absolute sunt: • Boli cardiovasculare decompensate, Diabet zaharat • Insuficiență hepatică acută sau cronică;

	• Afecțiuni hematologice grave; • Afecțiuni maligne; • Tuberculoza evolutivă; • Sifilisul florid; • Epidemiile bolilor infectocontagioase. • septicitate bucodentară, • ciclul menstrual, • gravide, • anomalii vasculare, • profesioniștii vocali cu registru bine stabilit (la acestia chirurgia LASER sau Radiofrecvență este salutară)
	Complicatii postoperatorii • Intraoperatorii: - dilacerarea amigdalei, - amigdalectomia incompletă, - secționarea luetei, - aspirarea amigdalei in caile respiratorii, - hemoragii.
	• Postoperatorii: - hemoragia, - complicații infecțioase, - tulburări trofice (faringita atrofică, hipertrofică), - vicii de cicatrizare, - paralizii ale vălului palatin, - torticolis.
	Hemoragiile postoperatorii pot fi precoce, apărând în primele 24 de ore sau tardive, la aproximativ o săptămână postoperator prin detașarea falselor membrane. În cazul sângerărilor abundente se efectuează electroagularea la nivelul zonelor hemoragice, rare cazuri necesitând sutura pilierilor. Tratamentul postoperator - soluții antiseptice locale - antiinflamatorii și câteodată administrarea antibioticelor în caz de infecție bacteriana (apariția febrei, persistența disfagiei și accentuarea ei). - alimentație: ingestia de lichide (ceai,apă plată) este permisă după 3 ore de la operație.
Urmărirea pacientului	- De regulă pacientul operat părăsește spitalul în aceeași zi, maxim a doua zi, Recomandari la externare: - Regim alimentar: lichide, semisolide - Monitorizarea cantitatii de lichide ingerate raportat la greutatea corporală - Monitorizarea temperaturii corporale - Explicarea clara a medicației administrate: antibiotic, antialgic, dezinfectante buco-faringiene - Repaus în casa 5 zile cu reluarea treptată a activităților fizice Pacientul se va prezenta la control la 7 zile apoi la14 zile postoperator.

Adenoidita acută a sugarului

Diagnostic clinic	Anamneza: • Debut brutal cu febră importanta, agitație, obstrucție nazală complete cu polipnee, adesea convulsii și tulburări de ritm respirator • În cazurile complicate apar episoade recurente de rinofaringită purulentă, rinoetmoidită acută, laringotraheobronșite, bronhopneumonii, episoade recurente de otită medie acută, adenoflegmon retrofaringian, dacriocistite Examen clinic ORL: • Inspecție: stare generală alterată, febră importantă 39-40 grade Celsis care poate evolua 3-4 zile, facies adenoidian, dificultăți mari de alimentație a sugarului care în această perioadă poate să scadă în greutate. • Palpare - ganglioni laterocervicali de tip inflamator • Bucofaringoscopie: faringe hiperemic, secreții mucopurulente pe peretele posterior al orofaringelui • Rinoscopia anterioara: obstrucție nazală importantă cu rinoree mucoseroasa care ulterior devine mucopurulentă, mucoasă nazală intens congestionată • Otoscopia: congestia memmbranei timpanice bilateral, frecvent evoluând către o complicație supurativă.
Investigații paraclinice obligatorii	Hemoleucograma,VSH, Proteina C reactiva, Examen de urina
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Exudat nazal/faringian Fibroendoscopie nazala: hiperplazie de țesut limfoid in rinofaringe, hiperemic,secreții mucopurulente la acest nivel.
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric
Tratament medical	• Tratament profilactic: îngrijirea atentă a sugarului, alimentație și hidratare corespunzătoare, combaterea malnutriției • Dezinfectante orale și vasocostrictoare locale cu aspirarea secrețiilor mucopurulente de la nivelul foselor nazale sau cavumului, antiinflamatorii locale, pulverizații sau instilații nazale cu dezobstruante, antiinflamatorii, antipiretice • În cazurile complicate cu febră importantă și alterarea stării generale și în caz de afectare pulmonară secundară se pot administra antibiotic și simptomatice pe cale generală.
Tratament chirugical	Adenoidectomie după trecerea episodului acut și numai în cazul când tulburările respiratorii sunt foarte accentuate și împiedică suptul.
Follow-up	Monitorizare 7 zile

Adenoidita acută a copilului

Diagnostic clinic	Anamneza: Simptomatologia este mai atenuată cu febră moderată sau subfebrilitate, agitație, obstrucție nazală moderată copilul alimentându-se cu destulă ușurință. • Respirație orală, rinolalie închisă, tulburări de somn/ronhopatie, rinoree mucopurulenta, hipoacuzie de transmisie. • Copilul poate dezvolta complicații bronhopulmonare, sinusale, lacrimale(dacriocistite), otice, supurații ganglionare, septicemie și infecții de focar. Examen clinic ORL: • Inspecție: stare generală aparent bună, febră moderată • Palpare - ganglioni laterocervicali de tip inflamator • Bucofaringoscopie: faringe hiperemic, secretii mucopurulente pe peretele posterior al orofaringelui • Rinoscopia anterioară: obstrucție nazală importantă cu rinoree mucoseroasă care ulterior devine mucopurulentă, mucoasa nazală intens congestionată • Otoscopia: congestia memmbranei timpanice bilateral, frecvent evoluand catre o complicatie supurativa.
Investigații paraclinice obligatorii	Hemoleucograma, Fibrinogen, CRP, VSH, sumar de urină
Investigații paclinice opționale, în funcție de caz	• Exudat nazal/faringian • Fibroendoscopie nazala: hiperplazie de țesut limfoid in rinofaringe, hiperemic, secreții mucopurulente la acest nivel • Audiograma tonală liminara • Impedansmetrie
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric
Tratament medical	• Tratament profilactic: îngrijirea atentă a copilului, alimentație și hidratare corespunzătoare, combaterea malnutriției; un rol important în profilaxie îl reprezintă adenoidectomia • Dezinfectante orale și vasocostrictoare locale cu aspirarea secrețiilor mucopurulente de la nivelul foselor nazale sau cavumului, antiinflamatorii locale, pulverizații sau instilații nazale cu dezobstruante, antiinflamatorii, antipiretice • În cazurile complicate cu febra importantă și alterarea stării generale și în caz de afectare pulmonară secundară se pot administra antibiotic și simptomatice pe cale generală.
Tratament chirurgical	Adenoidectomia la 2-3 săptămâni de la episodul acut
Urmărirea pacientului	Monitorizare 7 zile

Adenoidita cronică

Diagnostic clinic	Anamneza: obstrucție nazală, respirație orală, hiponazalitate, rinolalie închisă, tulburări de somn/snoring, sindrom de apnee obstructivă de somn, rinoree mucopurulentă, hipoacuzie de transmisie, hipoguezie, tulburări de dezvoltare, enurezis nocturn. Examen clinic ORL: [] Inspecție: • Copiii sunt palizi, adinamici, cu subfebrilitate permanentă, prezintă lipsa de atenție, tușesc frecvent datorită scurgerii secrețiilor retronazal spre laringe și arborele traheobronsic, au oase malare atrofice, prognatism maxilar superior, bolta palatină ogivală, implantații vicioase dentare. • Copiii prezintă secreții uscate la nivelul narinelor, cu eritem și eczema a orificiilor, adesea halitoza. • facies adenoidian (fața îngustă, palidă, gura întredeschisă și ochi înfundați în orbite), oase malare atrofice, prognatism maxilar superior, bolta palatină ogivală, implantații vicioase dentare [] La inspecția generală pot apărea și importante dismorfii toracice: torace alungit, strâmt, stern înfundat sau în carenă, scolioze. [] Rinoscopia anterioară: secreții mucopurulente abundente, mucoasa cornetelor nazale hipertrofică, congestionata. [] Rinoscopia posterioară și palparea cavumului depistează formațiunile limfoide și dimensiunile lor. [] Bucofaringoscopia: observăm secreții mucopurulente pe peretele posterior faringian, frecvente hipertrofii ale amigdalelor palatine, [] Otoscopia: aspect de otita congestiva, otita seroasă cronică,
Investigații paraclinice obligatorii	• Examen fibroendoscopic: pentru evaluarea dimensiunilor sau a extensiei formațiunilor adenoidiene, a patologiei asociate acesteia, precum și a avea un document medicolegal în anumite cazuri când suspiciunile aparținătorilor sunt crescute. • Testele auditive: Audiograma tonala liminara, impedansmetria daca copilul acuza hioacuzie. • Hemoleucograma, coagulograma, TGO, TGP, glicemie,VSH, fibrinogen, CRP
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Exudat nazal/faringian • Biopsie în suspiciune de neoplasm de rinofaringe • CT cranian sau angio IRM în caz de suspiciune de neoplasm
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatrie Consult logopedie, Consult ortodontie
Tratament medical	Tratamentul conservator este indicat doar in episoadele acute sau in cazuri cu contraindicatie operatorie (palatoschizis): - antiinflamatoare, - antibiotice cu spectru larg sau conform antibiogramei - decongestionante nazale - spray cu corticosteroizi intranazali
Tratament chirugical	De prima intentie - adenoidectomie clasică pe cale retrovelopalatină cu ajutorul chiuretei Beckmann in toate cazurile ce prezinta obstrucție nazală cronică, recurente inflamatorii rinologice, episoade recurente de sinuzită congestivă, otită medie, bronșita acută și apnee obstructivă de somn. Indicațiile adenoidectomiei 1. Adenoidita acută a sugarului cu forma sa prelungita septicemica și în cazul tulburărilor respiratorii foarte accentuate. 2. Adenoiditele cornice hipertrofice ce produc tulburări respiratorii și implicit tulburări de alimentație la sugar, tuburări în dezvoltarea danturii, oaselor faciale(dismorfii faciale), tulburări psihice și intelectuale, somn zgomotos(ronhopatie), enuresis nocturn 3. Adenoiditele cornice care produc complicații infecțioase: rinofaringite, rinosinuzite purulente, otice (otite acute, catar oto-tubar, otită seroasă cronică, otită seroasă adezivă), laringite, traheobronsite și pneumonii

	4. La adult - vegetatii adenoide pot determină tulburări de permeabilitate tubara, patologie otica, rinosinuzita, tulburări bronhopulmonare Contraindicația adenoidectomiei clasice: pacienții cu palatoschizis. Se poate practica vaporizarea vegetatiilor adenoide cu instrumente calde (LASER CO2/radiofrecventa) in centrele de specialitate care sunt dotate cu acest tip de aparate. Complicațiile postoperatorii sunt: 1. hemoragia; în cazul sângerării abundente perioperatorii aceasta poate fi corectată prin diatermocoagulare sau cu ajutorul tamponamentului posterior 2. infecția sub forma acutizării unor leziuni otice minore 3. apariția adenoflegmonului retrofaringian. 4. lezări ale orificiului faringian al tubei auditive, cu sinechii importante, când chiureta este de dimensiuni prea mari sau manevrele efectuate de chirurg sunt defectuoase. 5. Torticolis cand se lezeaza muschii prevertebrali Tratment postoperator: - antialgice, eventual antitermice - Antibiotice numai dacă copilul face febră - Instilatii nazale cu decongestionante nazale - Tratamentul complicațiilor - creșterea imunității - alimentație moale/lichidiana - 3 zile.
Urmărirea pacientului	Monitorizare postoperatorie (recurente posibile in ciuda tehnicii chirurgicale corecte)

TUMORILE BENIGNE ALE NAZOFARINGELUI

Diagnostic clinic	Pot fi: chisturi, fibroame, angio-fibroame, polipi choanali sau antro-choanali, chisturi de retenție, teratoame, papiloame,meningioame, cranio-faringioame. FIBROMUL NAZOFARINGIAN Anamneză: Vârsta la care se prezintă cel mai frecvent pacienții este cuprinsă între 12 și 15 ani. Tipic, pacienții cu angiofibrom nazo-faringian sunt băieți la pubertate. Simptomatologia fibromului nazofaringian: • Epistaxis unilateral spontan recidivant • Obstrucție nazală unilaterală, rinolalie închisă • Rinoree muco-purulentă • Hipoacuzie • Hipoosmie și anosmie • Tulburari de gust • Tulburari de vedere • Nevralgie trigeminală • Cefalee surdă localizată la rădăcina nasului Examenul obiectiv Inspecție: - pacient palid avend gura larg deschisă, hipotrofie ponderala, retrognatism mandibular - deformări faciale: • bombarea obrazului prin extinderea tumorii în sinusul maxilar • bombarea fosei temporozigomatice • exoftalmie unilaterală, diplopoie, proptosis prin invazia tumorii în orbită Rinoscopie anterioară: - secreții mucopurulente pe care pacientul nu le poate exterioriza - după aspirarea secrețiilor mucoasa apare congestionată obstruand regiunea posterioară - după anemizarea mucoasei cu vasoconstrictoare se evidențiază o formațiune tumorală netedă, lobulată, compresibilă, de culoare roșie-violacee care la palparea cu stiletul sângerează ușor. Rinoscopia posterioară: evidențiază sediul, volumul, culoarea și extinderea formațiunii tumorale. Tuseul digital: tumora de consistență dură, neregulată Bucofaringoscopia: • dinți implantați vicios • bolta palatină ogivala • bombarea valului palatin și a bolții palatine Otoscopia: • timpanele pot fi normale sau • timpan mat, retractat, fara repere natomice prezente - aspect de otită seroasă conică Palparea ariilor ganglionare nu deceleaza ganglioni patologici. Extinderea loco-regională a fibromului nazofaringian: • către fosele nazale: cu obstructive nazală uni/bilaterală • către orbita determinând: exoftalmie, proptosis,diplopie, dacriocistita • către sinusul maxilar determinând sinuzita de însoțire și bombare obrazului • către orofaringe: bombarea și imobilitatea valului palatin cu disfagie consecutiva; bombarea palatului dur • către fosa pterigomaxilara ți infratemporala: trismus ți nevralgie trigeminala • către baza de craniu ți endocraniu determinând: - paralizia nervilor II,V,IX,X,XI - meningita, vărsături, cefalee, somnolență
Investigații paraclinice obligatorii	• Hemoleucograma, coagulograma, grup Rh, glicemie, TGO, TGP, fibrinogen, CRP, VSH • Endoscopie nazo-faringiană • Investigații imagistice - CT sau RMN cranio-facial cu SCIV • Audiograma tonală liminara, Impedansmetrie • Angiografia preoperatorie pentru stabilirea surselor vasculare ale tumorii, cât și ca metodă terapeutică preoperatorie prin embolizare. • Biopsia este contraindicată datorita riscului de sângerare

	• Examen histopatologic după excizia formațiunii tumorale
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Rg cord-pulmon • Examen microbiologic în caz de infecție asociată specifică sau nespecifică • Dozarea de 17-cetosteroizi ceea ce ar explica teoria hormonală a apariției fibroamelor nazo-faringiene.
Consulturi interdisciplinare	• Consult Neurochirurgical, • Consult BMF, • Consult Oftalmologic, • Radiologie intervențională
Tratament medical	În general ca metode adjuvante, în funcție de caz: radioterapie, chimioterapie, terapie hormonală, embolizare. 1. Radioterapia în aceste tumori este rezervată în cazul: - tumorilor extinse endocranian care nu pot fi abordate chirurgical - pentru cazurile de tumori care pot pune în pericol viața pacienților datorită localizării lor sau - în unele cazuri restanțelor tumorale post-chirurgicale. Radioterapia este controversată deoarece țesutul nu este radiosensibil 2. Embolizarea selectivă preoperatorie • Se realizează cu 24-72 de ore înaintea abordului endoscopic • Aduce beneficii semnificative în controlul hemoragiilor intra-operatorii, reducând aceste hemoragii • Facilitează excizia completă a tumorilor, scăzând durata intervenției chirurgicale și rata complicațiilor postoperatorii. Complicațiile embolizării cuprind: • ocluzia arterei centrale a retine, • ocluzia a arterei oftalmice, • fistule oro-nazale consecutiv necrozei, • ocluzii ale arterei cerebrale medii,
Tratament chirugical	- Tratamentul chirurgical - este considerat la momentul actual gold-standard-ul de tratament in această patologie. - se poate reliza prin tehnici chirurgicale clasice, endoscopice sau combinate. - tehnica operatorie se alege în funcție de localizarea și extinderea tumorii cât și în funcție de experiența și preferințele chirurgului. Abordul endoscopic • se adresează angiofibroamelor nazofaringiene în stadiile I, II Fisch (I, IIA Radkowski) • se poate extinde și la stadiile superioare în funcție de gradul de vascularizație și de embolizarea pre-operatorie • se adresează în general angiofibroamelor nazofaringiene cu o singură sursă vasculară. • presupune devascularizarea tumorii cu ablația completă a acesteia și menținerea intactă a tumorii (este proscrisă rezecția de tip peace-meal a angiofibroamelor nazofaringiene), urmând ca tumora să fie extrasă în bloc. Abordul chirurgical clasic - Este indicat în stadiile III Fisch - tumoră care erodează baza de craniu, extensie endocraniană minimă Tumoră care erodează baza de craniu, extensie endocraniană masivă, cu sau fără extensie la nivelul sinusului cavernos - Presupune mai multe căi de abord: transorală, transpalatală, transantrală, rinotomie laterală, midfacial degloving, abord prin fosa infratemporală. 1. Abordul transpalatal: • Se adresează fibroamelor de dimensiuni mici și medii care în general au o singură sursă arterială și sunt localizate în nazo-faringe fără a avea extensii în fosa nazală și sinusuri. • Avantajul: nu lăsa cicatrici vizibile • Se poate complica postoperator cu fistule oronazale. 2. Abordul transantral și vestibulo-antral se adresează • fibroamelor nazo-faringiene cu punct de plecare în treimea posterioară a fosei nazale sau în nazo-faringe și fără extensie superioară • are avantajul unui control bun asupra aferențelor vasculare 3. Rinotomia laterală: • Este indicată: - în fibroamele nazo-faringine de dimensiuni mari cu extensii multiple în regiunile învecinate și multiple surse de vascularizație. - în fibroamele nazo-faringiene recidivante pentru a putea realiza exereza completă a tumorii. • Avantaj: crează un câmp operator cu expunere largă și acces facil către fosa nazală, nazo-faringe, sinus maxilar, sinus etmoid, sfenoid fosă pterigopalatină precum și tavanul etmoidal. • Dezavantaj: - cicatrice facială, - asimetrii faciale datorita osteotomiilor realizate la acesti pacienți în perioada pubertară - sechele după această intervenție pot fi parestezii faciale, lezarea aparatului lacrimal 4. Tehnica midfacial degloving: • Este indicată fibroamelor de dimensiuni mari cu distrucții oasoase importante în treimea posterioară a foselor nazale (lama perpendiculară, vomerul, peretele anterior sfenoidal, procesele pterogoide lateral și medial) • Avantaj: - expunere bună a fosei nazale, a sinusului maxilar, a fosei pterigo-palatine și infratemporale și a tavanului etmoidal - nu lăsa cicatrici vizibile • Dezavantaj: utilizează multiple osteotomii
Urmărirea pacientului	• Monitorizare endoscopică și radiologică 12-18 luni pentru depistarea precoce a recidivelor

TUMORILE MALIGNE ALE NAZOFARINGELUI

Diagnostic clinic	1. Semne și simptome precoce sunt variate și de obicei, ignorate de pacient și medic în etapa inițială de evoluție a carcinomului. Majoritatea pacienților se prezintă în stadii avansate. Modalitățile cele mai frecvente de debut aparent sunt: 1. Ganglionar cu adenopatie localizată cel mai frecvent sub-angulomandibular; prezența unor adenopatii laterocervicale joase supraclaviculare sunt un indicator de prognostic nefavorabil

