



Univesitatea de Medicină și Farmacie din Craiova
ȘCOALA DOCTORALĂ



TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

MANAGEMENTUL INSUFICIENȚEI RESPIRATORII ACUTE DE CAUZĂ FARINGO-LARINGIANĂ

Conducător de doctorat:

Prof.univ.dr. ELENA IONIȚĂ

Doctorand:

DUMBRĂVESCU EMILIA (UNGUREANU)

Craiova 2013

CUPRINS:

CUVINTE CHEIE.....	1
A. STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII	
INTRODUCERE	1
B. CONTRIBUȚII PROPRII	
CAPITOLUL 7. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE. MATERIAL ȘI METODĂ.....	1
CAPITOLUL 8. REZULTATE ȘI DISCUȚII.....	1
1. Repartiția comparativă a IRA în funcție de cauza faringiană sau laringiană în cele două loturi.....	2
2. Distribuția comparativă, în funcție de sexul pacienților.....	2
3. Distribuția comparativă, după mediul de rezidență.....	2
4. Distribuția comparativă pe grupe de vârstă.....	3
5. Distribuția comparativă, după durata de spitalizare.....	3
6. Distribuția comparativă a cazurilor în funcție de etiologie.....	4
7. Ponderea comorbidităților, în cele două loturi.....	5
8. Distribuția comparativă a cazurilor în funcție de tratament.....	6
9. Distribuția comparativă, în funcție de starea la externare.....	7
10. Distribuția cazurilor de IRA în funcție de județul de domiciliu.....	7
Algoritm de diagnostic și tratament pentru IRA de cauză faringo-laringiană.....	8
CAPITOLUL 10. CONCLUZII.....	10
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	12

CUVINTE CHEIE: insuficiența respiratorie acută de cauză faringo-laringiană, risc vital, management avansat, traheotomie, algoritm de diagnostic și tratament.

A. STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII

INTRODUCERE

Insuficiența respiratorie acută de cauză faringo-laringiană sau insuficiența respiratorie acută de tip obstructiv superior este o urgență medico-chirurgicală de prim ordin în patologia ORL a copilului și a adultului, situație critică cu risc vital, care impune un diagnostic rapid și o conduită terapeutică corectă, în timp optim.

Eliberarea și protecția căilor aeriene reprezintă primul obiectiv în managementul oricărui pacient critic, ele deschizând etapa resuscitării funcțiilor vitale, ceea ce face ca acest complex de gesturi terapeutice să se încadreze la punctul A (airway) în ABC-ul resuscitării, sugerând o dată în plus primordialitatea lor, față de oricare alte manevre terapeutice.

CAPITOLELE 1. – 6. Cuprind cele mai importante cunoștințe științifice legate de: anatomia și fiziologia faringelui și laringelui, etiopatogenia IRA de cauză faringo-laringiană, diagnosticul clinic și paraclinc, conduita terapeutică și management sanitar.

B. CONTRIBUȚII PROPRII

CAPITOLUL 7. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE. MATERIAL ȘI METODĂ

Lucrarea de față își propune să evidențieze necesitatea unui management avansat al insuficienței respiratorii acute de cauză faringo-laringiană.

Metoda de studiu utilizată a fost cea clinico-statistică, care a constat în efectuarea unor aprecieri, comparări, corelații și deducții asupra datelor obținute, pentru elaborarea unor generalizări și prognoze care m-au condus la conceperea unui algoritm diagnostic și terapeutic cu efect de diminuare a perioadei de spitalizare, a complicațiilor, a mortalității și a costurilor afectate pacienților cu IRA, precum și de creștere a ICM-ului.

CAPITOLUL 8. REZULTATE ȘI DISCUȚII

Am realizat un studiu clinico-statistic, retrospectiv, analitic și descriptiv pe o perioadă de cinci ani (2008 – 2012), comparativ, pe două loturi (bicentric) :

- **lotul I** studiat a fost format din 483 pacienți cu IRA de cauză faringo-laringiană (8%), selectați din cei 5745 bolnavi internați în secția ORL SJUV, care are în structură un număr de 27 paturi.

- **al II-lea lot studiat**, a fost format din 527 pacienți cu IRA de cauză faringo-laringiană (5%), selectați din cei 10829 bolnavi internați în clinica ORL a SJCUC Craiova, care are în structură un număr de 48 paturi.

