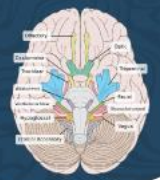


10-12 SEPTEMBRIE
EXCLUSIV ONLINE

APECTAREA NERVILOR CRANIENI ÎN PATOLOGIA ORL

VOLUM DE REZUMATE



COMITETE

Comitet Organizatoric:

Președinte

Prof. Dr. Constantin Zaharia

Prof. Dr. Gheorghe Iana

Prof. Dr. Șerban Gabriel Berteșteanu

Ș.L. Dr. Ana Magdalena Bratu

Comitet științific:

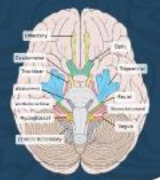
Președinte

Prof. Dr. Constantin Zaharia

Conf. Dr. Bogdan Valeriu Popa

Conf. Dr. Victorița Ștefănescu

Conf. Dr. Raluca Grigore



PROGRAM

A VI -A CONFERINȚA NAȚIONALĂ ORGANIZATĂ DE SIORL

- APECTAREA NERVILOR CRANIENI ÎN PATOLOGIA ORL -

Vineri, 10 septembrie 2021

SESIUNEA 1

Moderator: Prof. Dr. Constantin Zaharia

10.00-10.30 – Deschidere

10.30-11.00 – Anatomia radioimagistica a nervilor I, II SI III

Ana Magdalena Bratu, Iulia Alecsandra Salcianu, Victorita Stefanescu, Gh Iana, C Zaharia

11.00-11.30 - Anatomia radioimagistica a nervului V

Iulia Alecsandra Salcianu, Ana Magdalena Bratu, Victorita Stefanescu, Gh Iana, C Zaharia

11.30-12.00 - Anatomia radioimagistica a nervului VII

Ana Magdalena Bratu, Iulia Alecsandra Salcianu, Victorita Stefanescu, Gh Iana, C Zaharia

12.00-12.30 - Anatomia radioimagistica a nervilor cranieni cu rol in deglutitie

Andreea Marinescu, Alina Nicula, Gh. Iana

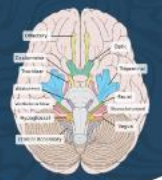
12.30-13.00 - Anatomia nervului vag si rolul sau in reabilitarea deglutitiei post laringectomie

Teodora DIACONU¹, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Anca CÎRSTEA^{1,1}, , Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, , Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹ ; Madalin MAGDAN¹, Alina Oancea^{1,2} Simona RUJAN¹, Ruxandra NEDELICU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Raluca GRIGORE^{1,2};

13.00-14.00 - l'IRM de tractographie des nerfs crâniens

Arnaud Attye, Grenoble

14.00-15.00 – Pauza de pranz



SESIUNEA 2

Moderator: SL Dr. Ana Magdalena Bratu

15.00-15.30 - Nervii cranieni în patologia ORL

Gabriela Mihăilescu

15.30-16.00 - Tumori rinosinusale - repere nervoase

Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,2}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Alina Oancea^{1,2}, Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Anca CÎRSTEA^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER¹, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELICU¹, Teodora DIACONU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹; Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Raluca GRIGORE^{1,2}

16.00-16.30 - Chiasma optica – repere anatomice in explorarea IRM

Ana Magdalena Bratu, Iulia Alecsandra Salcianu, Victorita Stefanescu, Gh Iana, C Zaharia

16.30-17.00 - Sinteza asupra literaturii privind evaluarea IRM in implicarea nervilor cranieni in tumorile nazofaringelui

Ioana G.Lupescu, Andrei Cristache, Cristina Al.Nicolae

17.00-17.30 - Manifestari clinice in cancerul de rinofaringe

Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Anca CÎRSTEA^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELICU¹, Teodora DIACONU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Alina Oancea^{1,2}, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹; Raluca GRIGORE^{1,2};

17.30-18.00 - Tulburari ale nervului olfactiv in patologia ORL pediatrica – aspecte radioimagistice

Radu Chindea, Loredana Pascu, Simona Pintilie-Gherghe, Madalina Lazar, Cristina Stefanescu, Ana Magdalena Bratu, Constantin Zaharia, Victorita Stefanescu

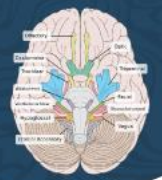
Sâmbătă, 11 septembrie 2021

SESIUNEA III

Moderator: Prof. Dr. Gheorghe Iana

9.00-9.30 - Pareza de nerv facial in patologia ORL

Ana Magdalena Bratu, Iulia Alecsandra Salcianu, Victorita Stefanescu, Gh Iana, C Zaharia

**9.30-10.00 - Diagnosticul leziunilor morfologice de nerv facial în chirurgia otomastoidiana**

Denisa Zica, Bizdu Alexandra, Elena Anghel, Emilia Diaconu, Viorel Zainea

10.00-10.30 - Hipoacuzia la copil – aspecte radioimagistice

Dorin Panait, Alexandru Grosu, Cristina Stefanescu, Carmina Liana Musat, Cristina Mihaela Popescu, Ana Magdalena Bratu, Constantin Zaharia, Victorita Stefanescu

10.30-11.00 - Paralizia nervului facial la pacientii pediatrici – aspecte radioimagistice

Loredana Pascu, Nicolae Sarbu, Cristina Mihaela Popescu, Ana Magdalena Bratu, Nicoleta Madalina Matei, Cristina Stefanescu, Constantin Zaharia, Victorita Stefanescu

11.00-11.30 - Managementul nervului facial in chirurgia tumorilor glomice

Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Raluca GRIGORE^{1,2}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Alina Oancea^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Anca CÎRSTEA¹, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER¹, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN¹, Ruxandra NEDELUCU¹, Teodora DIACONU¹, Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹; Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}

11.30-12.00 - Paraliziile nervului recurent în fonochirurgie

Viorel Zainea, Irina Gabriela Ioniță, Cătălina Pietroșanu, Andreea Rusescu, Raluca Oana Pulpă, Cristina Ancuța, Cristian Dragoș Ștefănescu, Răzvan Hainăroșie

12.00-12.30 - Echipa Audiolog-Chirurg Otorinolaringolog-Imagist în diagnosticul schwanomului vestibular

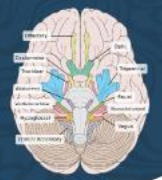
Simona Șerban, Andreea Marinescu, Emilia Diaconu, Andreea Rusescu, Raluca Oana Pulpă, Arthur Weisman, Răzvan Hainăroșie, Cristian Dragoș Ștefănescu

12.30-14.30 – Pauza de pranz**SESIUNEA IV**

Moderator: Conf. Dr. Raluca Grigore

14.30-15.00 - Repere anatomice ale spatiului parafaringian

Ruxandra Ioana NEDELUCU¹, Raluca GRIGORE^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU¹, Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Anca CÎRSTEA¹, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Teodora DIACONU¹, Ana LEULESCU¹, Vlad VOINICU¹, Alina Oancea^{1,2}, Valeria GUTULEAC¹, Catalin GHEORGHE¹, Zeinab SOROCEANU¹; Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA¹, Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Șerban BERTEȘTEANU¹



15.00-15.30 - Aspecte radioimagistice ale spatiilor parafaringiene

Ana Magdalena Bratu, Iulia Alecsandra Salcianu, Victorita Stefanescu, Gh. Iana, C. Zaharia

15.30-16.00 - Imagistica in afectiunile SNC responsabile de tulburarile de deglutitie

Andreea Marinescu, Alina Nicula, Gh. Iana

16.00-16.30 - Disfagia in patologia ORL la copil – aportul radioimagisticii

Victorita Stefanescu, Simona Pintilie-Gherghe, Ana Magdalena Bratu, Kamel Earar, Cristina Stefanescu, Aurel Nechita, Nicoleta Madalina Matei, Constantin Zaharia

16.30-17.00 - Diplopia in patologia ORL la copil – rolul radioimagisticii

Alexandru Grosu, Dorin Panait, Cristina Stefanescu, Ana Magdalena Bratu, Ana Maria Pelin, Aurel Nechita, Constantin Zaharia, Victorita Stefanescu

17.00-17.30 - Echipa Chirurg Otorinolaringolog-Imagist în evaluarea prechirurgicală a implantării cohlear

Andreea Marinescu, Emilia Diaconu, Angela Tonu, Iulia Coțofană Vîrgolici, Andreea Rusescu, Raluca Oana Pulpă, Răzvan Hainăroșie

17.30-18.00 - Expunerea lojei marilor vase cervicale și a structurilor nervoase (nv. X, nv. XII) în tehnicile chirurgicale cervicale conservative

Viorel Zainea, Irina Gabriela Ioniță, Cătălina Pietroșanu, Andreea Rusescu, Raluca Oana Pulpă, Cristina Ancuța, Asmara Tănase, Cristian Dragoș Ștefănescu, Răzvan Hainăroșie

Duminică, 12 septembrie 2021

SESIUNEA V

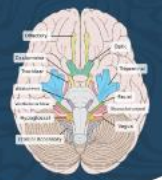
Moderator: Conf. Dr. Victorita Stefanescu

9.00-9.30 - Anatomia tiroidei

Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Raluca GRIGORE^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Anca CÎRSTEA^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELICU¹, Teodora DIACONU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Alina Oancea^{1,2}, Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹; Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}

9.30-10.00 - CT/IRM in patologia glandei tiroide

Iulia Alecsandra Salcianu, Victorita Stefanescu, Gh. Iana, C. Zaharia, Ana Magdalena Bratu