	2. Nazal (obstrucție nazală și/sau secreție sero-sangvinolentă și/sau epistaxis unilateral) 3. Otic (otita seroasă unilaterală însoțită de hipoacuzie unilaterală și/sau otalgie) 4. Neurologic (polineuropatie relativă la nervii cranieni VI, V, IV, III, cel mai frecvent simptom fiind diplopia, urmat de durere facială sau craniană și parestezii de hemifață) 5. Cefalee "în cască", nevralgie trigeminală sau parestezii în teritoriul trigeminal. 2. Anamneză: semne și simptome actuale, antecedente heredocolaterale (patologia tumorală), antecedente patologice personale, comportamente (fumat, alcool, droguri), condiții de viață și muncă 3. Examen clinic O.R.L. • Inspecție și palparea ganglionilor laterocervicali: adenopatiile apar precoce în cazul epitelioamelor și tardive în cazul sarcoamelor • Rinoscopia anterioară: când tumora se dezvoltă către anterior evidențiind o formațiune tumorală neregulată sângerandă la palpare acoperită cu secreții muco-purulente • Bucofaringoscopie: orofaringe de aspect normal sau apare o tulburare în mobilitatea valului palatin prin infiltrare tumorală. Rinoscopia posterioară: evidențiază forma, culoare, sediul tumorii • Tuseul nazofaringian evidențiază consistenta și volumul tumorii • Otoscopia: aspect de otita seroasă cronică Complicațiile cancerului de rinofaringe sunt: - infiltrația bazei craniului cu afectarea nervilor cranieni, paralizia de nerv abducens fiind cea mai frecventă; - infiltrația orbitei cu protruzia globului ocular și diplopie sau oftalmoplegie; - infiltrația fosei infratemporale; - epistaxis sever cu anemie secundară; - cefalee rezistentă la tratament. - sindroame disfagice și disfonie, tulburări ale deglutiției în fazele avansate. Extinderea tumorilor maligne de rinofaringe se poate face: - anterior: prin gaura sfenopalatină către spațiul pterigo-maxilar sau către orbită prin fanta sfenoidală sau prin choană invadând fosele nazale, sinusul etmoidal, maxilar și chiar lama ciuruită a etmoidului - superior: invazia se face în corpul sfenoidului (cu sinusurile sfenoidale), partea internă a aripii mari a sfenoidului, vârful stâncii temporale, lama bazilară a osului occipital, gaura ruptă anterioară și posterioară, gaura condiliană, șaua turcească. - lateral: cu invazia trompei lui Eustachio și/sau gaura ruptă anterioară
Investigații paraclinice obligatorii	• Hemoleucograma, coagulograma, TGO, TGP, uree, creatinina, grup Rh • Examenul endoscopic nazofaringian poate identifica tumora și permite prelevarea unei biopsii din tumoră. Poate fi efectuată sub anestezie locală cu endoscopul rigid sau flexibil. • CT/RMN cranio-cervical cu substanță de contrast • Audiograma tonala liminară • Impedansmetrie • Biopsie formațiune tumorală (cu examen histopatologic si imunohistochimic) prin examen endoscopic sau poliendoscopic. Se recomandă imperativ prelevarea unor biopsii din mucoasa rinofaringiană în următoarele două situații: a. când există o adenopatie cervicală, chiar în condițiile în care ednoscopia nu identifică o leziune rinofaringiană b. în otitele seroase cronice unilaterale persistente la adult sau vârsnic (evidențiate clinic, audiometric, otomicroscopic și impedancemetric).
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Examen microbiologic în caz de infecție asociată specifică sau nespecifică • Ecografie cervicală • Ecografie abdominală în cazul evaluării metastazelor • Puncție-biopsie aspirativă cu ac fin: pentru confirmarea adenopatiilor laterocervicale metastatice • PET-CT sau SPECT: - pot localiza o tumoră situată în întregime submucos cu condiția să aibă minimum 6-8mm în suprafață. - PET are o valoare mai mare decât alte metode imagistice în cazul detectării cancerului nazofaringian persistent postradioterapie sau recurent atât în ce privește localizarea primară cât și la nivelul maselor adenopatice cervicale. - Asocierea PET-CT se folosește pentru identificarea unor metastaze la distanță de tumora primitivă și ariile cervicale (plămân, os, ficat) • CT toracic pentru evaluarea metastazelor • Scintigrafie osoasă în evaluarea metastazelor • Evaluare serologică în relație cu virusul Epstein-Barr (ADN viral, anticorp IgA anti antigen capsidial viral, anti antigen precoce)
Consulturi interdisciplinare	Consult Neurochirurgical Consult neurologic Consult oro-maxilo-facial, Consult oftalmologic
Tratament medical	Tratament oncologic se practica conform recomandărilor comisiei oncologice. - Radioterapia este elementul principal terapeutic în tratamentul curativ al cancerului rinofaringian. - tumora malignă epitelială rinofaringiană este sensibilă la radioterapie - radioterapia cu intenție curativă trebuie utilizată chiar și în cazurile de tumoră malignă locoregional avansată atâta timp cât nu există evidențe de metastaze la distanță - Chimioterapia - Se bazează pe utilizarea de Cisplatin asociat cu 5-FU. Imunoterapia - titrurile EBV - DNA
Tratament chirugical	a. Chirurgia reducțională fără pretenție curativă, se adresează formelor de cancer rinofaringian restant sau recidivat fie la nivelul rinofaringelui, fie și/sau la nivelul ganglionilor limfatici cervicali. Disecția cervicală este indicată pentru ganglionii limfatici reziduali sau recidivați. b. Chirurgia "de salvare" poate fi practicată în situații clinice selecționate adresându-se tumorii primare și/sau ganglionilor limfatici cervicali metastatici ce persistă sau recidivează după radioterapie și/sau chimioterapie. c. Miringotomie cu plasarea unui aerator transtimpanic în situațiile de otită seroasă cronică.
Urmărirea pacientului	• Evaluare completă (endoscopică, eventual biopsică) la 3 luni după finalizarea protocolului terapeutic inițial
	• Următoarea evaluare trebuie programată la 6 luni, apoi anual dacă nu survin complicații.

TUMORILE BENIGNE ALE OROFARINGELUI

Diagnostic clinic	- Pot fi: adenom pleiomorf, cheratoacantom, cilindrom, botriomicom, lipom, histiocitom, leiomiom, rabdomiom, mixom, limfangiom, neurinom, gliom, schwannom, neurofibrom, condrom, osteom, chisturi, granuloame - Sunt rare, ritm de creștere foarte lent, fără implicarea ganglionilor limfatici loco-regionali. Anamneză: antecedente personale patologice, antecedente heredocolaterale (patologia tumorală), comportamente (tutunul și abuzul de alcool) Simptomatologia tumorilor benign oro- și hipofaringiene depinde de dimensiunile tumorilor și de localizarea acestora - grade diferite de disfonie, dispnee, disfagie cu odinofagie, senatie de corp străin Examen clinic ORL - endoscopie flexibilă nazo-faringo-laringiană Examinarea bucofaringoscopică și hipofaringoscopică evidențiază: - în cazul papiloamelor: tumori cu aspect muriform roz-gri, pediculate sau sesile, nedureroase, nesângerânde. - În cazul angioamelor: tumori vasculare plane sau boselate de culoare rosie/violacee localizate la nivelul bazei de limba, valecule - În cazul fibroamelor: tumori dure, încapsulate, de culoare gri- galbui, mobile față de planurile profunde. - În cazul adenoamelor: tumori cu origine glandulară, dure sau chistice pe fața linguala a epiglotei și sinusurile piriforme - În cazul tumorilor tiroidiene - tiroida ectopica: tumori sferice, încapsulate, acoperite de mucoasă de aspect normal, consistența parenchimatoasă, dură sau fluctuentă
Investigații paraclinice obligatorii	• Hemoleucograma, coagulogram, Grup-Rh, TGO, TGP, fibrinogen, CRP, VSH, creatinine, uree • Endoscopie faringo-laringiana • Investigații imagistice - CT sau RMN cervico-facial cu SCIV • Biopsie/ablatie formatiune tumorala cu examen histopatologic
Investigații paraclinice optionale, în funcție de caz	• Examen microbiologic în caz de infecție asociată specifică sau nespecifică • Scintigrafie I^131 - în cazul tiroidei ectopice • Examen imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Chirurgie BMF Consult endocrinologic - tiroida ectopica Radiologie intervențională (tumori vasculare)
Tratament medical	- În general ca metode adjuvante, în funcție de caz: radioterapie, chimioterapie, terapie hormonală, embolizare.
Tratament chirugical	- Angiomul orofaringian: - Corticoterapie - Prednison 2-3 mg/kg/zi - Vaporizare Laser - Embolizare selectivă pediculilor urmată de ablatie chirurgical - Fibroame, lipoame, adenoame: ablatie formațiune tumorală - Tiroida ectopică: - în tumorile mici extirparea pe cale naturală - dacă are dimensiuni crescute și determină tulburări respiratorii se utilizează calea transhioidiană cu traheotomie în prealabil - extirparea se face numai parțial pentru a nu ajunge la mixedem postoperator - substituție hormonală
Urmărirea pacientului	Monitorizare enoscopică și radiologică în funcție de caracteristicile tumorii în special în primele 12 luni.

TUMORILE MALIGNE ALE OROFARINGELUI

Diagnostic clinic	4. Semne și simptome: pacienții se prezintă în majoritatea cazurilor în stadii avansate - cancerul amigdalei palatine: jena faringiană, disfagie,odinofagie,otalgie izolată, disfagie, otalgie unilaterală, adenopatie cervicală (dură, regulată, indoloră, cu mobilitate păstrată inițial, apoi scăzută și în evoluție fixată) - otalgia cu timpan normal ne obligă la a căuta și explora o leziune faringiană luând în considerare posibilitatea ca aceasta să fie de natură malignă. - cancerul vălului palatin: la debut sunt discrete, în stadii tardive: rinolalia și regurgitația lichidelor pe nas - cancerul bazei limbii: - glosodinie și senzația de corp străin în stadiile incipiente - în stadii avansate apar: disfagie, odinofagie, halena fetida, sialoree, expectoratie sangvinolenta, otalgie reflexa, mobilitate redusă a limbii, adenopatie laterocervicală. - cancerul peretelui posterior al orofaringelui: jena faringiana cu senzație de corp străin, odinofagie, disfagie, adenopatie laterocervicală În stadii tardive: - otalgia reflexă devine permanentă, hemoptizie, halitoza, trismus; - tulburări ale vocii, tulburări de deglutiție (prinderea valului și bazei de limba) - valul palatin infiltrat este imbil - ganglionii laterocervicali se măresc în volum, tegumentul supraiacent se ulcereaza și în final poate fistuliza, în profunzime comprima axul vascular jugulo-carotidian cu necroza și hemoragie cataclismică, pot determina compresiuni nervoase cu paralizii motorii și senzitive la nivelul ultimilor nervilor cranieni și simpaticului cervical. În faza terminală: casexie, febra paraneoplazica, hemoragie cataclismica, metastaze la distanța (plămân, os, ficat), extinderea la santul glosofaringian(are prognostic rezervat). 5. Anamneză: - semne și simptome actuale, antecedente heredocolaterale (patologia tumorală), antecedente patologice personale - comportamente (tutunul și abuzul de alcool) - Infecția virală cu HPV - Stări precanceroase la nivelul oro-faringelui (leziuni leucoplazice cronice și leziuni de lichen plan) - factorul profesional (lucrători cu nichel, crom, hidrocarburi policiclice) 6. Examen clinic ORL: a. Inspecția și palparea endobucală a orofaringelui reprezintă baza examinării clinice. b. Examinarea ariilor ganglionare cervicale: adenopatiile subangulomandibulare apar primele apoi restul grupelor ganglionare(ggl suprahiodieni ganglionii jugulocarotidieni) c. Bucofaringoscopie poate evidenția: - leziune tumorală ulcero-infiltrantă sau ulcerovegetantă la nivelul amigdalei palatine și/sau la nivelul lojei palatine ce poate fi dureroasă și sângera la palpare

	- o tumoră de dimensiuni reduse pe suprafața amigdaliană (microburjon), hipertrofie amigdaliană unilaterală simplă, o zonă de infiltrație minimă în pilierul posterior a recesului supraamigdalian sau în foseta subamigdaliană; toate aceste situatii pot fi dificil de diagnosticat. - La nivelul valului palatin: ulceratie infiltrativa cu muguri neoplazici/ulceratie crateriforma - În neoplasmul de baza de limba se poate evidenția: • Devierea limbii de partea bolnavă • Formațiune tumorală ulcerativa/vegetativa/exofitica/schiroasa localizată în partea dorsala/varful limbii/marginea libera/ventrolinguala/pelvilinguala • Examinarea planșeului bucal, al șantului alveolo-lingual și a danturii d. Laringoscopia indirectă: examinarea bazei de limba, a valeculelor, hipofaringelui e. Otoscopia: aspect normal
Investigații paraclinice obligatorii	• Examene de laborator: hemoleucogramă, coagulogramă, grup sanguin, Rh, glicemie, fibrinogen, CRP, VSH, ASLO,TGO, TGP, uree, creatinina • Endoscopie nazo-faringo-lariniana • Rg cord pulmon • CT/RMN cranio-cervical - cu substanță de contrast • Ecografie cervicală pentru evaluarea adenopatiilor cervicale • Proba biopsică cu examen histopatologic pentru o leziune suspectă poate fi efectuată: a. în cursul bucofaringoscopiei clasice cu anestezie locală b. prin examen endoscopic sau poliendoscopic (nazofaringian, oral și orofaringian, hipofaringian, laringian și esofagian sub anestezie generală)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Examen microbiologic în caz de infecție asociată specifică sau nespecifică • Panendoscopie (laringoscopie, esofagoscopie, bronhoscopie) este indicată: - în mod special la fumători și la pacienții cu tumori de volum mare pentru a stabili adevărata extensie a leziunii tumorale orofaringiene. • CT/RMN torace • Rg mandibula în cazul invaziei tumorale la nivelul mandibulei in cazul unui neoplasm pelvilingual • Ortopantomograma • PET-CT • CT toracic în cazul metastazelor • Scintigrafie osoasă în cazul metastazelor • Puncție-biopsie aspirativă cu ac fin: pentru confirmarea adenopatiilor laterocervicale metastatice • Examen imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Consult stomatologic Chirurgie oro-maxilo-facială Consult de chirurgie plastică Consult chirurgie vasculară Consult de hematologie
Tratament medical	Tratament oncologic: radioterapia si chimioterapia - se va efectua conform recomandarilor comisiei oncologice
Tratament chirugical	1. Ablația tumorii primare și a adenopatiilor cervicale metastatice prin tehnici chirurgicale adaptate la gradul lor de extindere. Opțiunile terapeutice pentru cancerul de orofaringe țin cont de stadialitatea tumorii. Stadiul 1: chirurgie sau radioterapie depinzând de deficitul funcțional prognozat (tulburări de deglutiție, fonație, respirație). Stadiul 2: chirurgia sau iradierea dau rate de succes egale în controlul afecțiunii. Se poate alege radioterapia acolo unde deficitul funcțional prognozat se așteaptă a fi mai mare. Stadiul 3: abordare multidisciplinară complexă în vederea stabilirii formulei optime de tratament. Se recomanda una din urmatoarele optiuni terapeutice: a. chirurgia tumorii primare și a ariilor ganglionare cervicale b. chirurgia combinată cu iradiere adjuvantă sau cu radiochimioterapie adjuvantă c. radiochimioterapie cu intenție curativă - Indicația chirurgicală trebuie să aibă în vedere evaluarea invaziei tumorale locale și loco-regionale față de urmatoarele elemente (fascia prevertebrală, artera carotidă, baza craniului). Implicarea unora sau mai multora din aceste elemente anatomice semnifică nerezecabilitatea chirurgicală a tumorii maligne orofaringiene și inițierea tratamentului cu radio (chimio) - terapie. - Abordarea chirurgicală a tumorii se poate face: a. Transoral (T1-T2 și cazuri selectionate T3) Radiofrecvența reprezintă cea mai utilă tehnologie chirurgicală actuală folosită în exciziile transorale pentru tumorile orofaringiene cu volum mic/mediu. Recent rezecția transorală robotic asistată (transoral robotic assisted resection) a unor cazuri de tumori orofaringiene s-a dovedit o metodă chirurgicală fiabilă b. Mandibulotomie (mediană) cu mobilizarea laterală a hemimandibulei și interceptarea tumorii prin planșeul cavității bucale c. Mandibulotomia segmentală (unghiul sau ramul ascendent al mandibulei - se practică atunci când mandibula este contiguă cu tumora). d. Mandibulectomie marginală e. Mandibulectomie segmentală În cazul abordului transmandibular este necesar să se practice traheotomie provizorie pentru evitarea hemoragiilor postoperatorii și montarea sonda nazo-gastrică. - Reconstrucția chirurgicală a defectelor mandibulare și faringiene se poate realiza în colaborare cu medicul plastician: - lambouri pediculate regionale și/sau grefe tegumentare, - lambouri regionale pediculate completate cu osteosinteza mandibulară cu placuțe și șuruburi metalice - lambouri libere, microvascularizate cu fragment osos din fibulă, radius, creasta iliacă 2. Tratamentul adenopatiilor metastatice Tipurile majore de disecție cervicală a gâtului: I. Disecția cervicală radicală (radical neck disection) reprezintă "gold standard" în cancerele de hipofaringe II. Disecția cervicală radicală modificată (modified radical neck dissection) conservă structuri anatomice non-limfatice - subtipul I (conservă nervul spinal)

	- subtipul II (conservă nervul spinal și vena jugulară internă) - subtipul III (conservă nervul spinal, vena jugulară interna și mușchiul SCM) III. Disecția cervicală selectivă conserva grupuri de ganglioni limfatice; principalele arii de evidare ganglionară sunt: - supraomohioidiană - posterolaterală - laterală - anterioară IV. Disecția cervicală radicală extinsă include exereza unor grupuri ganglionare limfatice adiționale celor cervicale și a unor structuri anatomice non-limfatice - Tratament postoperator: • Pacientul să fie monitorizat în serviciul ATI 1- 3 zile • De obicei, pacienții sunt spitalizați de la 3-5 zile (cazuri simple) până la 10 zile (cazuri severe) • Se menține canula traheală 5-7-10 zie • Pansament zilnic • Sonda nazo-gastrică se menține până la cicatrizarea completă a faringelui și reluarea deglutiției. • Antialgice: analgezice neopioide, opioide majore în durerea din neoplasmele avansate • Corticoterapia în cazul: - Limfoamelor (intră în schema de tratament) - Tratament paleativ al sindromului febril paraneoplazic - Metastazelor cerebrale • Suport psihologic
Urmărirea pacientului	Medicul va efectua controale ample si periodice: - lunar în primul an de tratament, - la 2 luni în al doilea an - la 3 luni în al treilea an - la 6 luni în anii următori • La fiecare control pacientul va fi examinat clinic O.R.L. și se va efectua examen endoscopic • Anual pacientul va efectua RMN/CT cervical cu substanța de contrast • La recomandarea oncologului pentru depistarea metastazelor la distanța se va efectua: CT/RMN torace, abdomen

TUMORILE BENIGNE ALE HIPOFAINGELUI

Diagnostic clinic	- Pot fi: adenom pleiomorf, cheratoacantom, cilindrom, botriomicom, lipom, histiocitom, leiomiom, rabdomiom, mixom, limfangiom, neurinom, gliom, schwannom, neurofibrom, condrom, osteom, chisturi, granuloame - Sunt rare, ritm de creștere foarte lent, fără implicarea ganglionilor limfatici loco-regionali. Anamneză: antecedente personale patologice, antecedente heredocolaterale (patologia tumorală), comportamente (tutunul și abuzul de alcool) Simptomatologia tumorilor benign oro- și hipofaringiene depinde de dimensiunile tumorilor și de localizarea acestora - grade diferite de disfonie, dispnee, disfagie cu odinofagie, senatie de corp strain Examen clinic ORL - endoscopie flexibilă nazo-faringo-laringiană Examinarea bucofaringoscopică și hipofaringoscopică evidențiază: - în cazul papiloamelor: tumori cu aspect muriform roz-gri, pediculate sau sesile, nedureroase, nesângerânde. - În cazul angioamelor: tumori vasculare plane sau boselate de culoare rosie/violacee localizate la nivelul bazei de limba, valecule - În cazul fibroamelor: tumori dure, încapsulate, de culoare gri-galbui, mobile față de planurile profunde. - În cazul adenoamelor: tumori cu origine glandulara, dure sau chistice pe fata linguala a epiglotei și sinusurile piriforme - În cazul tumorilor tiroidiene- tiroida ectopica: tumori sferice, încapsulate, acoperite de mucoasă de aspect normal, consistenta parenchimatoasa, dura sau fluctuenta
Investigații paraclinice obligatorii	• Hemoleucograma, coagulogram, Grup-Rh, TGO, TGP, fibrinogen, CRP, VSH, creatinine, uree • Endoscopie faringo-laringiana • Investigații imagistice - CT sau RMN cervico-facial cu SCIV • Biopsie/ablatie formațiune tumorală cu examen histopatologic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Examen microbiologic în caz de infecție asociată specifică sau nespecifică • Scintigrafie I^131 - în cazul tiroidei ectopice • Examen imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Chirurgie BMF Consult endocrinologic - tiroida ectopica Radiologie intervențională (tumori vasculare)
Tratament medical	- În general ca metode adjuvante, în funcție de caz: radioterapie, chimioterapie, terapie hormonală, embolizare.
Tratament chirugical	- Angiomul orofaringian: - Corticoterapie- Prednison 2-3 mg/kg/zi -Vaporizare Laser - Embolizare selectivă pediculilor urmata de ablatie chirurgical - Fibroame, lipoame, adenoame: ablatie formațiune tumorală - Tiroida ectopica: - în tumorile mici extirparea pe cale naturală - dacă are dimensiuni crescute și determină tulburări respiratorii se utilizeaza calea transhioidiana cu traheotomie în prealabil - extirparea se face numai parțial pentru a nu ajunge la mixedem postoperator - substitutie hormonală
Urmărirea pacientului	Monitorizare enoscopica și radiologică în funcție de caracteristicile tumorii în special în primele 12 luni.