1. Repartiția comparativă a IRA în funcție de cauza faringiană sau laringiană în cele două loturi:

- la SJUV, în toți anii studiați, am constatat ponderea netă a IRA de cauză laringiană - 83,44% (82cazuri), față de cea faringiană - 16,56% (401 cazuri);

- la SJCUC Craiova, în toți anii studiați am constatat tot ponderea netă a IRA de cauză laringiană - 72,68% (383 cazuri)), față de cea faringiană - 27,32% (144 cazuri).

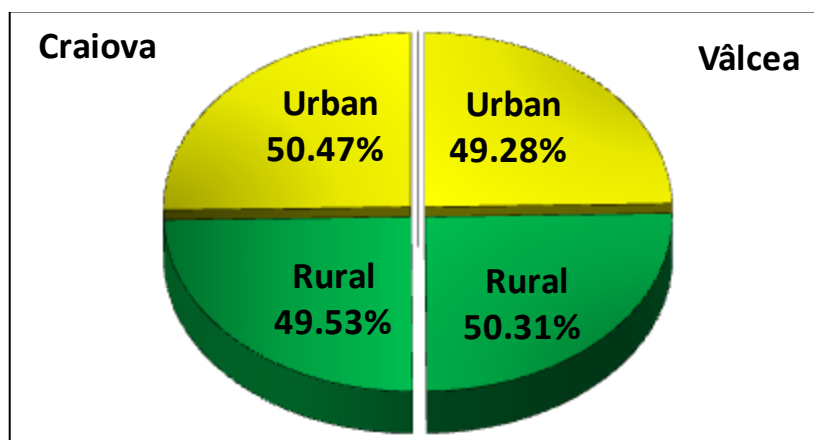
2. Distribuția comparativă, în funcție de sexul pacienților

În cele doua loturi studiate, distribuția pe sexe a cazurilor evidențiază faptul că sexul masculin este preponderent în ambele loturi, semnificativ mai mare în lotul II din SJCUC Craiova (81% față de 59%). Ca o precizare notabilă, am remarcat că distribuția pe sexe din ambele loturi a fost diferită în mod înalt semnificativ de distribuția întâlnită în populația generală (51.4% femei, 48,6% bărbați) valoarea lui p calculată prin testul Z pentru proporții fiind $p=0 < 0,001$.

3. Distribuția comparativă, după mediul de rezidență

Am constatat că nu sunt diferențe mari între procentul de cazuri provenite din mediul rural și cel urban, distribuția urmând-o pe cea a populației generale.

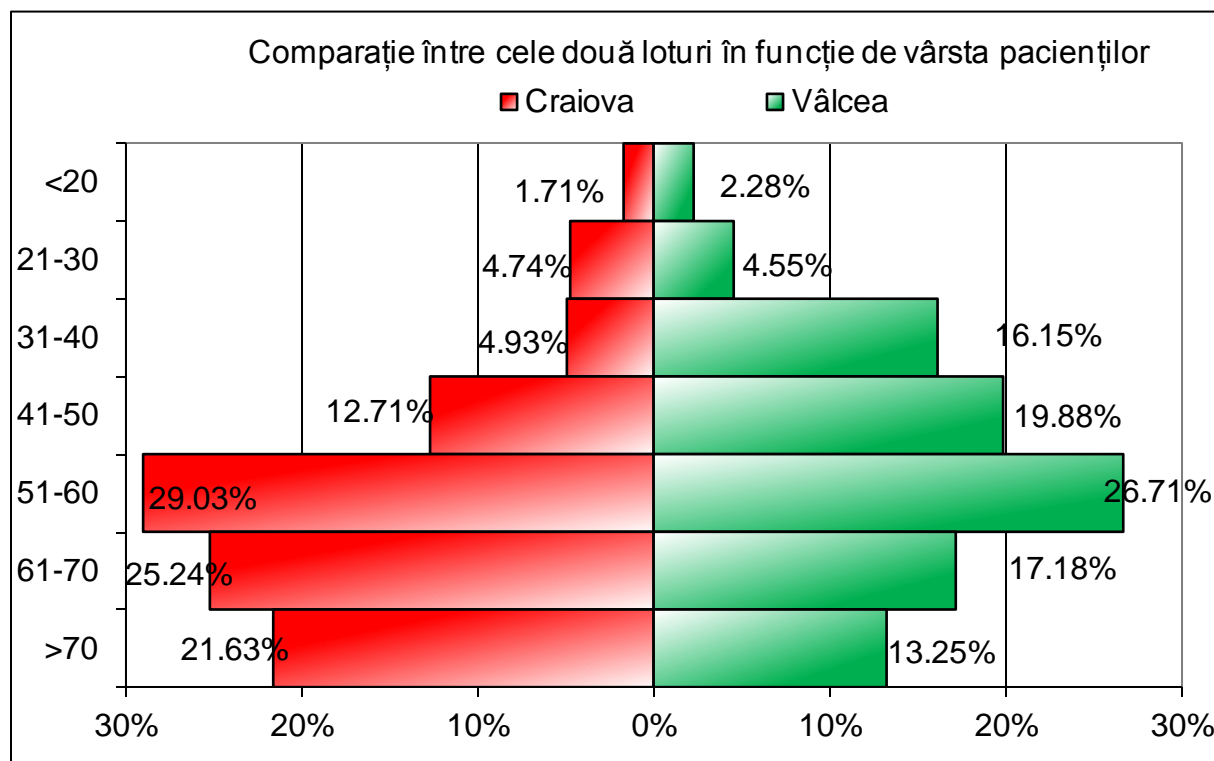
Graficul 1. Distribuția cazurilor după mediul de rezidență



