

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică
și pedodontie „Ion Lupan”**

**Railean Silvia • Țîbîrnă Gheorghe
Siminovici Vladimir**

**LIMFADENITELE REGIUNII
MAXILO-FACIALE ȘI CERVICALE LA COPII**
Recomandare metodică

Chișinău, 2022

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică
și pedodonție „Ion Lupan”**

**Railean Silvia • Țîbîrnă Gheorghe
Siminovici Vladimir**

**LIMFADENITELE REGIUNII
MAXILO-FACIALE ȘI CERVICALE LA COPII**
Recomandare metodică

**Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2022**

CZU 616.3-053.2-07-089+616.428-002

R 21

Aprobat de Consiliul de Management al Calității
al USMF „Nicolae Testemițanu”;
proces verbal nr. 2 din 17 decembrie 2020

Autori:

Railean Silvia – dr. șt. med., conf. univ.,

Țîbîrnă Gheorghe – dr. hab.șt. med., prof. univ., Academician al AȘM

Siminovici Vladimir – dr. șt. med., conf. univ.

Recenzenți:

Granciuc Gheorghe – dr. hab. șt. med., prof. univ.

Porosencov Egor – asistent univ.

Redactor: *Lidia Serghienko-Ciobanu*

Machetare computerizată: *Feodosia Caprari*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Railean, Silvia.

Limfadenitele regiunii maxilo-faciale și cervicale la copii:
Recomandare metodică / Railean Silvia, Țîbîrnă Gheorghe, Siminovici Vladimir; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Facultatea de Stomatologie, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică și pedodontie „Ion Lupan”. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2022. – 38 p.: fig., tab.

Bibliogr.: p. 38 (17 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-82-244-2.

616.3-053.2-07-089+616.428-002

R 21

ISBN 978-9975-82-244-2.

© CEP *Medicina*, 2022

© Railean S., Țîbîrnă Gh., Siminovici V., 2022

CUPRINS

INTRODUCERE	7
<i>CAPITOLUL 1. Structura aparatului limfatic al regiunii maxilo-faciale</i>	9
<i>CAPITOLUL 2. Etiologia și patogeneza limfadenitelor. Clasificarea</i>	13
<i>CAPITOLUL 3. Diagnosticul clinic al limfadenitelor la copii</i>	17
<i>CAPITOLUL 4. Manifestările clinice ale limfadenitelor la copii</i>	20
<i>CAPITOLUL 5. Tratatamentul limfadenitelor la copii</i>	28
<i>CAPITOLUL 6. Particularitățile clinicii, diagnosticului și tratamentului limfadenitelor la copii (observări clinice)</i>	31
<i>CAPITOLUL 7. Complicații. Prognostic și reabilitare</i>	34
CONCLUZII	34
TESTE ȘI ÎNTREBĂRI DE CONTROL	35
BIBLIOGRAFIE	38

Limfadenitele regiunii oro-maxilo-faciale și cervicale la copii

1. Specialitatea 31.05.03. „Stomatologie”.
2. Disciplina „Chirurgia oro-maxilo-facială”.
3. Tema: „Limfadenitele regiunii oro-maxilo-faciale la copii”.
4. Actualitatea temei: Tema propusă contribuie la formarea capacității de evaluare a proceselor infecțioase în regiunea capului și gâtului la copii, de formulare a diagnosticului corect; permite de a elabora o tactică de tratament și profilaxie.
5. Scopul: instruirea studenților Facultății de Stomatologie în diagnosticul, tratamentul și profilaxia limfadenitelor odontogene și neodontogene, cronice și acute ale regiunii capului și gâtului la copii, cât și a vigilenței oncologice.
6. Obiectivele:
 - A însuși metodele clinice și de laborator în diagnosticul diferențial și final al limfadenitelor regiunii capului și gâtului la copii, odontogene și neodontogene, specifice și nespecifice, cronice și acute;
 - a însuși deprinderi de vigilență oncologică în baza diagnosticului maladiilor legate de sistemul imunologic;
 - a însuși criteriile de triere a copiilor cu limfadenite cronice și acute, odontogene și neodontogene și a determina indicațiile de spitalizare;
 - a contribui la formarea bazei teoretice și practice referitor la crearea unui management de tratament și reabilitare a copiilor cu limfadenite acute și cronice în regiunea capului și gâtului.
7. Formarea competențelor:

Numărul competenței practice	Descrierea competenței (DC)
CP-1	A pregăti studentul pentru rezolvarea problemelor clinice, folosind informații din surse bibliografice despre tehnologii informativ-comunicative, ținând cont de cerințele principale ale securității informaționale.
CP-2	A fi capabil și pregătit pentru a analiza rezultatele activității proprii, pentru a evita erorile profesionale.

CP-3	A pregăti studentul pentru completarea corectă a fișei medicale a pacientului cu procese infecțioase ale capului și gâtului ținând cont de vârsta copilului.
CP-4	A pregăti studentul pentru a prescrie preparate medicamentoase, alte substanțe cu proprietăți curative în raport cu maladia și vârsta copilului.
CP-5	A avea capacitatea de a evalua stările fiziologice și patologice ale copilului și a lucra în echipe în soluționarea limfadenitelor în regiunea capului și gâtului la copii.
CP-6	A instrui studenții pentru o gândire clinică și o evaluare corectă a pacientului cu limfadenite în scopul de a forma un diagnostic final argumentat, folosind examenul clinic general și local, și paraclinic.
CP-7	A pregăti studentul pentru a efectua un plan de tratament, profilaxie și reabilitare a copiilor cu limfadenite odontogene și neodontogene în perioada de creștere și dezvoltare a copilului.
CP-8	A însuși metoda de culegere a anamnezei, inclusiv acuzele, a analiza rezultatele examenului vizual, instrumental, de laborator (morfologic) sau alte tipuri de investigații cu scopul de a estima starea pacientului și de a constata existența sau inexistența unei patologii stomatologice.
CP-9	A putea determina formele nosologice în conformitate cu Clasificarea Internațională a maladiilor și problemelor de sănătate și a aprecia stările de vigilență oncologică a copiilor cu limfadenite în regiunea capului și gâtului.
CP-10	A putea determina indicațiile de spitalizare a copiilor cu limfadenite ale capului și gâtului.
CP-11	A fi pregătit pentru elaborarea unui plan de profilaxie adaptat la condițiile de ambulatoriu și de staționar de zi.
CP-12	A fi pregătit pentru a aplica în cadrul tratamentului sursele curative naturale, remedii nemedicamentoase și alte tipuri de tratament netradițional al pacienților, care necesită reabilitare și tratament balnear.
CP-13	A fi pregătit pentru a participa la elaborarea metodelor noi de profilaxie a limfadenitelor de origine odontogenă în regiunea capului și gâtului la copii.

8. Studentul trebuie:

Să știe: să completeze corect documentația medicală; să cunoască particularitățile psihicului copiilor în examinarea clinică și paraclinică; să stabilească un diagnostic în raport cu particularitățile anatomo-fiziologice ale sistemului limfatic în regiunea capului și gâtului la copii; să creeze abilitatea de a forma un program de tratament terapeutic și chirurgical; să însușească indicațiile de spitalizare pentru tratamentul limfadenitelor la copii; să fie abil de a determina criteriile de vigilență oncologică; să cunoască criteriile unui plan de tratament, profilaxie și reabilitare a copilului.

Să poată: să completeze documentația medicală; să elaboreze planul de tratament; să se orienteze în starea psihoemoțională a copilului; să aprecieze starea generală a copilului; să efectueze un examen clinic al regiunii capului și gâtului la copil în raport cu vârsta lui, în baza căruia să determine diagnosticul final: să poată aprecia criteriile de vigilență oncologică și indicațiile de spitalizare.

Să posede deprinderi: de completare a documentației medicale; de planificare a tratamentului terapeutic și chirurgical; de alcătuire a unui program de tratament terapeutic în conformitate cu maladia diagnosticată și vârsta copilului; de posedare a capacității de a crea un plan de profilaxie și reabilitare a copiilor cu limfadenite în regiunea capului și gâtului.

9. Contingentul: studenți.

10. Durata: 4 ore academice.

INTRODUCERE

Sistemul limfatic reprezintă o parte a complexului imunologic al organismului, îndeplinește funcția de barieră protectoare și este format din vase limfatice, ganglioni limfatici, țesut limfoid, limfă, splină, acumulări de celule limfoide în organele și țesuturile organismului. Principalele celule imunocomponente sunt limfocitele B și T.

Unul dintre primele locuri printre bolile inflamatorii la copii îl ocupă limfadenita.

Limfadenita (*Lymphadenitis*: *limpha* – „apă limpede” (lat.) + *aden* – „glandă” (lat.) + *itis*) – inflamația ganglionilor limfatici. Limfadenopatie (*Lymphadenopathia*: *limpha* – „apă limpede” (lat.) + *aden* – „glandă” (lat.) + „-patia”) – afecțiune însoțită de creșterea ganglionilor limfatici.

Totuși, printre specialiștii care se ocupă cu limfadenitele la copii, inclusiv stomatologii, există anumite dispute privind diagnosticul și determinarea corectă a tratamentului specializat. Mustafaev M.Sh. și colab. menționează, că limfadenita este diagnosticată incorect la 50% dintre pacienți [5,14,13,15].