**10.00-10.30 - Complicatii si managementul lor in chirurgia tiroidei**

Paula BEJENARU^{1,2}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Ana LEULESCU¹, Vlad VOINICU¹, Valeria GUTULEAC¹, Catalin GHEORGHE¹, Zeinab SOROCEANU¹; Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Anca CÎRSTEA^{1,2}, Alina Oancea^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELICU¹, Teodora DIACONU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Raluca GRIGORE^{1,2}

10.30-11.00 - Invazia perineurala a tumorilor maligne din regiunea capului si gatului

Olga Medvedev, Mihaela Hedesiu, Anca Ciurea, Manuela Lenghel, H Rotar, C Dinu, R Roman, D Termure, C Csutak

11.00-11.30 - Traumatismele bazei de craniu

Ioana Gheonea, L. Florescu

11.30-12.00 - Aspecte ecografice ale nervilor cranieni in segmentele din regiunea cervicala

Manuela Lenghel, Carolina Solomon, H Rotar, C Dinu, S Ducea

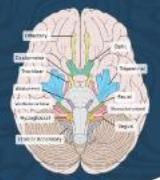
12.00-12.30 - Monitorizarea facialului în chirurgia conservativă a parotidei

Răzvan Hainăroșie, Cătălina Pietroșanu, Andreea Rutescu, Irina Gabriela Ioniță, Raluca Oana Pulpă, Viorel Zainea, Cristina Ancuța, Cristian Dragoș Ștefănescu

12.30-13.00 - Schwanomul vagal

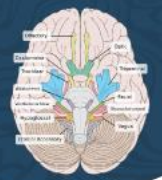
Anca CÎRSTEA^{1,2}, Raluca GRIGORE^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Gloria MUNTEANU^{1,2,3}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELICU¹, Teodora DIACONU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alina Oancea^{1,2}, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Ana LEULESCU¹, Vlad VOINICU¹, Valeria GUTULEAC¹, Catalin GHEORGHE¹, Zeinab SOROCEANU¹; Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}

13.00-13.30 - Inchiderea lucrarilor conferintei



CUPRINS

Rezumate	9
ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVILOR I, II SI III	9
ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVULUI TRIGEMEN.....	9
ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVULUI VII.....	10
ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVILOR CRANIENI CU ROL IN DEGLUTITIE	10
ANATOMIA NERVULUI VAG ȘI ROLUL SĂU ÎN REABILITAREA DEGLUTIȚIEI	10
L'IRM DE TRACTOGRAPHIE DES NERFS CRÂNIENS	11
NERVII CRANIENI ÎN PATOLOGIA ORL.	11
TUMORI RINOSINUSALE - REPERE NERVOASE	12
CHIASMA OPTICA REPERE ANATOMICE IN EXPLORAREA IRM	12
SINTEZA ASUPRA LITERATURII PRIVIND EVALUAREA IRM IN IMPLICAREA NERVILOR CRANIENI IN TUMORILE NAZOFARINGELUI.....	13
MANIFESTARI CLINICE IN CANCERUL DE RINOFARINGE	13
TULBURARI ALE NERVULUI OLFATIV IN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA – ASPECTE RADIOIMAGISTICE	14
PAREZA DE NERV FACIAL IN PATOLOGIA ORL	14
DIAGNOSTICUL LEZIUNILOR MORFOLOGICE DE NERV FACIAL ÎN CHIRURGIA OTOMASTOIDIANA.....	14
HIPOACUZIA LA COPIL – ASPECTE RADIOIMAGISTICE.....	15
PARALIZIA NERVULUI FACIAL LA PACIENȚII PEDIATRICI – ASPECTE RADIOIMAGISTICE	16
MANAGEMENTUL NERVULUI FACIAL IN CHIRURGIA TUMORILOR GLOMICE	16
PARALIZIILE NERVULUI RECURENT ÎN FONOCIRURGIE	17
ECHIPA AUDIOLOG-CHIRURG OTORINOLARINGOLOG-IMAGIST ÎN DIAGNOSTICUL SCHWANOMULUI VESTIBULAR	17
REPERE ANATOMICE ALE SPATIULUI PARAFARINGIAN	18
ASPECTE RADIOIMAGISTICE ALE SPATIILOR PARAFARINGIENE	19
IMAGISTICA IN AFECTIUNILE SNC RESPONSABILE DE TULBURARI DE DEGLUTITIE	19
DISFAGIA IN PATOLOGIA ORL LA COPIL – APORTUL RADIOIMAGISTICII	19
DIPLOPIA IN PATOLOGIA ORL LA COPIL – ROLUL RADIOIMAGISTICII.....	20
ECHIPA CHIRURG OTORINOLARINGOLOG-IMAGIST ÎN EVALUAREA PRECHIRURGICALĂ A IMPLANTĂRII COHLEAR	21
EXPUNEREA LOJEI MARILOR VASE CERVICALE ȘI A STRUCTURILOR NERVOASE (NV. X, NV. XII) ÎN TEHNICILE CHIRURGICALE CERVICALE CONSERVATIVE	21
ANATOMIA TIROIDEI.....	22
CT VS IRM IN PATOLOGIA GLANDEI TIROIDE	23
COMPLICATII SI MANGEMENTUL OLR IN CHIRURGIA TIROIDEI	23
INVAZIA PERINEURALA A TUMORILOR MALIGNNE DIN REGIUNEA CAPULUI SI GATULUI	24
IMAGISTICA ÎN TRAUMATISMELE BAZEI DE CRANIU.....	24
ASPECTE ECOGRAFICE ALE NERVILOR CRANIENI IN SEGMENTELE DIN REGIUNEA CERVICALA.....	25
MONITORIZAREA NERVULUI FACIAL ÎN CHIRURGIA CONSERVATIVĂ A PAROTIDEI.....	26
SCHWANOMUL VAGAL.....	26



REZUMATE

A VI-A CONFERINȚA NAȚIONALĂ ORGANIZATĂ DE SIORL AFECTAREA NERVILOR CRANIENI ÎN PATOLOGIA ORL

10-12 SEPTEMBRIE 2021 – EXCLUSIV ONLINE

ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVILOR I, II SI III

^{1,3}Ana Magdalena Bratu, ^{1,3}Iulia Sălcianu, ^{2,4}Victorița Ștefănescu, ^{1,3}Gh. Iana, ^{1,3}Constantin Zaharia

¹Spitalul Clinic Colțea București

²Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați

³UMF Carol Davila Bucuresti

⁴Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

În patologia ORL, de multe ori, ne confruntăm cu afecțiuni cu punct de plecare sau localizare în baza de craniu. Deși la prima vedere oftalmologia este o specialitate diferită de ORL, patologia se învârtă de multe ori.

Din această cauză am considerat ca un reminder al anatomiei nervilor I, II și III, deși aparent sunt entități separate, trebuie făcut pentru a înțelege fenomenele patologice întâlnite în patologia ORL.

ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVULUI TRIGEMEN

^{1,3}Iulia Aleksandra Salcianu, ^{1,3}Ana Magdalena Bratu, ^{2,4}Victorița Ștefănescu, ^{1,3}Gh Iana, ^{1,3}C. Zaharia

¹Spitalul Clinic Colțea București

²Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați

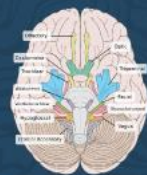
³UMF Carol Davila Bucuresti

⁴Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

Nervul trigemen reprezintă a cincea pereche de nervi cranieni, fiind cel mai voluminos nerv. Acesta este un nerv mixt și se numește astfel datorită celor trei ramuri terminale ale sale: n. Oftalmic, n. Maxilar și n. Mandibular.

Ramurile sale inervează tegumentul anterior al capului, al buzei superioare, pleoapelor și obrazului, al nasului, al regiunii temporale și barbă, mucoasa cavității nazale, corneea și glandele lacrimale, palatul moale, dinții, limba (fără receptorii gustativi), mușchilor masticatori, ai valului palatin și tensorii ai timpanului.

Lucrarea prezintă elementele de anatomie ale nervului, centrându-se pe ramurile sale și diviziunile terminale.



ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVULUI VII

^{1,3}**Ana Magdalena Bratu**, ^{1,3}**Iulia Sălcianu**, ^{2,4}**Victorita Stefanescu**, ^{1,3}**Gh. Iana**, ^{1,3}**Constantin Zaharia**

¹Spitalul Clinic Colțea București

²Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați

³UMF Carol Davila Bucuresti

⁴Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

Nervul facial este unul din cei mai complecsi nervi cranieni, atat ca structura, cat si ca traiect. Acest nerv cranian are multiple portiuni, fiecare dintre ele putand sa fie implicate intr-o patologie variata si diversa. In acelasi timp metoda cea mai fiabila de evidentiere a eventualelor procese patologice ale nervului VII depinde de portiunea de nerv implicate si suspicionata de a fi patologica din punct de vedere clinic.

ANATOMIA RADIOIMAGISTICA A NERVILOR CRANIENI CU ROL IN DEGLUTITIE

Sef lucrari Dr. Andreea Marinescu, Sef lucrari Dr. Alina Nicula , Prof. dr. Gh. Iana

Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti

UMF Carol Davila Bucuresti

Lucrarea urmareste a trece in revista traseele nervilor V, VII, IX, X, XI, XII prin imagini de inalta rezolutie CT si RM. S-au folosit pentru aceasta sectiuni CT axiale de grosime milimetrica in fereastra os / sectiuni axiale ale secventelor dedicate studiului nervilor cranieni (secvente hiperponderate T2 atat la 1,5T cat si la 3T, plus reconstrucții oblic-sagitale sau oblic-coronale multiplanare) / secvente angioCT si angioRM pentru demonstrarea raporturilor vasculo-nervoase, dar si diferite alte secvente RM cu relevarea utilitatii lor in depistarea leziunilor acestor nervi cranieni.