4. Distribuția comparativă pe grupe de vârstă

Grupa de vârstă preponderentă în ambele loturi a fost 51 - 60 ani (27%, respectiv 29 %). Diferențe se constată la grupele de vârstă peste 50 de ani care reprezintă 75% din cazurile de IRA internate în clinica ORL Craiova, mult peste procentul cazurilor similare din Vâlcea (57%).

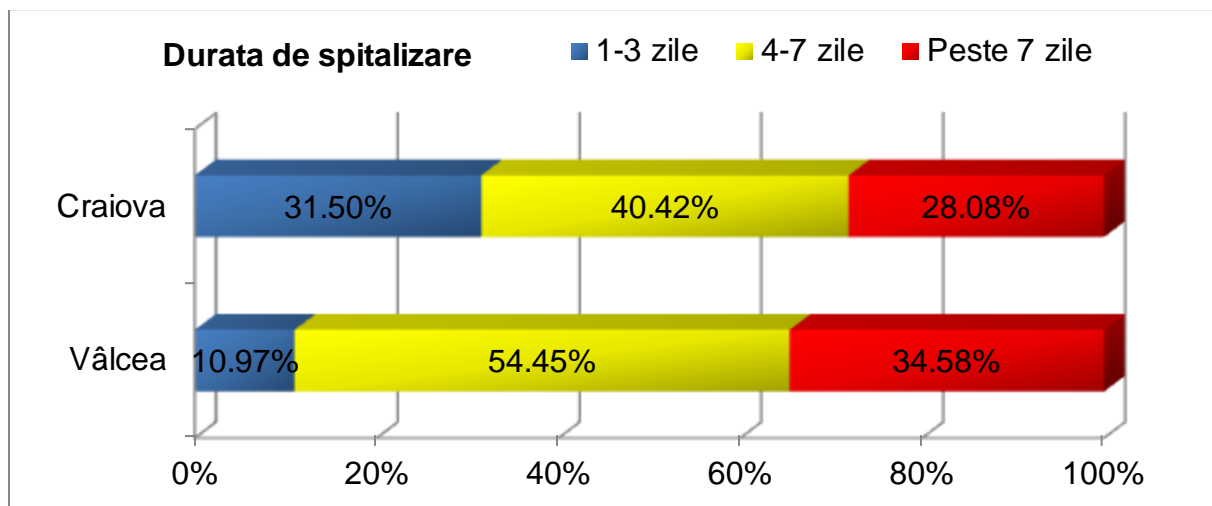
Graficul 2. Repartiția comparativă în funcție de vârstă



5. Distribuția comparativă, după durata de spitalizare

În ambele loturi studiate, cei mai mulți pacienți au fost internați între 4 și 7 zile. Procentul cazurilor rezolvate în 1-3 zile, 11% la SJUV față de 32% SJCUC Craiova, arată o eficiență mai mare a clinicii, așa cum era de așteptat. O corelație mult mai bună se poate face stratificând cele două loturi în funcție de etiologie, pentru că durata de spitalizare are legătură directă și cu etiologia IRA.