În mod normal, la copiii sănătoși, ganglionii cervicali nu sunt palpabili, dar în 34% din cazurile observate pot fi palpabili la nou-născuți și în 57% din cazuri la sugari [10, 11].

Conform datelor cercetărilor statistice, în țările Europei, 55% dintre copiii de toate vârstele au o creștere patologică a ganglionilor limfatici din regiunea maxilo-facială și cervicală, iar 80-90% dintre aceștia sunt copii cu vârsta cuprinsă între 4-8 ani [9].

Cercetările în acest domeniu, efectuate de Roginsky V.V. (1998), au demonstrat că limfadenitele primare la copii sunt foarte rare. Cel mai frecvent ele sunt însoțite de patologii infecțioase odontogene – pulpite, periodontite, osteomielite [15].

Cercetările efectuate în Harkov, de către Ryabokon E. N. (1999), în grupul de copii cu vârste de la 1 la 15 ani, arată că limfadenita regiunii maxilo-faciale și cervicale se găsește în 7,4% din toate nosologiile la copiii de această vârstă [15]. La acești copii limfadenita seroasă acută

constituie 52,9%, iar cea purulentă acută – 47,1%. Abralina Sh. Sadvokasova L.M. et al., în 2014, au constatat că limfadenitele regiunii maxilo-faciale și cervicale în fost întâlnite la 6,8% din toate nosologiile [6]. De asemenea, autorii ambelor studii, analizând cauzele procesului infecțios, au evidențiat că în 38,8% din cazuri motivul a fost infecția odontogenă, în 48,2% – neodontogen, în 13% din observări nu a fost posibilă identificarea cauzei bolii [5, 6, 13, 15].

Mai mulți autori, inclusiv Godoroja P.D. și coat. (1981), Țîbîrnă Gh. (2003), Weinstock Michael S. (2018) [2, 5, 8, 16], atenționează apariția limfadenitelor cu localizare în regiunea maxilo-facială și cervicală la copii cu o frecvență de 25%, ca un semn al tumorilor maligne. Mărirea ganglionilor limfatici în regiunea maxilo-facială și cervicală la copii apare ca prim simptom al hemoblastoamelor. Autorii menționează că pediatrii, otolaringologii, stomatologii sunt primii care interacționează cu acești pacienți. Deseori, lipsa vigilenței oncologice conduce la erori în diagnostic, evidență îndelungată și tratament nerațional uneori chiar contraindicat în leziunile tumorale.

Cercetările noastre, realizate în perioada 2011-2015, în structura departamentului de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică (Chișinău) al IMSP IM și C, Clinicii „Em. Coșaga” au constatat că procesele infecțioase sunt în prim-plan și constituie 43% din structura maladiilor. 8,2% din ele au fost constatate ca limfadenite acute. Astfel, medicii de toate specialitățile se confruntă cu această boală, care prezintă, uneori, dificultăți în determinarea cauzei principale a inflamației și a planului de tratament ulterior [1, 8].

CAPITOLUL 1. Structura aparatului limfatic al regiunii maxilo-faciale

Regiunea maxilo-facială și cervicală se caracterizează printr-un sistem limfatic bine dezvoltat (*figura 1*). În zona cervicală se disting ganglionii limfatici superficiali, localizați pe planurile superficiale și planurile profunde.

Ganglionii cervicali superficiali sunt situați de-a lungul venei jugulare externe și anterioare, și sunt împărțiți în ganglioni anteriori și ganglioni laterali.

Ganglionii limfatici cervicali profunzi sunt, de asemenea, repartizați în anteriori și laterali, și se localizează în planurile profunde cervicale. Cei anteriori sunt: tiroidieni, prelararingieni, ganglioni limfatici pretraheali și paratraheali. În regiunea laterală există ganglioni limfatici jugulari interni, de-a lungul venei cu același nume; ganglionii limfatici jugular-digastric și jugular-scapulo-sublingual sunt localizați la intersecția mușchilor digastric și scapulo-sublingual cu vena jugulară internă. Vasele limfactice aferente ale acestora formează trunchiurile jugulare drepte și stângi. Ganglionii limfatici faringieni se află în același spațiu al gâtului.

Ganglionii limfatici ai capului sunt clasificați în posteriori și laterali. Cei posteriori sunt constituiți din: occipitali, localizați de-a lungul arterei occipitale, și mastoizi – în regiunea procesului mastoid al osului temporal. Ganglionii limfatici laterali includ parotizii (în regiunea parotidă), ganglionii faciali situați de-a lungul arterei faciale și sunt instabili.

Ganglionii bucali (faciali) sunt determinați la aproximativ 16% din cei examinați: au o formă rotunjită de la 0,2x0,2 cm la 0,4x0,4 cm, sunt situați în țesutul adipos subcutanat de pe suprafața exterioară a mușchiului bucal, cu 1 cm sub canalul excretor al glandei parotide prin mușchiul bucal.

Ganglionii submandibulari sunt localizați în spațiul submandibular, lângă glanda salivară cu același nume. Ganglionii limfatici submentali sunt localizați pe suprafața inferioară a mușchiului submental-sublingual în linie mediană.

Ganglionii limfatici supraclaviculari sunt localizați sub claviculă.

Vasele limfatice ale buzelor deviază limfa în ganglionii submandibulari, bucali, parotizi, superficiali și profunzi ai gâtului. Vasele transportă limfa de la mijlocul buzei inferioare spre ganglionii submentali. Vasele limfatice ale ambelor părți ale buzelor se anastomozează larg între ele, astfel încât focarul patologic poate provoca o reacție a ganglionilor limfatici din cealaltă parte.

Limfa de la vârful limbii și din partea anterioară a planșeului bucal curge în ganglionii submentali, iar apoi în ganglionii submandibulari și cervicali inferiori. De la suprafața laterală a corpului limbii vasele limfatice ajung în ganglionii submandibulari, iar de la suprafața faringiană a rădăcinii limbii și a amigdalei linguale – în ganglionii limfatici superiori ai gâtului.

De la dinți, drenajul limfatic se efectuează în ganglionii limfatici submandibulari și submentali, iar apoi la ganglionii cervicali superficiali și profunzi.

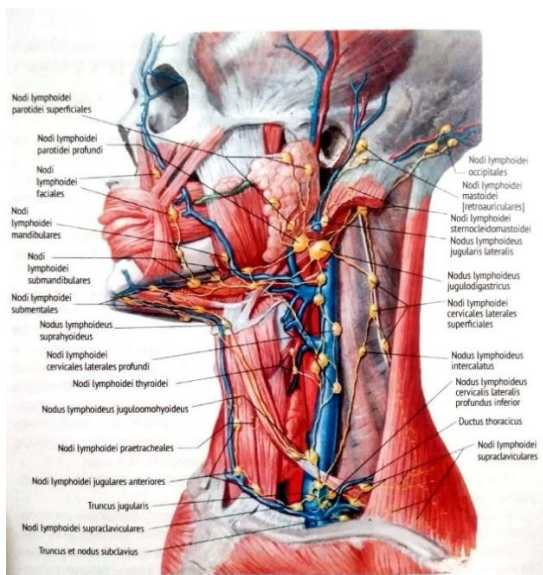


Figura 1. Vasele limfatice și ganglionii capului și gâtului, F. Netter, 2007.

Drenajul limfatic de pe pielea secțiunilor interioare ale pleoapelor superioare și inferioare, nasului, obrazului, buzelor superioare și inferioare, de pe conjunctiva ochiului, de pe membrana mucoasă a cavității nazale, a vestibulului gurii, a părților laterale ale limbii, a premolarilor și molarilor se efectuează în ganglionii limfatici submandibulari.

Ganglionii faringieni absorb limfa din pereții cavității nazale, palatului moale, amigdalelor palatine și faringelui.

Limfa din regiunea frontală, temporală, pleoape, glandele lacrimogene, urechile exterioară și mijlocie și regiunea inferioară a obrazului trece spre ganglionii limfatici parotizi; o parte din vasele acestor regiuni intră în ganglionii limfatici din spatele urechii [17].

Structura ganglionului limfatic

Ganglionii limfatici sunt organe periferice ale sistemului imunitar situate de-a lungul vaselor limfatice, sunt acoperiți cu o capsulă din țesut conjunctiv, din care trabeculele se extind adânc în organ. Stromul ganglionilor este format dintr-o rețea tridimensională de celule reticulare, collagen și fibre reticulare, macrofagi și celule antigen. Elementele rândului limfocitar sunt localizate în bucelele sale (*figura 2*).

Substanța corticală și măduva spinării sunt secretate în ganglionii limfatici. Substanța corticală este formată din cortex exterior și profund. În cortexul exterior există noduli limfatici (zona dependentă – B), congestii interstițiale și sinusuri, care sunt localizate de-a lungul trabeculelor. Se disting două tipuri de ganglioni (foliculi): primar și secundar. Cei primari se găsesc doar în perioada intrauterină, apoi, sub influența antigenilor, ei se transformă în secundari. Ganglionii secundari constau dintr-o coroană și un centru de germinare. Coroana conține celule B ale pool-ului reticular, celule B ale memoriei și celule plasmatică imature.

În centrul germinativ are loc proliferarea și diferențierea celulelor B în plasma imatură și a celulelor B de memorie.