ANATOMIA NERVULUI VAG ȘI ROLUL SĂU ÎN REABILITAREA DEGLUTIȚIEI

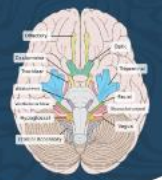
Elena Teodora DIACONU² , Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{1,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE² , Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIREȚEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU², Anca CÎRSTEA², Amer OTHMAN², Bianca TAHER² , Ana LEULESCU², Vlad VOINICU², Valeria GUȚULEAC², Cătălin GHEORGHE², Zeinab SOROCEANU², Mădălin MAGDAN², Alina Oancea^{1,2}, Simona RUJAN², Ruxandra NEDELICU², Cătălin MIHALCEA², Iulia VETRICEAN², Cristian PAVĂL², Alexandru-Gabriel ENEA², Irina OAȘĂ², Mihai TUDOSIE², Alexandru NICOLAESCU⁴, Raluca GRIGORE^{1,2}

1 - U.M.F. „Carol Davila” București - Facultatea de Medicină Generală – Departament ORL (România)

2 – Spitalul Clinic „Colțea” - Departament ORL (România)

3- Spitalul Militar Central Dr. Carol Davila

4- Spitalul de Urgență Prfesor Doctor Dimitrie Gerota



Introducere

Nervul vag este cel mai lung nerv cranian. Conține fibre motorii și senzoriale și, deoarece trece prin gât și torace până la abdomen, are cea mai largă distribuție în corp. Conține fibre aferente somatice și viscerale, precum și fibre eferente viscerale generale și speciale.

Material și metodă

Am studiat literatura pentru a identifica aspectele cheie ale anatomiei macroscopice, microscopice, anatomiei imagistice, variantelor anatomice dar și a variilor funcții pe care nervul vag le îndeplinește în organismul uman. Nervul vag își are originea în bulbul rahidian și iese din craniu prin foramenul jugular. Cei 4 nucleii ai nervului vag sunt nucleul ambiguu, nucleul motor dorsal, ganglionul superior și ganglionul inferior. Fibrele nervoase din nucleul ambiguu sunt fibre eferente, care ajută la medierea înghițirii și a fonației.

Concluzie: Astfel, integritatea nervului vag este esențială pentru o bună funcționare a deglutiției. Atât prin ramurile faringiene cât și prin cele esofagiene, nervul vag contribuie la actul deglutiției și este esențial în reabilitarea acesteia după intervențiile chirurgicale în sfera capului și a gâtului.

L'IRM DE TRACTOGRAPHIE DES NERFS CRÂNIENS

Arnaud Attye, Grenoble, CIREOL

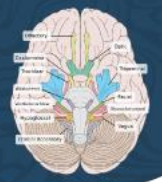
NERVII CRANIENI ÎN PATOLOGIA ORL

Gabriela Mihăilescu^{1,2}

1. UMF Carol Davila București

2. Spitalul Clinic Colentina București - Clinica de Neurologie

Nervii cranieni contribuie, prin funcțiile lor primare și prin conexiunile cu diferitele structuri ale sistemului nervos central la: percepția senzorială (miros, gust, auz, văz, echilibru), mers, fonație, vorbire, masticatie, deglutiție, respirație, integrarea organismului în mediul înconjurător, apărarea acestuia de factori nocivi, învățare și memorie. Toate cele 12 perechi de nervi cranieni pot fi implicate, într-o măsură mai mare sau mai mică, direct sau indirect, acut sau cronic, izolat sau în asociere, în patologia ORL. Dincolo de afectarea primară și izolată a uneia dintre perechile de nervi cranieni, este necesar un studiu amănunțit al conexiunilor funcționale ale respectivului nerv cranian, în vederea elucidării etiologiei proceselor patologice. Hipo- sau anosmia, paraosmia sau pantosmia, pierderea acuității vizuale, răul de mișcare, tulburările de echilibru și cele ale reflexelor de menținere a posturii, lipsa adaptării funcțiilor respiratorii și cardiovasculare la mișcare, tulburarea atenției vizuale, hipo- sau anestezia la nivelul feței, pareza facială periferică, hipo- sau hiperacuzia, surditatea, tinitusul, durerile la nivelul extremității cefalice (nevralgia de trigemen, glosodinia, faringodinia, cefaleea frontală), tulburările de deglutiție, masticatie și fonație vor fi analizate din perspectivă multidisciplinară, având în vedere faptul că, în multe cazuri, diagnosticul și tratamentul se bazează pe examinarea complexă neurologică, ORL, imagistică, oncologică, neurochirurgicală și/sau chirurgicală bucomaxilofacială. Ramul oftalmic al nervului trigemen are o importanță deosebită în anestezia și chirurgia ORL (piramidă nazală, septoplastie, rinoplastie), monitorizarea nervului facial intra operator este utilă în chirurgia glandelor parotide, stimularea nervilor vagi poate fi benefică în tratarea tinitusului, iar stimularea nervilor hipogloși în tratarea apneei obstructive din timpul somnului.



TUMORI RINOSINUSALE - REPERE NERVOASE

Catrinel SIMION-ANTONIE, Șerban BERTEȘTEANU, Gloria MUNTEANU, Mihnea CONDEESCU, Bogdan POPESCU, Luiza SIREȚEANU, Alina Oancea, Liliana NIȚU, Paula BEJENARU, Anca CÎRSTEA, Amer OTHMAN, Bianca TAHER, Madalin MAGDAN, Simona RUJAN, Ruxandra NEDELUCU, Teodora DIACONU, Catalin MIHALCEA, Iulia VETRICEAN, Cristian PAVAL, Alexandru-Gabriel ENEA, Irina OASA, Mihai TUDOSIE, Ana LEULESCU, Vlad VOINICU, Valeria GUTULEAC, Catalin GHEORGHE, Zeinab SOROCEANU, Alexandru NICOLAESCU, Raluca GRIGORE

1 – Spitalul Clinic Colțea, Clinica de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială, București, România

2 – U.M.F. "Carol Davila", București, România

3- Spitalul Universitar Militar Central de Urgență „Carol Davila”, București

4- Spitalul MAI Prof. Dr. Dimitrie Gerota

Introducere:

Tumorile rinosinusale reprezintă dezvoltări anormale de țesuturi care pot fi localizate la nivelul cavității nazale și a sinusurilor paranazale. Simptomatologia variază în funcție de localizarea tumorii și de obicei este legată de compresia nervilor cranieni, putând fi astfel întâlnite tulburări ale vederii, parestezii faciale, anosmie sau cefalee.

Cunoașterea reperelor nervoase reprezintă un aspect extrem de important în toate etapele de diagnostic și de tratament ale tumorilor rinosinusale.

Metode:

Revizia literaturii de specialitate cu accent pe reperele nervoase ale tumorilor din sfera ORL cu localizare rinosinusala.

Rezultate:

Localizarea tumorilor rinosinusale influențează în mod direct simptomatologia pacientului prin implicarea nervilor cranieni adiacenți. Diagnosticul, tratamentul și prognosticul pacientului sunt direct influențate de raportul dintre tumoră și nervii cranieni.

Concluzii:

Pentru a putea evalua tumorile rinosinusale, cunoașterea reperelor nervoase este foarte importantă. Simptomele pacientului, examenul clinic ORL, imagistica rinosinusala, toate ne ajută să înțelegem raportul tumorilor cu nervii cranieni, astfel încât să putem pregăti un plan terapeutic adecvat pacientului.

CHIASMA OPTICA REPERE ANATOMICE IN EXPLORAREA IRM

^{1,3}Ana Magdalena Bratu, ^{1,3}Iulia Sălcianu, ^{2,4}Victorita Stefanescu, ^{1,3}Gh. Iana, ^{1,3}Constantin Zaharia

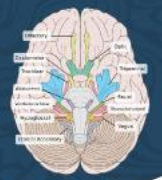
¹Spitalul Clinic Colțea București

²Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați

³UMF Carol Davila București

⁴Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

Lucrarea este o încercare de a prezenta structura și anatomia sectională a chiasmei optice. De asemenea sunt prezentate raporturile anatomice ale acesteia cu structurile de vecinătate, care pot constitui repere în vizualizarea acestui segment.



SINTEZA ASUPRA LITERATURII PRIVIND EVALUAREA IRM IN IMPLICAREA NERVILOR CRANIENI IN TUMORILE NAZOFARINGELUI

Ioana G.Lupescu, Andrei Cristache, Cristina Al.Nicolae

Radiologie, Imagistica Medicala si Radiologie interventionala, Institutul Clinic Fundeni, UMF Carol Davila, Bucuresti

Lucrarea isi propune sa faca o sinteza asupra celor mai semnificative articole de imagistica focalizate pe patologia tumorală a nazofaringelui cu implicarea nervilor cranieni, punctand cele mai importante aspecte legate de tehnica IRM de examinare, aspecte semiologice , diagnostic pozitiv si diferential precum si importanta unui rezultat imagistic standardizat. In incheiere, se vor discuta doua cazuri reprezentative pentru acest tip de patologie.