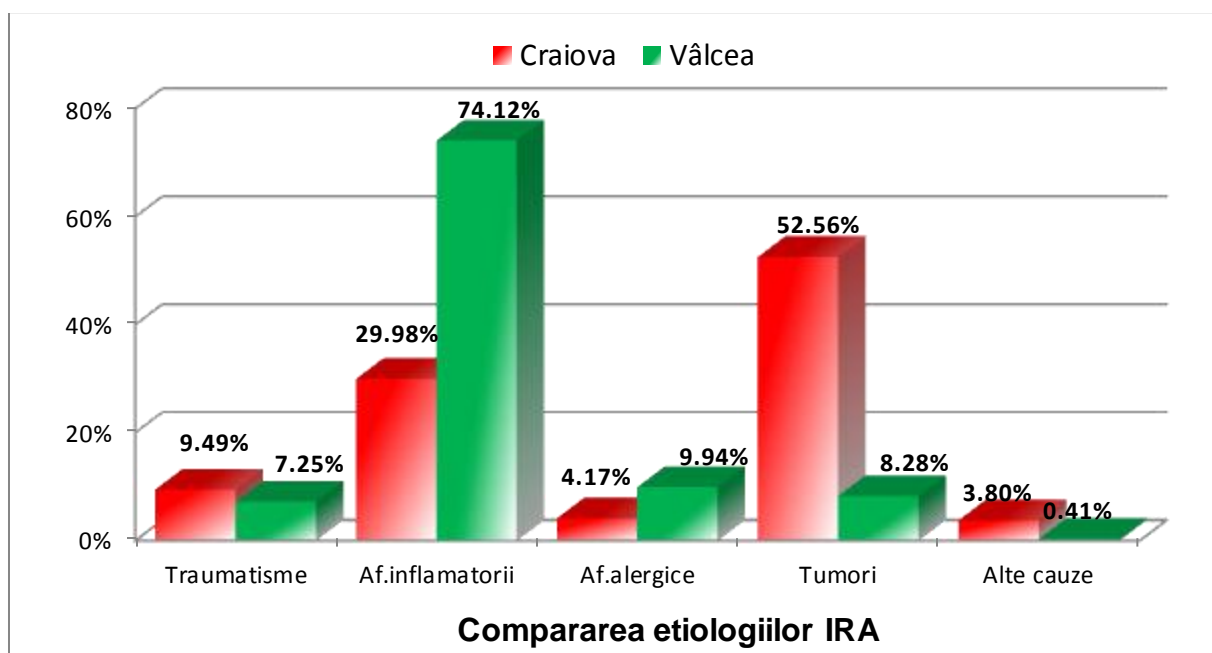
Graficul 3. Distribuția cazurilor după durata de spitalizare



6. Distribuția comparativă a cazurilor în funcție de etiologie

Analizând etiologia IRA, am constatat o diferență înalt semnificativă între cele două loturi din studiu (p Chi pătrat = $1,86 \times 10^{-59} \sim 0 < 0.001$). Diferențele cele mai mari s-au înregistrat în ceea ce privește IRA de cauze inflamatorii, care au fost majoritare în cazul lotului din secția ORL SJUV (aproape 75%), respectiv IRA datorate tumorilor, care au constituit peste 50% din cauzele IRA întâlnite în clinica ORL Craiova.

Graficul 4. Distribuția comparativă a cazurilor în funcție de etiologie



Imaginile endoscopice următoare, selectate din baza de date a secției ORL și clinicii ORL, exemplifică aspectul endolaringelui în funcție de etiologia IRA



Figura 1. Edem alergic laringian



Figura 2. Abces valecule epiglactice



Figura 3. Papilomatoză necheratinizată la adult

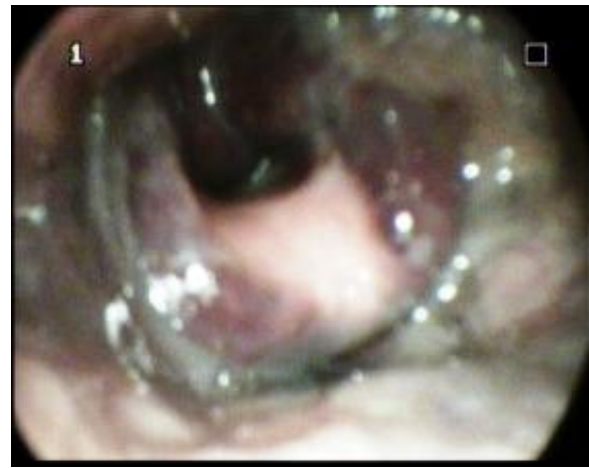
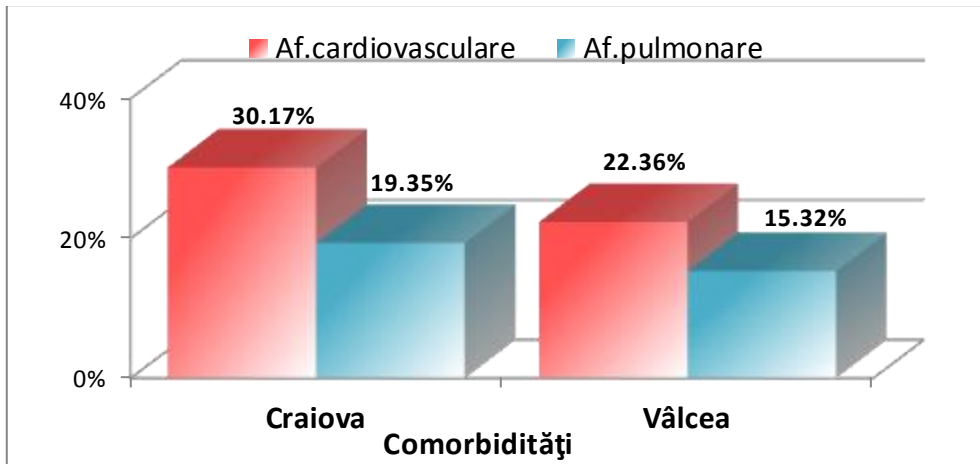


