

SIMPTOME OCULARE SECUNDARE CAUZATE DE RINOETMOIDITE LA COPII

F. Fodor, Maria Kelemen

Fenomenele inflamatorii ale ochiului și anexelor sale, de origine rinosinuzală, au constituit obiectul a numeroase studii de oftalmologie și otorinolaringologie. Aspectul clinic, localizarea inflamației secundare, gravitatea ei pot fi variate, ceea ce explică interesul sporit manifestat de specialiști față de aceste inflamații. Unele dau simptome obiective minime, cu localizare la pleoape, iar altele interesează straturile interne ale ochiului sau chiar nervul optic și cauzează scăderea sau chiar pierderea vederii, cum s-a observat în cadrul unei epidemii de gripă. Participarea celulelor etmoidale în procesul inflamator declanșator are însemnătate mare (Cordier, Gosserez, 1976).

Propagarea inflamației de la celulele etmoidale anterioare și posterioare la diferitele segmente ale orbitei este favorizată de structura anatomică a peretelui intern al orbitei. Acest perete este străbătut de 3 suturi verticale și 2 orizontale care constituie o comunicare între cavitatea celulelor etmoidale și orbită. Pe de altă parte, în peretele intern se mai găsesc în număr mare orificii prin care se realizează legătura între sistemul venos al celor două cavități.

Calea de propagare a afecțiunii este fie directă prin suturi sau fracturi, fie indirectă pe cale osoasă și periostală.

Primele simptome, cum sînt edemul palpebral în leziunile anterioare și exoftalmia în cele posterioare, sînt depistate de către oftalmolog. Deoarece ele se manifestă îndeosebi la copii, pediaterul este adesea consultat. Otorinolaringologul le depistează rareori, deoarece etmoiditele în general rămîn ascunse.

Privind frecvența etiologiei rinoetmoidale în declanșarea inflamațiilor orbito-palpebrale Williamson (1965) dă un procentaj de 60 %, iar Azoulay (1972) 80 %.

Ele se observă îndeosebi la copii în timpul unei rinoetmoidite acute,

în primele 4—5 zile ale procesului inflamator primar. Au fost descrise cazuri de inflamații orbitare la copii după sinoetmoidite postvirale (Glăvan, 1970).

Vîrsta cea mai afectată este între 0—5 ani, în cazul originii etmoidale, mai târziu originea sinuzală și cea dentală are un rol primordial.

Agentul patogen cel mai frecvent pus în evidență este stafilococul, urmat de streptococ, corinebacteria pseudodiferică. Alți germeni piogeni (pneumococ, colibacil, micoze, candida albicans) se găsesc în număr relativ mic. *Azoulay* (1972) amintește frecvența mare a germenilor obișnuiți nepatogeni (stafilococul alb, micrococul aerobian).

Clasificarea inflamațiilor orbitare se face după localizarea procesului, astfel se amintește, după *Smith* și *Spencer*, edemul inflamator al pleoapelor, inflamația retrolubară cu variantele de flegmon și abces orbital. Globul ocular și nervul optic pot fi interesați prin trecerea directă a inflamației asupra lor sau prin intermediul vaselor sanguine.

În diagnosticul etiologic și cel diferențial al leziunii oftalmologul este nevoit să se bazeze pe toate datele obținute prin examene clinice și paraclinice.

Prin interogatoriul bine condus putem obține date privitoare la primele simptome: apariția bruscă și progresivă a edemului palpebral, durerea oculo-palpebrală, infecția nazo-sinuzală, cu sau fără febră, debutată cu câteva zile în urmă. Starea generală adesea este atinsă. În continuare apare un edem palpebral al pleoapelor cu reducerea fantei palpebrale, cu tendință de extindere asupra feței, a regiunii preauriculare.

Exoftalmia după etmoiditele posterioare apare brusc, este axială, cu diferență de 3—4 mm și cu limitarea mișcărilor globului ocular. La palpare apar dureri perioculare. Conjunctiva este edematoasă.

Efectuarea urgentă a radiografiei sinusurilor paranazale este indicată în fiecare caz, chiar și la copiii mici, la care ele sînt încă în curs de dezvoltare.

Examenul otorinolaringologic, care în primele zile poate fi negativ trebuie repetat și completat cu puncția sinusurilor paranazale. Este caracteristică schimbarea bruscă a simptomelor subiective și a celor obiective, atît spre bine cît și în spre rău.

În continuare prezentăm observațiile noastre efectuate la Clinica și Policlinica de oftalmologie din Tirgu-Mureș în perioada 1974—1977. În acest răstimp au fost examinați și tratați 27 de copii cu fenomene palpebro-orbitare întreținute de rinoetmoidite.

Repartizarea cazurilor după vîrstă:

0—5 ani	6—10 ani	11—15 ani	16
12 cazuri	8 cazuri	4 cazuri	3 cazuri

În antecedentele bolnavilor în 11 cazuri figurează o coriză ușoară în timpul unei perioade gripale, în 3 cazuri rinosinuzită tratată de mult timp de către ORL-ști, restul cazurilor fără antecedente otorinolaringologice.