TUMORILE MALIGNE ALE HIPOFARINGELUI

Diagnostic clinic	7. Semne și simptome pacienții se prezintă în majoritatea cazurilor în stadii avansate Simptome - faza de debut se manifestă prin disfagie ușoară, spasm, tuse seacă, sialoree, aerofagie - examenul clinic este cel mai adesea negativ iar disfagia funcțională trebuie investigată atent. - faza de stare:

	- odinfagie mai ales nocturnă, - disfagie progresivă pentru solide și apoi pentru lichide, - siaoree și regurgitații în formele postericoidiene cu afectarea gurii de esofag, - halitoza (când tumora este ulcerată), - otalgia unilaterală reflexă, - disfonia, hemoptizia și tusea prin invazia versanților laringieni sau fixarea articulațiilor crico-aritenoidiene - faza de extensie: - nevralgii (înglobează plexul cervical superficial) și iradiere către mastoida osi regiune occipitală - scădere ponderală - disfonie, dispnee inspiratorie - adenopatie fixă, de dimensiuni mari, ulcerate care comprimă elementele de la baza craniului - disfagie cvasitotală/totală - halitoza - faza terminală cand apar complicațiile: - casexie malignă - hemoragie masivă - bronhopneumonie - septicemie - insuficiența respiratorie acută - Semne clinice: voce modificată, adenopatii laterocervicale, microhemoptizii, pierderea în greutate, halitoză Anamneză: - Semne și simptome actuale, antecedente heredocolaterale (patologia tumorală), antecedente patologice personale - Factori de risc: tutun, alcool, sinergia alcool-tabac, - factorul profesional (expunere profesională la nichel, crom, hidrocarburi policiclice) - leziuni precanceroase laringiene (leziuni leucoplazice cronice, eritroplazie difuza), sindrom Plummer - Vinson comportamente (fumat, alcool, droguri) Examenul fizic include un examen complet ORL și cervical pentru a identifica locul și extensia tumorală. Poate fi practicat prin: - Laringoscpie indirectă sau examen endoscopic rino-faringo-laringian cu fibra optica evidențiind: 1. Neoplasmul sinusului pirform: edem al repliului ariepiglotic, formațiune tumorală ulcero-infiltrantă/vegetantă/ulcero-vegetantă care ocupă întreg sinusul piriform determinând fixarea hemilaringelui și dispariția cracmentului laringian (semnul Moure) Tumorile sinusului piriform se extind: - medial spre repliurile ariepiglotice, supraglotă, aritenoizi, mușchii laringieni și spațiul paraglotic. - invazia laterală a tumorii afectează cartilajul tiroid, membrana crico-tiroidiană, cartilajul cricoid și glanda tiroidă; - invazia cartilajului tiroid și/sau cricoid apare cel mai frecvent la tumorile vârfului sinusului piriform 2. Neoplasmul retrocricoidian: - poate implica în evoluție aritenoizii, musculatura laringiană intrinsecă, nervul laringeu recurent, cartilajul cricoid, traheea și esofagul cervical. - poate avea extensie submucoasa - edem aritenoidian este specific, paralizie recurentiala unilaterală, tulburari de deglutiție precoce 3. Cancerul de perete posterior faringian poate invada fascia prevertebrală și corpii vertebrali. - extinderea diseminării submucoase se face predominant în direcție inferioară urmată de direcție laterală și de direcție superior. Aceste date trebuie avute în vedere când se decide amploarea rezecției chirurgicale. - leziunile submucoase pot fi "ascunse" după radioterapie, această observație trebuie cunoscută de endoscopistul ORL și de către radioterapeut în vederea delimitării câmpurilor de iradiere. - PALPAREA: - Adenopatie laterocervicală precoce, inițial mobilă pe planurile profunde, ulterior devine fixă, dură nedureroasă - Absența cracmentului laringian (semn Moure) este specifică situațiilor în care există un țesut tumoral de interpoziție între laringe și planul prevertebral.
Investigații paraclinice obligatorii	• Analize de laborator: hemoleucogramă, coagulogramă, grup sanguin, Rh, TGO, TGP, Uree, creatinina, Glicemie, VSH, CRP, fibrinogen • Panendoscopie O.R.L. • Radiografie cord-pumon • Tranzit baritat faringo-esofagian cu Seriografia de deglutiție • CT/RMN regiune cervicala- cu substanță de contrast • Microlaringoscopia directă sub anestezie generală asociată cu hipofaringoscopie si prelevarea biopsiei cu examen histopatologic și imunohistochimic • Ecografie cervicală
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	• Examen microbiologic în caz de infecție asociată specifică sau nespecifică • Esofagoscopie cu fibra optică în cazul extensiei tumorale la gura de esofag • Bronhoscopie cu fibra optică în cazul extensiei tumorale în trahee • Ecografie abdominală în cazul metastazelor hepatice • CT toracic pentru eventualele metastaze pulmonare sau o tumoră pulmonară sincronă • PET-CT util în evaluarea metastazelor cervicale și a celor la distanță, identificarea unei tumori sincrone • Scintigrafie osoasă - metastaze osoase • Puncție-biopsie aspirativă cu ac fin: pentru confirmarea adenopatiilor laterocervicale metastatice
Consulturi interdisciplinare	Consult neurologic Consult gastroenterologie cu bilanț nutrițional Consult stomatologic/OMF (obligatoriu înainte de iradiere) Consult pneumologic Consult hematologic
Tratament medical	Radioterapia și chimioterapia se va efectua conform recomandărilor comisiei oncologice. Indicațiile pentru radioterapia postoperatorie sunt: • carcinom hipofaringian local avansat T3,T4, • margini de rezecție chirurgicală pozitive la examenul histopatologic al piesei operatorii, • N2/N3, efracția capsulei ganglionare identificate la disecția ganglionilor cervicali (macroscopic/microscopic),

	• invazie perineurală și emboli microvasculari tumorali - Radioterapia asupra tumorii și ariilor ganglionare (70Gy) poate fi propusă ca metodă exclusivă în urmatoarele situații: - Chimioterapia
Tratament chirugical	STADIUL TUMORAL I (T1N0M0) - tumora limitată la o singură microregiune hipofaringiană ≤ 2cm, fără adenopatie laterocervicala și fără metastaze la distanță Medicul poate recomanda: • chirurgie sau iradiere pentru tumora primară și chirurgie sau iradiere pentru regiunea cervicală (arie ganglionară). • Se poate practica chirurgie transorală LASER-CO2 sau abord pe cale externă prin faringotomie laterală și faringectomie parțială. STADIUL TUMORAL II (T2N0M0) - tumora invadează mai mult de o microregiune hipofaringiană sau o localizare adiacentă sau masoară între 2-4 cm în diametru maxim fără fixarea hemilaringelui Medicul poate recomanda: • chirurgie sau iradiere pentru tumora primară și • chirurgie sau iradiere pentru regiunea cervicală (arie ganglionara). • chimioterapie neoadjuvantă în ideea selecționării cazurilor pentru chirurgie (cei care nu răspund la chimioterapie de inducție prin reducerea masei tumorale) sau pentru radioterapie (tumorile care își reduc volumul). • Pacienții care nu răspund la chimioterapia neoadjuvantă se propune o asociere radio- chirurgicală în doi timpi: 1. Chirurgie parțială: a. hipofaringectomie parțială laterală indicată în tumori mici pe peretele lateral al sinusului piriform b. hemifaringectomie supraglotică indicată în tumorile localizate în partea superioară a sinusului piriform c. hemifaringo-laringectomii indicată în tumorile de perete lateral al sinusului piriform deasupra marginii superioare a cricoidului cu mobilitatea laringelui pastrata. d. evidare ganglionară. Toate interventiile parțiale se soldează cu traheotomie temporară, care poate fi închisă după terminarea tratamentului (inclusiv radioterapia postoperatorie). Aborduri chirurgicale: • chirurgia transorală LASER-CO2 pe cale endoscopică indicata în tumorile T1-T2 • faringotomia transhioidiană și glosotomia labio-mandibulară mediană (mai ales pentru leziunile peretelui posterior al hipofaringelui) • faringotomie laterală cu rezecție hipofaringiană parțială STADIUL TUMORAL III-IV (T1-T4 N1-N3M0-M1) - tumora >4 cm cu fixarea hemilaringelui sau extensie la esofag, invadează cartilajul tiroid/cricoid, osul hioid, glanda tiroidă, esofagul, fascia prevertebrala. Medicul poate recomanda chirurgie plus radioterapie și chimioterapie adjuvantă. Aborduri chirurgicale: 1. Faringectomie parțială cu laringectomie parțială este indicată în tumori de perete medial al sinusului piriform, repliu ariepiglotic cu condiția ca mobilitatea corzii vocale ipsilaterale să fie pastrată. 2. Faringectomie parțială cu laringectomie totală indicată în tumori ale sinusului piriform care afectează un hemilaringe cu imobilizarea acestuia. - Condiția este ca mucoasa faringiană reziduală să aibă o dimensiune transversală ≥ 3 cm, aceasta se poate tubuliza și restabili tranzitul digestiv fără aport de țesut de la distanță; - Dacă dimensiunea transversală a mucoasei faringiene restante după rezecție este sub 3 cm atunci sunt necesare procedee reconstructive prin lambou pediculat sau prin lambou liber. 3. Faringectomie totală circumferențială cu laringectomie totală indicată: - în tumori retrocricoidiene - în tumori de perete posterior al hipofaringelui extinse la gura de esofag Continuitatea faringelui se poate realiza cu lambou musculocutan din marele pectoral si proteza faringoesofagiana de tip Montgomery. 4. Faringectomie totală circulară cu laringectomie totala cu esofagectomie totala este indicată în: - tumori de perete posterior al hipofaringelui estinsa la esofagul cervical. procedeu reconstructiv cu lambouri fasciocutanate, lambouri miocutanate pectorale sau delto-pectorale, transfer liber de țesut cu material tubulizat din jejun sau lambou radial, lambou gastro-omental, transpoziție gastrică (pull-up transpozition). Reconstrucția chirurgicală a defectelor Reconstrucția defectelor mari ale faringelui și a țesurilor regiunii cervicale se poate realiza în colaborare cu medicul plastician. • lambouri fasciocutanate • lambouri miocutanate pectorale • lambouri delto-pectorale Reconstrucția căii digestive în cazul esofagectomiei totale se realizează prin: • transfer liber de țesut cu material tubulizat din jejun sau lambou radial, • lambou gastro-omental, • transpoziție gastrică (pull -up transpozition). CHIRURGIA GANGLIONILOR LIMFATICI CERVICALI • În stadiul T1 nu există o opinie fermă legată de explorarea chirurgicală fermă a ariilor ganglionare cervicale. • În stadiile T2, T3, T4 controlul ariilor ganglionare cervicale este obligatoriu. Tipurile majore de disecție cervicală a gâtului: I. Disecția cervicală radicală (radical neck disection) reprezintă "gold standard" în cancerele de hipofaringe II. Disecția cervicală radicală modificată (modified radical neck dissection) conservă structuri anatomice non-limfatice - subtipul I (conservă nervul spinal) - subtipul II (conservă nervul spinal și vena jugulară internă) - subtipul III (conservă nervul spinal, vena jugulară interna și mușchiul SCM) III. Disecția cervicală selectivă conservă grupuri de ganglioni limfatice; principalele arii de evidare ganglionară sunt: - supraomohioidiană - posterolaterală - laterală - anterioară IV. Disecția cervicală radicală extinsă include exereza unor grupuri ganglionare limfatice adiționale celor cervicale și a unor structuri anatomice non-limfatice

	Tratament postoperator - Pacientul să fie monitorizat în serviciul ATI 1- 3 zile - De obicei, pacienții sunt spitalizați de la 3-5 zile (cazuri simple) până la 12-14 zile (cazuri severe) - Aspirarea secrețiilor pe canulă - Toaleta locală zilnică/Pansament zilnic - Sonda nazo-gastrică se menține până la cicatrizarea completă a faringelui și reluarea deglutiției. - Antialgice: analgezice neopioide, opioide majore în durerea din neoplasmele avansate - Antibioterapie cu spectru larg - Canula traheala se menține până la terminarea tratamentului - Deglutiție reluată după 14 zile postoperator - Suport psihologic Complicatii postoperatorii - Precoce • Hemoragii, hematoame cervicale • Seroame, limforagie, • Emfizem subcutanat • Suprainfecția plăgii • Dehiscente tegumentare • Fistula faringocutanata • Condrite/Pericondrite • Bronhopneumonie - Tardive: • Stenoza la nivelul faringelui restant • Laringe cicatriceal/imobil cu imposibilitatea decanularii • Traheta crustoasa • Fistule faringo-cutanate postradioterapie • Recidiva la stoma traheala, gura de esofag • Metastaze ganglionare și la distanța: pulmonare, ososase, cerebrale. • În intervențiile parțiale: - imposibilitatea reluării deglutiției - edem cronic aritenoidian - sinechii/stenoze laringiene - recidivă locală cu indicație de faringolaringectomie totală
Urmărirea pacientului	Medicul va efectua controale ample si periodice: - lunar în primul an de tratament, - la 2 luni în al doilea an - la 6 luni până la 5 ani • La 3 luni de la finalizarea unei formule terapeutice stadiale trebuie efectuat CT sau PET-CT cervicotoracic • La fiecare control pacientul va fi examinat clinic O.R.L. și se va efectua examen endoscopic • Anual pacientul va efectua RMN/CT cervical cu substanța de contrast • La recomandarea oncologului pentru depistarea metastazelor la distanța se va efectua :CT/RMN torace, abdomen

TRAUMATISMELE FARINGIENE

Diagnostic clinic	Examen clinic (inspecție și palpare) 1. Traumatisme nepenetrante: se referă la afectarea țesuturilor moi - edem sau hematom, arsuri (se acționează prin măsuri specifice în funcție de natura subsanței, gradul arsurii) 2. Traumatism penetrante: în general plăgi înțepate Simptomatologie: - emfizem subcutanat, - hematemeză, - disfagie, - odinofagie.
Investigații paraclinice obligatorii	1. Hemoleucograma, coagulograma, TGO, TGP, uree, creatinina 2. EKG 3. Radiografie cord-pulmon 4. Fibroscopie nazo-faringo-laringiana 5. Esofagoscopie, 6. Imagistic CT sau RMN cervico-facial, 7. Foto- și videodocumentar - aspecte medico-legale.
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	1. Esofagoscopie 2. Angiografie când sunt asociate și leziuni vasculare cervicale
Consulturi interdisciplinare	• Consult ATI - Aprecierea, restabilirea, păstrarea și monitorizarea constantelor biologice: tensiune arterială, puls, EKG. - Calmarea durerilor, liniștirea psihică a bolnavului - Investigarea echilibrului hidro-electrolitic și a factorilor hematologici • chirurgie BMF • chirurgie vasculară • chirurgie generala
Tratament de urgență	Odată precizată topografia și caracterul leziunilor se vor aplica protocolul ATLS (Advanced Trauma Life Support) - Examinarea completă a capului și a gâtului. Traumatismele cervicale penetrante și în special cele viscerale necesită o abordare în trei timpi: a. Timpul vital (urgența) vizând asigurarea funcției respiratorii, circulatorii, vizând deșocarea bolnavului. Aprecierea, restabilirea, păstrarea și monitorizarea constantelor biologice: tensiune arterială, puls, EKG. • Calmarea durerilor, liniștirea psihică a bolnavului • Investigarea echilibrului hidro-electrolitic și a factorilor hematologici b. Timpul chirurgical reconstructiv se încearcă, per primam, refacerea structurilor anatomice lezate. c. Timpul chirurgical reconstructiv secundar și corector - vizează creșterea performanței funcționale după corecția unor leziuni sechelare traumatismului cu evoluție cicatricială imprevizibilă.

	1. Tratamentul şocului (traumatic, hemoragic) - se începe la locul accidentului - se continuă pe durata transportului până la spital. 2. Asigurarea căii respiratorii: - Când există semne de leziuni viscerale preferăm traheotomia - În caz de sângerare orală se va monta o canulă traheală cu balonet. - Se poate intuba laringele sau traheea provizoriu 3. Hemostaza provizorie - la locul accidentului sau pe durata transportului prin compresia zonei afectate - se revizuie la unitatea spitalicească de urgenţă 4. Deflexia capului pentru profilaxia complicaţiilor cervico-vertebro-spinale 5. Bilanţ chirurgical direct (cervicotomie) al leziunilor tegumentare, miofasciale, vasculare, viscerale (bază limbă, laringe, faringe, trahee, esofag, tiroidă), nervi cranieni şi plex brahial. • Hipofaringoscopia cu tub rigid este obligatorie în identificarea leziunii. • Aceste leziuni pot rămâne clinic silenţioase până la dezvoltarea unor complicaţii redutabile de tip mediastinită şi septicemie.
Tratament chirurgical	Bilanţ chirurgical direct al leziunilor, se recomandă efectuarea sub AG cu serviciul chirurgical ORL/BMF/chirurgie vasculară/ATI. • Hipofaringele necesită intervenţie chirurgicală precoce de sutură a breşei şi drenaj. • Sutura se va face în două straturi; este de preferat acoperirea cu un lambou muscular din sternocleidomastoidian. • Postoperator: antibioterapie, antialgice • Se va asigura nutriţia pacientului pe sonda nazogastrică
Urmărirea pacientului	Endoscopic şi imagistic. Tratament multidisciplinar în cazul politraumatismelor.

SFORAIT CRONIC şi SINDROMUL DE APNEE DE SOMN

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL: a se urmări - hipertrofia cornetelor nazale inferioare, deviaţia septului nazal, hipertrofia vegetaţiilor adenoide, val palatin aton, hipertrofia luetei, hipertrofia amigdalelor palatine, macroglosia, hipertrofia bazei de limbă, retrognatism etc.
Investigaţii paraclinice obligatorii	- Examen panendoscopie ORL în perioada de veghe, poligrafie cu minim 4-6 canale, examen panendoscopic ORL în somn indus (DISE)
Investigaţii paraclinice opţionale, în funcţie de caz	Polisomnografie, CT sau RMN regiune cervicală, rinomanometrie, cefalometrie computerizată
Consulturi interdisciplinare	Pneumologie, cardiologie, OMF, endocrinologie, neurologie, psihiatrie, pediatrie
Tratament medical	Evaluat după caz şi examinări efectuate, protezare ventilatorie noninvazivă (CPAP sau BiPAP)
Tratament chirurgical	Se adresează cauzelor obstructive nazo-faringo-laringiene Proceduri chirurgicale cu: Radiofrecvenţă, coblaţie, LASER sau instrumente reci; Traheostomie
Urmărirea pacientului	Reevaluare clinică şi endoscopică la 1 luna postoperator Poligrafie (polisomnografie) la 3 luni şi ulterior la nevoie

PATOLOGIA INFECTO-INFLAMATORIE şi TUMORALĂ LARINGIANĂ

Laringita acută catarală

Diagnostic clinic: disfonie/afonie, stare generală alterată ± febră, tuse iritativă, durere laringiană, uneori dispnee	Examen clinic ORL: congestie difuză a mucoasei laringiene şi a corzilor vocale, secreţii mucoase la nivelul corzilor vocale, ± pareză coardă vocală prin miozita muşchiului tiroaritenoidian
Investigaţii paraclinice obligatorii	- examen laringoscopic sau fibroscopic
Investigaţii paraclinice opţionale, în funcţie de caz	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie - exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal, radiografie toraco-pulmonară, CT regiune cervicală
Consulturi interdisciplinare	- dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	- antiinflamatorii, dezobstruante nazofaringiene, antiseptice bucale, aerosoli cu substanţe vasoconstricoare, mucolitice, antiinflamatoare în ser fiziologic, antialergice, ± antitusive, ± antibiotice - repaus vocal, hidratare, mediu ambiant cald şi umed, băuturi calde, comprese calde locale
Tratament chirurgical	nu este necesar
Urmărirea pacientului	control la 7-10 zile

Laringita acută edematoasă

Diagnostic clinic: debut brusc, ± febră, dispnee inspiratorie, disfonie, disfagie, tuse uscată, jenă, durere laringiană	Examen clinic ORL: mucoasă edemaţiată, congestionată, albă sau translucidă, localizată supraglotic/subglotic sau la nivelul întregului laringe
Investigaţii paraclinice obligatorii	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie - examen laringoscopic sau fibroscopic
Investigaţii paraclinice opţionale, în funcţie de caz	- exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, sumar urină - radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal, radiografie toraco-pulmonară, examen CT regiune cervicală
Consulturi interdisciplinare	dispensarizarea patologiilor asociate

Tratament medical	- antiinflamatorii steroidiene*, antibiotice, dezobstruante nazofaringiene, antiseptice bucale, antialergice, ± antitusive - sunt contraindicate opiaceele și atropina (deprimă centrul respirator) - repaus vocal, hidratare, mediu ambiant cald și umed, băuturi calde, compresă calde locale * în cazul de contraindicații se pot folosi antiinflamatoarele nesteroidiene
Tratament chirurgical	pot fi necesare intubația sau traheotomia de urgență
Urmărirea pacientului	control la 7-10 zile

Epiglotita acută

Diagnostic clinic: debut brusc, sindrom toxico-septic, disfagie, odinofagie, otalgie reflexă, hipersalivație, dispnee inspiratorie, uneori disfonie, tuse	Examen clinic ORL: epiglotă mărită de volum, roșie-violacee, edematiată, lăcuită „în turban”, cu zone de abcedare pe fața lingual (la momentul examinării sau ulterior)
Investigații paraclinice obligatorii	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie - radiografie toraco-pulmonară - examen laringoscopic sau fibroscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - CT/RMN gât părți moi cu substanță de contrast în caz de suspiciune de supurație cervicală - radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal
Consulturi interdisciplinare	- consult chirurgie toracică în caz de sindrom septic și a imaginii radiologice de mediastin lărgit
Tratament medical	- internare - antibiotice injectabil i.m sau i.v, antiinflamatorii steroidiene*, antitermice, antialgice * în cazul de contraindicații se pot folosi antiinflamatoarele nesteroidiene
Tratament chirurgical	- laringoscopie indirectă sau prin laringoscopie suspendată cu incizie și drenaj al colecțiilor purulente - pot fi necesare intubația sau traheotomia de urgență - în caz de complicații cu supurație cervicală se practică cervicotomie, drenaj aspirativ, inserție tuburi de dren aspirativ retrofaringian și retroesofagian, montare sonda nazogastrică
Urmărirea pacientului	Internare + control la 7-10 zile de la externare în funcție de evoluție

Laringita flegmonoasă şi abcesul laringian

Diagnostic clinic: debut brusc, sindrom toxico-septic, disfagie, odinofagie, otalgie reflexă, hipersalivație, dispnee inspiratorie, uneori disfonie, tuse	Examen clinic ORL: tumefacție endolaringiană, roșie-violacee, cu zone galbene prin transparența mucoasei, interesând coroana laringiană, valeculele; împastare cervicală vizibilă la nivelul laringelui, dureroasă spontan și la palpare
Investigații paraclinice obligatorii	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie - radiografie toraco-pulmonară - examen laringoscopic sau fibroscopic - CT/RMN regiune cervicală cu substanță de contrast
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal (in serviciile în care mai sunt disponibile) - exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină
Consulturi interdisciplinare	- consult chirurgie toracică în caz de sindrom septic și a imaginii radiologice de mediastin lărgit
Tratament medical	antibiotice injectabil i.m sau i.v, antiinflamatorii steroidiene*, antitermice, antialgice * în cazul de contraindicații se pot folosi antiinflamatoarele nesteroidiene
Tratament chirurgical	- incizie și drenaj al colecțiilor purulente prin laringoscopie suspendata sau/și cervicotomie - pot fi necesare intubația sau traheotomia de urgență - în caz de complicații cu supurație cervicală se practică cervicotomie, drenaj aspirativ, inserție tuburi de dren aspirativ retrofaringian și retroesofagian, montare sonda nazogastrică
Urmărirea pacientului	Internare + control la 7-10 zile de la externare în funcție de evoluție