Figura 4. Traumatism endolaringian

7. Ponderea comorbidităților, în cele două loturi

Comparând ponderea comorbidităților în cele două loturi studiate am constatat preponderența afecțiunilor cardiovasculare față de cele pulmonare.

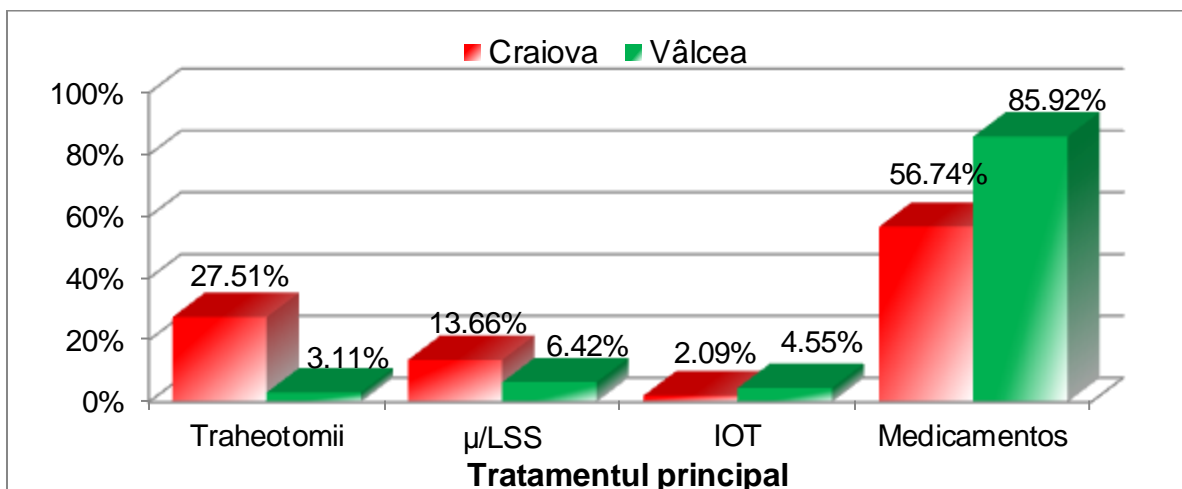
Graficul 5. Ponderea comorbidităților, în cele două loturi



8. Distribuția comparativă a cazurilor în funcție de tratament

Analizând tratamentele utilizate în cele două clinici, am observat și obiectivat o diferență înalt semnificativă dpdv statistic, p Chi pătrat fiind egal cu $p=2,157 \times 10^{-30} \sim 0 < 0.001$. În timp ce în secția ORL Râmnicu-Vâlcea avem un procent mult mai mare de folosire a tratamentului medicamentos ca tratament principal (peste 85% dintre cazuri), în clinica ORL Craiova, avem o utilizare mult mai frecventă a procedurilor chirurgicale (traheotomie – 27,5%, față de 3,1%, și laringoscopie suspendată cu extirparea leziunii – 13,66% față de 6,42%).