MANIFESTARI CLINICE IN CANCERUL DE RINOFARINGE

Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{2,3}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU², Anca CÎRSTEA^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELCU¹, Teodora DIACONU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Alina Oancea^{1,2}, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA¹, Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹; Raluca GRIGORE^{1,2};

1 – Spitalul Clinic Colțea, Clinica de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială, București, România

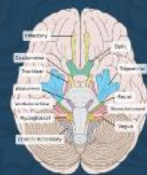
2 – U.M.F. “Carol Davila”, București, România

3- Spitalul Universitar Militar Central de Urgență „ Carol Davila”, București

4- Spitalul MAI Prof. Dr. Dimitrie Gerota

Cancerul rinofaringelui este o boală rară ce reprezintă aproximativ 1% din cancer și aproximativ 2% din cancerele cailor respiratorii superioare . Datele epidemiologice arată că afecțiunea poate să apară la orice vârstă având totuși varful incidentei la pacienții între 40-55 de ani și este mai frecventă la bărbați. Incidența cancerului rinofaringian este însă în creștere cu toate acestea diagnosticarea acestei boli este adesea dificilă. Tabloul clinic este de cele mai multe ori subtil și ușor de ignorat de pacient și medic, mai ales în stadiile incipiente . Cunoașterea semnelor și simptomelor determinate de modalitățile de debut (ganglionar, nazal, otic, neurologic) poate determina diagnosticarea precoce și îmbunătățirea ratei de supraviețuire. Afecțarea nervilor cranieni este des întâlnită , nervii VI,V,IV și III fiind cel mai frecvent implicați ducând la diplopie și parestezii . Tratamentul standard recomandat este iradierea curativă la care se poate adăuga chimioterapia . Prognosticul depinde de momentul diagnosticării, pacienții cu stadiul I și II de boală având rată de vindecare semnificativă doar prin radioterapie.

Cancerul rinofaringelui este o entitate distinctă mai ales în cadrul cancerelor din sfera ORL atât prin manifestările clinice cât și prin abordul terapeutic. Recunoașterea rapidă a simptomelor poate determina diagnosticarea în stadii incipiente și pot îmbunătăți semnificativ rata de supraviețuire a pacienților .



TULBURARI ALE NERVULUI OLFACTIV IN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA – ASPECTE RADIOIMAGISTICE

RADU CHINDEA^{1,3}, LOREDANA PASCU^{1,3}, SIMONA PINTILIE-GHERGHE³, MADALINA LAZAR³, CRISTINA STEFANESCU¹, ANA MAGDALENA BRATU², CONSTANTIN ZAHARIA², VICTORITA STEFANESCU^{1,3}.

¹Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați, România,

²Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila București, România

³Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Sf. Ioan” Galați

INTRODUCERE: Tulburările nervilor cranieni sunt afecțiuni mai puțin frecvente în patologia pediatrică și pot fi clasificate ca afecțiuni congenitale, inflamatorii, traumatice sau tumorale care implică nervul cranian însuși sau propagarea tulburării din organele adiacente. Cu toate acestea, determinarea cursului normal, precum și a anomaliilor, ale nervilor cranieni la copii și adolescenți este dificilă din cauza calibrului mic al nervului cranian, precum și a structurilor mici intracraniene și de la nivelul bazei craniului. Dacă se suspectează afectarea nervului cranian, evaluarea atentă a nervilor cranieni ar trebui să includă protocoale specifice de imagistică RM. Localizarea este un aspect important în imagistica nervului cranian și ar trebui să acopere întregul traseu și organele țintă cât mai mult posibil.

CONCLUZII: Cu ajutorul tehnicilor de imagistică prin rezonanță magnetică (RM) dezvoltate recent, care oferă rezoluție spațială mai mare și tehnici de imagistică rapidă, inclusiv imagini tridimensionale RM cu sau fără utilizarea agentului de contrast (gadolinium).

PAREZA DE NERV FACIAL IN PATOLOGIA ORL

^{1,3}Ana Magdalena Bratu, ^{1,3}Iulia Sălcianu, ^{2,4}Victorita Stefanescu, ^{1,3}Gh. Iana, ^{1,3}Constantin Zaharia

¹Spitalul Clinic Colțea București

²Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați

³UMF Carol Davila București

⁴Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Sf. Ioan” Galați

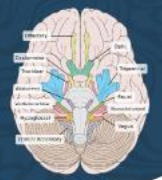
Lucrarea prezintă etiologia paraliziei de nerv facial, centrându-se pe afecțiunile ORL sau induse de intervențiile chirurgicale ORL.

Debutul lucrării se axează pe paraliza idiopatică, ținând cont că este cea mai frecventă cauză a acestei afecțiuni și trebuie făcut, chiar din punct de vedere a imagistului, un diagnostic diferențial cu celelalte paralizii faciale.

DIAGNOSTICUL LEZIUNILOR MORFOLOGICE DE NERV FACIAL ÎN CHIRURGIA OTOMASTOIDIANA

Zica Denisa¹, Bizdu-Branovici Alexandra¹, Anghel Elena², Diaconu Emilia³, Zainea Viorel^{1,2}

1. Universitatea de Medicina si Farmacie “Carol Davila”, bulevardul Eroii Sanitari nr 8 ,Bucuresti , Romania
2. Insitutul de fonoaudiologie si chirurgie functionala ORL “Profesor Doctor Dorin Hociota”
3. Regina Maria-rețeaua private de sănătate

**Introducere:**

Afectarea nervului facial poate cuprinde una sau toate componentele sale (motorie, senzitivă, senzorială sau autonom-vegetativă). Cauzele paraliziei faciale pot fi infecțioase, congenitale, post-traumatice, metabolice, vasculare, neoplazice, toxice sau iatrogene. În funcție de gradul de afectare nervoasă, leziunile se pot clasifica în neuropraxis, axonotmesis, neurotmesis. Topografia și cauza leziunii sunt importante în stabilirea ulterioară a tratamentului. În mastoidectomiile clasice, nervul facial este cel mai frecvent afectat în porțiunea mijlocie a segmentului III a traiectului intrapietros. Tratamentul chirurgical al nervului facial cuprinde decompresia nervului facial cu frezarea canalului Fallope, dar și incizarea tecii neuroase, iar în cazul dilacerării nervoase se poate realiza sutura nervoasă ori alăturarea celor două capete nervoase ce vor fi ținute în contact prin aplicare de plasmă, fibrinogen, trombină concentrată sau adezive sintetice, schimbarea traiectului nervos ori greșarea.

Materiale și metode:

Localizarea leziunilor nervului facial se realizează prin evaluarea clinică a pacientului în vederea stabilirii diagnosticului topografic al leziunii și confirmarea acestora prin efectuare de CT și RMN. Scopul acestei prezentări este de a evidenția necesitatea unei colaborări între chirurgul otolog și medicul radiolog în diagnosticul leziunilor nervului facial.

Rezultate și concluzii:

Utilizarea atât a RMN-ului, cât și a CT-ului în diagnosticul leziunilor morfologice de nerv facial la nivelul regiunii otomastoidiene este necesară pentru stabilirea cauzei, dar și pentru un tratament corect indicat.

Cuvinte cheie: nerv facial, chirurgia otomastoidiană

HIPOACUZIA LA COPIL – ASPECTE RADIOIMAGISTICE

DORIN-GABI PANAIT^{1,3}, ALEXANDRU GROSU^{1,3}, CRISTINA ȘTEFĂNESCU¹, CARMINA LIANA MUȘAT², CRISTINA MIHAELA POPESCU^{1,3}, ANA MAGDALENA BRATU², CONSTANTIN ZAHARIA², VICTORIȚA ȘTEFĂNESCU^{1,3}

¹Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați, România,

²Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila București, România

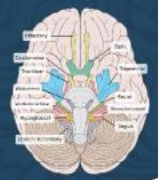
³Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

INTRODUCERE:

Hipoacuzia reprezintă deficitul senzorial cel mai frecvent întâlnit la om: afectează 8 – 10 % din populație și aproximativ 1 din 1000 nou-născuți este surd. Datele OMS susțin că în România există aproximativ 1 milion de hipoacuzici.

Atunci când urechea externă sau medie nu poate transmite bine sunetul, această hipoacuzie se numește de transmisie. Când celulele ciliate ale cohleei lipsesc sau sunt distruse, această hipoacuzie se numește neurosenzorială. Acest lucru poate fi cauzat pe cale genetică, sau ca rezultat al unui traumatism la nivelul capului, expunere la sunete puternice, sau alți factori de mediu. Hipoacuzia neurosenzorială este de asemenea o parte normală a procesului de îmbătrânire. Hipoacuzia mixtă este o combinație între hipoacuzia neurosenzorială și cea de transmisie. Este rezultată din probleme la nivelul urechii interne medii și externe. Atunci când nervul auditiv este distrus sau lipsește, această hipoacuzie se numește neurală.

CONCLUZII: Examenle radioimagistice și mai ales explorarea prin rezonanță magnetică și tomografie computerizată trebuie efectuate în raport cu datele și suspiciunile clinice.