Laringita acută striduloasă a copilului

Diagnostic clinic: crize nocturne de dispnee acută cu tiraj, cornaj; tuse lătrătoare, agitație, cianoză chiar cu pierderea conștienței, relaxare sfincteriană, convulsii. Criza durează ½ - 1 oră. Se remite spontan. Se poate repeta	Examen clinic ORL: laringe de aspect cvasinormal (este incriminat un spasm secundar unei discrete inflamații a mucoasei)
Investigații paraclinice obligatorii	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, calcemie, magneziemie - examen laringoscopic sau fibroscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, sumar urină - radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric

Tratament medical	- aerosoli cu substanțe vasoconstricoare (efedrină 3% sau adrenalină 1/10.000), calciu iv, DNF cu substanțe vasoconstricoare, antiinflamatorii, barbiturice în doze mici și repetate - sunt contraindicate opiaceele și atropina - mediu ambiant cald și umed, băuturi calde, comprese locale calde
Tratament chirurgical	Nu este necesar
Urmărirea pacientului	Control la 7-10 zile

Laringita acută subglotică a copilului

Diagnostic clinic: debut brusc cu evoluție rapidă. În primă fază se poate manifesta ca o laringită edematoasă supraglotică. Edem subglotic, cu crize asfixice asemănătoare difteriei de unde și denumirea de psudocrup difteric, întâlnită după rinite, adenoidite, tuse convulsivă, gripă; simptomele sunt reprezentate printr-o criză de dispnee cu cornaj, tiraj suprasternal și intercostal, cianoză	Examen clinic ORL: edem inflamator de culoare roz-roșiatică, dedublând corzile vocale la nivel subglotic cu îngustarea lumenului în contrast cu aspectul mucoasei gloto-supraglotice relativ normale
Investigații paraclinice obligatorii	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie - examen laringoscopic sau fibroscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal - exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, sumar urină - CT/RMN regiune cervicală cu substanță de contrast
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric
Tratament medical	- antibiotice, antiinflamatorii nesteroidiene sau steroidiene, antialergice, aerosoli cu substanțe vasoconstricoare (efedrină 3%, adrenalină 1/10.000), DNF cu substanțe vasoconstricoare - mediu ambiant cald, umed, hidratare, comprese locale calde
Tratament chirurgical	Pot fi necesare intubația sau traheotomia de urgență
Urmărirea pacientului	Control la 7-10 zile

Epiglotita acută a copilului

Diagnostic clinic: se manifesta ca o laringită edematoasă supraglotică și posibil microabces epiglotic.	Examen clinic ORL: epiglotă mărită de volum, roșie-violacee, edematiată, lăcuită „în turban”, cu zone de abcedare pe fața lingual (la momentul examinării sau ulterior)
Investigații paraclinice obligatorii	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie - examen laringoscopic sau fibroscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - CT/RMN gât părți moi cu substanță de contrast în caz de suspiciune de supurație cervicală - radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric Consult chirurgie toracică în caz de sindrom septic și a imaginii radiologice de mediastin lărgit Consult boli infecțioase, după caz
Tratament medical	antibiotice iv, antiinflamatorii nesteroidiene sau steroidiene, antialergice
Tratament chirurgical	Pot fi necesare intubația sau traheotomia de urgență
Urmărirea pacientului	- Internare + control la 7-10 zile de la externare în funcție de evoluție - Poate determina bacteriemii cu producere de meningite foarte grave.

Laringo-traheo-bronșita acută a copilului mic

Diagnostic clinic: febră mare, tiraj inspirator și expirator cu evoluție spre miocardită toxică și exitus (afecțiunea apare în timpul gripelor cu agentul mixovirus)	Examen clinic ORL: exudat fluid, apoi pseudomembranos asociat cu edeme și atelectazii pulmonare
Investigații paraclinice obligatorii	- hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, sumar urină - examen laringoscopic sau fibroscopic - Radioscopie toraco-pulmonară
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- CT regiune cervicală și toracală cu substanță de contrast
Consulturi interdisciplinare	Consult pediatric Consult chirurgie toracică în caz de sindrom septic și a imaginii radiologice de mediastin lărgit Consult pneumologie
Tratament medical	antibiotice iv, antiinflamatorii nesteroidiene sau steroidiene, antialergice, enzime fibrinolitice în aerosoli, oxigenoterapie
Tratament chirurgical	Pot fi necesare intubația sau traheotomia de urgență
Urmărirea pacientului	Internare + control la 7-10 zile de la externare în funcție de evoluție

Laringite acute din cursul bolilor infecto-contagioase

	LARINGITA GRIPALĂ	LARINGITA DIN DIFTERIE	LARINGITA DIN SCARLATINĂ

Diagnostic clinic	stare generală alterată, febră, dispnee inspiratorie, tuse persistentă	Subfebrilitate, tuse lătrătoare, paloare, dispnee inspiratorie, adenopatie cervicală	stare generală alterată, febră, dispnee inspiratorie
Examen clinic ORL	Laringita cu aspect de subfuziuni hemoragice submucoase și depozite fibrinoide, ce pot determina complicații sub formă de edem, abces sau flegmon laringian	Mucoasa este acoperită de pseudomembrane fibrinoase, edem subglotic	Limbă zmeurie, hipertrofia amigdalelor palatine, se poate complica cu laringită flegmonoasă și/sau pericondrita rash papulo general
Investigații paraclinice obligatorii	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, test rapid pentru virusul gripal	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian Examenul bacteriologic al secrețiilor: bacilul difteric Krebs-Loeffler	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian IDR Dick, IDR Shultz-Charlton
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	serodiagnostic: titrare în dinamică a Ag hemaglutinoinhibanți, seroneutralizanți, fixatori de complement;	Recoltare 3 tampoane de exudat faringian de la nivelul falselor membrane din care se efectuează: frotiu colorat Gram și albastru Leoffler, culturi pe medii selective (Bordet-Gengou, Loeffler, Clauberg, Tinsdall etc), culturi pe medii selective după imersare în mediu lichid OCST	Radiografie pulmonară, hemoculturi
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilo asociate
Tratament medical	Local și general cu antibiotice și corticoterapie	Profilactic: vaccinare. În caz de boală: seroterapie antidifterică 3000 µ/kg corpt subcutanat și im asociat cu anatoxina difterică simultan 2 cmc, repetabil a 15a și a 30a zi. Oxigenoterapie, antibiotice (pentru germeni asociați), corticoterapie	Penicilina G injectabilă, antiinflamatorii, antialergice, DNF cu substanțe vasoconstrictoare
Tratament chirurgical	Nu este necesar	Pot fi necesare intubația sau traheotomia de urgență	Pot fi necesare incizia și drenajul flegmonului cât și traheotomia
Urmărirea pacientului			

	LARINGITA DIN RUJEOLĂ și RUBEOLĂ	LARINGITA DIN VARICELĂ	LARINGITA DIN FEBRA TIFOIDĂ
Diagnostic clinic	Laringită banală ce poate trece neobservată	Laringită banală ce poate trece neobservată	stare generală alterată, febră, dispnee inspiratorie, tuse persistentă
Examen clinic ORL			
Investigații paraclinice obligatorii	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO Cultura virusului rubeolic pe ou embrionat	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO Cultura virusului pe culturi celulare	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO. Serodiagnostic: reacția Widal de aglutinare
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Radiografie pulmonară, hemoculturi	Cercetare în dinamică a Ac hemaglutinoinhibanți și seroneutralizanți. Radiografie pulmonară, hemoculturi	Urocultură, coprocultură. Radiografie pulmonară, hemoculturi
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical			
Tratament chirurgical			
Urmărirea pacientului			

	TULAREMIE	ANTRAX	SIDA
Diagnostic clinic			
Examen clinic ORL			
Investigații paraclinice obligatorii	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO Exudat faringian: bacteriu, tularense	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO Frotiu și culturi din lichidul din vezicule	hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO Teste de diagnostic specifice: de depistare (ELISA), de confirmare (Western-Blot)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Reacție de aglutinare, IDR, serodiagnostic	Hemoculturi, test Ascoli (reacție de aglutinare cu antiser specific), IDR Balteanu-Toma, proba terapeutică cu ser anticărbunos 3 zile	Mielogramă, teste de evidențiere a perturbațiilor majore ale sistemului imun: alfa microglobulina serică, limfocite T4, raport limfocitar T4/T8
Consulturi interdisciplinare	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate	Consult boli infecțioase. Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical			
Tratament chirurgical			
Urmărirea pacientului			

	LARINGITA DIN TUSEA CONVULSIVĂ	LARINGITA AFTOASĂ și HERPETICĂ	LARINGITA REUMATISMALĂ
Diagnostic clinic	Tuse persistentă, dispnee, disfonie		
Examen clinic ORL		Vezicule și eroziuni superficiale în special la nivelul epiglotei și a vestibulului laringian	artrita crico-aritenoidiana, monocordită (miozita corzii vocale)

Investigații paraclinice obligatorii	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO Examen bacteriologic al secrețiilor: coco-bacil Bordetela pertusis	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz			
Consulturi interdisciplinare	Consult pneumologic. Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate	Consult reumatologic. Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	antibiotice, antialergice, antitusive	medicație antivirală, ± antibiotice, antiinflamatorii, antialergice	corticoterapie, traheotomie în artrita bilaterală crico-ariternoidiană, tratament antireumatic
Tratament chirurgical			
Urmărirea pacientului			

	LARINGITA GUTOASĂ	PERICONDRITA și CONDRITA LARINGELUI
Diagnostic clinic		
Examen clinic ORL	Congestie moderată, difuză, partială a mucoasei laringiene, în special în regiunea aritenoidiana	Congestia scheletului cartilaginos al laringelui
Investigații paraclinice obligatorii	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO	Biologic: hemoleucogramă, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, bilirubina, glicemie, exudat faringian, examen bacteriologic al sputei, ASLO. Radiografie laringiană de profil, tomografia laringelui în plan frontal, radiografie toraco-pulmonară
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz		CT gât părți moi cu substanță de contrast în caz de suspiciune de supurație cervicală
Consulturi interdisciplinare	Consult reumatologic. Consult medicină internă	
Tratament medical	corticoterapie, tratament antigutos; poate retroceda odata cu dispariția atacului gutos	antiobiotice cu spectru larg, corticoterapie
Tratament chirurgical		incizia colecțiilor cu extragerea sechestrelor. Poate fi necesară traheotomia
Urmărirea pacientului		

Laringite cronice nespecifice

Laringita catarală cronică	
Diagnostic clinic: disfonie tenace, constantă, ± tuse, parestezii faringolaringiene	Examen clinic ORL: congestie difuză a mucoasei laringiene, corzi vocale mate, ușor îngroșate cu desen vascular accentuat, hipotone, mobile
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical	Depistarea și tratarea factorilor infecto-inflamatori asociați, DNF cu substanțe vasoconstrictoare, vitamina A uleioasă, vitamina A drajeuri, antiseptice bucale, antialergice, cure scurte de corticosteroizi sistemici, antibiotice la nevoie - tratamentul refluxului gastro-esofagian, la nevoie
Tratament chirurgical	- laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau LASER, cu examen histopatologic
Urmărirea pacientului	Control în funcție de evoluția bolii

Laringita cronică pseudomixomatoasă	
Diagnostic clinic: disfonie (voce gravă, estompată, vătuită), uneori dispnee când leziunea este avansată	Examen clinic ORL: coarda vocala inflamata cu aspect de edem cronic, gelatinos, translucid, alb-gălbui; mobilitatea corzii vocale este păstrată
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical	- Renunțarea la fumat. - tratamentul refluxului gastro-esofagian și alergiei, la nevoie
Tratament chirurgical	Indicații: - apariția keratozei (leucoplaziei) - dimensiuni mari ale mixoamelor determinând episoade de asfixie sau dispnee permanent

	- pacienți cu alterarea importantă a calității vocii determinând probleme profesionale și/sau sociale - laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau LASER, cu examen histopatologic
Urmărirea pacientului	Control în funcție de evoluția bolii

Laringita cronică pahidermica roșie	
Diagnostic clinic: disfonie, tuse seacă, parestezii faringo-laringiene	Examen clinic ORL: corzi vocale roșii, îngroșate, fusiforme, regulate, mobile (cordita hipertrofică simplă difuză); corzi vocale proeminente rotund-ovalare, roșii, diseminate pe toată suprafața corzilor vocale, cu mobilitate păstrată (cordita hipertrofică/pahidermică, verucoasă sau „în insule")
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical	- suprimarea focarelor de infecție cronică; - suprimarea factorilor iritativi și toxici; -administrarea de vitamina A, inhalații și aerosoli - tratamentul refluxului gastroesofagian
Tratament chirurgical	- laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau LASER, cu examen histopatologic
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Laringita cronică pahidermica alba	
Diagnostic clinic: disfonie, tuse seacă, parestezii faringo-laringiene	Examen clinic ORL: pată albicioasă, sidefie, netedă, bine delimitată, plană, situată la nivelul corzii vocale, mobilitatea CV păstrată (leucoplazia); excrescentă difuză, albă, mată, neregulată, fără limită de demarcație netă, cu bază larga de implantare cu spiculi albi de consistență fermă; mobilitatea CV păstrată (pahidermia exofticâ albă); formațiune epitelială cu ax conjunctivo-vascular cu hiperplazie epitelială și metaplazie cornoasă; formațiune tumorală bine delimitată, pediculată/sesilă, gri-albicioasă, exofitică, cu spiculi de consistența fermă; mobilitatea CV păstrată (papilomul cornos)
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc.), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical	- suprimarea focarelor de infecție cronică; - suprimarea factorilor iritativi și toxici; - administrarea vitamina A, inhalații și aerosoli - tratamentul refluxului gastroesofagian
Tratament chirurgical	- laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau LASER, cu examen histopatologic
Urmărirea pacientului	In funcție de evoluția bolii

Laringita cronică atrofică	
Diagnostic clinic: disfonie, tuse seacă, parestezii faringo-laringiene, se asociază cu rinofaringita atrofică sau cu ozena	Examen clinic ORL: mucoasă laringiană palidă, subțire, mată, cu secreții filante sau cu cruste galbene-verzui, în special interaritenoidian
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical	- suprimarea focarelor de infecție cronică; - suprimarea factorilor iritativi și toxici; - administrarea de vitamina A, inhalații și aerosoli cu iod, sulf, cure marine, soluții saline - tratamentul refluxului gastroesofagian
Tratament chirurgical	- metode de augmentare a corzilor vocale prin injectare de diverse substante autologe sau heterologe prin laringoscopie suspendata
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Pahidermia interaritenoidiană	
Diagnostic clinic: disfonie, tuse seacă, parestezii faringo-laringiene	Examen clinic ORL: hipertrofia mucoase interaritenoidiene de culoare roșie
Investigații paraclinice obligatorii	

Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical	tratamentului refluxului gastro-esofagian instilații cu vitamina A la nivelul corzilor vocale
Tratament chirurgical	Vaporizare LASER (cu prudență - pericol de sinechie)
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

	Ulcerul de contact	Granulomul postintubațional
Diagnostic clinic	disfonie, tuse seacă, parestezii faringo-laringiene	disfonie, tuse seacă, parestezii faringo-laringiene
Examen clinic ORL	leziuni de decubit reciproce ale apofizelor vocale cu denudarea, necroza și eliminarea cartilajelor, însoțite de granuloame secundare recidivante care împeidică cicatrizarea	formațiune tumorală roșietică-violacee, de consistență moale/fermă la nivelul 1/3 posterioare a corzii vocale, mai ales la nivelul apofizei vocale drepte
Investigații paraclinice obligatorii		
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic	- Examen fibroscopic laringian - explorări uzuale/specifice (pentru TBC, sclerom Wegener etc), hemoleucogramă, formulă leucocitară, VSH, fibrinogen, CRP, uree, creatinina, TGP, TGO, glicemie, exudat faringian (examen micobacteriologic), examen bacteriologic al sputei, ASLO, sumar urină - consult foniatric - examen videostroboscopic laringian - radiografie toraco-pulmonară - microlaringoscopie suspendată, videoendoscopie de contact - biopsie mucoasa corzi vocale cu examen histopatologic și eventual imunohistochimic
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizare patologiilor asociate	Dispensarizare patologiilor asociate
Tratament medical	tratamentului refluxului gastro-esofagian	tratamentului refluxului gastro-esofagian
Tratament chirurgical	- laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau LASER, cu examen histopatologic	- laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau LASER, cu examen histopatologic
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii	În funcție de evoluția bolii

Laringite cronice specifice

	Tuberculoza laringiană	Sifilisul laringian	Laringita în lepră
Diagnostic clinic	Febră, paloare, astenie, disfagie, odinofagie, sialoree, disfonie, tuse	Disfonie, disfagie, tuse persistentă, stare generală alterată	Disociație termo-algică, manifestări cutanate - leproame, facies leonin, nas deformat
Examen clinic ORL	TBC miliară acuta: mucoasă laringiană palidă, cu noduli miliari cenușii TBC forma comună - monocordită TBC: mici tuberculi care confluează, se cazeifică, ulcerează, necrozează rezultând fistule TBC forma tumorală:leziune pseudotumorală vegetantă, în „creastă de cocoș”, localizată în comisura posterioară Polimorfism lezional: noduli, ulcerații, cicatrici	Șancru de inoculare, laringită catarală, cicatrici, stenoze	Aspect de laringită catarală cronică sau atrofică; pe epiglota, vestibul laringian, în spațiul subglotic apar noduli, apoi stenoză
Investigații paraclinice obligatorii	IDR la PPD, detectare BK în spută - frotiu cu colorație Ziehl-Nielsen și culturi pe mediu Lowenstein sau test ELISA pentru bacilul Koch	examen direct al secreției la microscop pe fond negru: evidențiază Treponema Pallidum, imunofluorescență, teste serologice: VDRL, TPHA, RPR	reacția la lepromina = reacția Mitsuda
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	radiografie toraco-pulmonară de față și profil, CT sau IRM cervical și torace cu substanță de contrast	test de imobilizare a treponemelor Nelson	examen anatomopatologic biopsie faringiana
Consulturi interdisciplinare	Consult pneumologic, boli infecțioase	Consult dermatologic, boli infecțioase	Consult dermatologic, boli infecțioase
Tratament medical	Tratament în serviciul de pneumologie	Tratament în serviciul de boli infecțioase sau dermatologie	Tratament în serviciul de boli infecțioase sau dermatologie
Tratament chirurgical	TBC laringian: ablație prin vaporizare LASER sau cu instrumente reci sub microlaringoscopie suspendată	traheotomie și vaporizare LASER a stenozelor	traheotomie în caz de insuficiență respiratorie acută;
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii	În funcție de evoluția bolii	În funcție de evoluția bolii

	Scleromul laringian	Sarcoidoza laringiană	Actinomicoza laringiană
Diagnostic clinic	Debut insiduos, disfonie/afonie, dispnee	Dezvoltare de granuloame epiteloide necazeoase în diverse	Disfonie, tuse cu expectorație, dispnee

		organe, frecvent în plămâni, ganglioni mediastinali	
Examen clinic ORL	aspect de laringită cataral cronică sau de infiltrație mucoasă granulomatoasă, dură, neulcerată, sclerozantă care determină stenoza concentrică subglotică, deformări ale epiglotei	formațiuni tumorale polipoide cu suprafața netedă, bine delimitate, neulcerate, localizate pe benzile ventriculare, ventriculi, corzi vocale	la nivelul vestibulului laringian se regăsesc zone de tumefacție netede, roșii, cu mici noduli gălbui care abcedează, fistulizează (se elimină grunji galbeni)
Investigații paraclinice obligatorii	culturi pe mediu agar-agar, biopsie cu examen histopatologic	- Biopsie cu examen histopatologic	examen bacteriologic din colecția purulenta - Actinomices Israelii
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	radiografie toraco-pulmonară de față și profic, radiografie laringiana de profil, tomografie laringiană, CT sau IRM cervical cu substanță de contrast	radiografie toraco-pulmonară de față și profil, CT sau IRM cervical cu substanță de contrast	radiografie toraco-pulmonară de față și profil, radiografie laringiana de profil, CT sau IRM cervical cu substanță de contrast
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizarea patologiilor asociate	Consult pneumologic. Dispensarizare patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	Antibiotic		Antibiotic
Tratament chirurgical	Eventual traheotomie în formele dispneizante și desființarea stenozelor	traheotomie în caz de insuficiența respiratorie acută	drenajul unei forme în curs de fistulizare, exereza sechestrelor osoare, exereza țesuturilor necrozate, traheotomie în caz de insuficiență respiratorie acuta
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii	În funcție de evoluția bolii	În funcție de evoluția bolii

	Micozele laringene	Amiloidoza laringiană	Laringitele în dermatozele buloase
Diagnostic clinic	Disfonie, disfagie, senzație de corp străin faringian	Disfonie ± dispnee	Odinofagia, dispnee
Examen clinic ORL	depozite albicioase pe mucoasa laringiană congestionată	formațiune pseudotumorală gălbuie, nedelimitată, situată supraglotic, glotic sau subglotic	Pemfigus: Vezicule buloase mari, gălbui, care se sparg, lăsând ulcerații superficiale la nivelul epiglotei; coexistă bule cutanat Dermatita herpetiformă: vezicule buloase pe epiglotă, pliuri ari-epiglotice, polimorfism lezional
Investigații paraclinice obligatorii	- Examen micobacteriologic sputa	- biopsie, examen histopatologic cu colorație roșu de Congo	analize uzuale Pemfigus: Citodiagnostic Tzanck, examen histopatologic din leziunile buloase, imunofluorescență directă (IFD), imunofluorescență indirectă (IFID), imunoprecipitare și imunoblooing Dermatita herpetiformă: Examen histopatologic din leziunile buloase, imunofluorescență directă (IFD), imunofluorescență indirectă (IFID), imunomicroscopia electronică Eritemul polimof: Examen histopatologic din leziunile buloase
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz		radiografie toraco-pulmonară de față și profil, CT sau IRM cervical sau torace cu substanță de contrast	radiografie toraco-pulmonară de față și profil, CT sau IRM cervical cu substanță de contrast
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate	Consult dermatologic. Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	antimicotice local și general	Tratament în serviciul de hematologie	Tratament în serviciul de dermatologie (steroizi, imunosupresoare, antibiotic)
Tratament chirurgical		- ablatia leziunilor - traheotomie în caz de insuficiență respiratorie acută	Traheotomie în caz de insuficiență respiratorie acută
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii	În funcție de evoluția bolii	În funcție de evoluția bolii