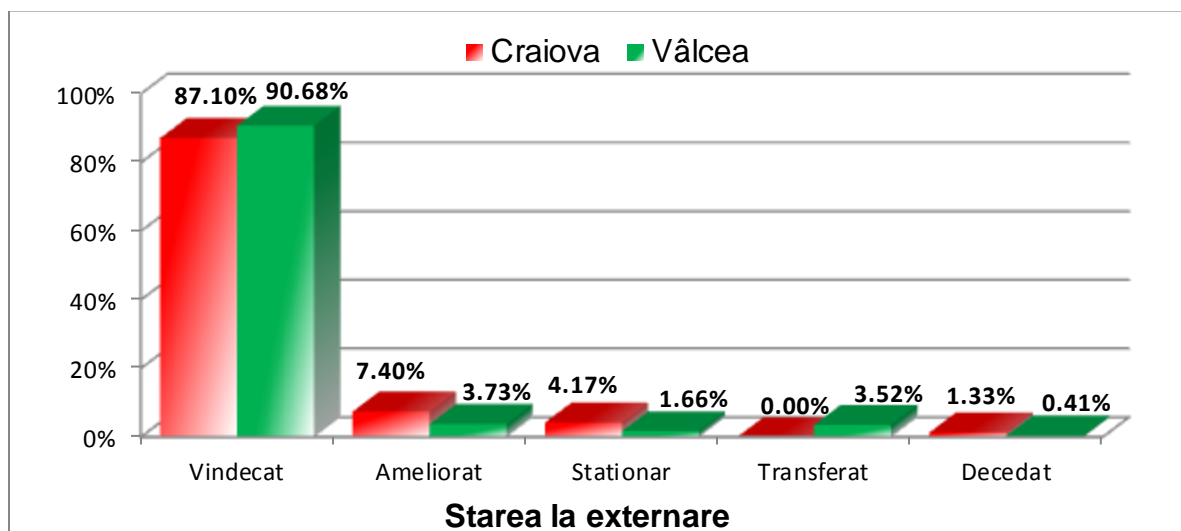
Graficul 6. Distribuția comparativă a cazurilor în funcție de tratament



9. Distribuția comparativă, în funcție de starea la externare

În ambele loturi, un procent foarte mare de pacienți, peste 87% s-au externat vindecați dar, din punct de vedere statistic, există o diferență înalt semnificativă între rezultatele obținute la externarea pacienților, p obținut în urma efectuării testului Chi pătrat fiind $p=1,386 \times 10^{-6} < 0,001$. Diferențele sunt aparent mici, de sub 4%, însă au semnificație statistică, deoarece volumul total de pacienți este de aproximativ 500 pentru fiecare lot. Semnificație care are o explicație în faptul că pacienții din Clinica ORL Craiova provin și din celelalte centre medicale din regiunea Oltenia, care trimit cazuri grave, astfel încât, este normal ca, într-o măsură mai mare, prognosticul lor și starea la externare să fie mai puțin bune.

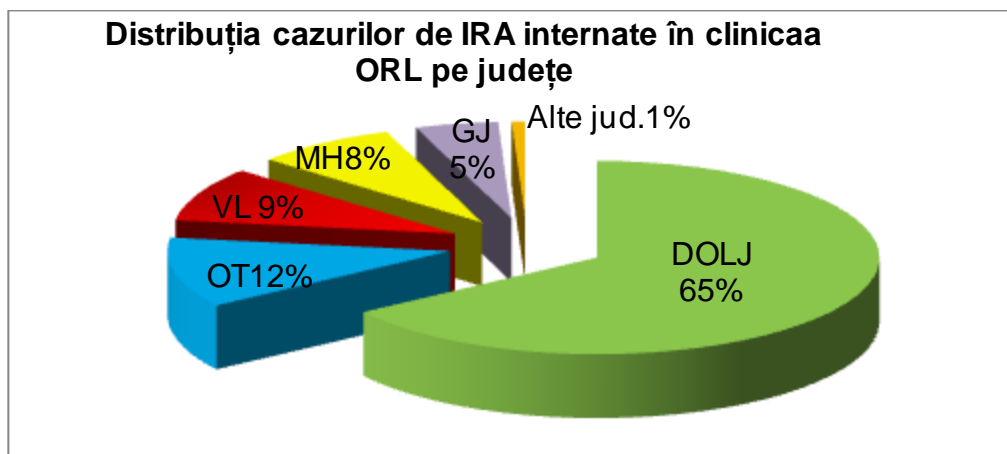
Graficul 7. Distribuția comparativă, în funcție de starea la externare



10. Distribuția cazurilor de IRA în funcție de județul de domiciliu

Analzând prevalența pacienților cu IRA trimiși spre rezolvare la clinică, din județele arondate, am constatat că cei mai mulți pacienți au fost trimiși din județul Olt 12%., urmând în ordine județele Vâlcea 9%, Mehedinți 8% și Gorj 5%.