PARALIZIA NERVULUI FACIAL LA PACIENȚII PEDIATRICI – ASPECTE RADIOIMAGISTICE

LOREDANA PASCU^{1,3}, NICOLAE SARBU^{1,3}, CRISTINA MIHAELA POPESCU^{1,3}, ANA MAGDALENA BRATU², NICOLETA MADALINA MATEI^{1,3}, CRISTINA ȘTEFĂNESCU¹, CONSTANTIN ZAHARIA², VICTORIȚA ȘTEFĂNESCU^{1,3}

¹Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați, România,

²Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila București, România

³Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

INTRODUCERE: Lucrarea își propune trecerea în revistă a principalelor patologii (congenitale sau dobândite) întâlnite la copii ce pot determina apariția parezei faciale, având etiologii semnificativ diferite față de cele întâlnite la pacienții adulți. Din punct de vedere anatomic, traiectul nervului facial la copii este asemănător cu cel întâlnit la adulți, cu excepția porțiunii de la nivelul foramen stilomastoid (la copii, va fi poziționat mai medial și inferior față de mastoidă). Cunoscând particularitățile traiectului nervului facial, se poate alege cea mai bună investigație și prevenirea iradierii suplimentare la pacienții pediatrici. Investigațiile radio-imagistice efectuate la pacienții pediatrici au identificat cele mai frecvente cauze de paraliză facială întâlnite la copii și anume, cele idiopatice (paralizia Bell), infecțiile virale și inflamațiile din otita externă și cea medie acută.

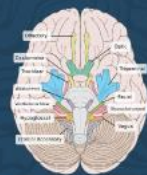
CONCLUZII: În această lucrare se evidențiază aspecte caracteristice întâlnite în investigațiile radio-imagistice realizate la pacienți pediatrici cu paralizie de nerv facial corelate cu anumite caracteristici semiologice. De asemenea, se pune în evidență necesitatea existenței unei cât mai bune colaborări clinician-imagist.

MANAGEMENTUL NERVULUI FACIAL ÎN CHIRURGIA TUMORILOR GLOMICE

Gloria-Simona MUNTEANU 1,2; Oana-Alexandra PAUN 3; Raluca GRIGORE 2,3; Mihnea COJOCARITA CONDEESCU 2; Catrinel Beatrice SIMION-ANTONIE 2,3; Paula-Luiza BEJENARU 2,3; Luiza SIRETEANU 2,3; Liliana NITU 2,3; Alina OANCEA 2,3; Anca Ionela CIRSTEA 2,3; Amer OTHMAN 2,3; Bianca Petra TAHER 2,3; Simona Andreea RUJAN 2,3; Madalin MAGDAN 2,3; Ruxandra Ioana NEDELICU 2,3; Teodora Elena DIACONU 2,3; Iulia VETRICEAN 2,3; Alexandru Gabriel ENEA 2,3; Irina Doinita OASA 2,3; Mihai TUDOSIE 2,3; Alexandru NICOLAESCU 2,4; Romeo COSTIN 1,2; Serban Vifor Gabriel BERTESTEANU 2,3.

1. University Emergency Central Military Hospital "Dr. Carol Davila – E.N.T. Clinic
2. E.N.T. Head & Neck Surgery Department - „Dr. Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy - General Medicine Faculty – Bucharest, ROMANIA
3. E.N.T. Head & Neck Surgery Clinic - „Colțea” Clinical Hospital Bucharest, Romania
4. E.N.T. Clinic – “Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Emergency Hospital, Bucharest, Romania

Atât fosa infratemporală de tip A (IFT – A), cât și abordurile transcochleare modificate necesită redirecționarea nervului facial pentru a maximiza expunerea chirurgicală. IFT-A a fost introdus de Fisch în 1978. Porțiunea intratemporală a nervului facial și urechea medie obstrucționează expunerea completă a zonei foramenului jugular și a porțiunii verticale a arterei carotide interne (ICA). În consecință, în această procedură, conținutul urechii medii trebuie îndepărtat și nervul trebuie redirecționat. Aceste manevre permit un acces larg la foramenul jugular și la compartimentele infralabirintice și apicale ale osului temporal. De asemenea, poate fi obținut controlul asupra



segmentului vertical intrapietros al Arterei carotid interne și fosa dură posterioară. Două tehnici diferite de redirecționare anterioară sunt descrise în literatură: redirecționarea lungă și scurtă.

Abordarea transcoleară, descrisă inițial de House și Hitselberger în 1973 și modificată de Sekhar și Estonillo în 1986, implică redirecționarea posterioară a nervului facial. În 1992, Sanna și colegii, au propus modificări suplimentare și combinații cu alte abordări - sistemul de abordări transcolectare modificate. În toate aceste proceduri, nervul facial este principalul obstacol în calea extinderii anterioare a abordării. Redirecționarea posterioară este obligatorie pentru a obține cel mai larg acces la clivus până la cisterna prepontină.

Modalitatea utilizată pentru redirecționarea nervului facial are o influență directă asupra rezultatului funcțional final. Rezultatele din literatură arată că rezultatele mai bune ale nervului facial sunt asociate cu tehnica anterioară decât cea posterioară a redirecționării.

PARALIZIILE NERVULUI RECURENT ÎN FONOCIRURGIE

Viorel Zainea^{1,2}, Irina-Gabriela Ioniță^{1,2}, Cătălina Pietroșanu^{1,2}, Andreea Rusescu¹, Raluca-Oana Pulpă¹, Cristina Ancuța², Cristian Dragoș Ștefănescu^{1,2}, Răzvan Hainăroșie^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"

2. Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă"

Rezumat:

Microchirurgia corzii vocale se practică astăzi cu tehnologii endoscopice ce pot fi asociate cu tehnologia LASER CO2.

Pe lângă multiplele avantaje pe care fonochirurgia asociată cu tehnologia LASER CO2 le are în ceea ce privește abordul leziunilor laringiene inflamatorii (laringite cornice) și tumorale (benigne, pre-maligne și maligne), acest tip de chirurgie poate fi utilizat în managementul paralizii nervului laringeu recurent.

Abordul chirurgical (fie prin tehnică deschisă, fie abord endoscopic) este recomandat la 12 luni de la instalarea paraliziei unilaterale de nerv laringeu recurent și este precedat de o examinare electromiografică.

Lucrarea prezintă exemplifică experiența autorilor în managementul paraliziei de nerv laringeu recurent prin microchirurgie laringiană asociată cu LASER CO2 în cadrul IFACF-ORL "Profesor Dr. D. Hociotă".

Cuvinte cheie: microchirurgie laringiană; paralizie; nerv laringeu recurent

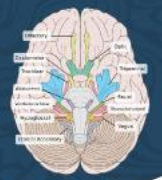
ECHIPA AUDIOLOG-CHIRURG OTORINOLARINGOLOG-IMAGIST ÎN DIAGNOSTICUL SCHWANOMULUI VESTIBULAR

Simona Șerban^{1,2}, Andreea Marinescu^{1,2}, Emilia Diaconu³, Andreea Rusescu¹, Raluca-Oana Pulpă¹, Arthur Weisman^{1,2}, Răzvan Hainăroșie^{1,2}, Cristian Dragoș Ștefănescu^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"

2. Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă"

3. Regina Maria-rețeaua private de sănătate



Introducere: Neurinomul de acustic este o tumoră benignă cu creștere lentă, care se dezvoltă din celulele Schwann ale nervului acustico-vestibular. Tumora este cel mai adesea unilaterală și se manifestă clinic prin scăderea progresivă a auzului, uneori SBI, tinitus, vertij sau dezechilibru. Diagnosticul precoce este uneori dificil de realizat datorită simptomatologiei ignorate de pacient, precum tinitusul inconstant sau hipoacuzia unilaterală progresivă fără impact asupra comunicării în viața socială a acestuia.

Materiale și metode: Lucrarea de față are ca rol evidențierea importanței colaborării între audiolog, chirurgul ORL și imagist. Detecția timpurie a acestei patologii tumorale presupune atenție deosebită asupra unei simptomatologii variate, precum hipoacuzia, în special cea asimetrică, tinitusul sau vertijul sub diferite forme, paroxistic recurent, pozițional sau Meniere like. Diagnosticul de certitudine este stabilit prin intermediul investigațiilor imagistice de înaltă performanță, RMN cu substanță de contrast a conductului auditiv intern fiind gold standard în diagnosticul NA. Managementul neurinomului de acustic depinde de dimensiunea acestuia și de simptomatologie și are 3 direcții: abordare conservativă (cu repetarea imagisticii la 6-12 luni), radioterapie și chirurgie.

Rezultate și concluzii: Diagnosticul de certitudine al schwannomului acustico-vestibular se pune pe baza investigațiilor imagistice. Indicele înalt de suspiciune pe care îl ridică medicul otorinolaringolog pe baza simptomatologiei pacientului permite diagnosticul precoce al afecțiunii.

Cuvinte cheie: schwannom vestibular, gold standard RMN

REPERE ANATOMICE ALE SPATIULUI PARAFARINGIAN

Ruxandra Ioana NEDELCU¹, Raluca GRIGORE^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU¹, Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU¹, Anca CÎRSTEA¹, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Teodora DIACONU¹, Ana LEULESCU¹, Vlad VOINICU¹, Alina Oancea^{1,2}, Valeria GUTULEAC¹, Catalin GHEORGHE¹, Zeinab SOROCEANU¹, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Alexandru-Gabriel ENEA¹, Irina OASA¹, Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Șerban BERTEȘTEANU¹

¹ Clinical Hospital "Coltea" Bucharest – ENT department (ROMANIA)

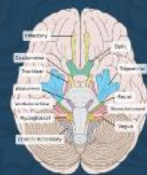
² U.M.F. "Dr. Carol Davila" Bucharest – Faculty of Medicine – ENT department (ROMANIA)

³ Dr. Carol Davila Central Military Emergency University Hospital (ROMANIA)

⁴ Dr. Professor Dimitrie Gerota Emergency Hospital (ROMANIA)

Introducere: Spatiul parafaringian reprezintă o zonă anatomică complexă atât prin structură și organizare, cât și prin patologia întâlnită la acest nivel. Spatiul parafaringian este un spațiu profund al gâtului cu forma unei piramide inversate, unde pantecele posterior al mușchiului digastric și osul hioid formează vârful piramidei, iar baza acestuia fiind formată de către baza craniului și osul temporal. La nivelul acestui spațiu se regăsesc artera carotidă și vena jugulară internă, nervii vag, glosfaringian și hipoglos, precum și lanțul ganglionar simpatic. De asemenea, acest spațiu profund conține și lanțul ganglionar cervical în porțiunea sa superioară și porțiunea retromandibulară a glandei parotide.