Noduli vocali

Diagnostic clinic	Formațiuni nodulare situate față în față pe marginea liberă a corzilor vocale la unirea 1/3 anterioare cu 2/3 posterioare. În fonație aspectul de glota "in clepsidra". Apare în special la profesioniștii vocii vorbite și cântate. Anamneza 1. Simptome - disfonie persistentă, progresivă, fatigabilitate vocală, senzație de disconfort laringian sau de uscăciune laringiană în fonație 2. Factori favorizanți - malmenaj vocal; - abuz vocal; - voce strigată/țipată. 3. Examen laringoscopic: - formațiuni mici cât gămălia unui ac, situate pe marginea liberă a corzilor vocale la unirea 1/3 anterioară cu 1/3 medie, translucide - în fonație prin unirea celor 2 noduli vocali (kissing noduli) apare aspectul de glota "in clepsidra".
Investigații obligatorii	- laringoscopie indirectă - Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	Examen stroboscopic
Consulturi interdisciplinare	Consult endocrinologic, diabet și boli de nutriție unde este cazul
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Terapie vocală; 3. tratament medicamentos (aerosoli cu antiinflamatorii, antiinflamator steroidian parenteral sau p.o., insulină, tratament antireflux).
Tratament chirurgical	Tratament chirurgical

	-la nodulii vocali cu evolutie îndelungată, de aspect fibros, cu disfonie persistenta - ablatie noduli prin laringoscopie suspendată cu instrumente reci și/sau LASER- CO2 acolo unde este cazul; Postoperator - tratament medicamentos;
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament Terapie vocala postoperator

Polipul de coardă vocală

Diagnostic clinic	Polipul de coardă vocală reprezintă cea mai frecventă tumoră benignă laringiană. Se localizează la nivelul corzii vocale unde poate determina grade diferite de disfonie și dispnee în funcție de dimensiune și localizare. Aspectul laringoscopic este de polip edematos, angiomatos, granulomatos sau combinații ale acestora. 1. Simptome: - grade variate de disfonie,voce bitonală, tuse, hemaj 2. Factori favorizanți: - malmenaj vocal; - efortul vocal prelungit; - factori de mediu, noxe, fumatul; - voce strigată/tipata. 3. Examen laringoscopic: - formațiune polipoasa situata la nivelul corzii vocale (marginea liberă, fata superioară) determinând simptome diferite în funcție de dimensiune și localizare.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic - Fibroscopie laringiana (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	- Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult pneumologic, alergologic, gastroenterologic, dacă este cazul.
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Regim igieno-dietetic; 3. Scoaterea din mediul poluat, cu noxe; 4. Antialergic unde este cazul; 5. Tratament pentru reflux gastroesofagian, dacă este cazul; 6. Terapie vocală unde este cazul;
Tratament chirurgical	Ablatie polip de coardă vocală prin microlaringoscopie suspendata; Biopsie cu examen histopatologic și imunohistochimic, dacă este cazul; Postoperator - tratament medicamentos.
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament; Terapie vocala postoperator dacă este cazul.

Chistul de coardă vocală

Diagnostic clinic	Chistul de coardă vocală este o leziune benignă care afectează vibrațiile corzii vocale și închiderea glotei. Reprezintă o afecțiune a mucoasei corzii vocale; există 2 tipuri, chist mucos de retenție și chist epidermoid. 1. Simptome: - grade variate de disfonie,voce bitonală, tuse, hemaj 2. Factori favorizanți: - malmenaj vocal; - efortul vocal prelungit; - factori de mediu, noxe, fumatul; 3. Examen laringoscopic: -congestie endolaringiană, masă ovoidală, translucidă situată pe marginea liberă sau în grosimea corzii vocale cu afectarea vibrațiilor vocale și care determină insuficiență glotică.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic - Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	- Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult pneumologic, alergologic, gastroenterologic, dacă este cazul.
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Regim igieno-dietetic; 3. Scoaterea din mediul poluat, cu noxe; 4. Antialergic unde este cazul; 5. Tratament pentru reflux gastroesofagian, dacă este cazul; 6. Terapie vocală unde este cazul;
Tratament chirurgical	Ablație chist de coardă vocală prin microlaringoscopie suspendată; Biopsie cu examen histopatologic și imunohistochimic, dacă este cazul; Postoperator - tratament medicamentos.
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament; Terapie vocala postoperator dacă este cazul.

Granulom/ulcer de contact

Diagnostic clinic	Leziune granuloasă situată în regiunea posterioară laringiană, preponderant supra- și retro-aritenoidoan sau interaritenoidian. Apare la pacienți cu istoric de intubație orotraheala sau purtători de sondă nasogastrică. Apare cu frecvență ridicată la pacienți cu reflux gastroesofagian, afecțiuni pneumologice cu tuse. 1. Simptome - grade variate de disfonie, tuse, hemaj, senzație de corp străin laringian; 2. Factori favorizanți - reflux faringolaringian; - utilizarea abuzivă a inhalatorilor; - tuse seacă persistentă. 3. Examen laringoscopic: - formațiune granuloasă situată în regiunea laringiană posterioară însoțită uneori de pahidermie interaritenoidiana.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic - Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	- Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult gastroenterologic, pneumologic.
Tratament medical	1. Regim igieno-dietetic; 2. Pentru afecțiunile pulmonare; 3. Antialergic unde este cazul;

	4. Tratament pentru reflux gastroesofagian; 5. Terapie vocală unde este cazul;
Tratament chirurgical	În caz de răspuns minim la tratamentul medicamentos - ablație granulom cu instrumente reci sau LASER-CO2; Postoperator - tratament medicamentos;
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament Tratamentul antiacid pentru refluxul faringolaringian Terapie vocala postoperator dacă este cazul.

Sulcusul de coardă vocală

Diagnostic clinic	Sulcusul reprezintă un sant sau invaginare a mucoasei pe suprafața corzii vocale. În aria sulcusului mucoasa se invaginează până la ligamentul vocal creând un aspect retractat al acesteia; 1. Simptome: - grade variate de disfonie, oboseală vocală, intensitate scăzută a vocii, alterarea registrului vocal; 2. Factori favorizanți: - malmenaj vocal; - efortul vocal prelungit; - factori de mediu, noxe, fumatul; 3. Examen laringoscopic: - Santul la nivelul suprafeței corzii vocale cu alterarea vibrațiilor.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic - Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	- Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult pneumologic, alergologic, gastroenterologic, dacă este cazul.
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Regim igieno-dietetic; 3. Scoaterea din mediul poluat, cu noxe; 4. Antialergic unde este cazul; 5. Tratament pentru reflux gastroesofagian, dacă este cazul; 6. Terapie vocală;
Tratament chirurgical	Injectarea corzii vocale, desființarea sulcusului cu instrumente reci sau LASER CO2; Postoperator - tratament medicamentos.
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament; Terapie vocală postoperator dacă este cazul.

Stenozele laringo-traheale

Diagnostic clinic Forme clinice: - După etiologie: ● Congenitale ○ Malformațiile cartilajului cricoid ○ Malformații membrane glotice ● Dobândite ○ Membrană glotică (web) ○ Traumatisme ○ Intubații prelungite ○ Ingestie substanțe chimice ○ Infecții (TBC, sclerom, difterie, sifilis, tifos, scarlatină) ○ Sarcoidoză ○ Pemfigus ○ Granulomatoză Wegener ○ Amiloidoză - După localizare: supraglotice/glotice/subglotice/subgloto-traheale și asociate -multiple; etajate - După gradul obstrucției lumenului laringian - După înălțimea stenozei	1. Anamneză (antecedente heredo-colaterale, antecedente personale patologice/comorbidități semnificative/terenul biologic și factori de risc, istoricul bolii) 2. Examen clinic ORL a. Inspecția gâtului b. Palparea laringelui c. Laringoscopia indirectă
Investigații paraclinice obligatorii	1. Biologice - Hemoleucograma și formula leucocitară - VSH, fibrinogen - Uree, creatinină, TGO, TGP, glicemie, coagulogramă 2. Radiologice/Investigații imagistice: - CT sau RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast 3. Endoscopice: - fibroscopie laringiană,
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- Radiografii plane (tomografie laringiană în plan frontal, radiografie cervicală profil, radiografie toraco-pulmonară față și profil) - Microlaringoscopie directă (suspendată) cu/fără traheostomie în funcție de statusul laringian, posibilitatea de intubație a pacientului, gradul de permeabilitatea căii respiratorii; - Biopsie - examen histopatologic din țesutul stenotic - Traheoscopie transorală/trasstomală - Teste funcționale: pulmonare - Alte investigații paraclinice privind terenul biologic al pacientului
Consulturi interdisciplinare	- gastro-enterologie, chirurgie toracică, neurologie
Tratament medical	- tratament medicamentos pentru componenta inflamatorie asociată sau antifibrozant (după caz)

Tratament chirurgical	A) traheostomia în caz de insuficiență respiratorie acută sau cronică acutizată (cale aeriană naturală ”instabilă”)/urgență B) tratament în etape a) Stenoze congenitale - dilatații + chirurgie LASER +/- stent b) Stenoze dobândite - Chirurgie LASER +/- dilatații +/- stent - Chirurgie cervicală ”deschisă” - opțiuni procedee chirurgicale - ORL și/sau chirurgie toracică ● "Split" cricoidian posterior cu augmentare folosit cartilaj costal ● 'Split" cricoidian anterior cu augmentare folosit cartilaj costal ● "Split" cricoidian anterior cu augmentarea regiunii cricotraheale anterioare cu cartilaj septal ● Rezecție cricotraheală și anastomoză tireotraheală termino-terminală ● Rezecție traheală înaltă/cervicală cu anastomoză termino-terminală c) traheostomă „long life” în cazurile refractare la tratament, cu comorbidități semnificative sau cu teren biologic precar
Urmărirea pacientului	la intervale de timp personalizate în funcție de particularitățile cazului și de complicațiile posibile: ○ pacient cu/fără traheostomă ○ gradul de mobilitate al corzilor vocale (prezentă/diminuată/absentă), ○ tulburări de alimentare, ○ rată crescută de restenozare, ○ aspirat/reflux gastro-esofagian, ○ intoleranța sau obstrucție canulă Montgomery ○ dehiscența plăgii operatorii, ○ pneumotorax, ○ supurație cervico-mediastinală, ○ pacient cu BPOC, cu afecțiuni neurologice sau cu alte comorbidități semnificative, ○ teren biologic precar.

Presbifonia

Diagnostic clinic	Presbifonia reprezinta alterarea vocii la persoanele în vârstă datorită modificării structurii corzii vocale (modificarea epiteliului, atrofia mușchiului corzii vocale) 1. Simptome: - grade variate de disfonie, parestezii faringiene, tuse, hemaj 2. Factori favorizanți: - reflux gastroesofagian; - alergii; - afecțiuni pulmonare; - malmenaj vocal; - efortul vocal prelungit; - factori de mediu, noxe, fumatul; 3. Examen laringoscopic: - congestie endolaringiană, semne indirect de reflux gastroesofagian, hipercontractie endolaringiana.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	Video fibrolaringoscopie Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult psihologic, neurologic.
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Regim igieno-dietetic; 3. Tratamentul afecțiunilor pulmonare; 4. Antialergic unde este cazul; 5. Tratament pentru reflux gastroesofagian, dacă este cazul; 6. Terapie vocală;
Tratament chirurgical	Augmentarea corzii vocale (injectări material biocompatibile la nivel cordal) unde este cazul;
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament; Terapie vocala postoperator dacă este cazul.

Paralizie unilaterala coardă vocală

Diagnostic clinic	Anamneza 1. Simptome - disfonie persistentă, progresivă, fatigabilitate vocală; - uneori dificultăți la înghițire. 2. Factori favorizanți - malmenaj vocal; - abuz vocal; - postchirurgie cervical. 3. Examen laringoscopic: - coarda vocală imobilă, în adductie (poziție mediana) sau abducție (poziție laterală), coardă vocală contralaterală cu mobilitate pastrată; - glota convenabilă; - +/- staza la nivelul sinusului piriform de pe partea afectată.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	Electromiografie laringiană Examen fibroscopic laringian Examen videostroboscopic laringian Ecografie regiune cervicală Teste funcție tiroidiană Examen CT/RMN cerebral, cervical, torace
Consulturi interdisciplinare	Consult endocrinologic, neurologic, diabet și boli de nutriție, pneumologic unde este cazul
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Terapie vocala; 3. Antiinflamatoare steroidiene/nesteroidiene - în cazul etiologiei infecțioase, inflamatorii 4. Antiviral/antibiotic
Tratament chirurgical	Tratament chirurgical - în caz de disfonie persistentă, tehnici chirurgicale de medializare cordală pentru coarda vocală în abducție:

	- Injectări cu material biocompatibile la nivel cordal; - Tiroplastie de medializare cordala. Postoperator - tratament medicamentos;
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament Terapie vocala postoperator

Paralizie bilaterală a corzilor vocale

Diagnostic clinic	1. Simptome - disfonie persistentă (uneori chiar afonia), progresivă, fatigabilitate vocală, randament vocal scăzut - dispnee inspiratorie în funcție de poziția corzilor vocale 2. Factori favorizanți Traumatisme cervical, neuroviroze, postoperatorii în chirurgia cervicală, toracică, cardiovasculară, neurochirurgie. 3. Examen laringoscopic: - corzi vocale imobile în fonație - corzile se pot afla în abducție, în abducție sau în poziție intermediară
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	Electromiografie laringiana Examen fibroscopic laringian Examen videostroboscopic laringian Ecografie regiune cervicală Teste funcție tiroidiana Examen CT/RMN cerebral, cervical, torace
Consulturi interdisciplinare	Consult neurologic, endocrinologic, pneumologic, gastroenterologic unde este cazul
Tratament medical	1. Tratament medicamentos: 2. Terapie vocală; 3. Antiinflamatoare steroidiene/nesteroidiene - în cazul etiologiei infecțioase, inflamatorii. 4. Antiviral/antibiotic
Tratament chirurgical	Tratament chirurgical: - în caz de insuficiență respiratorie acută severă, se practică traheostomia de urgență (IOT) sau intubatia nazo- sau orotraheala; - cordotomie/cordectomie posterioară (cu instrumente reci/laser), aritenoidectomie sau cordopexie (laterofixatia corzii vocale)
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament Terapie vocală (inclusiv postoperator)

Disfonia hiperfuncţională simplă

Diagnostic clinic	Disfonia hiperfuncțională simplă reprezintă modificarea parametrilor vocali fără să existe modificări organice ale corzii vocale. 1. Simptome: - grade variate de disfonie, oboseală vocală, parestezii faringiene, dificultăți în atingerea registrului vocal, tuse, hemaj 2. Factori favorizanți: - malmenaj vocal; - efortul vocal prelungit; - factori de mediu, noxe, fumatul; 3. Examen laringoscopic: - congestie difuză endolaringiană, semne indirecte de reflux faringolaringian, hipercontracție endolaringiană de diferite grade, insuficiență glotică.
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	Video fibrolaringoscopie Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult pneumologic, alergologic, gastroenterologic, neurologic dacă este cazul. Examen foniatric.
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Regim igieno-dietetic; 3. Scoaterea din mediul poluat, cu noxe; 4. Antialergic unde este cazul; 5. Tratament pentru reflux gastroesofagian, dacă este cazul; 6. Terapie vocală;
Tratament chirurgical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament; Terapie vocală la domiciliu

Disfonia la copil

Diagnostic clinic	Disfonia la copil reprezintă modificarea parametrilor vocali pe fondul unei hiperfuncții (utilizarea excesivă a vocii) +/- complicate cu organicizarea. 1. Simptome: - grade variate de disfonie, voce bitonală, hemaj 2. Factori favorizanți: - comportament vocal neadecvat; - malmenaj vocal; - efortul vocal prelungit; 3. Examen laringoscopic: - congestie endolaringiană, hipercontracție endolaringiană, insuficiență glotică, noduli vocali;
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	Video fibrolaringoscopie Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult psihologic, pediatric, foniatric, endocrin, genetic unde este cazul.
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Regim igieno-dietetic; 3. Antialergic unde este cazul; 4. Terapie vocală; 5. Consiliere psihologică la nevoie.
Tratament chirurgical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament; Terapie vocală la domiciliu.

Disfonia psihogenă

Diagnostic clinic	Disfonia psihogenă este o tulburare a vocii, apăruta în urma situațiilor de stres emoțional. 1. Simptome: - grade variabile de disfonie, hemaj, parestezii faringiene; 2. Factori favorizanți: - factori de stres emoțional; 3. Examen laringoscopic: - aspect normal al laringelui +/- semne indirecte de reflux, hipercontracție endolaringiană
Investigații paraclinice obligatorii	Diagnosticul este simptomatologic și laringoscopic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de dotare	Video fibrolaringoscopie Examen videostroboscopic laringian
Consulturi interdisciplinare	Consult psihiatrie, psihologie, gastroenterologic dacă este cazul.
Tratament medical	1. Repaus vocal; 2. Regim igieno-dietetic; 3. Psihoprofilaxie; 4. Terapie vocală 5. Antialergic unde este cazul; 6. Tratament psihiatric, dacă este cazul;
Tratament chirurgical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	Evaluarea răspunsului la tratament; Terapie vocală; +/- Consiliere psihologică.

TUMORI BENIGNE LARINGIENE

Polipul laringian

Diagnostic clinic: disfonie fluctuantă, senzație de corp străin, tuse, rareori dispnee	Examen clinic ORL: formațiune tumorală de regulă unilaterală roșie-violacee sau albicioasă, pediculată/sesilă, rotundă/ovalară, inserată pe marginea liberă a CV în treimea anterioară sau la nivelul comisurii anterioare, cu suprafața netedă sau mamelonată, poate avea aspect gelatinos/mixomatos
Investigații paraclinice obligatorii	- Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Stroboscopie videoendoscopie de contact
Consulturi interdisciplinare	Consult foniatric. Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	Evitarea efortului vocal
Tratament chirurgical	Ablație prin laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER
Urmărirea pacientului	Control la 6 luni

Papilomul laringian

Diagnostic clinic: disfonie, dispnee, posibil tuse iritativă, senzație de corp străin	Examen clinic ORL: formațiuni muriforme, roz-albicioase, friabile, pediculate sau sesile; la nivelul corzilor vocale sau întregii coroane laringiene
Investigații paraclinice obligatorii	- Examen histopatologic - Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Examen videostroboscopic laringian videoendoscopie de contact Examen CT/IRM regiune cervicală Radiografie/radioscopie toraco-pulmonară Imunohistochimie Genotipare virală
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	tratament profilactic în papilomatoza copilului - vaccin antiHPV; izoprinozine, stimulatori de imunitate, Acyclovir, interferon, terapie fotodinamică Injectare intralezionala Cidofovir
Tratament chirurgical	Excizie leziuni papilomatoase - Vaporizare LASER, microdebrider, instrumente reci Traheotomie - în cazuri selecționate
Urmărirea pacientului	Control la 6 luni

	Angiomul laringian	Lipomul	Fibromiomul
Diagnostic clinic	Disfonie, dispnee, odinofagie, disfagie	Disfonie, dispnee, senzație de corp străin faringian	Disfonie, dispnee, senzație de corp străin faringian
Examen clinic ORL	Tumoră neregulată, sesilă, moale, ușor sângerândă, care crește în volum la efort, țipăt, localizată supra-și mai ales subglotic	Formațiune tumorală neteda, sesilă, rotundă/poliloculată, încapsulată, moale, situată supraglotic	Formațiune tumorală rară, cu consistență fermă, pe fața posterioară și laterală a cricoiduluil poate să proemine laterocervical
Investigații paraclinice obligatorii	- Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic	- Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic	- Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Videostroboscopie laringiană, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiană în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie	Videostroboscopie laringiană, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiană în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie	Videostroboscopie laringiana, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiană în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate

Tratament medical	Evitarea efortului vocal	Repaus vocal, evitarea efortului vocal	Repaus vocal
Tratament chirurgical	Laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical, în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană	Laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical, în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană	Laringoscopie suspendata cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical, în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană
Urmărirea pacientului	Control la 3-6 luni	Control la 3-6 luni	Control la 3-6 luni

	Condromul	Adenomul	Guşa aberantă (tiroidă ectopică)
Diagnostic clinic	Disfagie, dispnee, ± imobilizarea CV prin compresiune pe articulația cricoaritenoidiană	disfonie fluctuantă, senzație de corp străin faringian, tuse	Dispnee, odinofagie, senzație de corp străin faringian. La femei în perioada menstruației crește volumul tumoral
Examen clinic ORL	Tumora bine delimitată, rotund- ovalară, dură, cu bază largă de implantare, cu mucoasă de aspect normal	Formațiune tumorală rară, asemănătoare cu polipul	Formațiune tumorala localizată la baza limbii, roșietică- violacee, rotundă, încapsulată, mobilă, cu mucoasă normală, pe linie mediană, se poate asocia cu cea subglotică
Investigații paraclinice obligatorii	- Fibroscopie laringiana (dacă nu este disponibil, se trimite catre un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic	- Fibroscopie laringiana (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotarile necesare) - examen histopatologic	- Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Videostroboscopie laringiană, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiana în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie	Videostroboscopie laringiana, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiana în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie	Videostroboscopie laringiană, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiana în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	Repaus vocal, evitarea efortului vocal	Repaus vocal, evitarea efortului vocal	Repaus vocal
Tratament chirurgical	Laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical, în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană	Laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical, în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană	Traheotomie în caz de insuficiență respiratorie acută
Urmărirea pacientului	Control la 3-6 luni	Control la 3-6 luni	6 luni-1 an