COMPONENTELE PRINCIPALE

- 1 – capsula ganglionului și aferenții lui;
- 2 – trabeculii formați prin țesut conjunctiv fibros; între trabeculi – țesut limfoid;
- 3 – foliculi limfatici (noduli); formează **substanță corticală** la periferia ganglionului;
- 4 – **regiunea paracorticală**; aici țesutul limfoid se localizează difuz;
- 5 – țesut medular (corduri); se situează în centrul ganglionului în compoziția **măduvei spinării**.

VASELE ȘI SINUSURILE LIMFATICE

- 6 – vase limfatice eferente; intră în ganglion pe partea sa convexă.

În interiorul ganglionului limfa este transportată prin sinusuri, care sunt căptușite de celulele reticuloendoteliale (litorale) și macrofagi.

Limfa trece secvențial prin următoarele sinusuri:

- 7 – sinus marginal (între capsulă și foliculi);
- 8 – în jurul sinusurilor nodulare (între trabecule și foliculi);
- 9 – inusuri cerebrale (între trabecule și corzile cerebrale); reprezintă (pe lângă corzi cerebrale) componentul principal al măduvei spinării.;
- 10 – vase limfatice eferente, ce se îndepărtează de partea concavă (poarta) a ganglionului.

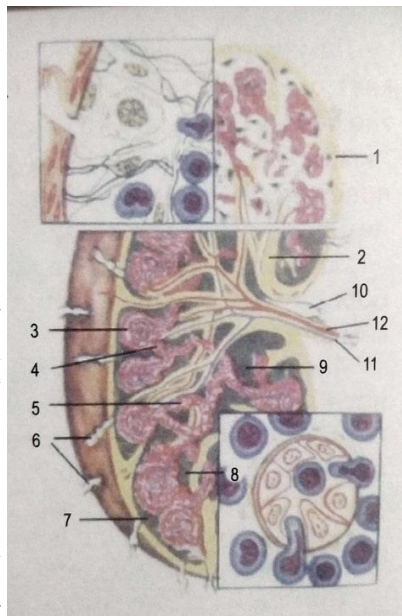


Figura 2. Structura ganglionului limfatic conform lui I. Afanasiev, L.P. Bobrov, K.K. Rogajinski, 2002.

Zona interstițială conține limfocite și macrofage mici. Cortexul profund (zona paracorticală) prezintă zona T-dependentă a ganglionului limfatic, în care are loc maturizarea celulelor T.

Măduva spinării este reprezentată de corzi cerebrale, fiind o zonă B-dependentă. Ganglionii limfatici reprezintă o parte a complexului imunitar al organismului și îndeplinesc funcția de protecție și barieră.

Celulele stem nediferențiate – predecesorii limfocitelor – se formează la făt deja în a 3-a – a 6-a săptămână de dezvoltare intrauterină în sacul vitelin. Mai târziu se formează organele sistemului imunitar. La 11-12 săptămâni, măduva osoasă începe să funcționeze, iar splina și ganglionii limfatici devin organe active la 12-15 săptămâni de dezvoltare intrauterină. Astfel, la sfârșitul celei de-a 20-a săptămână, diferențierea limfocitelor T și B și formarea sistemului imunitar se finalizează [7].

CAPITOLUL 2. Etiologia și patogeneza limfadenitelor. Clasificarea

Limfadenita rareori este o boală independentă și de cele mai multe ori se consideră ca unul dintre simptomele cu o importantă valoare clinică în diagnostic.

Încălcările organogenezei sistemului imunitar provoacă stări de imunodeficiență primară (congenitală și ereditară). Se disting trei grupe de boli imunodeficiente primare:

1) insuficiența legăturii celulare a sistemului imunitar (sindromul Di George, sindromul Nezelof etc.):

- anatomică;
- metabolică;
- funcțională;

2) insuficiența legăturii umorale a sistemului imunitar (boala Bruton, imunodeficiența selectivă a imunoglobulinelor etc.);

3) stări combinate de imunodeficiență (disgenezie reticulară, limfocitoză, sindromul Louis-Bar, sindromul Wiskott-Aldrich etc.).

Imaturitatea funcțională a sistemului imunitar la copii predispune la dezvoltarea deficienței imunologice secundare (dobândite) cauzate de agenți patogeni sau de orice factor exogen.

Deficiența imunologică secundară apare la copii la orice vârstă și are un prognostic favorabil. Spre deosebire de deficiența imunologică primară, aceasta nu este asociată cu un bloc mediat genetic din nicio legătură de imunogeneză și se dezvoltă pe fundalul unui sistem imunitar inițial nemodificat.

Boli ce cauzează deficiență imunologică secundară:

1. infecții virale (rujeolă, rubeolă, gripă, parotită epidemică, varicelă, hepatită acută, hepatită cronică B, citomegalovirus, virusul Epstein-Barr, HIV, virusul herpes simplex etc.);

2. infecții bacteriene;
 - localizate: stafilococ, streptococul grupei A, microflora anaerobă (infecția odontogenă), felinoză, tularemie;
 - generalizate: bruceloză, febră tifoidă, boala Lyme, leptospiroză, limfgranuloame venerice, tuberculoză;
3. boli protozoice și helmintice (malaria, tripanosomiază, toxoplasmoză, leishmanioză, shistozomatoză, trichinoză etc.);
4. primirea medicamentelor (alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepin, cefalosporină, fenitoină, penicilină, pirimetamină, chinidină, sulindac, sulfanilamide);
5. vaccinuri (BCG);
6. tumori maligne (leucemie, limfom, metastaze ale afecțiunilor maligne);
7. boli endocrine (boala Addison, hipertireoză);
8. boli autoimune (lupus eritematos sistemic, boala Wagner-Unfericht-Hepp (dermatomiozită), artrită juvenilă cronică);
9. alte boli (amiloidoză, histiocitoză, boala Kastelman, sindromul Charge-Strauss, boala Kawasaki, boala Kikuchi-Fuimoto, sarcoidoză, granulomatoză cronică, boli genetice etc.);
10. dereglări în alimentație (malnutriție, cașexice, dereglarea absorbției intestinale);
11. factori fizici și chimici (radiații ionizante, câmpuri electromagnetice, cuptor cu microunde etc.).

Vaccinarea poate provoca, de asemenea, limfadenită. Deci, de exemplu, L.G. Kuznenko, D.Yu. Ovsyannikov și N.M. Kiseleva, în 2009, arată că vaccinul BCG cauzează complicații sub formă de limfadenită cu o frecvență de 1: 10000.

În cercetările efectuate de către savanții din America Latină, în perioada 2004–2006, printre pacienții cu limfadenite cu vârsta cuprinsă între 1 și 16 ani, s-a observat predominarea infecției bacteriene, care provoacă limfadenită în 69% din cazuri, infecție virală – în 19,7% din cazuri, tumori maligne – în 8,5% din cazuri, limfadenite de etiologie necunoscută – în 2,8% din cazuri.

Agentul cauzal al limfadenitei acute a feței și gâtului este cel mai frecvent stafilococul patogen într-o monocultură, mai rar – în asociere cu alte microorganisme. În studiile efectuate de A.A. Timofeeva, în 1988, la 92% dintre pacienți, cauza limfadenitei a fost *Staphylococcus aureus*, la 8% – microflora mixtă (streptococ, *E. coli*, *Proteus* etc.).

Conform cercetărilor noastre efectuate la Spitalul de copii nr.19 „K.A. Rauchfus” (Rusia), în ultimii 5 ani, agentul patogen al limfadenitelor purulente în 78% din cazuri a fost *Staphylococcus aureus*, în 13% – *Streptococcus pyogenes*, în 6% – streptococul β -hemolitic grupa A și în 3% din cazuri s-a observat microflora specifică *Mycobacterium tuberculosis*.

Studiind dinamica modificărilor în localizarea limfadenitei regiunii maxilo-faciale și a gâtului la copii, am observat stabilitatea localizării în majoritatea cazurilor – regiunea submandibulară – 60-69%, submentală – 14,5-11,4% și parotidă – 11%, într-o măsură mai mică regiunea cervicală – 5,5-3,8% și bucală – 9-4,8% [3, 4, 10, 14].

Clasificarea limfadenitelor la copii

Clasificarea ICD-10 evidențiază limfadenita acută și cronică a capului și gâtului.

Limfadenita acută a feței, capului și gâtului – cod L04.0.

Alte limfadenite nespecifice – cod 188.8.

Limfadenita nespecifică, necunoscută – cod 188.9.

Unii autori identifică limfadenita acută, care, la rândul ei, este divizată în: seroasă și purulentă, cronică și cronică exacerbată. Limfadenita cronică se împarte, la rândul ei, în: cronică specifică, nespecifică și tumorală. Separat se evidențiază adenoflegmonul.

În sursele străine putem găsi o altă clasificare: limfadenită acută unilaterală, limfadenită bilaterală acută, limfadenită subacută și cronică.

În funcție de locația „porții de intrare” a infecției, limfadenitele sunt divizate în: odontogene, amigdalogene, rinogene, otogene, stomatogene și dermatogene. Ele fac parte din așa-numitele limfadenite secundare. De asemenea, se disting limfadenite specifice și nespecifice [9].

L.I. Dvoretzki distinge câteva tipuri de limfadenite și limfadenopatii (*figura 3*).