Chirurgii pot fi familiarizați cu forma precedentă a nomenclaturii, conform căreia spațiul parafaringian era divizat în spațiul prestiloidian (anterior) și spațiul poststiloidian (posterior). În prezent, spațiul poststiloidian este considerat ca fiind spațiul carotidian iar spațiul prestiloidian reprezintă adevăratul spațiu parafaringian. Cunoașterea anatomiei spațiilor fasciale ale capului și gâtului constituie suportul



intelegerii etiologiei, dismeninarii, simptomatologiei si complicatiilor variatelor procese patologice aparute la acest nivel.

Materiale si metode: In aceasta lucrare propunem un studiu in detaliu asupra reperelor anatomice ale spatiului parafaringian. Datele sunt raportate din literatura de specialitate recenta.

Concluzii: Spatiul parafaringian este un spatiu profund suprahioidian ce contine in mare parte tesut adipos si este delimitat de catre alte spatii fasciale ale gatului. Cunoasterea anatomiei spatiului parafaringian este esentiala pentru o precizie ridicata a diagnosticarii si a tratarii patologiilor intalnite la acest nivel.

ASPECTE RADIOIMAGISTICE ALE SPATIILOR PARAFARINGIENE

^{1,3}Ana Magdalena Bratu, ^{1,3}Iulia Sălcianu, ^{2,4}Victorita Stefanescu, ^{1,3}Gh. Iana, ^{1,3}Constantin Zaharia

¹Spitalul Clinic Colțea București

²Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați

³UMF Carol Davila Bucuresti

⁴Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

Lucrarea prezintă anatomia secțională CT și IRM a spațiilor cervicale peri și parafaringiene. Sunt precizate delimitarea, raporturile acestor spații atât între ele, cât și cu entitățile anatomice de vecinătate. De asemenea trebuie cunoscut conținutul acestor spații, având în vedere diversitatea anatomică structurală a regiunii.

În acest fel se pot localiza precis diversele procese patologice și se pot urmări căile de extensie a acestora.

Regiunea este deosebit de complexă prin conexiunea dintre căile aeriene și digestive superioare, structurile vasculare și nervii care se întâlnesc la acest nivel.

IMAGISTICA IN AFECTIUNILE SNC RESPONSABILE DE TULBURARI DE DEGLUTITIE

Sef lucrari Dr. Andreea Marinescu, Sef lucrari Dr. Alina Nicula , Prof. dr. Gh. Iana

UMF Carol Davila Bucuresti

Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti

Lucrarea are ca obiectiv principal prezentarea cauzelor centrale ale parezilor/paraliziilor nervilor cranieni IX, X, XII, incluzand si leziunile supranucleare, cu exemplificare prin imagini CT/RM. In plus, se enumera si se exemplifica cauzele extranevraxiale de afectare a acestor nervi, de la afectarea leptomeningeala pana la interesarea foramenului jugular. Cazuistica este selectata din arhiva Clinicii de radiologie si Imagistica medicala SUUB. Odata cu prezentarea cazurilor, se releva utilitatea tipurilor de secvente RM in diagnosticul imagistic al tulburarilor de deglutitie.

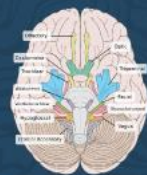
DISFAGIA IN PATOLOGIA ORL LA COPIL – APORTUL RADIOIMAGISTICI

Victorita Stefanescu^{1,3}, Simona Pintilie-Gherghe³, Ana Magdalena Bratu², Kamel Earar¹, Cristina Stefanescu¹, Aurel Nechita^{1,3}, Nicoleta Madalina Matei^{1,3} Constantin Zaharia²

1.Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați, România,

2.Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila București, România

3.Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

**INTRODUCERE:**

Disfagia este un termen general folosit pentru a descrie incapacitatea de a transporta alimentele în mod corespunzător de la gură la stomac. Deglutiția are un prim timp bucal ce constă în sectionarea alimentelor, umezirea cu saliva, cu alcătuirea bolului alimentar, care este proiectat posterior. Urmează un timp faringian și unul esofagian. Primul timp este voluntar, timpul faringian și cel esofagian, sunt involuntare (reflexe).

Căile aferente ale reflexului deglutiției sunt alcătuite din: trigemen, glosofaringian și nervul laringeu superior, iar cele eferente: hipoglos, trigemen, glosofaringian, vag. Partea centrală de închidere a arcului reflex este alcătuită din nucleii situați în planșeul ventriculului IV. Disfagia faringeană mecanică se realizează atunci când există obstacole mecanice, patologice (tumori, corpi străini) sau când ocluzia orificiilor de comunicare a faringelui cu spațiile vecine nu este realizată complet. Sindroame genetice cauzatoare de disfagie sunt sindroamele Down, Pierre Robin, Prader Willi, Rett, Treacher Collins. În aceste sindroame sunt asocieri de anomalii structurale de tip buza despiciată și sau la nivelul palatului cu alte anomalii cranio-faringiene, laringomalacie, fistula traheoesofagiană, atrezie esofagiană, atrezie choanala.

CONCLUZII: Diagnosticul afecțiunii este clinico-imagistic folosind diverse metode radioimagistice. Disfagia la copii prezintă adesea o provocare dificilă de diagnostic.

DIPLOPIA ÎN PATOLOGIA ORL LA COPIL – ROLUL RADIOIMAGISTICII

ALEXANDRU GROSU^{1,3}, DORIN-GABI PANAIT^{1,3}, CRISTINA ȘTEFĂNESCU¹, ANA MAGDALENA BRATU², ANA MARIA PELIN¹, AUREL NECHITA^{1,3}, CONSTANTIN ZAHARIA², VICTORIȚA ȘTEFĂNESCU^{1,3}

¹Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea "Dunărea de Jos", Galați, România,

²Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România

³Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan", Galați

INTRODUCERE:

Diplopia este un simptom oftalmologic interpretat de pacient ca vederea dublă a aceluiași obiect din câmpul vizual. O provocare în stabilirea prezenței simptomului, o reprezintă copilul mic, la care diplopia se poate manifesta sub forma micșorării fanțelor palpebrale, acoperirii frecvente a unui ochi sau ajustării poziției capului, observații relatate, de regulă de părinți.

Cauzele diplopiei pot fi *locale*, din sfera patologiilor otorinolaringiene, oftalmologice, neuromusculare sau din boli *sistemice* (tireotoxicoză), cu anumite particularități de anatomie și incidență la copil. După stabilirea certă a prezenței diplopiei la copil, excluderea altor simptome care o pot mima și după consulturi interdisciplinare, medicul decide completarea investigațiilor, printre primele la care se apelează fiind radio-imagistica.

CONCLUZII:

Examinarea imagistică în cazul diplopiei, are rolul primordial de stabilire sau excludere a unor cauze, evaluarea extensiei și severității, și eventual, de formare a unui plan de tratament.

În continuare, se vor analiza aspectele imagistice ale patologiilor ORL cele mai frecvent întâlnite la copil asociate cu diplopia, în scopul evidențierii legăturii cauză - efect.



ECHIPA CHIRURG OTORINOLARINGOLOG-IMAGIST ÎN EVALUAREA PRECHIRURGICALĂ A IMPLANTĂRII COHLEAR

Andreea Marinescu^{1,2}, Emilia Diaconu³, Angela Ton², Iulia Coțofană Vîrgolic², Andreea Rusescu¹, Raluca Oana Pulpă¹, Răzvan Hainăroșie^{1,2}

1. Universitatea de Medicina și Farmacie "Carol Davila"
2. Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă"
3. Regina Maria-rețeaua private de sănătate

Implantul cohlear este o intervenție chirurgicală electivă. Criteriile imagistice împreună cu cele audiologice sunt esențiale în selecția pacienților.

Computerul tomograf și rezonanța magnetică de stâncă temporală și unghi pontocerebelos sunt evaluările imagistice de elecție și interdependente, realizate în cadrul pregătirii preoperatorii a pacientului propus pentru intervenția de implant cohlear.

Computerul tomograf de stâncă temporală trebuie să îndeplinească condițiile tehnice de achiziție a imaginilor de până la 0,6mm și să evidențieze posibile grade de osificare cohleare sau alte particularități de structură osoasă locală ce ar putea determina dificultăți ale procedurii chirurgicale sau ar putea chiar contraindica implantarea cohleară.

Rezonanța magnetică de stâncă temporală și unghi pontocerebelos vine în completarea tomografiei computerizate și ar trebui să conțină secvențe de difuzie cu rolul de a realiza o evaluare a nervului auditiv și de a exclude existența unui colesteatom.