	Tumori chistice	Amiloidoza	Chemodectoamele
Diagnostic clinic	Disfagie, dispnee, senzație corp străin faringian, disfonie	Disfonie ± dispnee	Disfonie ± dispnee
Examen clinic ORL	Chist epidermic: tumora încapsulată, cu conținut lichidian seboreic, alb- galbui, nedelimitată, situată pe fața superioară a CV, submucos, renitenta Chistul de retenție (pseudochist): formațiune translucidă, cu conținut lichidian vâscos, bine delimitată, pe marginea liberă a CV, poate determina leziune de decubit controlateral	Formațiune pseudotumorală galbuie, nedelimitată, situată supraglotic, glotic sau subglotic	Formațiuni tumorale bine vascularizate, roșii-violacee, muriforme, încapsulate, localizate supraglotic sau pe fața anterioară a membranei cricotiroidiene
Investigații paraclinice obligatorii	- Fibroscopie laringiana (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic	- Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite catre un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic	- Fibroscopie laringiană (dacă nu este disponibil, se trimite către un serviciu ORL cu dotările necesare) - examen histopatologic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Videostroboscopie laringiana, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiana în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie	Videostroboscopie laringiana, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiana în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie	Videostroboscopie laringiana, videoendoscopie de contact, radiografie laringiană de profil, tomografie laringiana în plan frontal, examen CT/IRM regiune cervicală, radiografie/radioscopie toraco-pulmonară, imunohistochimie
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate	Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	Repaus vocal, evitarea efortului vocal	tratamentul insuficienței de organ și a fenomenelor inflamatorii și supurative asociale, colchicină, chimioterapice (Alkeran), transplant de celule stem medulare în amiloidoza primară sistemică, transplant hepatic în amiloidoza familială	Repaus vocal
Tratament chirurgical	Laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical, în funcție de localizarea tumorii,	Laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical,	Laringoscopie suspendată cu instrumente reci sau vaporizare LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical,

	cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană	în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană	în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană
Urmărirea pacientului	Control la 3-6 luni	Control la 3-6 luni	Control la 3-6 luni

Tumori rare laringiene (abrikossoff, neurinomul laringian, schwanomul laringian, plasmocitomul benign)	
Diagnostic clinic	Disfonie, dispnee, odinofagie, senzație de corp străin faringian
Examen clinic ORL	Formațiune tumorală încapsulată, gălbuie, netedă, mai frecventă la nivelul limbii. În laringe poate fi supra sau subglotică. Formațiune tumorală la nivelul corzilor vocale, benzilor ventriculare; diverse aspecte clinice
Investigații paraclinice obligatorii	Analize uzuale, endoscopie laringiană, examen histopatologic; diagnostic de certitudine: teste imunohistochimice
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Videostroboscopie laringiană, endoscopie de contact, radiografie toraco-pulmonară, examen CT/RMN regiune cervicală cu substanță de contrast
Consulturi interdisciplinare	Dispensarizarea patologiilor asociate
Tratament medical	Antiinflamatoare la nevoie
Tratament chirurgical	Laringoscopie suspendată, excizie-biopsie cu instrumente reci sau LASER. Pentru tumorile de dimensiuni mai mari, tratamentul este chirurgical, în funcție de localizarea tumorii, cu tehnici deschise preluate din chirurgia oncologică laringiană
Urmărirea pacientului	Control periodic, în funcție de particularitatea cazului

CANCERUL LARINGIAN

Diagnostic clinic: Forme clinice - După criteriul anatomo- topografie - După stadializarea TNM - După natura histologică a tumorii și gradul de invazivitate	- Anamneza ○ debut și durata simptomelor - disfonie, dispnee, disfagie, senzatie de corp strain, tuse, durere etc. ○ evaluarea factorilor de risc (fumat, alcool, noxe inhalatorii, poluare) ○ evaluarea stării generale de sănătate a pacientului ○ statusul nutrițional și cardiopulmonar - Examenul clinic ORL complet cu focus pe ○ evaluarea ganglionilor cervicali și a conturului cartilajului tiroid. ○ laringoscopie indirectă ○ bucofaringoscopie
Investigații paraclinice obligatorii	- Biologice (hemoleucogramă, coagulogramă, ionogramă, serologie, probe hepatice, uree, creatinină, glicemie, VSH, fibrinogen, ș.a. în funcție de comorbidități și statusul nutrițional) - Radiologice prin radiografii plane - unde mai exista servicii cu astfel de dotari (faringo-laringe profil, tomografie frontală de laringe, radiografie pulmonară), computer tomograf cervical și toracic+/- substanță de contrast, rezonanță magnetică cervicală +/- substanță de contrast - Endoscopice prin fibroscopie nazofaringolaringiană, laringoscopie directă cu tijă optică, microlaringoscopie suspendată cu prelevare biopsică - Biopsie din țesutul tumoral urmata de examen histopatologic și imunohistochimic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	- puncție aspirativă cu ac fin pentru afectare ganglionară sau tiroidiană - Biologice pentru HPV - identificare - genotipare - Radiologice: ecografie cervicală, PET-CT (opțional/de necesitate) - Endoscopie: panendoscopie (laringe, trahee, esofag) - Secreții prelevate de la nivelul supurațiilor pentru identificarea agenților patogeni în vederea inițierii tratamentelor antibioticoterapice - Teste funcționale pulmonare
Consulturi interdisciplinare	- consult oncologie medicală și radioterapie oncologică - consult diabet zaharat, gastro-enterologie, pneumologie, nefrologie, cardiologie - după caz - evaluarea statusului nutrițional - consult chirurgie generală - gastrostomă - după caz
Tratament	Posibilitățile terapeutice includ (Decizia va fi luată de Comisia Oncologică) - Chirurgie - Radioterapie - Chimioterapie - Imunonutriție - Tratament multimodal
Tratament chirurgical Tratmentul este în acord cu stadializarea și localizarea tumorii primare și se adresează atât tumorii laringiene cât și ariilor ganglionare cervicale cu risc pentru metastazare. - Traheostoma și gastrostoma au indicații specifice	Stadiul I Supraglotic Opțiunile terapeutice standard includ: - radioterapie externă ca monoterapie - laringectomie orizontală supraglotică Glotic Opțiunile terapeutice standard includ: - radioterapie externă ca monoterapie - cordectomie - laringectomie parțială (frontolaterală; frontală anterioară reconstructivă) sau hemilaringectomie Subglotic - radioterapie ca monoterapie cu conservarea vocii Stadiul II Supraglotic Opțiunile terapeutice standard includ: - radioterapie externă ca monoterapie - laringectomie orizontală supraglotică sau laringectomie totală, raportat la localizarea leziunii, statusul clinic al pacientului - radioterapia postoperatorie este indicată în cazul marginilor pozitive sau în cazul marginilor de rezecție nesigure la examenul HP Glotic

	Opțiunile terapeutice standard includ: - radioterapie externă ca monoterapie - laringectomie parțială sau hemilaringectomie sau laringectomie totală, raportat la la localizarea leziunii, statusul clinic al pacientului - radioterapia postoperatorie este indicată în cazul marginilor pozitive sau în cazul marginilor de rezecție nesigure la examenul HP Subglotic Opțiunile terapeutice standard includ: - radioterapie ca monoterapie cu conservarea vocii Stadiul III Supraglotic Opțiunile terapeutice standard includ: - laringectomie totală cu sau fără radioterapie postoperatorie - radioterapie definitivă cu chirurgie de salvare a eșecurilor radioterapiei - radio-chimioterapie concurențială (concomitentă), în cazul pacienților care ar necesita laringectomie totală pentru controlul bolii, dar prezintă contraindicație legată de alte comorbidități sau ține de opțiunea pacientului. Glotic Opțiunile terapeutice standard includ: - laringectomie totală cu sau fără radioterapie postoperatorie - radioterapie definitivă cu chirurgie de salvare a eșecurilor radioterapiei - radio-chimioterapie concurențială (concomitentă), în cazul pacienților care ar necesita laringectomie totală pentru controlul bolii, dar prezintă contraindicație legată de alte comorbidități sau ține de opțiunea pacientului. Subglotic Opțiunile terapeutice standard includ: - radioterapia ca monoterapie este indicată ca opțiune terapeutică, în acest caz, pentru pacienții care nu sunt eligibili pentru intervenții chirurgicale. - laringectomie cu tiroidectomie izolată și disecția ganglionilor traheoesofagieni urmate, de radioterapie postoperatorie - radio-chimioterapie concurențială (concomitentă), în cazul pacienților care ar necesita laringectomie totală pentru controlul bolii, dar prezintă contraindicație legâtă de alte comorbidități sau ține de opțiunea pacientului Stadiul IV Supraglotic Opțiunile terapeutice standard includ: - laringectomie totală cu sau fără radioterapie postoperatorie - radioterapie definitivă cu chirurgie de salvare a eșecurilor radioterapiei - radio-chimioterapie concurențială (concomitentă), în cazul pacienților care ar necesita laringectomie totală pentru controlul bolii și prezintă contraindicație legată de alte comorbidități sau ține de opțiunea pacientului. Glotic Opțiunile terapeutice standard includ: - laringectomie totală cu sau fără radioterapie postoperatorie - radioterapie definitivă cu chirurgie de salvare a eșecurilor radioterapiei - radio-chimioterapie concurențială (concomitentă), în cazul pacienților care ar necesita laringectomie totală pentru controlul bolii, dar prezintă contraindicație legată de alte comorbidități sau ține de opțiunea pacientului. Subglotic Opțiunile terapeutice standard includ: - laringectomie cu tiroidectomie totală și disecția bilaterală a ganglionilor traheoesofagieni urmate, în mod normal, de radioterapie postoperatorie - radioterapia ca monoterapie este indicată ca opțiune terapeutică, în acest caz, pentru pacienții care nu sunt eligibili pentru intervenții chirurgicale. Evidare ganglionară cervicală 1. Disectia(evidare) Radicala a Gâtului este procedura de bază standard pentru îndepărtarea ganglionilor limfatici de la nivelul gâtului, iar toate celelalte proceduri reprezintă o modificare a acestei proceduri. Se definește ca rezectia în bloc a grupurilor ganglionare localizate între mandibulă și claviculă. Disectia include îndepărtarea venei jugulare interne, a nervului spinal accesor și a mușchiului sternocleidomastoidian. 2. Când modificarea disectiei radicale implică păstrarea unei structuri nonlimfatice, procedura se numește.evidare ganglionară radical modificată 3. Când modificarea implică păstrarea uneia sau mai multor grupări ganglionare care sunt înlăturate în mod obisnuit în cadrul unei disecții radicale, procedura este denumită evidare ganglionară selectivă a gâtului. 4. Când interventia implică îndepărtarea grupelor ganglionare limfatice alăturate structurilor non-limfatice în raport cu evidarea ganglionară radicală a gâtului, procedura se numește disecție radicală extinsă. Evidarea ganglionară radicală a gâtului extinsă implică îndepărtarea suplimentară a mușchilor, nervilor, vaselor și ganglionilor limfatici, așa cum este impusă de boala primară sau de prezența metastazelor găsite intraoperator. O disecție extinsă a gâtului poate implica ganglionii limfatici retrofaringieni, nervul hipoglos, porțiuni ale musculaturii prevertebrale și artera carotidă. Reabilitarea fonatorie după laringectomie - După laringectomii parțiale: exerciții ortofonice/foniatrie - După laringectomia totală: ○ erigmofonație/voce esofagiană ○ laringofon

	○ proteză fonatorie traheo-esofagiană intraoperator în cursul laringectomiei totale sau ca procedură secundară
Urmărirea pacientului	- clinică și endoscopică ORL : la 3 luni în primii doi ani, la 6 luni în anul 3, 4 și 5, anual după 5 ani postoperator - imagistică: ○ radiografie pulmonară anual ○ CT cervical și toracic și/sau RMN cervical anual - opțional, după caz ○ PET-CT la 2 ani - opțional, după caz - dispensarizare oncologică

Stadializarea cancerului laringian - anexa I.

Tumoră primară - supraglotică

TX nu se poate evalua tumora primară
T0 nu se evidenţiază tumoră primară
Tis carcinom in situ
T1 tumoră limitată la o subregiune supraglotică cu mobilitate normală a corzii vocale
T2 tumora invadează mucoasa a mai mult de o subregiune supraglotică sau glotică sau o regiune exterioară supraglotei (spre ex: mucoasa bazei de limbă, valecula sau peretele medial al sinusului piriform) fără fixarea laringelui.
T3 tumoră limitată la laringe cu fixarea corzii vocale şi/sau invazia oricărei dintre următoarele structuri: regiunea postcricoidiană, ţesuturile preepiglotice, spaţiul paraglotic şi/sau eroziuni minore are cartilajului tiroid (spre ex: cortexul intern)
T4a boală moderat avansată local. Tumora invadează prin cartilajul tiroid şi/sau invadează ţesuturile de după laringe (trahee, ţesuturile moi ale gâtului incluzând muşchii profunzi extrinseci al limbii, muşchii infrahioidieni, tiroida sau esofagul)
T4b boală extrem de avansată local. Tumora invadează spaţiul prevertebral, manşonează carotida sau invadează structuri mediastinale

Tumoră primară - glotică

TX nu se poate evalua tumora primară
T0 nu se evidenţiază tumoră primară
Tis carcinom in situ
T1 Tumoră limitată la coarda/corzile vocală/vocale (poate implica comisura anterioară sau posterioară) cu mobilitate conservată
T1a tumoră limitată la o coardă vocală
T1b tumoră implică ambele corzi vocale
T2 tumora se extinde către spaţiul supraglotic şi/sau subglotă şi/sau cu afectarea mobilităţii corzii vocale
T3 tumora limitată la laringe cu fixarea corzii vocale şi/sau invazia spaţiului paraglotic şi/sau cortexului intern al cartilajului tiroid
T4a tumora invadează prin cortexul extern al cartilajului tiroid şi/sau invadează ţesuturile de după laringe (trahee, ţesuturile moi ale gâtului incluzând muşchii profunzi extrinseci al limbii, muşchii infrahioidieni, tiroida sau esofagul)
T4b Tumora invadează spaţiul prevertebral, manşonează carotida sau invadează structuri mediastinale

Tumoră primară - subglotică

TX nu se poate evalua tumora primară
T0 nu se evidenţiază tumoră primară
Tis carcinom in situ
T1 tumoră limitată la subglotă
T2 tumoră extinsă la coarda/corzile vocală/vocale cu mobilitate normală sau modificată
T3 tumoră limitată la laringe cu fixarea corzilor vocale
T4a tumora invadează cartilajul cricoid sau tiroid şi/sau invadează ţesuturile de după laringe (trahee, ţesuturile moi ale gâtului incluzând muşchii profunzi extrinseci al limbii, muşchii infrahioidieni, tiroida sau esofagul)
T4b Tumora invadează spaţiul prevertebral, manşonează carotida sau invadează structuri mediastinale

Consideraţii ale categoriilor T

Supraglotă: mobilitate normală a corzilor(T1), fixarea laringelui (T2) şi fixarea corzilor vocale (T3) pot fi descoperite doar clinic
Glotă: mobilitate normală a corzilor(T1), modificarea mobilităţii corzilor vocale (T2) şi fixarea corzilor vocale (T3) pot fi descoperite doar clinic

Subglotă: mobilitate normală sau modificată a corzilor(T2) şi fixarea corzilor vocale (T3) pot fi descoperite doar clinic

Tumora Primară Ganglioni regionali*)

*) ganglionii mediastinali superiori sunt consideraţi a fi ganglioni regionali (nivelul VII). Ganglionii de pe linie mediană sunt consideraţi a fi ganglioni ipsilaterali.
Nx nu se poate evalua tumora primară
N0 fără metastază la nivelul ganglionilor regionali
N1 metastază într-un singur ganglion ipsilateral, cu cel mai lung diametru ≤ 3 cm
N2 metastază într-un singur ganglion ipsilateral, cu cel mai lung diametru > 3 cm, dar nu > 6 cm, sau cu multipli ganglioni ipsilaterale, nici unul cu cel mai lung diametru > 6 cm sau metastaze bilaterale sau în ganglioni contralaterali, nici unul cu cel mai lung diametru > 6 cm
N2a metastază într-un singur ganglion ipsilateral, cu cel mai lung diametru > 3 cm, dar nu > 6 cm
N2b metastază în multipli ganglioni ipsilaterali, nici unul cu cel mai lung diametru > 6 cm
N2c metastază bilaterală sau în ganglioni contralaterali, nici unul cu cel mai lung diametru > 6 cm
N3 metastază în ganglion cu diametrul cel mai mare > 6 cm.

Metastaze la distanţă

- Mx nu se pot evalua metastazele la distanţă
- M0 fără metastaze la distanţă
- M1 Metastaze la distanţă

Stadiul 0 TisN0M0	Stadiul I T1N0M0	Stadiul II T2N0M0	Stadiul III T1N1M0 T2N1M0 T2N0M0 T3N1M0	Stadiul IVA T1N2M0 T2N2M0 T3N2M0 T4aN0M0 T4aN1M0 T4aN2M0 Stadiul IVB T4b oricare N M0 Stadiul IVC Oricare T, Oricare N M1

Evidarea ganglionară cervicală - anexa II.

Clasificarea ariilor ganglionare ale gâtului

Evaluarea modelului de drenaj a situsului tumoral primar în tractul aerodigestiv superior a dus la înţelegerea şi identificarea grupurilor nodale cu risc pentru metastaze cervicale. Gâtul a fost împărţit în şase astfel de grupuri numite arii ganglionare ale gâtului
Aria ganglionară 1: Trigonurile submandibular şi submentonier
Aria ganglionară 1 este format din trigonul submandibular şi cel submentonier. Trigonul submandibular este mărginit de mandibula superioară, de pântecele posterior al muşchiului digastric posteroinferior şi de pântecele anterior al muşchiului digastric anteroinferior. Podeaua sa este reprezentată de muşchiul hioglos. Trigonul submentonier este regiunea dintre pântecele anterioare bilaterale ale muşchiului digastric şi osul hioid.
Aria ganglionară 2: Regiunea jugulară digastrică
Aria ganglionară 2 este cunoscută sub numele de regiunea digastrică jugulară. Limitele sale sunt baza craniului superior, bifurcaţia carotidei inferioară, marginea posterioară a muşchiului sternocleidomastoidian şi limita laterală a muşchilor sternotiroidieni şi sternohioidieni medial
Aria ganglionară 3: Regiunea jugulară mijlocie
Aria ganglionară 3 este regiunea jugulară medie. Se învecinează cu bifurcaţia carotidei, superior, joncţiunea muşchiului omohioidian şi sternocleidomastoidian la nivelul venei jugulare inferioare, marginea posterioară a muşchiului sternomastoidian lateral şi marginea laterală a muşchiului sternohioidian medial
Aria ganglionară 4: Regiunea jugulară inferioară
Aria ganglionară 4 reprezintă regiunea jugulară inferioară şi se extinde de la muşchiul omohioidian superior la nivelul inferior al claviculei. Aceasta se extinde până la marginea posterioară a muşchiului sternocleidomastoidian şi la cea laterală a muşchiului sternohioidian. Fascia care stă la baza nervului frenic şi a plexului brahial reprezintă limita profundă.
Aria ganglionară 5: Triunghiul posterior
Aria ganglionară 5 este cunoscută şi sub numele de triunghiul posterior. Acesta cuprinde ganglionii limfatici situaţi între marginea posterioară a muşchiului sternocleidomastoidian şi marginea anterioară

a muşchiului trapez. De asemenea, se extinde inferior către claviculă. Traiectul nervului spinal accesor este cuprins în acest triunghi. Regiunea supraclaviculară se găseşte, de asemenea la acest nivel.
Aria ganglionară 6: Compartimentul anterior
Aria ganglionară 6 este reprezentată de compartimentul anterior şi include ganglionii limfatici localizaţi la nivelul liniei centrale situate adiacent traheei şi glandei tiroidiene. Graniţele acestei regiuni sunt reprezentate superior de osul hioid, inferior cutia toracică, iar lateral teaca carotică.

TRAUMATISME CERVICALE

1. Traumatisme nepenetrante:

- Etiologie - mecanism lovire externă, arsuri
- Simptome - determină edem, emfizem subcutanat, hematom, echimoze escoriaţii,

Conduită în ambulator - se face anamneză, se verifică funcţiile vitale, se transportă în condiţii de siguranţă la spital.
Conduită în Spital - examinare primară după anamneză corectă.
Bilanţ diagnostic

- Examen clinic (inspecţie, palpare) prelevare constante biologice sangvine şi urinare
- Examen endoscopic (videofibroscopie)
- Examen cardiologic, consult anesteziologic
- Examen imagistic (CT, RMN, echografie, arteriografie)

Tratament

- tratament şoc, asigurare funcţii respiratorii şi cardio-vasculare
- explorare chirurgicală în funcţie de leziuni
- asigurare nutriţie parenterală, sonda nazogastrică, rar gastrostomă.

2. Traumatisme cervicale penetrante Etiologie - arme albe, accidente rutiere, tentative suicid, iatrogene prin diferite manevre chirurgicale.

- se precizează, după anamneză şi consultaţie primară (adesea în UPU) dacă pacientul este stabil/instabil evolutiv.
- se precizează zonele implicate cervicale, Zona I, II, III . Zona II cu interesare cea mai frecventă.
- Evaluarea clinică cu utilizarea unei formule CRASH PLAN cu precizarea leziunilor existente.

● Aplicarea formulă ATLS (Advanced Traumma Life Suport)
● se observă clinic modificările survenite ce exemplifică leziuni laringo-traheale, faringo-esofagiene, vasculare, tiroidiene, glande salivare, ţesuturi periviscerale
Investigaţii şi recomandări:

1. Pacientul instabil - se face tratamentul şocului cu restabilirea respiraţiei şi circulaţiei în paralele cu explorarea chirurgicală.
Postoperator, pacient stabil, se continuă investigaţiile endocopice şi imagistice.

