

LBRIS

We know
books

Consultul pediatric în 5 minute

Ediția a 8-a

Editor

Michael D. Cabana, MD, MPH
Professor of Pediatrics, Epidemiology & Biostatistics
Director, Division of General Pediatrics
University of California, San Francisco (UCSF)
UCSF Benioff Children's Hospital San Francisco
Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center
Philip R. Lee Institute for Health Policy Studies
San Francisco, California



Editura Medicală

CALLISTO

www.callisto.ro

<i>Prefață</i>	<i>vii</i>	Antraxul	78
<i>Autori</i>	<i>viii</i>	Apendicita	82
Abcesul cerebral	2	Apneea neonatală	84
Abcesul mamar	4	Artrita juvenilă idiopatică (artrita reumatoidă)	86
Abcesul periamigdalian	6	Artrita septică	90
Abcesul perirectal	8	<i>Ascaris lumbricoides</i> (ascaridioza)	92
Abcesul retrofaringian	10	Ascita	94
Abuzul fizic la copil	12	Aspergiloza	96
Abuzul sexual	14	Asplenia/hiposplenia	100
Accidentul vascular cerebral	18	Astmul	102
Acidoza tubulară renală	22	Ataxia	106
Acneea	24	Atelectazia	108
Adenita mezenterică	28	Atrezia biliară	110
Adrenarha prematură	30	Atrofia musculară spinală	112
Afecțiunile penisului și ale prepuțului	32	Babesioza	114
Alăptarea	34	Balbismul	116
Alergia alimentară	36	Bezoari	118
Alergia la copil	40	Blastomicoza	120
Alergii alimentare (non-IgE mediate, gastrointestinale)	42	Blefarita	122
Alopecie (pierderea părului)	44	Boala celiacă	124
Alunecarea epifizei capului femural	46	Boala Crohn	126
Ambiguitatea genitală (tulburări ale dezvoltării sexuale)	48	Boala cronică de rinichi	130
Ambliopia	50	Boala de altitudine	132
Amenoreea	52	Boala granulomatoasă cronică	136
Amibiaza	54	Boala Graves	138
Anafilaxia	56	Boala grefă-contra-gazdă	140
Anchiloglosia	58	Boala gură-mână-picior	144
Anemia aplastică	60	Boala hemolitică a fătului și a nou-născutului	146
Anemia din bolile cronice (anemia asociată cu inflamația)	62	Boala Hirschsprung	148
Anemia hemolitică autoimună	64	Boala inflamatorie pelviană	150
Anemia megaloblastică	66	Boala Kawasaki	152
Anemia microcitară	68	Boala Lyme	156
Anemia prin carență de fier (feriprivă)	70	Boala Perthes (osteocondrita deformantă juvenilă)	158
Angina faringiană	72	Boala polichistică renală	160
Angioedemul ereditar	74	Boala serului	162
Anorexia nervoasă	76	Boala virală Ebola	164
		Boala von Willebrand	168
		Boala Wilson	170

Boala zgârieturii de pisică	174	Deficiența de alfa-1 antitripsină	274
Bolile metabolice la nou-născuții cu hipoglicemie	176	Deficiența de complement	276
Bolile metabolice la nou-născuții cu acidoză	178	Deficiența de glucozo-6-fosfat dehidrogenază	278
Bolile metabolice la nou-născuții cu hiperamoniemie	182	Deficiența de imunoglobulină A	280
Boli prionice (encefalopatii spongiforme transmisibile)	184	Deficiența hormonului de creștere	282
Boli rickettsiale	186	Degerăturile	284
Botulismul și botulismul infantil	188	Depresia	288
Bronșiolita (a se vedea și: Virusul sincițial respirator)	190	Dermatita atopică	292
Bruxismul	192	Dermatita de contact	294
Bulimia	194	Dermatita de scutec	296
Candidoza	198	Dermatita seboreică	298
Cardiomiopatia	202	Dermatomiozita și polimiozita	300
Caria dentară	204	Deshidratarea	304
Cataracta	206	Diabetul insipid	306
Cefaleea și migrena	208	Diabetul zaharat tip 1	308
Celulita	210	Diabetul zaharat tip 2	310
Celulita periorbitală	212	Diareea cronică	312
Cervicita	214	Diareea funcțională a copilului mic	314
Cetoacidoza diabetică	216	Diareea	316
Cheiloschizis și palatoschizis	218	Difteria	318
Ciroza	220	Discita	320
Coagularea intravasculară diseminată	222	Disfuncția vezicii urinare și intestinului	322
Coarctația de aortă	224	Dismenoreea	324
Coccidioidomicoza	226	Displazia bronhopulmonară (DBP)	328
Colestaza neonatală	228	Displazia congenitală de șold	330
Colica	230	Displazia renală multichistică	332
Coma	232	Dispneea	334
Comoțiia cerebrală	234	Distrofiile musculare	336
Complexul extrofie de vezică urinară-epispadias	236	Disuria	338
Complexul sclerozei tuberoase	238	Diverticulul Meckel	340
Conjunctivita	242	Dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală)	342
Constipația	246	Dizabilitățile de învățare (tulburările specifice de învățare)	344
Contracepția	248	Durerea abdominală	346
Convulsiile febrile	252	Durerea dorso-lombară (durerea de spate)	348
Cordul pulmonar	254	Durerea toracică	352
Costocondrita	256	Echimoza	354
Criptorhidia	258	Edemul	356
Criptosporidioza	260	Efecte adverse ale vaccinurilor	358
Crizele epileptice, parțiale și generalizate	262	Efectele tardive ale terapiei oncologice	362
Crupul (laringotraheobronșita)	264	Ehrlichioza și anaplasmoza	366
Defectele de tub neural	266	Embolia pulmonară	368
Defectul septal atrial	270	Encefalita	370
Defectul septal ventricular	272		