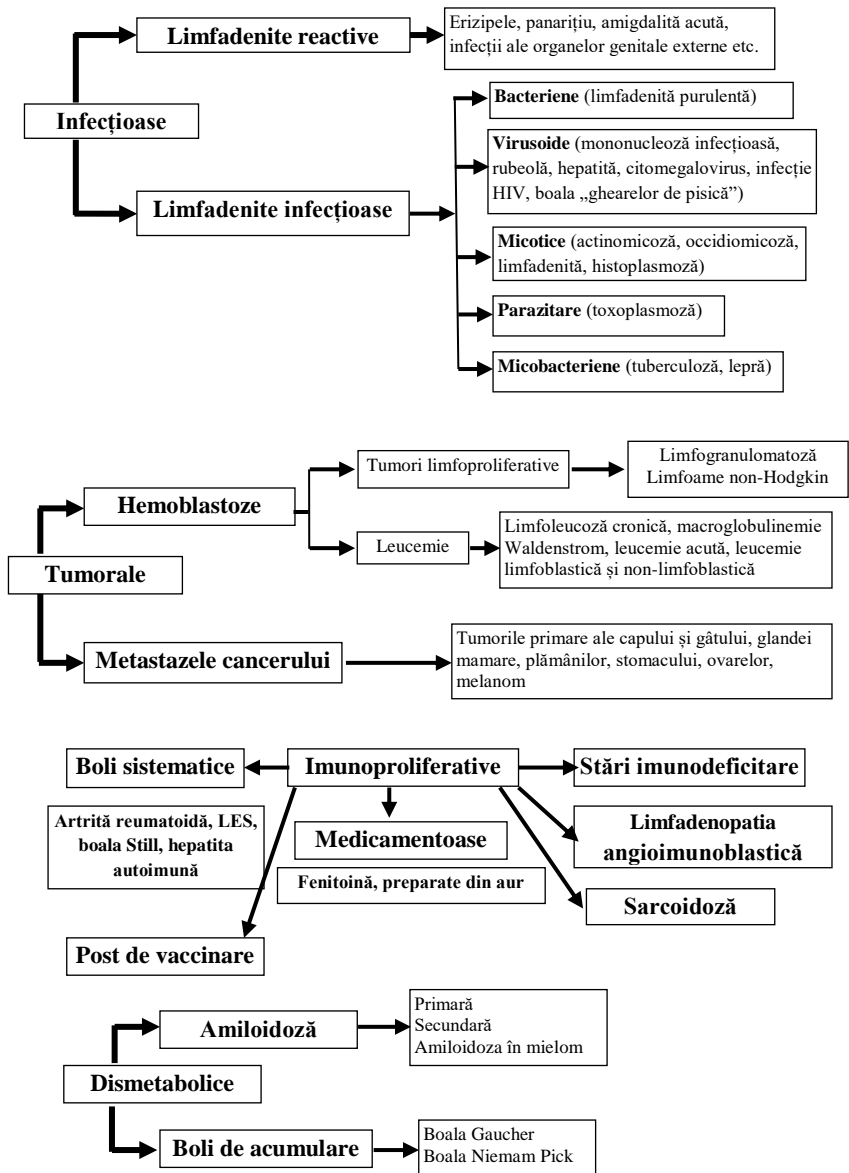


Figura 3. Tipuri de limfadenite și limfadenopatii
(Dvoretzkii L.I.,2014).

CAPITOLUL 3. Diagnosticul clinic al limfadenitelor la copii

O etapă importantă în determinarea tacticii de tratament al limfadenitei la copii este identificarea cauzei principale a acestei boli. Pentru aceasta, se colectează cu atenție anamneza și se efectuează examinarea tegumentului pielii, a organelor ORL și a cavității bucale.

În cazul diagnosticului dificil se recomandă ca terapia cu antibiotice să fie inițiată cu medicamente cu spectru larg de acțiune până la obținerea sensibilității florei și se prescriu investigații suplimentare, cum ar fi: analiza generală a sângelui, urinei, teste serologice suplimentare, virusuri, se investighează nivelul acidului uric și lactat dehidrogenazei, se prescrie radiografia cavității toracice.

Pentru stabilirea exactă a tranziției procesului în faza purulentă, pacienților li se prescrie ecografia ganglionilor și a țesuturilor moi adiacente. În cazuri excepționale se utilizează puncția diagnostică sau biopsia cu examinarea histopatologică ulterioară.

În 2010, H.G. Aguado a prezentat schema algoritmului de diagnosticare a limfadenitei la copii (*figura 4*).

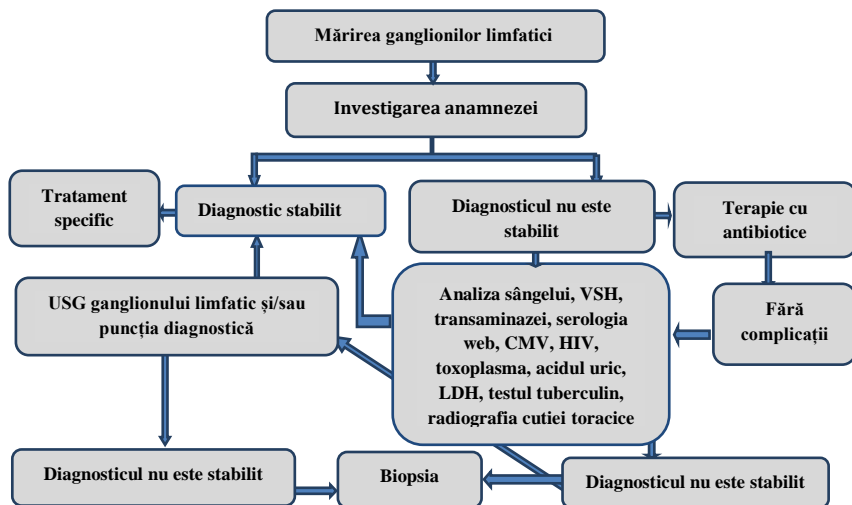


Figura 4. Algoritmul de diagnosticare a limfadenitelor

(Garcia Aguado, 2010).

Diagnosticul diferențial al limfadenitelor acute și cronice se efectuează în funcție de regiunea localizării ganglionului mărit. În regiunea submandibulară diagnosticul diferențial are loc cu sialadenite submandibulare, abcese și flegmoane, precum și cu neoplasme ale țesuturilor moi. În regiunea parotidă este importantă diferențierea limfadenitelor de parotita specifică și nespecifică, neoplasmele glandei parotide și țesuturile moi din jur, precum și de abcesele și flegmonul acestei regiuni. În partea din față a gâtului se face diferențierea cu chisturile mediane ale gâtului, iar în zona suprafeței laterale – cu chisturile laterale ale gâtului, atunci când are loc supurația [11, 12, 13].

Conform datelor literaturii de peste hotare, până la 75% dintre neoplasmele maligne la copii se manifestă prin creșterea ganglionilor limfatici ai unei treimi a gâtului.

În diagnosticul diferențial al limfadenitei acute și cronice din regiunea maxilo-facială la copii trebuie acordată o atenție deosebită stării ganglionilor limfatici din alte localizări. Prezența unei limfadenopatii sistemice poate indica infecția cu HIV.

Diagnosticul diferențial al limfadenitelor specifice la copii

Actinomicoza

Diagnosticul diferențial al limfadenitei actinomicotice se efectuează în principal cu limfadenita nespecifică și tuberculoasă cronică. Diagnosticul clinic al actinomicozei trebuie să fie confirmat de studiul biologic și patologo-morfologic.

Tuberculoza

Diagnosticul diferențial al limfadenitei tuberculoase se realizează cu limfadenite cronice nespecifice, sialadenite cronice, actinomicoza ganglionilor limfatici, boli sangvine sistemice, tumori și procese asemănătoare tumorilor.

Diagnosticul se bazează pe compararea datelor anamnezei, tratamentului clinic și investigațiilor de laborator: teste cutanate și intradermice (reacțiile Pirke și Mantoux), examen citologic al punctatelor și

secretatului de fistulă. Prezența în punctatul de cazeoză a elementelor celulare de inflamație a tuberculozei, micobacteriilor tuberculozei confirmă caracterul procesului patologic. Pentru a exclude focarul primar al tuberculozei plămânilor, toți copiii trebuie să facă radiografia și fluoroscopia cutiei toracice. Radiografia zonei afectate are o anumită valoare de diagnosticare. În procesele cronice cu calcifierea parțială sau completă a ganglionului afectat, umbrele acestor calcifieri sunt detectate pe radiografii.

Sindromul mononucleozei infecțioase

Sindromul mononucleozei infecțioase este diferențiat de bolile care au manifestări clinice similare, inclusiv leucemie acută, limfoame, sepsis, tuberculoză, difterie, amigdalită. În unele cazuri, datele analizei biochimice a sângelui pot ajuta la diagnosticarea diferențială. Astfel, în bolile oncohematologice, de regulă, nivelul acidului uric și lactat dehidrogenazei în sânge sporește.

Diagnosticul diferențial al limfadenitelor tumorale la copii

Atât în forma acută, cât și în cea cronică a hemoblastoamelor limfadenitele tumorale în regiunea maxilo-facială și cervicală la copii sunt diferențiate prin prezența celulelor tinere și a leucocitozei pronunțate în analiza sângelui. Diagnosticul se bazează și pe un șir de semne clinice generale, care pot confirma diagnosticul. Semnele generale primare sunt slăbiciuni, scăderea capacității de muncă, oboseală, scăderea poftei de mâncare, scădere în greutate etc. Sindromul insuficienței hematopoiezei (anemie, trombocitopenie etc.), sindromul hemoragic, sindromul imunodeficitar, stări subfebrile neclare.