2. Pacient stabil - se realizează explorarea videofibroscopică, imagistică urmată de explorarea chirurgicală.
Protocolul de diagnostic poate fi efectuat în funcţie de competente şi dotarea unităţii sanitare la care ajunge pacientul. În caz că sunt depăşite competenţele se va dirija pacientul către un furnizor de servicii cu competenţe superioare.

Principii terapeutice

a.Tratamentul şocului - traumatic + hemoragic Se începe la locul accidentului

- anamneză
- transport, preluare UPU la Spital
- asigurare cale respiratorie prin IOT la locul accidentului sau introducere sondă intubaţie prin plaga traheală.

În ambulator:

- hemostază primară
- susţinere corectă parametrii cardio-respiratori
- transport în condiţii de securitate:
  - imobilizare coloană cervicală
  - linii venoase
  - eliberare căi aeriene cu eventual IOT.

La spital - traheotomie cu montare canula cu balonaş, echilibrare hemodinamică

1. Hemostaza provizorie la locul accidentului apoi după explorare la spital.

2. Imobilizarea cu guler pentru evitare leziuni coloană şi nervoase.

3. Explorare chirurgicală directă cu efectuare explorări paraclinice în funcţie de pacient stabil/instabil cu refacere continuitate viscerală

4. Protocolul de tratament poate fi efectuat în funcţie de competenţe şi dotarea unităţii sanitare la care ajunge pacientul. În caz că sunt depăşite competenţele se va dirija pacientul către un furnizor de servicii cu competenţe superioare.

5. Efectuare profilaxie AT, aplicare tratament medicamentos în colaborare cu medicul anestezie - terapie intensivă (echilibrare hidrovolemică şi electrolitică).

Aplicare principii ATLS

Leziuni zona II - management

Leziuni laringo-traheale uşoare:

- spitalizare şi observaţie 24 - 48 de ore
- evaluare videofibroscopică
- tratament conservator medicamentos
- examinare clinică seriată

La pacienţii cu tulburări respiratorii, variabile cu leziuni laringiene, edeme, hematoame.

- Traheotomie sub anestezie locală apoi endoscopie, tratament medicamentos, cu suprimare traheostomă la 3-5 zile

Leziuni complexe laringiene:

1. Semne şi grade diferite de insuficienţă respiratorie acută - CT scanner pentru evidenţiere extensie lezională - traheotomie - explorare endolaringiană prin laringoscopie directă.

2. Explorare chirurgicală a plăgii cervicale - abord laringian prin tirotomie, reparare leziuni laringiene, ancorare hioid, refacere laringe cu diferite plastii.

În cazuri severe - explorare chirurgicală în urgenţă după securizarea căii aeriene - traheotomie sau IOT

Leziuni hipo-faringo-laringiene

- Repaus digestiv + sondă nazogastrică + medicaţie suportivă, în cazuri cu păstrare continuitate.
- Intervenţie chirurgicală de reconstrucţie + traheotomie + drenaj se adaugă la cazuri cu leziuni distructive.
- Montare sonda nazo-gastrică pentru repaus digestiv, evitare aspiraţiilor traheo-bronşice şi alimentaţie.

Leziuni tiroidiene:

- Hematoame compresive
- Plăgi cu interesare glandă tiroidă
- Posibil insuficienţă respiratorie acută - Traheotomie.

Management

- hemostaza cu evacuare hematom
- rar diferite tipuri de tiroidectomii
- sutura glandulară.

Leziuni zona I - management:

- colaborare departament chirurgie toracică
- efectuare mediastinotomie şi toracotomie
- drenajul colecţiei aeriene şi sangvine
- eventual traheotomie când sunt leziuni extinse
- management dificil prin proximitate toracică.

Leziuni zona III - management Colaborare cu chirurgii OMF

- mandibulotomie mediană
- expunere spaţiu parafaringian
- acces structuri vasculo-nervoase de la baza craniului
- rezolvare leziuni glande salivare
- dificultăţi proximitate baza craniu.

Leziuni vasculare

a. În leziunile venoase cervicale se fac ligaturi vasculare

b. În cazul leziunilor arteriale pentru artera carotidă externă se poate face ligatură arterială

În leziunile arterei carotide comune,colaborare cu chirurgul vascular, pentru reconstrucţie termino-terminală sau alte procedee de realizare a continuităţii.

Artera carotidă internă când este ireparabilă se ligaturează, în caz contrar se rezolvă de chirurgul vascular prin diferite tehnici de supleere.

În lezarea arterei subclaviculare, în general foarte gravă, cu potenţial embolic şi adesea prognostic fatal.

Traumatisme faciale

A. Traumatisme piramidă nazală şi sinusuri paranazale

- Cauze multiple - în general externe: agresiuni, accidente rutiere şi sportive, casnice
- Tipuri lezionale:
  - contuzii piramidă nazală şi ale sinusurilor paranazale
  - plăgi piramidă nazală
  - fracturi oase proprii nazale, sinusuri paranazale
  - fracturi piramidă nazală asociată altor elemente osoase faciale complexe - Le Fort I, II, III
  - hematom septal

Cu excepţia fracturilor complexe ce adesea necesită colaborarea cu alte specialităţi (OMF, Oftalmologie, Neurochirurgie) restul pot fi rezolvate în Secţii ORL teritoriale sau ambulator de specialitate.

Reprezintă urgenţe medico-chirurgicale.

Protocol de diagnostic

- Anamneză - simptomatologie
- Examen ORL
  - inspecţie şi palpare
  - rinoscopie anterioară - posterioară
  - videofibroscopie cu înregistrare dacă permite situaţia locală (nu epistaxis)
- Paraclinic
  - analize laborator pentru constante biologice
  - examen imagistic - radiografie profil piramidă nazală, radiografie faţă pentru sinusuri, alte incidenţe în funcţie de leziune,
  - CT scanner pentru traumatisme complexe
  - la cazurile complexe ce necesită explorare şi reconstrucţie chirurgicală, se adaugă consult cardiologic, Rx toracic, consult anesteziologic.

Protocol de tratament în traumatismele piramidei nazale şi în cele complexe cu leziuni la nivelul structurii masivului facial.

- Pentru contuzii, plăgi ale piramidei nazale, fracturi ale piramidei nazale închise sau deschise, cu asociere leziuni osoase sinusale, se pot rezolva în serviciile ORL teritoriale.
- În cele cu leziuni ce pot interesa baza craniului, orbita, masivul facial şi dacă dotările şi experienţa medicală nu este corespunzătoare, se dirijează pacientul către centre universitare (spitale multidisciplinare).

Tratamentul în contuzii ale piramidei nazale şi faciale se face în funcţie de aspectul tegumentului (posibile excoriaţii, echimoze, hematoame)

- se aplică comprese reci, toaletă locală, profilaxie AT.
- În asocierea epistaxisului, rezolvare prin diferite tipuri de hemostază.

Tratamentul în plăgi ale piramidei nazale şi eventual paranazale constă în:

- toaleta chirurgicală a plăgii
- excizie sfaceluri şi extragere fragmente de cartilaj sau eschile osoase detaşate, sutură, pansament;
- în plăgi penetrante hemostază locală cât şi tamponament pentru epistaxis;
- în cazul leziuni osoase confirmate clinic şi paraclinic (radiografic), închiderea focarului de fractură, reducerea focarului de fractură, pansament, imobilizare focar prin contenţie externă, antibioterapie, profilaxie AT.
- în cazul plăgilor cu pierdere de substanţă, se fac diferite tipuri de reconstrucţii ale piramidei nazale.

Tratamentul fracturilor oase proprii nazale (cu sau fără asociere sinusală)

- reducere focar fractură în cele cu deplasare

– hemostază epistaxis prin tamponament
– imobilizare fractură prin contenţie internă (tamponament) şi externă cu benzi leucoplast sau/şi atele.

Tratament fracturi complexe tip Le Fort I, II, III
– reducere chirurgicală
– închiderea focar fractură dacă există
– imobilizare externă (hemostază epistaxis), pansament, imobilizare externă.
– colaborare medici OMF- işti, Oftalmologi, Neurochirurgi în funcţie de complexitatea leziunii
– antibioterapie

În cadrul reducerii şi imobilizării, prin tamponament anterior +/- posterior, acesta se menţine 3-4 zile, imobilizarea externă 7 zile.
În fracturile deschise suprimarea firelor se face la 7 zile în cazul evoluţiei fără complicaţii.
Tratament hematom septal posttraumatic
– diagnostic prin inspecţie, prin inspecţie, narinoscopie, rinoscopie anterioară.
– tratament - incizie, drenaj, pansament compresiv;
– antibioterapie profilactică sau curativă în cazul suprainfectării.

Rezolvarea traumatismelor nazale şi a sinusurilor paranazale se poate face la nivel secţii ORL.

Traumatismele Urechii

Traumatismele urechii externe

A. Plăgi auriculare Protocol de diagnostic
– anamneză
– inspecţie

Protocol de tratament
– se poate realiza în serviciul ORL
– la locul accidentului toaleta/pansament
– la spital:
  • toaleta chirurgicală plagă
  • ridicare zone de cartilaj denudat
  • refacere chirurgicală pavilion
  • antibioterapie

B. Contuzii pavilion auricular Othematom
– colecţii sangvinolente la nivel fosă naviculară
– posibil hematoame şi la restul ţesuturilor moi

Protocol de diagnostic
– inspecţie, palpare

Protocol tratament
– puncţie şi drenaj
– incizie drenaj
– pansament compresiv
– antibiotic
– control, aspect de suprainfecţie se face incizie şi drenaj
– se poate rezolva în servicii

C. Arsuri şi degerături
– apar datorită expunerii la temperaturi extreme

Protocol de diagnostic
– anamneză şi inspecţie
– se precizează gradul lezional

Protocol de tratament
– toaletă locală
– pansamente sterile, pomezi, spray local antiseptic
– vasodilatatoare în degerături
– antibioterapie şi profilaxie AT

– se poate realiza în orice secţie ORL (ambulator, spital).

Traumatisme ureche medie

Sunt mai rare interesând sistemul miringo-osicular şi mastoidian determinând otoragie şi diferite grade de hipoacuzie la care se pot asocia simptome datorate leziunii de stancă a osului temporal şi leziuni endocraniene.

A. Otoragia traumatică Protocol de diagnostic

– anamneză

– examen local ORL cu otoscopie posibilă sângerare CAE şi rinoscopie posterioară - fibroscopie ce poate arăta sângerare prin orificiul tubar, perforaţie timpan şi hemotimpan posttraumatic.

– hipoacuzie de transmisie - ce se va evidenţia prin audiogramă, impendancemetrie după rezolvarea rinoragiei

– radiografii bloc otomastoidian, eventual CT scanner

– examen neurochirurgie în situaţia suspiciunii de leziuni endocraniene

Protocol de tratament

– hemostaza locală prin meşaj

– medicaţie hemostatică

– antibioterapie, medicaţie hemostatică

– se poate rezolva în secţii ORL, cele simple.

La nivel ambulator se realizează o hemostază provizorie şi trimitere centre specializare ORL (spital).
În cazul asocierii traumatisme complexe necesită rezolvare în centre multidisciplinare.

B. Otolincvoreea postraumatică

– se produce prin leziuni tegmen timpani şi a meningelui, cu scurgere LCR

Protocol de diagnostic

– evidenţierea scurgerii LCR

– radiografii specifice, CT scanner

Se rezolva în ambulator toaleta locală, pansament, trimitere spital.
La spital - consult multidisciplinar, cu asociere specialişti neurochirurgi.
Tratament chirurgical de închidere breşă, tamponament auricular, antibioterapie

– rezolvare celelalte leziuni traumatice

– urmărire în dinamică

– rezolvare la nivel spital multidisciplinar

C. Ruptura (perforaţia) timpanului

Se realizează prin creşterea bruscă a presiunii în conductul auditiv extern (CAE)
Protocol de diagnostic

– anamneză şi simptome prezente

– examen otoscopic

– audiogramă, impedancemetria

– radiografii cu incidenţe specifice pentru leziuni asociate osoase

Protocol de tratament Rezolvare la nivel spital

– în perforaţii mici toaletă, pansament, antibioterapie, hemostatice

– în perforaţii mari rezolvare chirurgicală, tamponament, antibioterapie

– urmărire în dinamică

Se poate rezolva în secţii ORL cu dotare şi specialişti
În caz contrar, se va dirija pacientul în servicii cu competenţe superioare.

D. Hemotimpanul posttraumatic Protocol diagnostic

– anamneză, ex. local ORL

Se poate însoţi de hipoacuzie transmisie, acufene, plenitudine aurală şi otodinie

– examen otoscopic, audiogramă, impedancemetrie

– radiografii şi CT scanner în traumatisme complexe

Protocol de tratament

– anemizări tubare

– antibiotice, antiinflamatoare

– pansamente uscate locale cu antibiotic pulbere

– control zilnic şi în funcţie de aspect şi evoluţie, apariţia unei perforaţii, tratament chirurgical.
Se poate rezolva în secţii ORL cu dotare corespunzătoare. Când competenţa este depăşită, se va îndrepta către servicii cu competenţe medicale superioare.

E. Luxarea sau fracturarea lanţului osicular

– apare după traumatisme cranio-cerebrale

Protocol de diagnostic

– anamneză
– examen local ORL
– audiogramă, imperdancemetrie
– radiografie în incidenţe speciale, CT scaner
– consult multidisciplinar în traumatismele complexe

Protocol terapeutic

– chirurgical prin cofochirurgie
– medicaţie antibiotică, antiinflamatoare, vasodilatatoare

Rezolvare în secţii ORL cu competenţe superioare

Traumatismele urechii interne

A. Comoţia labirintică

– apare posttraumatic
– prezintă hipoacuzie, vertij în condiţia unui examen otoscopic şi radiologic normal.

Protocol diagnostic

– hipoacuzia uni sau bilaterală percepţie sau ancoşe la 4000 Hz
– tulburări de echilibru apărute după traumatism
– probe supraliminare: SISI mai mare de 70% şi TDT mai mic de 40 dB

Protocol de tratament

– tratament medicamentos perfuzabil cu soluţie Dextran, antivertiginoase, antiemetice.

B. Traumatism acustic acut

– după o explozie sau împuşcătură

Protocol de diagnostic

– anamneza, simptome - otalgie, otoree, tinitus, hipoacuzie percepţie pe înalte cu recruitment
– examen otoscopic - timpan intact, leziunile sunt la nivelul celulelor organ Corti

Protocol de tratament

– tratament medicamentos: perfuzii Dextran, blocaj anestezic, anticoagulante.
– chirurgical - cofochirurgie, cu efectuarea unei timpanoplastii.

De competenţa serviciilor ORL specializate.

SUPURAŢIILE CERVICALE

Celulite cervicale

Reprezintă o urgenţă medico-chirurgicală

Etiopatogenia este imperios necesară a fi cunoscută, majoritatea având punct de plecare otorinolarigologie (O.R.L.) sau oromaxilofaciale (O.M.F.)

Infecţia se propagă prin contiguitate pe cale limfatică sau hematogenă, secundară unei contaminări transmucoase în principal de origine inflamatorie dentară, bucală, faringiană, glandulară submaxilară sau parotidiană.

Etiologic este data de germeni aerobi şi anaerobi

Streptococul piogen eliberează streptodornoze şi streptochinaze ce determina progresia tisulară bacteriană şi necroza tisulară.

Proliferarea anaerobă este favorizată de edem şi tromboze venoase ce accentuează efectul bacteriilor anaerobe tisular.

– Importantă este intervenţia chirurgicală de rezolvare a pungilor de puroi cu dezvoltare de bule de gaz, datorită cloazonărilor tisulare, ce face ca activarea antibioticului local să fie adesea ineficient fără drenaj.

– Prescrierea de antiinflamator în prima fază, se justifică de limfangită. Folosirea după apariţia colecţiei, face ca evoluţia locală să fie nefastă în contextul în care antiinflamatoarele nesteroidiene

favorizează scăderea sintezei de imunoglobulină G, inhibă aderenţa polinuclearelor şi capacitatea de fagocitare a macrofagelor.

Este important urmărirea în primele 2-3 zile a răspunsului la tratamentul medicamentos şi deciderea necesităţii instituirii tratamentului chirurgical.

Protocol de diagnostic în ambulatorul de specialitate

– diagnosticul inflamaţiilor în sfera ORL/OMF;

– începerea unui tratament etiologic complet

– în cazul apariţiei unor semne de colecţii cervicale - trimitere la spital;

Urmărirea pacienţilor la nivel de spital;

– extensia infecţiei la nivel cervico-mediastinal se însoţeşte de semne locale sub forma de eritem tegumentar, crepitaţii datorate acumulării gazoase însoţite de fluctuenţă, tulburări respiratorii ce pot evolua către un şoc toxico septic;

– apariţia durerii toracice, accentuarea tulburărilor respiratorii şi un eritem presternal, suspicionează extensia mediastinală;

– se indică efectuarea în urgenţă a unui CT cervico-mediastinal ce arată caracterele colecţiei şi precizează conduita chirurgicală în urgenţă.

Protocolul de diagnostic în spital

– Anamneza corectă cu precizarea debutului semnelor inflamatorii în teritoriul cap - gât;

– Protocolul de diagnostic poate fi efectuat în funcţie de competente şi dotarea unităţii sanitare la care ajunge pacientul. În caz că sunt depăşite competenţele se va dirija pacientul către un furnizor de servicii cu competenţe superioare.

– Examenul local ORL;

– Efectuarea videofibroscopiei în dinamică.

– Efectuare analizelor de laborator în urgenţă: Hemoleucograma, VSH, Fibrinogen, CRP, Presepsina, Glicemie (diabetul potenţează supuraţia cu evoluţie nefavorabilă);

– Ecografia cervicală pentru precizarea unei colecţii;

– CT scanner, RMN în vederea precizării extensiei lezionale, cervico-mediastinale

– Consult cardiologic,cu precizarea unui eventual tratament anticoagulant;

– Consult anesteziologic.

Protocol terapeutic şi urmărire caz

Importanţa urmăririi cazului şi a parametrilor biologici, a aspectului local şi luarea deciziei terapeutice la timp, pentru evitarea extensiei mediastinale şi obţinerea unui prognostic vital cât mai favorabil;

În caz de colecţie şi în formele gangrenoase, confirmate prin ecografie cervicală, CT scanner, se recomandă intervenţie chirurgicală;

Când este celulită submaxilară (angina Ludwig) se practică incizie şi drenaj;

În cazul extensiei cervicale, se practică incizii pe marginea muşchiului sterocleidomastoidian bilateral şi se realizează drenajul lor atât în loja vasculară cât şi sub muşchiul sternocleidomastoidian.

Se drenează spaţiile peritraheale şi peri glandă tiroidă, iar în cazul precizării extensiei în mediastinul superior se realizează decolarea digitală;

Necesitatea efectuării traheotomiei pentru cazurile la care leziunile existente determină leziuni de compresiune sau traheale cu insuficienţă respiratorie acută sau în situaţia când toaletarea traheo-bronşică o impune.

În cazul apariţiei semnelor pulmonare, cu confirmare CT scanner, se intră în echipă mixtă cu chirurgul toracic pentru realizarea drenajului corespunzător.

Se urmăreşte pacientul în terapie intensivă, după caz, efectuându-se traheotomie şi se montează sonda nazogastrică;

Este obligator urmărirea în dinamică a parametrilor biologici;

Antibioterapie şi antiinflamatorii cu prelevare secreţii pentru antibiogramă;

Colaborarea medic infecţionist, pneumolog, radiologie-imagistică medical, chirurg toracic;

Evoluţia în general trenantă ce necesită excizia sfacelurilor şi a ţesuturilor necrozante.

– negativarea secreţiilor, reapariţia ţesuturi cu aspect normal, determină suprimarea drenajului şi sutura secundară a planurilor incizate şi drenate;

– în condiţia unei decizii terapeutice corecte, cu răspuns pozitiv al pacientului la terapie, prognosticul este bun.

În cazul unor tare organice coexistente, în cazul tergiversării tratamentului chirurgical, prognosticul vital este influenţat.

– Numărul de zile de spitalizare este variabil în funcţie de extensia supuraţiei, de agresivitate, tare organice, este în general de 14 zile - 30 zile, ce poate creşte în cazul complicării cu mediastinită.
Protocolul de tratament poate fi efectuat în funcţie de competente şi dotarea unităţii sanitare la care ajunge pacientul. În caz că sunt depăşite competenţele se va dirija pacientul către un furnizor de servicii cu competenţe superioare.

Mediastinite

Se discută cele în contextul unei supuraţii cervicale, de cauză O.R.L sau O.M.F

Simptomatologie în urgenţă

– În cazul unei celulite cervicale extinse suspiciunea la mediastinită apare când extensia infiltraţiei cutanate este bazicervicală, suprasternală şi subclaviculară cu apariţia dispneei şi posibil a tulburărilor cardiace;

– Poate apare durere retrosternală şi interscapulară;

– Apariţia unui emfizem subcutanat datorat germenilor anaerobi sau soluţiilor de continuitate viscerală.

Examene paraclinice

– Radiologic - Rx cervicotomie simplă poate arăta pneumomediastin, lărgire mediastin, în evoluţie, pleurezie.

– CT scaner pentru precizarea extensiei lezionale, cu substanţa de contrast;

– Analize de laborator în dinamică: Hemoleucograma, VSH, Fibrinogen, Proteina C reactivă, Presepsină, Creatinină, Uree

Tratament

– Chirurgical prin abord transcervical pentru mediastinul superior sau prin toracotomie laterală sau posterolaterală în colaborare cu chirurgul toracic, ce permit lavajul şi drenajul colecţiei.

– se poziţionează un drenaj cu tuburi de silicon.