Enefalopatia neonatală	374	Hemoragia digestivă superioară	470
Encoprezis	376	Hemoragia intracraniană	472
Endocardita	378	Hepatita cronică	474
Enterocolita necrozantă	380	Hepatita virală	476
Enurezis	382	Hepatomegalia	478
Epididimita	384	Hernia diafragmatică (congenitală)	480
Epiglotita	386	Hernia inghinală	482
Episoade de oprire a respirației	388	Hidrocefalia	484
Epistaxisul (sângerarea nazală)	390	Hidrocelul	488
Eritemul multiform	392	Hidronefroza	490
Eritemul nodos	394	Hipercalcemia	492
Eritroblastopenia tranzitorie a copilăriei	396	Hiperleucocitoza	494
Eroarea de refracție	398	Hiperlipidemia	496
Erupția dinților	400	Hiperplazia congenitală a suprarenalei	498
Esofagita eozinofilică	402	Hipertensiunea arterială	500
Eveniment inexplicabil rezolvat rapid (eveniment care aparent pune viața în pericol)	404	Hipertensiunea intracraniană idiopatică (pseudotumor cerebri)	502
Falimentul creșterii (creșterea ponderală nesatisfăcătoare)	406	Hipertensiunea portală	504
Faringita	408	Hipertensiunea pulmonară	506
Febra de căpușă	410	Hipertensiunea pulmonară persistentă a nou-născutului	508
Febra de etiologie necunoscută	412	Hipocalcemia	510
Febra pătată a Munților Stâncuși	414	Hipofosfatemia	512
Febra și peteșile	418	Hipogamaglobulinemia	516
Fibroza chistică	420	Hipoglicemia	518
Fibroza hepatică congenitală	424	Hiponatremia	522
Fimoza și parafimoza	426	Hipopituitarismul	524
Fistula traheo-esofagiană și atrezia esofagiană	428	Hipopotasemia	526
Formațiunile abdominale	430	Hipospadias	530
Fotosensibilitatea	432	Hipotiroidismul congenital	532
Gastrita	436	Hipotiroidismul dobândit	536
Giardiaza	438	Histiocitoza	538
Ginecomastia	440	Histoplasmoza	540
Gingivita	442	Holera	542
Glaucomul congenital	444	Icterul	544
Glomerulonefrita	446	Icterul asociat cu alăptarea	548
Gripa (infecția gripală)	448	Imperforația anală	550
Gușa	452	Impetigo	552
Hemangioame și alte leziuni vasculare	456	Imunodeficiența	554
Hematomul subdural	458	Imunodeficiența combinată severă	556
Hematuria	460	Imunodeficiența comună variabilă	558
Hemofilia	462	Incontinența urinară diurnă	560
Hemoliza	464	Infecția cu adenovirus	562
Hemoptizia	468	Infecția cu <i>Campylobacter</i>	564