Graficul 8. Distribuția cazurilor de IRA în funcție de județul de domiciliu



Algoritm de diagnostic și tratament pentru IRA de cauză faringo-laringiană

I.Reguli generale

1. Plan strategic pentru aceste situații
2. Personal medical bine pregătit profesional, obișnuit cu tehnicile de management al căilor respiratorii, antrenat.
3. Echipament medical necesar, la dispoziție rapid.
4. Protocoale de colaborare scrise pentru situații critice (UPU, ORL, ATI, Pediatrie)
5. Fiecare medic implicat trebuie să aibă: abilitatea de a anticipa și a avea planuri de rezolvare pentru diferite situații care pot să apară, capacitate de gândire critică, flexibilitate, capacitate de adaptare la stress, rolul de model, abilității de comunicare și de organizare (prioritizare excelentă).

II. Obiective:

1. Recunoașterea cauzei dispneei: respiratorie, circulatorie, nervoasă;

Dispneea faringo-laringiană face parte din grupa dispneelor respiratorii și anume, dispnee de tip obstructiv superior, fiind unul din principalele semne de suferință a acestor organe. Se manifestă diferit, în funcție de localizare : supraglotic – dispnee însoțită de odinofagie și sialoree sau glotic – dispnee însoțită de disfonie.

2.Evaluarea gravității dispneei în funcție de: vârsta pacientului (sugarul și copilul mic precum și bătrânii prezintă particularități care-i fac mai vulnerabili); gradul obstrucției: completă, parțială sau potențială; modul de instalare brusc sau lent, în funcție de semne clinice majore și minore; bilanțul leziunilor faringo-laringiene.

3.Identificarea etiologiei dispneei, atunci când este posibil de realizat, prin: anamneză, examen clinic local și general, fibro-endoscopie nazo-faringo-laringiană ca metodă modernă de evaluare, explorarea radiologică, eventual CT.

4. Conduita terapeutică :

A. Dacă pacientul este conștient:

Măsuri și tehnici de bază pentru toți pacienții cu IRA de cauză faringo-laringiană

1. Spitalizare, atmosferă umedă și caldă
2. Calmarea bolnavului, repaus vocal
3. Monitorizarea funcțiilor vitale, inclusiv pulsoximetrie
4. Linie venoasă de acces și recoltare probe biologice, inclusiv presiuni parțiale O₂ și CO₂ în sângele arterial.
5. Oxigenoterapie controlată
6. Aspirație secrețiilor, sânge sau corpi străini din cavitatea bucală sau faringe, la nevoie
7. Corticoterapie iv., în doze mari
8. Combaterea tusei, antialgice, dezinfectante locale.

Măsuri și tehnici suplimentare, în funcție de etiologie și gravitatea dispneei :

- extracția corpurilor străini faringo-laringieni;
- dacă obstrucția respiratorie se menține, se practică IOT/ INT sau TRAHEOTOMIE;
- administrare de antibiotic cu spectru larg în infecții sau risc de infecții;
- măsuri specifice, în funcție de etiologie: traumatică, inflamatorie sau tumorală.

B.Dacă pacientul este inconștient

În UPU : Nivel I – RESUSCITARE (cod roșu) intervenție salvatoare de viață

Mijloacele și tehnicile de bază pentru deschiderea căilor aeriene

1. Tripla manevră Saffar
2. Adjuvanții căilor aeriene

Mijloace avansate:

1. Masca laringiană și combitubul (obturator esofagian cu cale aeriană)
2. IOT sau INT
3. Calea aeriană chirurgicală: cricotiroidotomia pe ac, cricotiroidotomia chirurgicală, traheotomia.

Ventilație de urgență CPAP sau BiPAP (cu presiune pozitivă continuă/ pe două nivele).

CAPITOLUL 9. CONCLUZII:

1. Insuficiența respiratorie acută definește incapacitatea sistemului respirator de a realiza un schimb gazos eficient, care determină scăderea oxigenării sângelui (hipoxemia) și creșterea bioxidului de carbon (hipercapnia).

2. Insuficiența respiratorie acută de cauză faringo-laringiană sau insuficiența respiratorie acută de tip obstructiv superior reprezintă o urgență medico-chirurgicală de prim ordin în patologia ORL a copilului și a adultului.

3. Fiind o situație critică cu risc vital, necesită: identificarea rapidă a cauzei, aplicarea unei terapii de urgență pentru permeabilizarea căii respiratorii și restabilirea ventilației pulmonare, o echipă medicală bine pregătită, antrenată, experimentată și dotată corespunzător, pentru obținerea succesului terapeutic, în beneficiul maxim al bolnavului.

4. Evaluarea gravității dispneei se realizează după următoarele repere clinice: semne majore, care nu lipsesc niciodată (bradipnee inspiratorie, tiraj suprasternal și supraclavicular, coborarea laringelui în inspir) și semne minore, care uneori pot lipsi (poziția capului în extensie cu bolnavul la marginea patului sprijinit în brațe, stridor, disfonie, tuse, disfagie, stază venoasă în teritoriul cervico-facial, puls paradoxal, etc).