– tratament medicamentos conform antibiogramei din secreţiile prelevate,în colaborare cu medicul infecţionist, farmacolog cât şi medical anestezie şi terapie intensive.

– rezolvare în servicii medicale cu competenţă şi dotare superior, având în vedere complexitatea cazurilor.

MANIFESTĂRI ORL ALE BOLILOR SISTEMICE

Leucemia acută

Diagnostic clinic	Anamneza: disfagie, odinofagie, febră Examen clinic ORL: la început aspect de angină eritematoasă, apoi difteroidă sau ulceronecrotică. Leziunile se extind pe pilieri, mucoasa faringiană şi în cavitatea bucală
Investigaţii paraclinice obligatorii	hemoleucogramă, VSH, frotiu sange periferic
Investigaţii paraclinice opţionale, în funcţie de caz	puncţia sternală
Consulturi interdisciplinare	Hematologie
Tratament medical	Hematologie
Tratament chirugical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	Consult ORL la recomandarea medicului Hematolog

Agranulocitoză

Diagnostic clinic	Anamneza: disfagie, odinofagie Examen clinic ORL: amigdala palatină prezintă leziuni ulceroase cu sfacele și miros gangrenos. Adenopatia cervicală este prezentă.
Investigaţii paraclinice obligatorii	hemoleucogramă, VSH, frotiu sange periferic
Investigaţii paraclinice opţionale, în funcţie de caz	puncţia sternală
Consulturi interdisciplinare	Hematologie
Tratament medical	Hematologie
Tratament chirugical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	Consult ORL la recomandarea medicului Hematolog

Mononucleoza infecţioasă

Diagnostic clinic	Anamneza: Debutul poate fi insidios sau brusc. Debutul insidios se caracterizează prin oboseală, astenie, cefalee, febră cu frisoane, adenopatie cervicală și axilară mobilă, ușor sensibilă la palpare. Debutul brusc se caracterizează prin febră, angină, poliadenopatie, splenomegalie. Examen clinic ORL: Bucofaringoscopic la debut, amigdalele sunt mărite de volum, congestionate, urmează o fază scurtă pultacee iar apoi ulcerații și necroză.

	Fundul ulcerației este sângerând, murdar, fetid. Pe aceeași amigdală sunt prezente mai multe leziuni ulcerativ-necrotice
Investigații paraclinice obligatorii	Hemoleucogramă, VSH, Proteina C reactivă, fibrinogen, TGP/TGO, uree, creatinina, acid uric, glicemie, anticorpi specifici VCA (antigenul capsidei virale), EAD (antigenul precoce difuz) pentru virusul Epstein-Barr,
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	echografie abdominală
Consulturi interdisciplinare	Boli infecțioase, Boli interne
Tratament medical	Tratament simptomatic și de reechilibrare hidroelectrolitică Tratamentul infecțiilor bacteriene asociate
Tratament chirugical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	Reevaluare în funcție de evoluția bolii

Limfom hodgkin/non-hodgkin

Diagnostic clinic	Anamneza: tumefacții cervicale, obstrucție nazală, disfagie, odinofagie, prurit cutanat, febră. Examen clinic ORL: hipertrofia țesutului limfatic de la nivelul rinofaringelui sau a hipertrofia amigdalelor palatine adenopatii laterocervicale de dimensiuni diferite uni-/bilaterale; cu/fără hepatosplenomegalie.
Investigații paraclinice obligatorii	Hemoleucogramă, VSH, Proteina C reactiva, fibrinogen, TGP/TGO, uree, creatinina, acid uric, glicemie, frotiu din sângele periferic, puncție-biopsie echoghidată, biopsie ganglionară cu examen histopatologic sau din țesutul limfatic al inelului Waldeyer; puncția sternală
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	radiografie pulmonară, echografie abdominală, CT/RMN multiorgan în funcție de rezultatul histopatologic și recomandarea medicului hematolog
Consulturi interdisciplinare	hematologie
Tratament medical	Hematologie/oncologie
Tratament chirugical	Nu
Urmărirea pacientului	Consult ORL la recomandarea medicului Hematolog

Pemfigus

Diagnostic clinic	Anamneza: disfagie, odinofagie Examen clinic ORL: erupții buloase pe mucoasa cu conținut seros sau hemoragic care după spargere lasă ulcerații întinse superficiale. Preced ulcerațiile tegumentare și pot lăsa cicatrici vicioase.
Investigații paraclinice obligatorii	examen histopatologic din leziune
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Dermatologie, reumatologie
Tratament medical	Dermatologic: Corticosteroizi sistemici în doze mari Imunosupresoare(azathioprină, methotrexat)
Tratament chirugical	Nu
Urmărirea pacientului	Reevaluare în funcție de evoluția bolii

Sindromul Behcet

Diagnostic clinic	Anamneza: odinofagie, disfagie, scădere ponderală. Examen clinic ORL: ulcerații aftoase mari în cavitatea bucală și faringe, ulcerații nedureroase regiune ano-genitală, leziuni inflamatorii oculare (uveite), poliartrite, leziuni gastrointestinale.
Investigații paraclinice obligatorii	biopsie leziuni
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Hemoleucograma, teste serologice.
Consulturi interdisciplinare	Oftalmologic, dermatologic, reumatologic, urologic
Tratament medical	Imunosupresoare(Ciclofosfamida, Colchicina), corticoterapie.
Tratament chirugical	Nu
Urmărirea pacientului	Reevaluare în funcție de evoluția bolii

Granulomatoza Wegener

Diagnostic clinic	Anamneza: febra, oboseala, apetit scăzut, pierdere în greutate, transpirații nocturne, artralgii migratorii, tuse, dispnee, hemoptizii, glomerulonefrite trenante. Manifestari nazale-obstrucție nazală, rinoree mucopurulentă, fetidă, epistaxis, cruste, Manifestari faringiene: odinofagie, disfagie. Manifestari laringiene: disfonie, stridor datorita stenozei subglotice. Manifestari auriculare: otoree, otalgie, hipoacuzie mixta. Examen clinic ORL: ulcerații sângerânde, profunde, nedureroase la nivelul foselor nazale și faringelui, cruste, deformarea nasului în șa
Investigații paraclinice obligatorii	Biopsia leziunilor, radiografie pulmonară, radiografie SAF, hemoleucograma,VSH, sumar de urină, urocultura, electroforeza proteine,anticorpi C-ANCA
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Reumatologie, Boli Interne.
Tratament medical	Prednison 1 mg/kgc/zi, Ciclofosfamida 2 mg/kgc/zi. Corticoizi topici nazali și irigații nazale, trimethoprim/sulphamethoxazol. Terapie biologică.
Tratament chirugical	În funcție de evoluția bolii
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Sindromul Melkersson-Rosenthal

Diagnostic clinic	Anamneza: odinofagie, disfagie, paralizii faciale recidivante. Examen clinic ORL: fisuri linguale, paralizie facială, edem perioral/cheilita granulomatoasă.
Investigații paraclinice obligatorii	Biopsia leziunilor
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Dermatologie. Reumatologie. Neurologie
Tratament medical	Corticoterapie
Tratament chirugical	Nu
Urmărirea pacientului	

Sarcoidoza

Diagnostic clinic	Anamneza: obstrucție nazală cronică, rinoree mucopurulentă, epistaxisuri mici și repetate, disfagie discretă, disfonie, dispnee. Examen clinic ORL: leziuni maculopapuloase la nivelul nasului, leziuni indurate, lucioase, rosii-violacee la nivelul feței, tumefactie parotidiana.
Investigații paraclinice obligatorii	hemoleucograma, VSH, enzima de conversie a angiotensinei, radiografie pulmonară, biopsie cu examen histopatologic (cutanata, nazală sau bronșică - după caz), bronhoscopie
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Examen radiologic al craniului și oaselor lungi, probe ventilatorii, scintigrafie pulmonară, lavaj bronho-alveolar, reacția Kweim
Consulturi interdisciplinare	Dermatologie, pneumologie, boli interne.
Tratament medical	Corticoterapie în funcție de evoluția bolii
Tratament chirugical	Nu
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Lupus eritematos sistemic

Diagnostic clinic	Anamneza: fotosensibilitate Examen clinic ORL: eritem facial în fluture, papule eritematoase pe zonele expuse la soare, petesii și ulcerații nedureroase în cavitatea bucală și nazofaringe.
Investigații paraclinice obligatorii	Hemoleucograma, anticorpi antinucleari,VSH, fibrinogen, proteina C reactivă, examen biopsic
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Complement seric, complexe imune circulante
Consulturi interdisciplinare	Dermatologic, reumatologic.
Tratament medical	Creme fotoprotectoare, AINS, antimalarice de sinteză, corticoterapie orala sau parenterală, imunosupresoare.
Tratament chirugical	Nu
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Sindrom Sjogren

Diagnostic clinic	Anamneza: uscăciune orală și oculară, disfagie, odinofagie, dureri articulare secundare inflamației sau rigidității articulare, iritații/erupții cutanate, tuse persistentă, oboseală cronică. Examen clinic ORL: - uneori este nespecific - nu exista elemente de diagnostic clinic; - hipertrofie parotidiană, cheilită, scăderea debitului salivar, uscăciune cutanată.
Investigații paraclinice obligatorii	Hemoleucograma, anticorpi anti-Ro/SS-A, anticorpi anti-LA/SS-B, factor reumatoid, complement seric, complexe imune circulante, anticorpi antinucleari(ANA), test Schirmer, biopsii glande salivare.
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Ecografie glande salivare, măsurare debit salivar, sialografie
Consulturi interdisciplinare	Reumatologie, Oftalmologie, boli interne, neurologie
Tratament medical	Tratament simptomatic al xerostomiei și xeroftalmiei, stimularea secreției salivare cu agoniști muscarinici, corticoterapie și imunosupresoare în formele cu manifestări severe extraglandulare
Tratament chirugical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

Bolile infectocontagioase - scarlatina, rujeolă, rubeolă

Diagnostic clinic	Anamneza: febră, disfagie, odinofagie Examen clinic ORL: Angina scarlatinoasă se manifestă printr-un enantem roșu-aprins a mucoasei faringiene și a amigdalelor mul hipertrofiate și acoperite de un exudat pultaceu. După 24-48 ore apare exantemul caracteristic scarlatinei. Angina din cursul rujeolei este de obicei precedată de o infecție acută de căi aeriene superioare și inferioare la care se adaugă enantemul și exantemul caracteristic. Enantemul sub formă de pete roșii-închise este mai frecvent pe vălul palatin. Petele Koplick sunt niște pete mici albe-gălbui, de mărimea unei gămălii de bold, situate lângă deschiderea canalului Stenon. Angina rubeolei se manifestă ca o inflamație discretă a țesutului limfatic de la nivelul faringelui. Se însoțește de coafectarea ganglionilor limfatici din regiunea capului și gâtului (ganglioni retroauriculari, occipitali și cervicali).
Investigații paraclinice obligatorii	Hemoleucogramă, exudat faringian, VSH, Proteina C reactivă, fibrinogen,
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	teste serologice

Consulturi interdisciplinare	Boli infecțioase
Tratament medical	
Tratament chirugical	Nu este cazul
Urmărirea pacientului	În funcție de evoluția bolii

MALFORMAŢII CONGENITALE ORL

Laringomalacia

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, fibroscopie
Investigații paraclinice obligatorii	Monitorizare SaO2 în perioada critică
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Radiografie pulmonară, tranzit baritat (la copii mari îse asociaza disfagie), CT gât
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Evitarea eforturilor, supravegherea nocturnă a copilului, suplimentare cu O2 la nevoie, urmărirea dezvoltării normale (in greutate) a copilului, Se rezolvă de regulă fără tratament până la vârsta de 2 ani
Tratament chirugical	In cazurile severe: Supraglotoplastie cu laser CO2 sau instrumente reci
Urmărirea pacientului	Urmărire lunară până la remisia simptomatologiei. Lipsa remisiei sau agravarea simptomelor respiratorii c dată cu vârsta intervenție chirurgicală. Postoperator supraveghere în ATI cu pulsoximetrie continuă. Externare când respirația este stabilă. Control săptămânal, apoi lunar, apoi la 3 luni.

Paralizie uni-/bilaterală a corzilor vocale

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, Fibroscopie laringiană sau laringoscopie directa
Investigații paraclinice obligatorii	CT și/sau RM cerebral, gât și torace
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	biopsia laringiană (mase tumorale laringiene)
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Suplimentare O2, tratamentul cauzei, tratament foniatric dupa caz
Tratament chirugical	Depinde de cauza, severitatea simptomelor, timpul scurs de la debut. Paraliziile bilaterale cu insuficienta respiratorie: Traheotomie (temporară). Se pot practica în funcție de situatie: aritenoidopexie, cordectomie, lateralizarea corzilor vocale, aritenoidectomie Paralizii unilaterale: tehnici de medializare a corzii vocale(injectare, implant, repozitii chirurgicale,etc), tehnici de reinervare
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu pulsoximetrie continua. Externare cand respirația este stabilă. Control săptămânal, apoi lunar, apoi la 3 luni.

Despicăturile laringiene Laryngeal Cleft

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL Fibroscopie nazo-faringo-laringiană,
Investigații paraclinice obligatorii	Radiografie pulmonară și tranzit cu substanța de contrast
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	CT gât și torace
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Chirurgie Pediatrică, Consult Cardiologie, Consult Chirurgie toracică, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Igiena alimentației, tratament anti-reflux
Tratament chirugical	Laringofisura și reparația peretelui posterior al laringelui pentru gradul I și II, abord combinat-multidisciplina pentru gradele III și IV (sternotomie, faringotomie laterală, toracotomie laterală)
Urmărirea pacientului	Supraveghere ATI post-operator cu suplimentare de O2, cu sonda de alimentație nazogastrică. Externare dupa asigurarea respirației și alimentației, ulterior control săptămânal, apoi lunar, apoi la 3 luni.

Fistulele traheoesofagiene şi atrezia esofagiană

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	În funcție de caz: Radiografie pulmonară, tranzit cu substanța de contrast,ecografie cardiacă, ecografie abdominală, CT gât și torace, bronhoscopie exploratorie
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN gât și/sau torace
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Chirurgie Pediatrică, Consult Cardiologie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Sonda nazogastrică cand este posibil, tratamentul refluxului
Tratament chirugical	Chirurgie Pediatrică:Excizia traiectului fistulos, esofagoplastie, toracotomie laterală
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu suplimentare de O2. Externare după ce respirația spontană este asigurată. Ulterior control lunar, apoi la 3 luni.

Hemangiomul subglotic

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, Fibroscopie laringiană sau laringoscopie directă
Investigații paraclinice obligatorii	
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	CT gât

Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Dermatologie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Corticoterapie, tratarea episoadelor de IACRS
Tratament chirugical	Chirurgie Laser CO2, traheostomie temporară
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu suplimentare de O2. Externare după ce respirația spontană este asigurată. Ulterior control lunar, apoi la 3 luni.

Stenoza subglotică şi obstrucţiile membranoase laringiene

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, fibroscopie
Investigaţii paraclinice obligatorii	Radiografie pulmonară, Analize uzuale de laborator preoperatorii
Investigaţii paraclinice opționale, în funcție de caz	CT gât
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Tratarea refluxului gastroesofagian
Tratament chirugical	În funcție de situatie: Chirurgie Laser CO2, cricotomie, laringotraheoplastie, traheostomie temporară
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu suplimentare de O2. Externare după ce respirația spontană este asigurată. Ulterior control lunar, apoi la 3 luni.

Epiglota palmată şi epiglota bifidă

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, Fibroscopie nazolaringiană sau laringoscopie directă
Investigaţii paraclinice obligatorii	Radiografie pulmonară, Analize uzuale de laborator preoperatorii
Investigaţii paraclinice opționale, în funcție de caz	CT gât
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Tratarea refluxului gastroesofagian
Tratament chirugical	În funcție de situatie: Chirurgie Laser CO2, traheostomie temporară, epiglotectomie
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu suplimentare de O2. Externare după ce respirația sponantă este asigurată. Ulterior control lunar, apoi la 3 luni.

Sindromul Pierre Robin (şi secvenţe/sindroame asociate)

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigaţii paraclinice obligatorii	Examen audiologic (TeOAE și timpanometrie), pulsoximetrie (monitorizare continuă)
Investigaţii paraclinice opționale, în funcție de caz	Bronhoscopie, CT cap și gât, ABR și/sau ASSR
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Chirurgie Pediatrică, Consult Boli Genetice, Consult Oftalmologie
Tratament medical	Poziționarea ridicată a toracelui, sonda nazogastrică de alimentație, tratament pentru reflux, suplimentare O2, intubație orotraheală pentru menținerea saturației O2 la nevoie
Tratament chirugical	Sutură glosolabială, traheostomie temporară, abord combinat cu chirurgie infantila - osteogeneza mandibulară, repararea defectului velopalatin dacă este present (veloplastie)
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu suplimentare de O2, externare cand respirația și alimentatia sun asigurate. Urmărirea pacientului conform comorbidităților și tipului de intervenție chirurgicală efectuat. Protezare auditivă în funcție de nivelul de auz (proteza convențională sau implantabilă) - vezi hipoacuziile congenitale.

Malformaţiile urechii externe şi fistulele periaurale

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigaţii paraclinice obligatorii	Analize uzuale de laborator preoperatorii
Investigaţii paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN craniu, ABR și/sau ASSR CT craniu, examen audiologic (TeOAE, timpanometrie, audiogramă tonală - dacă este posibil
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Boli Genetice, Consult Oftalmologie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Plastia pavilionului auricular, Reconstructia pavilionului. Extirparea fistulelor periauriculare.
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni.

Malformaţiile urechii medii

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigaţii paraclinice obligatorii	CT craniu, examen audiologic (TeOAE, timpanometrie, audiogramă tonală - dacă este posibil), Analize uzuale de laborator preoperatorii
Investigaţii paraclinice opționale, în funcție de caz	RM craniu
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Boli Genetice, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Timpanoplastie cu reconstrucția urechii medii după caz, cu sau fără proteze implantabile, protezare BAHA sau de ureche medie
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni.

Malformaţiile urechii interne

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	examen audiologic (TeOAE, timpanogramă), CT cranian sau RMN cranian
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	ECG, Ecografie tiroidiană, Ecografie renală, testare conexina 26, ABR, ASSR, IgM (toxoplasma, sifilis, rubeola, CMV, herpes simplex),
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Boli Genetice
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Implant cohlear/ABI, dacă este posibil
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu suplimentare de O2. Control ulterior lunar, apoi la 3 luni

Hipoacuziile congenitale

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, fibroscopie/endoscopie nazală
Investigații paraclinice obligatorii	Examen audiologic (TeOAE, timpanogramă)
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	HLG, Creatinina, IgM (toxoplasma, sifilis, rubeola, CMV, herpes simplex, Ecografie tiroidiană, Ecografie renală, testare conexina 26, ABR, ASSR, CT cranian, RMN cranian
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Chirurgie Pediatrică, Consult Oftalmologie, Consult Boli Genetice, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	În funcție de caz: tratamentul otitelor medii, al adenoiditelor, protezare auditivă
Tratament chirugical	În funcție de caz: Timpanotomie, antromastoidectomie, mastoidectomie (modificata sau radicală), timpanoplastie, implantarea de proteze și/sau implantare cohleară
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI cu suplimentare de O2. Control ulterior lunar, apoi la 3 luni

Insuficienţa velo-palatină (diviziunea velopalatină)

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, fibroscopie nazo-faringo-laringiană
Investigații paraclinice obligatorii	CT cap și gât, Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN cap și gât
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație, tratament ortofonic de reeducare
Tratament chirugical	Veloplastie
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni.

Chist de arc branhial

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	Ecografie sau CT gât (contrast) sau RMN cervical, Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Excizie chirurgicală (cervicotomie)
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni.

Tumori congenitale cervicale de linie mediană şi paramediană (Chist de canal tireoglos şi fistulele cervicale)

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	Ecografie sau CT sau RMN cervical, +/- Ecografie tiroidiană (cervicală), Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN gât, scintigrafie tiroidiană
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Endocrinologie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Excizie chirurgicală (cervicotomie)
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni.

Tumori congenitale nazale de linie mediană şi paramediană (chiste, angioame, limfangioame)

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	CT cap (contrast), Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN cap
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Neurochirurgie (rinolicvoree), Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Biopsie excizionala, rinotomie și/sau rinoplastie. Abord combinat (echipa multidisciplinară - Neurochirurgie) dacă e nevoie de craniotomie sau se suspectează eventualitatea unei fistule LCR)

Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni.

Atrezie choanală şi hipotreziile foselor nazale

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, Endoscopie/Fibroscopie nazală
Investigații paraclinice obligatorii	CT cap, Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	RMN cap
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Intervenție chirurgicală (transnazală, transpalatală, transantrală sau transseptală)
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni (risc de restenozare)

Insuficienţa aripii nazale

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, Endoscopie/Fibroscopie nazală,
Investigații paraclinice obligatorii	Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	CT cap
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie
Tratament medical	Tratamentul rinoadenoiditelor, Kinetoterapie
Tratament chirugical	Intervenții plastice de corectare
Urmărirea pacientului	Supraveghere lunară

Meningo-encefalocelul

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL, Endoscopie/Fibroscopie nazală,
Investigații paraclinice obligatorii	CT/RMN cap, Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	Fluoroscopie intranazală
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator, Consult Neurochirurgie
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Intervenție chirurgicală (transnazală, transcraniană) în echipă cu neurochirurg
Urmărirea pacientului	Postoperator supraveghere în ATI. Control săptămânal ulterior, recontrol la 3 luni

Malformaţiile septului nazal

Diagnostic clinic	Anamneza Examen clinic ORL
Investigații paraclinice obligatorii	Analize de laborator uzuale preoperator
Investigații paraclinice opționale, în funcție de caz	CT cap
Consulturi interdisciplinare	Consult Pediatrie, Consult Anestezie preoperator
Tratament medical	Antibioprofilaxie intravenos, înainte de operație
Tratament chirugical	Intervenție chirurgicală (septoplastie)
Urmărirea pacientului	