Infecția cu <i>Chlamydia trachomatis</i>	566	Larva migrans cutanată	662
Infecția cu <i>Chlamydophila pneumoniae</i> (anterior cunoscută sub denumirea de <i>Chlamydia</i>)	568	Leucemia acută limfoblastică	664
Infecția cu citomegalovirus	570	Leucemia mieloidă acută	668
Infecția cu <i>Cyclospora</i>	572	Leucocitoza	670
Infecția cu micobacterii netuberculoase (infecția cu micobacterii atipice)	574	Leziunea cerebrală traumatică	672
Infecția cu parvovirus B19 (eritem infecțios, a cincea boală eruptivă a copilăriei)	576	Leziunile cerebrale vasculare (congenitale)	676
Infecția cu rotavirus	578	Limfadenopatia	678
Infecția cu <i>Salmonella</i> (salmoneloza)	580	Limfedemul	680
Infecția cu virusul Chikungunya	584	Limfomul Hodgkin	682
Infecția cu virusul Epstein-Barr (mononucleoza infecțioasă)	586	Limfomul non-Hodgkin	684
Infecția cu virusul herpes simplex	588	Litiază biliară (colelitiază)	686
Infecția cu virusul imunodeficienței umane	592	Lovirea capului	688
Infecția de tract urinar	594	Lupusul eritematos	690
Infecția parazită cu oxiuri	598	Malabsorbția	692
Infecția streptococică: streptococul beta-hemolitic de grup A invaziv	600	Malaria	694
Infecțiile criptococice	602	Malformațiile fisurii branhiiale (faringiene)	696
Infecțiile cu bacterii anaerobe	604	Malnutriția	698
Infecțiile cu virusul Zika la copii	606	Mase tumorale la nivelul gâtului	702
Infecțiile cutanate fungice (infecții cu dermatofiti, candidoza și tinea versicolor)	610	Mastoidita	706
Infecțiile dentare	612	Meningita	708
Infecțiile gonococice	614	Meningococemia	710
Insuficiența cardiacă congestivă	616	Methemoglobinemia	712
Insuficiența hepatică acută	620	Miastenia gravis	714
Insuficiența renală acută	624	Mielita transversă	716
Insuficiența suprarenaliană primară	626	Migrena abdominală	720
Intoleranța la lactoză	628	Milium (comedoame)	722
Intoxicații alimentare sau boli de origine alimentară	630	Miocardita	724
Intoxicația cu acetaminofen (paracetamol)	632	Monitorizarea copiilor născuți prematur după externarea din UTIN	726
Intoxicația cu alcool (etanol)	634	Morfeea (sclerodermia localizată)	730
Intoxicația cu fier	636	Mușcătura de mamifer	732
Intoxicația cu monoxid de carbon	638	Mușcăturile de șerpi și insecte	734
Intoxicația cu opioide	640	Nanismul (statura mică)	738
Intoxicația cu plumb	642	Narcolepsia	742
Intoxicația cu salicilați (aspirină)	646	Necroza avasculară (aseptică) a capului femural (șold)	744
Intoxicația cu simpatomimetice	648	Nefropatia cu imunoglobulină A	746
Invaginația intestinală	652	Neuroblastomul	748
Înecul	654	Neurofibromatoza tip 1	750
Întârzierea în dezvoltare	658	Neutropenia	752
Întârzierea vorbirii	660	Obezitatea	754
		Obstrucția ductului (canalului) lacrimal	756
		Obstrucția joncțiunii pieloureterale	758
		Ocluzia intestinală	760