CAPITOLUL 4. Manifestările clinice ale limfadenitelor la copii



Limfadenita acută seroasă

Starea generală a copilului este ușor alterată. Se pot observa stări subfebrile ale copilului, întreruperi de somn, stări de neliniște. Indicii hematologici și biochimici sunt în limitele normei. De obicei, sunt prezente focarele infecțioase (dintele cauză, piodermii).

Debutul bolii începe cu creșterea volumului unui ganglion limfatic dominant și cu o reacție inflamatorie din partea țesuturilor adiacente. Sunt măriți ganglionii care primesc fluxul limfatic din zonele afectate. Ganglionii adiacenți sunt implicați, dar au un volum mult mai mic. La debut durerile sunt provocate, dar pot fi semne de dureri spontane. Totodată, se păstrează mobilitatea ganglionilor, la palpare mobili și elastici. Tegumentele ce acoperă ganglionii măriți nu sunt modificate la culoare. Odată cu evoluția limfadenitei, simptomele se intensifică și apar semne de periadenită (*peradenitis*, din greacă *peri* – „în jur, alături” și *aden* – „glandă”). Acest termen este rar utilizat și înseamnă inflamația țesuturilor din jurul ganglionului limfatic.

Starea generală se înrăutățește, temperatura crește adesea la cifre subfebrile. Indicii sangvini se modifică nesemnificativ: crește VSH (viteza de sedimentare a hematiilor), se observă creșterea leucocitozei. Treptat, mobilitatea ganglionului scade și apare o infiltrare moderată a țesuturilor înconjurătoare. Palparea provoacă dureri acute. Tratamentul antibacterian are un efect satisfăcător.

Limfadenita acută purulentă

Această formă de limfadenită este asociată cu tratamentul nerational și non-oportun al limfadenitei seroase și periadenitei.

Starea generală se înrăutățește, temperatura crește până la 38°C, apar simptome ale intoxicației organismului: dureri de cap, slăbiciune, scăderea

poftei de mâncare. În analiza clinică a sângelui se observă modificări semnificative ale formulei leucocitare, în urină apar cetone și proteine.



Limfadenitele cervicale cu localizare superficială sunt diagnosticate la debutul bolii. Ganglionii limfatici sunt măriți, conturați clar și aderenți la planurile profunde. Tegumentele acoperitoare sunt hiperemiate, tensionate, dureroase și fluctuente. Cei cu localizare profundă în regiunea cervicală mult timp nu sunt observați. Tegumentele acoperitoare nu prezintă modificări și nu sunt tensionate, iar fluctuența nu se determină.

Adenoflegmonul

Adenoflegmonul este o inflamație acută purulentă difuză a țesutului, care se extinde în câteva spații profunde sau superficiale. Cel mai adesea este diagnosticat la copii cu vârsta cuprinsă între 3-7 ani. Răspândirea exsudatului purulent în spațiile celulare adiacente are loc la 2-4 zile de la apariția limfadenitei purulente acute.

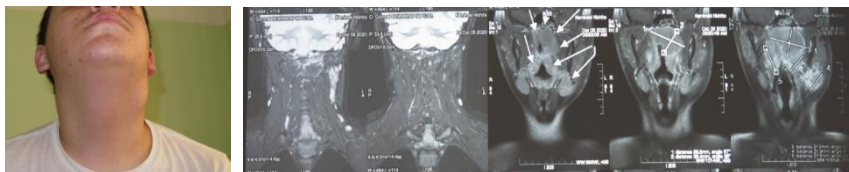


Starea generală a pacienților cu adenoflegmon este alterată. Temperatura corpului crește până la 39-40° C. Simptomele intoxicației generale sunt pronunțate. Există modificări semnificative în analizele clinice. În aceste condiții se poate constata starea septică a copilului.

Asimetria în regiunea maxilo-facială și cervicală este marcată. Tegumentele ce acoperă infiltratul sunt tensionate, hiperemice, nu se pliază. Infiltratul are granițe difuze. Palparea provoacă dureri acute, este determinată fluctuația.

Adenoflegmonul este o complicație a limfadenitei, care poate pune viața în pericol, cum ar fi sepsisul, septicemiemia, mediastenita. Apare ca rezultat al adresei tardive sau al tratamentului neadecvat al limfadenitelor purulente, în special cele cu localizare cervicală profundă.

Limfadenita cronică



Limfadenita cronică (specifică sau nespecifică, tumoare)

Limfadenita cronică apare ca o boală cronică primară sau ca urmare a tratamentului neadecvat al limfadenitei acute. După cum au menționat V.A. Zelensky și F.S. Mukhoramov în 2008, formele cronice ale osteomielitei non-odontogene sunt mai frecvente la copiii cu vârsta cuprinsă între 5-6 ani. Prin natura lor, limfadenitele cronice sunt diferențiate în hiperplastice (formă productivă) și purulente (formă abcesată). Evoluția limfadenitei cronice la copii este variabilă, în perioada acutizării ganglionii limfatici se măresc, pe măsură ce procesul inflamator primar scade, aceștia se micșorează, dar nu ating dimensiunile fiziologice. Starea generală a copiilor cu limfadenite cronice nu se modifică.

Forma hiperplastică a limfadenitei cronice se caracterizează printr-o creștere a ganglionului limfatic. Ganglionul este consistent, nu este aderent la planurile profunde. În cazuri rare, la palpare apar dureri minore.

Forma abcesată se caracterizează prin hiperemie și subțierea pielii peste ganglionul limfatic afectat. La palpare se observă fluctuația. Astfel de abcese pot apărea spontan cu formarea canalelor fistuloase.

Limfadenitele specifice la copii

Prin procese specifice se subînțeleg focare de inflamație determinate de introducerea și reproducerea activă a anumitor microorganisme (druzele actinomicetelor, micobacteriei tuberculozei, spirochetei palide

etc.). Diagnosticul în prezența microflorei specifice prezintă unele dificultăți, deoarece într-un astfel de focar al inflamației cel mai adesea predomină microflora nespecifică.

Actinomicoza

După cum a menționat V.V. Roginsky în 1998, la copii, în regiunea maxilo-facială, actinomicoza este mai puțin frecventă decât la adulți, în general la vârsta cuprinsă între 7-12 ani.

Această boală apare ca urmare a autoinfecției la copiii sensibili. Scăderea reactivității generale a organismului pe fundalul bolilor infecțioase, cum ar fi rujeola, scarlatina, tusea convulsivă, amigdalita etc., procesele inflamatorii sau traumele pot contribui la sensibilizarea organismului și pot crea condiții pentru dezvoltarea unui proces actinomicotic. În 2003, T.G. Robustova distinge următoarele forme de actinomicoză la copii: cutanată, subcutanată, submucoasă, subcutanat-musculară (adâncă), limfadenactinomicoză, actinomicoză primară a osului și actinomicoza cavității bucale (limbă, glande salivare, amigdale).

O caracteristică a actinomicozei la copii constituie leziunea preponderentă a ganglionilor limfatici ai regiunii maxilo-faciale și a țesutului osos al maxilarului inferior. Adesea, limfadenactinomicoza reprezintă leziunea primară, iar apoi procesul se răspândește în fibra subcutanată-adipoasă, mușchi și glandele salivare.

În majoritatea cazurilor, la copii sunt afectați ganglionii submandibulari, maxilari, cervicali și bucali. Prin natura leziunii ganglionului limfatic, actinomicoza poate apărea sub formă de limfadenită hiperplastică, limfadenită abcesată, mai puțin adenoflegmoane.

Starea generală a copiilor, de regulă, rămâne satisfăcătoare. Temperatura corpului depășește rar 37,0°C. În analizele clinice nu se observă modificări. Boala începe, de obicei, cu o creștere a dimensiunii ganglionului limfatic, apoi se produce lent infiltrarea țesuturilor înconjurătoare și tabloul clinic seamănă cu periadenita. Apoi, în zona ganglionului afectat, se formează un infiltrat limitat, consistent, non-dureros, aderent la planurile profunde. Treptat, în centrul focarului țesuturile devin moi, pielea ce acoperă focarul capătă o culoare roșie-albăstruie-închisă și se

subțiază. Are loc abcedarea ganglionului limfatic afectat, cu formarea canalului fistulos, din care se observă o ușoară secreție purulentă sau sero-sângeroasă. Granulațiile se proeminează din fistulă. Actinomicoza se caracterizează printr-o închidere spontană a fistulei (1-3 zile), după care acest proces se poate repeta de mai multe ori. În unele cazuri, procesul inflamator se poate finaliza prin descompunerea ganglionului cu respingerea reziduurilor sale prin canalul fistulos.

Odată cu dezvoltarea adenoflegmonului se observă toate semnele de intoxicație generală a organismului, starea copilului se alterează brusc. Adenoflegmoanele actinomicotice sunt mai des observate în regiunile submandibulare și submentale. Conform tabloului clinic, acestea nu diferă de adenoflegmoanele nespecifice.