Prezenta lucrare își propune să sublinieze importanța unei bune comunicări la nivel de echipă chirurg otorinolaringolog- medic imagist în selectarea și pregătirea pacienților ce vor beneficia de implantare cohleară astfel încât chirurgul să își poate proiecta diverse scenarii în cazuri dificile, în special pentru cele cu malformații de ureche internă și osificări la nivelul cohleei cu diverse etiologii. Obiectivul central al acestor demersuri este maximizarea rezultatelor funcționale ale implantului cohlear cu impact pozitiv asupra calității vieții sociale, familiale și profesionale a pacientului.

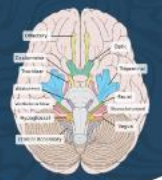
Cuvinte cheie: implant cohlear, criterii imagistice, evaluare imagistică preoperatorie

EXPUNEREA LOJEI MARILOR VASE CERVICALE ȘI A STRUCTURILOR NERVOASE (NV. X, NV. XII) ÎN TEHNICILE CHIRURGICALE CERVICALE CONSERVATIVE

Viorel Zainea^{1,2}, Irina-Gabriela Ioniță^{1,2}, Cătălina Pietroșanu^{1,2}, Andreea Rusescu¹, Raluca-Oana Pulpă¹, Cristina Ancuța², Asmara Tănase², Cristian Dragoș Ștefănescu^{1,2}, Răzvan Hainăroșie^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"
2. Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă"

Introducere: Chirurgia cervicală reprezintă o chirurgie de mare risc având în vedere numeroasele elemente nervoase și vasculare de la nivel cervical. Identificarea și expunerea marilor vase cervicale (artera carotidă, vena jugulară) este timpul critic al disecției și momentul cheie al intervenției chirurgicale.



Material și metode: Lucrarea de față dorește să ilustreze tehnica disecției chirurgicale “conservative”, cu respectarea planurilor anatomice și a elementelor de risc anatomic și chirurgical (structuri nervoase și vasculare). Tehnica de disecție și tehnologiile utilizate sunt exemplificate prin documentare foto pre-, intra- și postoperatorie.

Rezultate și concluzii: Chirurgia cervicală conservatoare presupune o cunoștere temeinică a anatomiei cervicale, tehnică bună de disecție - “plan cu plan”, tehnologii chirurgicale moderne cu impact minim asupra țesuturilor sănătoase și structurilor vasculare și nervoase și respect față de elementele anatomice abordate.

Cuvinte cheie: chirurgie cervicală, nerv vag, chirurgie conservatoare

ANATOMIA TIROIDEI

Alexandru-Gabriel ENEA¹, Raluca GRIGORE^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU¹, Liliana NIȚU^{1,2}, Alexandru NICOLAESCU^{1,4}, Paula BEJENARU¹, Anca CÎRSTEA^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELICU¹, Teodora DIACONU^{1,2}, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL¹, Irina OASA Mihai TUDOSIE¹, Alina Oancea^{1,2}, Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹; Șerban BERTEȘTEANU^{1,2};

1. Spitalul Clinic Colțea – Secția ORL – București – România
2. Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” – București
3. Spitalul Universitar de Urgență Militar Central “Dr. Carol Davila” – Secția ORL – București
4. Spitalul de Urgență MAI “Prof. Dr. Dimitrie Gerota” – Secția ORL – București

Introducere:

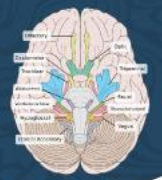
Glanda tiroidă este o structură endocrină localizată în regiunea cervicală anterioară, cu rol major în reglarea ratei metabolice a organismului, cu raporturi anatomice importante, dar și cu o patologie chirurgicală frecventă, motiv pentru care anatomia acesteia trebuie detaliată și studiată în amănunt pentru a asigura o soluție terapeutică de succes.

Materiale și metode:

Pentru realizarea lucrării au fost analizate date din literatura de specialitate din multiple surse biografice, dar și din articole din revistele de profil sau platformele on-line (Mayo Clinic, UpToDate, NCBI, NEJM etc).

Rezultate:

Glanda tiroidă este un organ nepereche, proiectat la nivelul vertebrelor C5-T1, de forma literei „H”, ce cântărește aproximativ 15-20g, alcătuită din doi lobi, uniți printr-un istm îngust, aderent la inelele traheale 2-4 și învelită de o capsulă fibroasă. Având în vedere localizarea relativ superficială, aceasta permite explorarea palpatorie și imagistică, cel mai accesibil prin ultrasonografie. Raporturile tiroidei sunt cele care dau dificultatea abordului chirurgical, anterior fiind în vecinătate cu musculatura subhioidiană, venele jugulare anterioare, lateral cu loja jugulo-carotidiană (a. carotida comună, v. jugulară internă și n. vag), posterior cu cartilajul tiroid, cricoid și traheea și postero-medial cu șanțul traheo-esofagian, ce conține ganglioni limfatici, nn. laringei recurenți și glandele paratiroidiene. Vascularizația arterială este dată de a. tiroidiană superioară (ram din a. carotidă externă) și de către a. tiroidiană inferioară (ram din trunchiul tiro-cervical), iar cea venoasă este asigurată de vv. omonime.



Vascularizația limfatică este realizată prin ganglionii peritiroidieni, ce drenează în stația ganglionară VI. Inervația simpatică provine din ganglionii cervicali superiori, mijlocii și inferiori. De asemenea, glanda tiroidă poate prezenta o mare varietate anatomică, precum hemiagenezie lobară, lob piramidal, chist de tract tireoglos, glandă tiroidă accesorie sau tubercul Zuckerkandl.

Concluzii:

Glanda tiroidă este un organ cu o funcție indispensabilă în organism, cu anatomie și raporturi complexe, ce necesită o bună cunoaștere în vederea conduitei terapeutice chirurgicale.

CT VS IRM IN PATOLOGIA GLANDEI TIROIDE

^{1,3}**Iulia Aleksandra Salcianu**, ^{2,4}**Victorița Stefănescu**, ^{1,3}**Gh. Iana**, ^{1,3}**C. Zaharia**, ^{1,3}**Ana Magdalena Bratu**

¹Spitalul Clinic Colțea București

²Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos din Galați

³UMF Carol Davila București

⁴Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați

Glanda tiroidă este una dintre cele mai voluminoase glande de secreție internă din organismul omului. Funcția glandei tiroide este strâns legată de metabolismul de iod în organism.

Explorarea radioimagică oferă informații anatomice importante, permite evaluarea patologiei și a extensiei bolii la țesuturile adiacente.

Lucrarea încearcă să stabilească rolul și locul fiecărei metode de explorare, tomografie computerizată și imagistică prin rezonanță magnetică, în protocolul de investigare a glandei în raport cu tipul de patologie.

În patologiile glandei tiroide metodele însă nu și-au găsit o aplicare largă, ea se efectuează în unele cazuri neclare, când este necesară o informație mai amplă și mai exactă despre patologia nodulară tiroidiană, îndeosebi, despre integritatea capsulei.

Ecografia este metoda imagistică de primă intenție în explorarea glandei tiroide, fiind considerată actualmente cea mai sensibilă metodă de investigare a parenchimului tiroidian.

COMPLICATII SI MANGEMENTUL OLR IN CHIRURGIA TIROIDEI

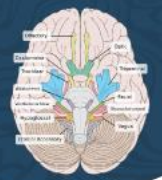
Paula BEJENARU^{1,2}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Ana LEULESCU¹, Vlad VOINICU¹, Valeria GUTULEAC¹, Catalin GHEORGHE¹, Zeinab SOROCEANU¹, Luiza SIRETEANU¹, Liliana NIȚU^{1,2}, Anca CÎRSTEA^{1,2}, Alina OANCEA^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELICU¹, Teodora DIACONU^{1,2}, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICEANU¹, Cristian PAVAL^{1,2}, Alexandru Gabriel ENEA¹, Irina OASA¹, Mihai TUDOSIE¹, Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Raluca GRIGORE^{1,2};

¹ Spital Clinic Coltea, București – Departamentul de O.R.L

² Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București – Departamentul de O.R.L

³ Spitalul de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila, București – Departamentul de O.R.L

⁴ Spitalul de urgență MAI Prof. Dr. Dimitrie Gerota, Bucharest – Departamentul de O.R.L



Deși în trecut, tiroidectomia totală a fost interzisă, în ziua de azi, este o procedură des întâlnită și efectuată în deplină siguranță; totuși, chirurgul trebuie să ia în considerare ratacomplicațiilor posibile deoarece această glandă are particularități anatomice și fiziologice ce pot influența și pune în pericol viața pacientului.

Tiroidectomia totală, cu o prevalență mare în rândul sexului feminin (unii autori raportează >80%), este indicată după un rezultat pozitiv pentru suspiciune de malignitate la puncția tiroidiană cu ac fine. Cele mai des întâlnite complicații sunt: hipoparatiroidismul, lezarea nervului laringeu recurent, lezarea ramurii externe a nervului laringeu superior, sângerarea și hematumul, lezarea ductului toracic, edemul laringian, traheospasmul, lezarea traheală dar și lezarea esofagului. Au fost raportate, de asemenea: dispneea cu insuficiență respiratorie acută și necesitatea de traheostomie, cât și criză tireotoxica. Ratacomplicațiilor este invers proporțională cu experiența chirurgului și direct corelată cu tipul carcinomului și comorbiditățile pacientului.

O comunicare deschisă și un consimțământ informat sunt priorități în relația cu pacientul, întrucât complicațiile precoce sau tardive pot afecta nu doar calitatea vieții, cât și pot fi cauzatoare de deces.