5.Pornind de la aceste premise și după o documentare riguroasă, actualizată la ultimele raportări din literatura de specialitate, am realizat un studiu clinico- statistic, retrospectiv, analitic și descriptiv pe o perioadă de cinci ani (2008 – 2012), comparativ, (bicentric).

6.Analizând etiologia IRA, am constatat o diferență înalt semnificativă între cele două loturi din studiu (p Chi pătrat= $1,86 \times 10^{-59} \sim 0 < 0.001$). Diferențele cele mai mari s-au înregistrat în ceea ce privește IRA de cauze inflamatorii, care au fost majoritare în cazul lotului din secția ORL Râmnicu-Vâlcea (aproape 75%), respectiv IRA datorate tumorilor, care au constituit peste 50%din cauzele de IRA întâlnite în clinica ORL Craiova. IRA de cauză laringiană, în clinica ORL Craiova, a fost dominată de patologia neoplazică 44,13%, urmată de cea inflamatorie 32,64%, traumatică 9,40% și neurologică (diplegia Gerhardt) 7%. Cauza faringiană generatoare de IRA, din clinica ORL Craiova a fost reprezentată tot de tumori în proporție de 65,28% și dintre acestea, pe primul loc au fost tumorile de bază de limbă, urmate de tumorile de hipofaringe.

7.Diagnosticul pozitiv a fost stabilit în serviciul de urgență, în urma examenului clinic obiectiv general și local faringo-laringian, coroborat cu examenele paraclinice.

8.Atitudinea terapeutică de urgență a constat în tratament diferențiat în funcție de afecțiune; medicamentos în inflamații și chirurgical prin traheotomie pentru tumori.

9.Cunoașterea amănunțită a fiecărei etape de tratament, a dotării necesare, a manevrelor ce se impun în funcție de particularitatea cazului, de către întreg personalul medical, duce la eficientizarea actului medical, la reducerea costurilor și în primul rând la salvarea vieții bolnavului.

10.Pornind de la principiile generale și funcțiile managementului, coroborate cu bazele teoretice medicale și studiul clinico-statistic comparativ al pacienților cu IRA de cauză faringo-laringiană, consider oportună și imperios necesară pentru medic, asistent și pacient în egală măsură, elaborarea unui algoritm de diagnostic și tratament într-o afecțiune acută ce reprezintă o urgență cu risc vital.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- 1) Calarasu R, Zainea V, Negrița M. Patologia laringiană și traheobronșică. Vasilescu B. Manual de patologie otorinolaringologică și cervicofacială. Editura Universitară Carol Davila București, 2000. p. 263, 260, 258.
- 2) Cummings C, Flint PW, Harker LA, Otolaryngology & Head and Neck Surgery, 4th ed., vol III. Elsevier Mosby, 2007p. 22441, 2442, 2150-2187.
- 3) Obreja S, Ioniță E, Mitroi M, Ioniță I. Urgentele ORL. Îndreptar terapeutic ORL. Sitec Craiova 2010.
- 4) Obreja S, Ioniță E, Mitroi M, Ioniță I. Lexicon al diagnosticului în otorinolaringologie, Editura Didactică și Pedagogică, București 1998 .
- 5) Obreja S, Ioniță E, Mitroi M, Ioniță I. Traumatismele laringelui și traheei cervicale. Traumatologie ORL, Editura didactică și pedagogică, RA București, 2004.
- 6) Popescu C, R. Laringologie. Constantinescu R, Constantinescu M. Otorinolaringologie Manual Universitar. Info-Team București 1997. p. 168.
- 7) Popescu C, R, Zainea V. Otorinolaringologie, Manual Universitar, Editura Universitară Carol Davila București 2010. p. 179-210, 235-280.
- 8) Pasha R. Otolaryngology: Head and Neck Surgery – A Clinical & Reference Guide, Second Edition, Plural Publishing Inc., 2008
- 9) Rotaru L. Managementul căii aeriene. Principii practice și tehnici de bază în medicina de urgență. Editura de sud Craiova 2002. p. 61.
- 10) Tracheostomy Care Handbook. A guide for the Health Care provider Portex published by SIMS Portex Inc., <http://www.tracheostomy.com/resources/pdf/TrachHandbk.pdf> [20013 ?].
- 11) Zanoschi G. Sănătate publică și management sanitar. Iași (România) Editura DAN; 2003, p. 283-300.