Tuberculoza

Agentul patogen este *Mycobacterium tuberculosis*. Se evidențiază afecțiunea tuberculoasă primară și secundară. Primul tip se caracterizează prin pătrunderea agentului patogen în timpul traumatismelor și inflamației membranei mucoase, a amigdalelor și a altor organe ale cavității bucale, precum și prin alveolele dinților extrași. Afecțiunea secundară apare datorită generalizării procesului pe cale hematogenă sau limfogenă din focarele îndepărtate (plămâni, oase etc.).

Tuberculoza ganglionilor limfatici ai regiunii maxilo-faciale și ai gâtului la copii ocupă unul dintre primele locuri printre alte limfadenite tuberculoase. Ganglionii limfatici submandibulari și cervicali sunt cel mai frecvent afectați. Starea generală a copiilor cu afecțiune primară izolată a ganglionilor limfatici nu se alterează.

Debutul acut al limfadenitei tuberculoase a regiunii maxilo-faciale și cervicale la copii se observă rar, manifestările locale la începutul bolii fiind similare cu clinica limfadenitei nespecifice acute. Sunt caracteristice hiperplazia accentuată a ganglionului afectat și creșterea acestuia cu peste 5 cm. Adesea se observă abcedarea cu formarea ulterioară a fistulei, apoi fenomenele inflamatorii acute scad, ganglionul limfatic rămâne mărit, mobil, elastic, ușor aderent cu țesuturile înconjurătoare un timp îndelungat.

Evoluția cronică a bolii este mai frecventă decât cea acută. Procesul începe cu creșterea unuia sau mai multor ganglioni limfatici. Ganglionii afectați au o consistență compact-elastică, contururi clare și o suprafață neregulată. Ganglionii limfatici sunt aderenți la planurile profunde și la mai mulți ganglioni din aceeași regiune. La palpare, cel mai adesea simptomul durerii este absent, dar poate fi observată și o ușoară durere. Tegumentele acoperitoare nu își modifică culoarea. Ulterior, apar necroze cazeoase cu formarea fistulelor cu secreție purulentă abundentă și modificări inflamatorii ale pielii în această regiune. Fistulele nu se vindecă repede, se închid și se deschid periodic. Probele efectuate dau rezultate pozitive.

Sindromul mononucleozei infecțioase

Sindromul mononucleozei infecțioase, sau mononucleoza infecțioasă, este un sindrom clinic caracterizat prin simptome de toxicoză, amigdalită, limfadenopatie, splenomegalie și modificări specifice ale sângelui. Anterior, se considera că mononucleoza infecțioasă este o formă nosologică cauzată doar de virusul Epstein-Barr, dar cercetările actuale au demonstrat, că acest sindrom este polietologic.

Sindromul mononucleozei infecțioase este asociat cu un șir de agenți patogeni:

1. cu virusurile – virusul Epstein-Barr; citomegalovirusul; virusul herpes -1, -3, -6, -7; adenovirusurile; enterovirusurile; hepatita A și B; rubeola;
2. cu bacteriile – *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*; agentul patogen al felinozei; *Listeria monocytogenes*;
3. obișnuite – *Toxoplasma gondii*.

Boala începe cu simptome severe de intoxicație generală – apar slăbiciune, transpirație, dureri de cap, anorexie, crește temperatura corporală. Debutul acut apare paralel cu anginele sau faringitele. Un semn caracteristic reprezintă creșterea ganglionilor limfatici, cu localizare posterioară a mușchiului sternocleidomastoidian și în regiunea retroauriculară. Ganglionii lezați sunt puțin dureroși, nu sunt aderenți cu țesuturile înconjurătoare și între ele, și au o consistență densă. Concomitent

cu creșterea ganglionilor limfatici, sporesc dimensiunile ficatului și splinei și apar dureri abdominale.

Testele de sânge determină limfocitoza relativă și absolută marcată, leucocitoza, celulele mononucleare atipice – mai mult de 4%. De asemenea, este caracteristică depistarea anticorpilor heterofili.

Felinoza

Felinoza (sin. Limfadenită virală benignă, limforeticuloză benignă, boala „ghearelor de pisică”) aparține grupului bartonelozei și se caracterizează prin evoluția limfadenitei unilaterale, regionale în raport cu inocularea agentului patogen și, în cazuri rare, cu diseminarea agentului patogen și deteriorarea SNC și a organelor viscerale. Principalul agent cauzal al felinozei este *Bartonella henselae*, principalul purtător al căruia sunt pisicile. Perioada de incubare este de la 3 la 20 de zile sau mai mult. Primele semne ale bolii pot fi observate și într-o perioadă tardivă, după 7-50 de zile de la contactul cu un animal infectat. Boala poate apărea sub forme tipice și atipice. Variantele atipice ale bolii se manifestă în forme neurologice, viscerale și oculare.

În cazuri tipice, felinoza se caracterizează prin apariția afecțiunii primare în regiunea inoculării primare a patogenului și a limfadenitei regionale. După vindecarea leziunilor cauzate de pisică, în acest loc se formează o papulă, care trece apoi în pustulă și după disecția pustulei – în ulcer. Diametrul papulei variază de la 1 la 5 mm. Manifestările epiteliale persistă 1-3 săptămâni, apoi se soluționează spontan.

Un simptom clinic caracteristic al felinozei este limfadenita regională, care durează până la 2 luni și, în unele cazuri, până la 1 an, adesea se dovedește a fi singura manifestare a acestei boli. Dimensiunile ganglionilor limfatici ating de la 1 la 5 cm, uneori 8-10 cm. La palpare, ganglionii sunt fără dureri, nu sunt aderenți la planurile profunde, tegumentele acoperitoare pot fi ușor hiperemiate. Ganglionii afectați se pot supura în 10-50% din cazuri.

Starea generală este, de obicei, satisfăcătoare. Se observă o creștere a temperaturii corporale peste 38°C la 1/3 dintre pacienți și durează

până la 7 zile. Unii pacienți prezintă simptome de intoxicație generală – slăbiciune, cefalee, grețuri și vomă.

Diagnosticul felinozei nu provoacă, de obicei, dificultăți; în 95% din cazuri, la pacienți anamneza prezintă contact cu pisicile și prezența eroziunii inoculare cu regenerare lentă. Pentru un diagnostic corect, se efectuează biopsia papulelor și/sau a ganglionilor limfatici afectați. De asemenea, se efectuează testarea microbiologică a sângelui prin însămânțarea pe agar sangvin.

Limfadenitele tumorale la copii

În grupul limfoamelor maligne sunt incluse hematosarcoamele și limfogranulomatoza. Caracteristica clinică generală și locală include mai multe semne clinice, care în combinație pot stabili diagnosticul. Stările acute includ: temperatura corporală ridicată, slăbiciuni, anorexie, hemoragii subcutanate și articulare. Ele pot fi observate și pe mucoasa cavității bucale în formă de erupții hemoragice, hipertrofie și hiperemie a mucoasei gingivale, mobilități dentare. În 80% din cazuri este întâlnită leucemia acută limfoblastică. La copii această formă se caracterizează prin mărirea tuturor grupurilor limfatice periferice și cervicale, mărirea ficatului și splinei. Ganglionii limfatici măriți se caracterizează prin consistență dură, mai rar elastică, sunt mobili, neaderenți, se palpează izolat. Uneori pot apărea în formă de conglomerat în regiunea cervicală, dar nu se observă abcedări sau fistule.

Limfoamele non-Hodgkin reprezintă una dintre cele mai frecvente forme de hemoblastoze la copii și apar brusc cu evidențierea ganglionilor limfatici cervicali. În 70-75% din cazuri ele apar în formă de mărire a ganglionilor limfatici cervicali. Ganglionii limfatici apar în formă de conglomerat, incluzând mai mulți ganglioni limfatici aderenți la planurile profunde, care periodic se măresc, periodic se micșorează. Tegumentele acoperitoare nu sunt modificate.

CAPITOLUL 5. Tratamentul limfadenitelor la copii

Principiile generale ale tratamentului copiilor cu limfadenită se bazează pe identificarea și tratamentul bolii de bază. La tranzitarea în inflamația purulentă este indicat tratamentul chirurgical specializat de urgență, deschiderea și drenarea focarului purulent, cu însămânțarea obligatorie a exsudatului pe microfloră, cu determinarea sensibilității la medicamentele antibacteriene. Țesuturile necrotice ale ganglionului limfatic obținute în timpul sanării focarului purulent trebuie trimise pentru cercetarea patomorfologică. Ulterior, rana se comportă conform tuturor regulilor chirurgiei purulente.

În cazul motivului odontogen al limfadenitei la copii, extracția dinților, care este cauza principală, contribuie la eliminarea rapidă a inflamației.

Tratament chirurgical

Tratamentul chirurgical se efectuează în cazul limfadenitei purulente acute și adenoflegmonoamelor, precum și al formelor cronice de limfadenite.

Incizia și drenarea focarului purulent se realizează ținând cont de particularitățile topografo-anatomice ale structurii regiunii maxilo-faciale și a gâtului la copii. Aproape toate accesele se efectuează prin tegumentele epiteliale, cu excepția localizării profunde a procesului purulent în regiunea bucală. Urmând regulile chirurgiei purulente, inciziile ar trebui să fie suficient de mari pentru a evacua puroiul, precum și pentru a asigura accesul la îndepărtarea țesuturilor degradării ganglionului limfatic.