INVAZIA PERINEURALA A TUMORILOR MALIGNNE DIN REGIUNEA CAPULUI SI GATULUI

Olga Medvedev¹, Mihaela Hedesi², Anca Ciurea³, Manuela Lenghel³, Horatiu Rotar⁴, Cristian Dinu⁵, Rares Roman⁴, Dragos Termure⁴, Csaba Csutak³

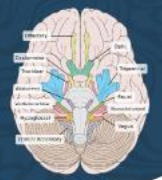
- 1- Department of Radiology, County Clinical Emergency Hospital Cluj, Cluj-Napoca, Romania
- 2- Department of Oral and Maxillofacial Radiology, University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca, Romania
- 3- Department of Radiology, Faculty of Medicine, "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania
- 4- Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania
- 5- Department of Maxillofacial Surgery and Implantology, Faculty of Dentistry, "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Invazia perineurala definește posibilitatea extensiei tumorale maligne de-a lungul structurilor nervoase, cu un impact foarte important asupra prognosticului și atitudinii terapeutice. Astfel, recunoașterea și diagnosticarea corectă a acestei entități este de crucială pentru managementul pacienților oncologici din sfera ORL și BMF. Rezonanța Magnetică și Computer-Tomografia sunt tehnicile de elecție pentru identificarea și caracterizarea acestor modificări, oferind indicii importante atât în ceea ce privește diagnosticul pozitiv cât și cel diferențial al acestei entități. Lucrarea de față dorește să puncteze cele mai importante caracteristici imagistice ale invaziei perineurale, exemplificând câteva dintre cele mai importante aspecte ale acestei patologii.

IMAGISTICA ÎN TRAUMATISMELE BAZEI DE CRANIU

Lucian FLORESCU*, Rossy TEICĂ*, Teodor SAS*, Lorena SAS*, Ioana-Andreea GHEONEA*

*Departamentul de Imagistică, UMF Craiova



Introducere: Fracturile de bază de craniu sunt o formă obișnuită de fractură a extremității cefalice care apar în urma accidentelor rutiere, accidentelor sportive și căderilor. Acestea pot apărea izolat sau adesea în continuitate cu fracturi de boltă ale craniului sau fracturi faciale. Anamneza și istoricul pacientului pot facilita stabilirea diagnosticului de fractură.

Material și Metode: Referitor la protocolul de diagnostic imagistic, pacienții pot fi evaluați prin tehnici precum radiografie convențională, imagistică prin rezonanță magnetică (IRM) sau computer tomografie (CT), cea din urmă fiind considerată de elecție datorită sensibilității crescute, a timpului redus necesar achiziției de imagini, dar și prin posibilitatea de a asigura în camera de examinare echipamentele de sprijin de care majoritatea acestor pacienți au nevoie.

Fracturile de bază de craniu cuprind fracturi ale osului frontal, etmoidal, sfenoidal, temporal, occipital sau combinații ale acestora. Acestea se clasifică în fracturi ale regiunii anterioare, centrale și posterioare, fiecare dintre acestea prezentând caracteristici specifice. Complicațiile cu care se asociază sunt similare, însă diferă ca raport și gravitate.

Rezultate: Examenul CT este considerat de elecție în evaluarea traumatismelor cranio-cerebrale, în urma cărora pot rezulta fracturi ale bazei craniului.

Concluzii: Studiul actual subliniază importanța utilizării metodelor imagistice moderne în diagnosticarea corectă a fracturilor bazei de craniu, având astfel ca principal obiectiv posibilitatea de a oferi o gestionare terapeutică rapidă și eficientă a pacienților.

ASPECTE ECOGRAFICE ALE NERVILOR CRANIENI IN SEGMENTELE DIN REGIUNEA CERVICALA

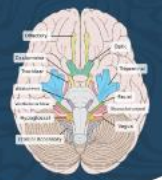
Manuela Lenghel¹, Carolina Solomon¹, Horatiu Rotar², Cristian Dinu³, Sorin Ducea¹

1- Department of Radiology, Faculty of Medicine, "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

2- Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

3- Department of Maxillofacial Surgery and Implantology, Faculty of Dentistry, "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Ecografia, datorita numeroaselor sale avantaje, este de cele mai multe ori tehnica de prima intentie in evaluarea structurilor moi superficiale. Cativa dintre nervii cranieni pot fi identificati in regiunea cervicala cu ajutorul ultrasonografiei (US). Recunoasterea localizarii acestora si respectiv a modalitatii de dezvoltare a proceselor care afecteaza aceste structuri nervoase este de importanta majora in managementul pacientilor care se prezinta cu tumefactii cervico-faciale. De asemenea diagnosticul diferential al unor astfel de leziuni trebuie cunoscut, pentru a obtine un diagnostic cat mai rapid si cat mai correct, pentru indicarea unei atitudini terapeutice optime. Lucrearea de fata doreste sa ilustreze aspectele anatomice si patologice care pot fi intalnite in regiunea cervicala cu afectarea nervilor cranieni, cu indicia care pot fi identificate cu ajutorul US, precum si a leziunilor incluse in diagnosticul diferential.



MONITORIZAREA NERVULUI FACIAL ÎN CHIRURGIA CONSERVATIVĂ A PAROTIDEI

Răzvan Hainăroșie^{1,2}, Cătălina Pietroșanu^{1,2}, Andreea Rusescu¹, Irina-Gabriela Ioniță^{1,2}, Raluca-Oana Pulpă¹, Cristina Ancuța², Viorel Zainea^{1,2}, Cristian Dragoș Ștefănescu^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"

2. Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă"

Introducere:

Chirurgia glandei parotide comportă numeroase riscuri intra și postoperatorii unul dintre ele fiind reprezentat de leziunile nervului facial. Utilizarea monitorului de nerv facial, cu toate că nu este o practică obligator ajută la scăderea duratei intervenției chirurgicale, dar mai ales poate preveni pareza de nerv facial. Leziunile de nerv facial pot fi parțiale sau totale cu deficite motorii temporare sau definitive.

Material și metodă:

Prin această lucrare autorii doresc să exemplifice experiența clinicii din cadrul IFACF-ORL în chirurgia conservativă a glandei parotide și să evidențieze importanța monitorizării nervului facial pe durata intervenției chirurgicale (în special în cazurile cu modificarea arhitecturii locale prin invazie tumorală).

Rezultate și concluzii:

Chirurgia conservativă a glandei parotide presupune o bună cunoaștere a anatomiei loco-regionale, o evaluarea preoperatorie riguroasă în ceea ce privește extensia tumorală și o tehnică de disecție conservative cu respect pentru elementele anatomice de risc. Utilizarea monitorului de facial nu reprezintă un substitut pentru o bună cunoaștere a anatomiei loco-regionale.

Cuvinte cheie: monitorizare nerv facial, glandă parotid, chirurgie conservativă

SCHWANOMUL VAGAL

Anca CÎRSTEA^{1,2}, Raluca GRIGORE^{1,2}, Gloria MUNTEANU^{2,3}, Mihnea CONDEESCU^{1,2}, Catrinel SIMION-ANTONIE^{1,2}, Bogdan POPESCU^{1,2}, Luiza SIRETEANU², Liliana NIȚU^{1,2}, Paula BEJENARU^{1,2}, Amer OTHMAN¹, Bianca TAHER^{1,2}, Madalin MAGDAN¹, Simona RUJAN^{1,2}, Ruxandra NEDELCU¹, Teodora DIACONU^{1,2}, Catalin MIHALCEA¹, Iulia VETRICIANU¹, Cristian PAVAL¹, Alina Oancea^{1,2}, Alexandru Gabriel ENEA¹, Irina OASA¹, Mihai TUDOSIE¹, Ana LEULESCU¹; Vlad VOINICU¹; Valeria GUTULEAC¹; Catalin GHEORGHE¹; Zeinab SOROCEANU¹; Alexandru NICOLAESCU^{2,4}, Șerban BERTEȘTEANU^{1,2}

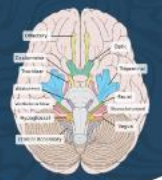
1. Spital Clinic Colțea, București

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

3. Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila, București

4. Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Dimitrie Gerota", București

Schwanomul vagal este o formațiune tumorală benignă rară, care apare de obicei între a 3-a și a 5-a decadă de viață, fără o predilecție pe sexe. Cel mai frecvent apare în regiunea cervicală, sub forma unei formațiuni tumorale bine delimitate, cu creștere lentă în dimensiune, asimptomatică. Diagnosticul diferențial se face cu schwanomul lanțului simpatic, paraganglioame, chistul branhiar, adenopatii cervicale metastatice, limfoame maligne.



IRM-ul are un rol esențial în stabilirea diagnosticului și în realizarea planului preoperator. Prezența unei formațiuni tumorale bine delimitate între vena jugulară internă și artera carotidă comună sau internă este înalt sugestivă pentru un schwanom vagal.

Tratamentul constă în excizia chirurgicală completă cu preservarea nervului vag. Dacă nu se poate prezerva integritatea nervului, se realizează anastomoză "end-to-end" prin tehnici de chirurgie microvasculară. O complicație frecventă postoperatorie este reprezentată de paralizia corzii vocale.

MULȚUMIM PARTENERILOR NOȘTRI!



REGINA MARIA
REȚEAUA PRIVATĂ DE SĂNĂTATE



MagnaPharm
One Team. One Solution.



GE Healthcare

livartix