Dintre cei 27 de bolnavi 23 au avut edeme palpebrale, iar 4 celulită orbitară cu exoftalmie.

Printre simptome subiective precoce amintim frecvența mare a oboselii oculare, astenopia acomodativă prezentă la toți copiii în vîrstă între 6—15 ani. Cefaleea a avut un caracter trecător și nu prea accentuat, localizată asupra regiunii frontale.

Obiectiv în cazurile de formă anterioară am observat un edem palpebral monolateral cu îngustarea evidentă a fantei palpebrale. Alături de edem s-a constatat, ca un simptom constant, lăcrimarea și în unele cazuri fotofobia. În 2 cazuri foliculoza conjunctivei preexistentă a devenit mult accentuată, cu apariția unor mici infiltrate corneene. Motilitatea oculară în 2 cazuri a prezentat o micșorare ușoară. Privind irisul, în cazul unui copil de 5 ani, am constatat o congestie ușoară.

Examenul otorinolaringologic a fost negativ numai în trei cazuri; în rest s-a pus în evidență o rinoetmoidită acută sau sinuzită maxilară.

Radiologic a fost pusă în evidență o voalare ușoară a celulelor etmoidale, iar într-un caz cu sinuzită maxilară s-a găsit o formațiune chistică în sinusul maxilar stîng. La acest copil edematierea pleoapelor a prezentat un caracter intermitent. Prin ecografia orbitară efectuată în 2 cazuri am constatat o ecogramă normală.

În cele 4 cazuri de celulită orbitară simptomele otorinolaringologice ale rinosinuzitelor erau manifeste.

Examenul bacteriologic din secreția rinosinuzală s-a efectuat numai în 8 cazuri, iar într-un caz din produsul sero-purulent intraorbital, obținut după deschiderea spațiului retrobulbar. Germenul patogen pus în evidență în 3 cazuri a fost stafilococul aureu, în 2 cazuri streptococul, iar în 3 cazuri rezultatul a fost negativ.

Tratamentul aplicat s-a îndreptat în două direcții: combaterea inflamației primare rinosinuzale și îndepărtarea chirurgicală a exsudatului inflamator din celulele etmoidale, sinusuri și orbită.

Tratamentul cu antibiotice a fost instituit imediat după punerea diagnosticului și a constat din administrarea penicilinei și a altor antibiotice cu spectru larg. Dacă examenul otorinolaringologic și cel radiologic a pus în evidență în celulele etmoidale și în sinusuri produs patologic, s-a trecut la evacuarea acestuia prin puncție sau curetaj. După efectuarea antibiogrammei am trecut la antibioterapie țintită. Conduita terapeutică a fost dirijată de către otorinolaringolog în acord cu oftalmologul, pe baza evoluției simptomelor din cele două regiuni, organe.

Prognoza a fost favorabilă în formele anterioare, care s-au vindecat complet în timp scurt, fără urmări subiective sau obiective.

Într-un caz de celulită orbitară a rămas o exoftalmie de 3 mm, cu tendință la fenomene congestive ale conjunctivei.

Concluzii

În cele 27 de cazuri de rinosinuzită la copii am constatat fenomenele oculare subiective și obiective de intensitate variată. Printre simptomele subiective amintim oboseala oculară, astenopie acomodativă, simptome nesemnificate de alți autori (Vaighel 1959, Vancea 1966, Pinel 1967, Michael 1976).

Modificările obiective observate de noi au prezentat forme clinice variate, cu localizare palpebrală sau orbitară.

În vederea punerii diagnosticului etiologic în fiecare caz de edem

palpebral este indicată efectuarea unui examen otorinolaringologic, radiologic, ecografic și bacteriologic.

Tratamentul complex medicamentos și chirurgical dă rezultate bune atât din punct de vedere funcțional, cât și anatomic.

Proгноza celulitelor orbitare în posesia antibioticelor cu eficacitate mare a devenit mult mai bună.

În vederea depistării leziunii inițiale este indicată o colaborare între oftalmolog, otorinolaringolog, pediatru și, eventual, neurolog.

Sosit la redacție: 11 noiembrie 1977.



Bibliografie

1. *Azoulay B.*: Cellulites et phlegmons de l'orbite secondaires aux ethmoidites de l'enfant. Thèse, Paris, 1972;
2. *Cordier J., Grosserez M.*: Manifestations ophtalmologiques dans les affections nasales. *Encycl. Méd. chir. Ophtalm.* (1967), 21470, b 10;
3. *Glăvan I. I., Muntenescu M., Ambrozie U. Georgescu Afrodita*: *Oftalmologia* (1970), XIV. 3. 271;
4. *Michail S., Ioanițescu C.*: *Oftalmologia* (1976), XX, 1, 19;
5. *Pinel R.*: Manifestations ophtalmologiques des affections du nez et sinus de la face. *Encycl. Méd. chir. Ophtalm.* (1976), 21471 C 11;
6. *Smith H., Spencer D.*: cit. 1;
7. *Vancea P.*: *Oftalmologia* (1966), X, 2, 173;
8. *Williamson M.*: cit. 2.