Tratamentul medicamentos presupune terapie cu antibiotice, simptomatică, fortificatoare, imunostimulatoare.

Terapia antibacteriană trebuie luată în considerare separat. De obicei, sunt utilizate medicamentele cu spectru larg de acțiune, în doze în funcție de vârstă. Acestea sunt prescrise din primele zile de tratament al pacienților adresați pentru ajutor specializat. În tratamentul limfadenitei

nitelor purulente, înainte de primirea studiului microbiologic, sunt utilizate medicamente antibacteriene cu spectru larg. Apoi, terapia cu antibiotice poate fi modificată ținând cont de sensibilitatea microflorei rezultate.

Tratament fizioterapeutic

Sunt utilizate într-o doză termică sau atermică scăzută – UHF (Frecvență ultraînaltă) și radiațiile cu microunde (RUF) în studiul laserului cu heliu-neon. În localizarea profundă a ganglionului afectat, razele laserului cu infraroșu sau combinația acestuia cu terapia cu laser magnetic sunt eficiente. Nu se admite tratament fizioterapeutic în limfadenitele de origine neclară.

Tratamentul limfadenitelor specifice

Actinomicoza

Tratamentul copiilor bolnavi cu actinomicoza regiunii maxilo-faciale și a gâtului trebuie să fie complex și include tratamentul chirurgical, terapia antiinflamatoare și imunoterapia.

Tratamentul chirurgical constă în îndepărtarea dinților, care sunt porțile de intrare ale infecțiilor, extirparea amigdalelor lezate, disecția focarelor purulente, chiuretajul granulării patologice din focarele actinomicotice din țesuturile moi și osoase; ganglionii afectați sunt excizați.

O importanță deosebită are îngrijirea plăgii postoperatorii după limfadenectomie și chiuretajul granulației patologice din zona țesuturilor moi. Rana se prelucrează cu o soluție de iod 2-5% și este, de asemenea, tamponată cu iodoform pentru crearea aerării.

Pentru tratarea pacientului în orice stadiu, se folosește actinolizatul. Prin metoda lui G.O. Suteeva, actinolizatul se administrează subcutanat sau intramuscular la nivelul feselor de 2 ml de 2 ori pe săptămână – în total 20 de injecții. Această metodă este mai potrivită pentru copii. Ca terapie imunostimulantă, se utilizează vaccinul multivalent cu actinomicete. În condiții de spital, pacienții se supun transfuziei de sânge o dată pe săptămână într-o cursă de 4-5 proceduri. Este prescrisă terapia generală fortificatoare.

Potrivit lui Yu.S. Agarunova, în 85,2% din cazurile de actinomicoză, în focar este prezentă o floră nespecifică, care participă activ la procesul inflamator în toate etapele bolii. Astfel, este prescrisă terapia cu antibiotice. Se recomandă utilizarea antibioticelor cu tetraciclină.

Tuberculoza

În cazul limfadenitei tuberculoase, se efectuează o terapie generală specifică de fortificare antituberculoză, de stimulare și de desensibilizare. În cazurile abcedării, este indicată intervenția chirurgicală – deschiderea abcesului cu drenarea cavității.

Tratamentul pacienților cu limfadenită tuberculoasă este îndelungat și trebuie efectuat într-o instituție medicală de specialitate sau ambulatoriu, sub supravegherea ftiziologului. Este necesar contactul și monitorizarea acestui contingent de pacienți de către medicii stomatolog și ftiziolog. În ultimii ani, datorită utilizării în practica chirurgicală a multor preparate antiinflamatoare și a răspândirii pe scară largă a micobacteriilor atipice, rezistente la medicamentele antituberculoză specifice utilizate, metoda chirurgicală de excizie a ganglionilor limfatici cu leziunea izolată este mai frecvent utilizată.

Mononucleoza

Terapia simptomatică a sindromului mononucleozei infecțioase, în cazurile evoluției complicate, prevede administrarea glucocorticosteroidelor. Se prescrie terapia fortificatoare, vitamine.

Felinoza

Principalul tratament al felinozei este terapia antibacteriană. Pacienților li se prescriu macrolide, rifampicină, doxiciclină, gentamicină, ciprofloxacină.

Limfadenitele tumorale

Vigilența oncologică și determinarea diagnosticului în perioada precoce cu crearea tratamentului adecvat are un succes de 90% de remisiune. Anamneza, examenul clinic, puncția sau biopsia ganglionului limfatic sunt reperatele unui diagnostic precoce.

CAPITOLUL 6. Particularitățile clinicii, diagnosticului și tratamentului limfadenitelor la copii (observări clinice)

Analiza efectuată în secția de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică a IMSP Institutul Mamei și Copilului, clinica „Em. Coțaga”, Catedra de chirurgie OMF pediatrică și pedodontie „Ion Lupan” USMF „Nicolae Testemițanu” a demonstrat că procesele infecțioase ocupă locul întâi din toată patologia prezentă. Limfadenitele ocupă una dintre principalele forme clinice cu care se adresează părinții copiilor. S-a constatat o preponderență a limfadenitelor la copiii de gen masculin în raport cu cei de gen feminin (55% și 45%). După vârsta copiilor, cel mai frecvent afectați cu limfadenite sunt copiii mici până la 3 ani, aceștia constituind 34%, cei de la 4 la 7 ani – 25%, copiii până la 11 ani – 23%. Mai frecvent s-au adresat copiii din localități rurale. Regiunea submandibulară și cervicală a fost cea mai afectată regiune, la care s-au depistat ganglioni limfatici afectați. În 68% din cazuri au fost depistate limfadenite purulente și doar în 2% din cazuri limfadenite cronice. În 5,2% din cazuri limfadenitele au fost de origine odontogenă, în 35% din cazuri – de origine virală a căilor respiratorii, în 31% din cazuri – de origine otolaringologică. Limfadenitele constituie o bună parte din serviciul pe urgență al Secției de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică. Varietatea de forme clinice necesită cunoștințe profunde în domeniul limfadenitelor la copii.

Cazuri clinice

Pacienta K., în vârstă de 5 ani, a fost internată în a 3-a zi de la debutul bolii cu edem sever al regiunii bucale drepte. În decurs de 3 zile, edemul a crescut, durerea a sporit, s-a observat creșterea temperaturii corpului până la 37,7° C. Acum 2 săptămâni, pacienta avea SARS (Infecție virală respiratorie acută). Starea la internare de nivel sever moderat. La examinare: asimetria feței datorită edemului și infiltratului regiunii bucale din dreapta. Palparea zonei obrazului pe partea dreaptă provoacă dureri acute, în centrul infiltratului se observă fluctuație, pielea de deasupra infiltratului este hiperemiată, tensionată (*figura 5*).

Date de laborator:

Analiza clinică a sângelui: leucocite – 17,9; neutrofile segmentate – 70; eozinofile – 3; limfocite – 3; monocite – 6; viteza de sedimentare a hematiilor (VSH) – 40. Analiza generală a urinei: leucocite – 1-3 în ser/eritrocite.



Figura 5. Pacienta K., 5 ani.
Diagnostic: „Limfadenită purulentă submandibulară dreaptă”.

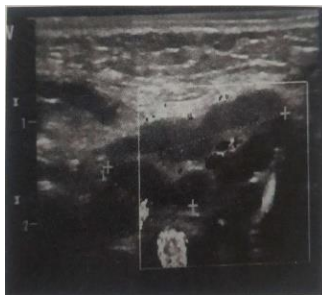


Figura 6. USG regiunii bucale a pacientei K., 5 ani.

Concluzia USG: Imaginea ecografică a limfadenitei bucale în stadiu de necroză (figura 6).

Pacienta K. a fost supusă tratamentului chirurgical sub anestezie-mască. Drenarea focarului purulent pe cale chirurgicală.

În mediul de înșămânțare a fost depistat *S.aureus*. Pacienta a primit terapie medicamentoasă: Cefazolin intramuscular câte 800 mg de 3 ori pe zi timp de 7 zile, Loratadine câte 1/4 comprimat timp de 6 zile. Tratamentul fizioterapeutic (UHF) a fost efectuat din a doua zi de tratament în spital până la externare. Pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare în ziua a 11-a.

Pacientul N., în vârstă de 3 ani, a fost internat în ordinea planificată, cu diagnosticul „Limfadenită parotidă cronică necunoscută”. Formațiunea a fost observată în primul an de la naștere. A fost în evidența medicului pediatru. Din cauză că formațiunea părea neînsemnată, medicul a supravegheat copilul fără a indica tratament. În decursul ultimului an a fost observată creșterea ganglionului limfatic parotid stâng.

La internare, starea generală este satisfăcătoare. Ganglionul limfatic cu consistență densă elastică nu este delimitat, fiind aderent la părțile profunde, palparea nu provoacă durere, formațiunea nu este reductibilă, tegumentele acoperitoare nu sunt modificate (*figura 7*).

Analiza clinică a sângelui și analiza generală a urinei sunt în limite normale.



Figura 7. Bolnavul N., 3 ani.
Diagnostic: „Limfadenită cervicală-parotidiană cronică de origine necunoscută”.

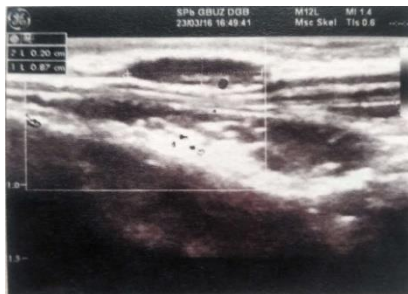


Figura 8. USG regiunii cervicale-parotidiene stângi a bolnavului N., 3 ani.

Concluzia USG: În regiunea parotidiană stângă ganglionul limfatic se determină cu arhitectonică nemodificată, fără sporirea fluxului sangvin, cu dimensiunea de 7,0x2,0x8,7 cm. Țesutul înconjurător este intact (*figura 8*).

Pacientul N. a fost supus unei biopsii diagnostice sub anestezie locală. Concluzia studiului histopatologic a arătat imaginea limfadenitei nespecifice cronice, limfangiom. Pacientul este direcționat către cercetări suplimentare pentru a determina planul de tratament.

CAPITOLUL 7. Complicații. Prognostic și reabilitare

De regulă, majoritatea limfadenitelor pot fi determinate în stadiile incipiente ale bolii și, astfel, după eliminarea focarului primar al infecției și prescrierea unui tratament conservator, boala nu tranzitează în proces purulent, tratamentul poate fi efectuat ambulatoriu.

Tratamentul limfadenitelor purulente în regiunea maxilo-facială și cervicală la copii se realizează în condiții de staționar specializat, perioada medie de ședere constituie aproximativ 6-8 zile. Conform literaturii naționale și străine, prognosticul limfadenitelor acute este favorabil, iar în cazuri rare procesul poate trece într-o formă cronică.

Limfadenitele cronice ale regiunii maxilo-faciale necesită studierea amănunțită a anamnezei și a metodelor suplimentare de examinare într-o ordine planificată, după sanarea tuturor focarelor infecțioase acute, pentru stabilirea cauzei exacte.

Perioada de reabilitare a copiilor cu limfadenite ale regiunii maxilo-faciale și cervicale prevede supravegherea în dinamică de către pediatri, stomatologi și alți specialiști în cazul unei infecții specifice. O atenție deosebită este acordată copiilor la care, după tratament, s-au dezvoltat eventuale dereglări anatomo-fiziologice. Activitățile de reabilitare încep imediat după finalizarea tratamentului bolii de bază.

Concluzii

Limfadenitele regiunii maxilo-faciale și a gâtului la copii reprezintă un simptom frecvent al diferitor boli. Principalele sarcini ale stomatologului sunt diagnosticul corect și identificarea timpurie a cauzelor limfadenitei, precum și alegerea corectă a algoritmului de tratament, care în unele cazuri reprezintă o sarcină dificilă. Implicarea specialiștilor în domeniu, precum și lucrul în echipă cu pediatrii, otorinolaringologii, imunologii, fiziologii, permite asistența medicală de specialitate în timp util a copiilor cu limfadenite.

TESTE ȘI ÎNTREBĂRI DE CONTROL

Întrebări de control

1. Structura anatomică a ganglionului limfatic.
2. Repartizarea topografică a ganglionilor limfatici în regiunea oro-maxilo-facială.
3. Regiunile drenează grupul de ganglioni cervicali și grupul de ganglioni submandibulari.
4. De ce la unii copii sunt prezenți ganglionii limfatici supranumerari? Care este acest grup și ce regiuni drenează?
5. Etiologia limfadenopatiilor.
6. Clasificarea limfadenitelor.
7. Tabloul clinic al limfadenitelor acute seroase.
8. Tabloul clinic al limfadenitelor acute purulente.
9. Ce examene paraclinice se efectuează la pacienții cu limfadenopatii cervico-faciale?
10. Complicațiile posibile în limfadenitele acute purulente.
11. Diagnosticul diferențial al limfadenitelor cronice.
12. Diagnosticul diferențial al limfadenitelor acute.
13. Tratamentul limfadenitei acute seroase.
14. Tratamentul limfadenitei acute purulente.
15. Dimensiunea normală a ganglionului limfatic la copii.

Teste pentru verificarea însușirii materiei predate

1. CS Selectați care este vârsta formării ganglionilor limfatici la copii:
 - A. 1-2 ani
 - B. 1-3 ani
 - C. 2-3 ani
 - D. 5-10 ani
 - E. 7-8 ani

2. CS Selectați regiunile care sunt drenate de ganglionii submandibulari:
- A. Amigdaliană
 - B. Peretele lateral al faringelui
 - C. Traheea
 - D. Laringele
 - E. Limba
3. CS În cazul limfadenitei acute seroase vom efectua:
- A. Biopsie
 - B. Tratament conservator
 - C. Tratament chirurgical
 - D. Teste serologice
 - E. Reacția Mantu
4. CS Ganglionii supranumerari care pot fi prezenți la copii și care dispar la o anumită vârstă sunt:
- A. Ganglionii axilari
 - B. Ganglionii occipitali
 - C. Ganglionii retroangulomandibulari
 - D. Ganglionii genieni
 - E. Ganglionii mastoidieni
5. CS Selectați maladiile infecțioase care pot provoca limfadenopatie cervico-facială:
- A. Boala Kawasaki
 - B. Boala Kikuchi
 - C. Mononucleoza infecțioasă
 - D. Maladia Hodgkin
 - E. Sindromul Konig
6. CM Marcați tabloul clinic local al limfadenitelor seroase:
- A. Periadenită
 - B. Subfebrilitate
 - C. Asimetria feței
 - D. Fluctuație
 - E. Adinamie

7. CM Selectați cu ce poate fi efectuat diagnosticul diferențial al limfadenitelor cronice:

- A. Chistul dermoid
- B. Limfogranulomatoza
- C. Boala „ghearelor de pisică”
- D. Sifilisul
- E. Periostitele

8. CM Selectați structura ganglionului limfatic:

- A. Capsula fibroelastică
- B. Zona corticală
- C. Vase limfatice
- D. Zona medulară
- E. Splina

9. CM Marcați cauza principală a limfadenitelor nespecifice:

- A. Procese inflamatorii odontogene
- B. Sifilisul
- C. Tuberculoza
- D. Mononucleoza infecțioasă
- E. Periostitele

10. CM Selectați tratamentul limfadenitei acute seroase:

- A. Antibacterian
- B. Antiinflamator
- C. Imunomodulatoare
- D. Incizie
- E. Drenare

Grila răspunsurilor corecte

1 – B	6 – B, C, E
2 – E	7 – A, B, C, D
3 – B	8 – A, B, D
4 – D	9 – A, E
5 – C	10 – A, B, C

BIBLIOGRAFIE

1. Railean S., Lupan I., Poștaru C., Bușmachiu I. *Curs practic de chirurgie orală și maxilo-facială pediatrică*, CEP „Medicina”, 2009, p. 85-94.
2. Țîbîrnă Gh. *Ghid clinic în oncologie.*, 2003, 823 p.
3. F.Baquero Artigao, T. Del Rosal Rabes, M.J. Garcia Miguel. Adenitis cervical // En Protocolos diagnostic-terapeuticos de la AEP: *Infectologia pediatrică*, 2010, p. 1-7.
4. Faly Konate M. N. *Aspects epidemiologique et cliniques des adenopathies cervicales*, These de medicine, 2015, p. 12-116, Disp:Keneya.net/fmpos/theses/2015/med/pdf/15M209.
5. Weinstock Michael S., Patel Neha A., Smith Lee P. Pediatric Cervical Lymphadenopathy. In: *Pediatrics in Review*. Vol. 39, Nr. 9, 2018, pp. 433-443.
6. Абрапина Ш.Ш., Садвокасова Л.М., Буржаноеа Д.М., Камбарова П.А., Куренюва Б.А. *Особенности течения лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей*. Г. Павлодар// Наука и Здравоохранение. 2012, 682 с.
7. Быков В.Л. *Частная гистология человека*. - СПб.: СОГИС, 2004, 298 с.
8. Годорожа Р.Д., Годорожа Н.М. *Опухоли головы и шеи у детей*. Кишинев. Штинца, 1980, 164 стр.
9. Дворецкий Л.И. *Лимфаденопатия: от синдрома к диагнозу* // „РМЖ”. №4, 2014, с. 310.
10. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. *Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учебник*. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008, 208 с.
11. Меликян А.Л. *Алгоритм диагностики неопухолевых лимфаденопатий* // Клиническая онкогематология. 2009, №4, с. 306-316.
12. Меликян А.Л., Ковригина А.М., Никитин Е.А. *Клинические рекомендации по диагностике лимфаденопатий*. Москва, 2014, 38 с.
13. Миранович С.И., Черченко Н.Н., Глинник А.В., Самсонов С.В. *Дифференциальная диагностика лимфаденопатий челюстно-лицевой области*, Минск, Современная стоматология, 2018, пр.1, с. 9-14.
14. Мустафа М.Ш., Батырбекова Ф.Р., Кужанов Д.Е. *Хирургическая стоматология детского возраста*. Нальчик, 2005, 115 стр.
15. Рогинский В.В. *Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей*. Москва, Детстомиздат, 1998, 255 стр.
16. Рябоконт Е.Н. *Острые лимфадениты челюстно-лицевой области у детей*. Харьков.
17. Сапин М.Р., Билич Г.Л. *Анатомия человека*. - М.: ОНИКС ХХ1 век, Мир и Образование, 2002, 431 с.