Omfalita	762	Rabdomioliza	862
Oreionul (parotidita epidemică)	764	Rabdomiosarcomul	864
Originea anormală a arterei coronare stânga din artera pulmonară	766	Rabia	868
Osteogeneza imperfectă	768	Rahitismul/osteomalacia	870
Osteomielite	772	Reacțiile transfuzionale	872
Osteosarcomul	774	Rectocolita ulcero-hemoragică	874
Otalgia	776	Refluxul gastroesofagian	878
Otită externă	778	Refluxul vezico-ureteral	880
Otită medie	780	Refuzul vaccinării	884
Paloarea	782	Respirația periodică	886
Pancreatita	784	Retinoblastomul	888
Papilomavirusul uman	786	Retinopatia de prematuritate	890
Paralizia Bell	788	Reumatismul articular acut	892
Paralizia cerebrală	792	Rinita alergică	896
Paralizia de plex brahial (perinatală)	794	Roseola	900
Pediculoza (păduchii)	798	Rotavirusul	902
Pericardita	802	Rubeola (pojarul, boala a treia)	904
Peritonita	804	Sănătatea și profilaxia dentară	906
Persistența canalului arterial	806	Sângerarea anormală	908
Pesta (ciuma)	808	Sângerarea gastrointestinală (GI) inferioară	910
Piciorul strâmb congenital	810	Sângerarea uterină disfuncțională (anormală)	914
Pielonefrita	812	Sarcoidoza	918
Pierderea în greutate	816	Sarcomul Ewing	920
Plânsul	818	Scabia (râia)	922
Pleurezia	820	Scarlatina	924
<i>Pneumocystis jiroveci</i> (cunoscut anterior ca pneumonia cu <i>Pneumocystis carinii</i>)	822	Scleroza sistemică (sclerodermia sistemică)	926
Pneumonia bacteriană	824	Scolioza	930
Pneumotoraxul	828	Sepsisul	932
Poliarterita nodoasă	830	Sepsisul neonatal	936
Policitemia	832	Sferocitoza ereditară	938
Polipii intestinali	834	Siclemia	940
Prolapsul rectal	836	Sifilisul	944
Proteinuria	838	Sincopa	948
Pruritul	840	Sindromul alcoolic fetal	950
Pseudochistul pancreatic	842	Sindromul aspirației de meconiu	952
Psittacoza	844	Sindromul copilului "moale"	954
Psoriazis	846	Sindromul Cushing	958
Pubertatea întârziată	850	Sindromul de apnee obstructivă în somn	960
Pubertatea precoce	852	Sindromul de arteră mezenterică superioară	962
Purpura fulminans	854	Sindromul de cord stâng hipoplazic	964
Purpura Henoch-Schonlein	856	Sindromul de detresă respiratorie	966
Purpura trombocitopenică imună	858	Sindromul de epidermoliză stafilococică acută (sindromul stafilococic clasic al pielii opărite)	970

Sindromul de hiperimunoglobulinemie E	972	Subluxația capului radial (cotul guvernantei)	1058
Sindromul de insuficiență toracică	974	Substanțe alcoolice toxice	1060
Sindromul de intestin iritabil	976	Sughițul (singultus)	1062
Sindromul de moarte subită a sugarului (SMSS)	978	Suicidul	1064
Sindromul de QT lung	980	Șancroidul	1066
Sindromul de sevraj acut la substanțe	982	Șocul termic (caloric)/insolația și afecțiunile asociate	1068
Sindromul de sinus cavernos	984	Tahicardia supraventriculară	1070
Sindromul deleției 22Q11.2 (sindromul DiGeorge, sindromul velo-cardio-facial)	986	Tahicardia ventriculară	1072
Sindromul Down (trisomia 21)	988	Tahipneea tranzitorie a nou-născutului	1074
Sindromul dureros patelofemural/anterior (genunchiul alergătorului)	992	Talasemia	1076
Sindromul Guillain-Barre	994	Telarha precoce	1078
Sindromul hemolitic uremic	996	Tendinita și tendinoza	1080
Sindromul intestinului scurt	998	Teniaza	1082
Sindromul metabolic	1002	Tetanosul	1086
Sindromul Munchausen prin intermediar (by proxy) (abuzul medical la copil)	1006	Tetralogia Fallot	1088
Sindromul nefrotic	1008	Ticurile	1090
Sindromul neonatal de abțință (sevrajul nou- născutului)	1010	Torsiunea testiculară	1092
Sindromul ovarelor polichistice	1012	Torsiunea tibio/femurală ("degete de porumbel")	1094
Sindromul premenstrual	1014	Toxoplasmoza	1096
Sindromul respirator acut sever (SARS)	1016	Traheita	1098
Sindromul Reye	1018	Traheomalacia/laringomalacia	1100
Sindromul secreției inadecvate de hormon antidiuretic	1020	Transformarea cavernoasă și obstrucția venei porte	1102
Sindromul Stevens-Johnson și necroliza epidermică toxică	1022	Transplantul de măduvă osoasă și celule stem	1104
Sindromul șocului toxic	1024	Transpoziția de vase mari	1108
Sindromul Turner	1026	Transsexualitatea la tineri	1110
Sindromul vărsăturilor ciclice	1028	Traumatismul dentar	1114
Sindromul Wiskott-Aldrich	1030	Trichineleza	1116
Sindromul X fragil	1034	Tricotilomania	1118
Sinovita tranzitorie	1036	Trombocitopenia aloimună neonatală	1120
Sinuzita	1038	Tromboza	1122
Spasmele infantile	1040	Tromboza de venă renală	1124
Splenomegalia	1044	Tuberculoza	1126
Spondiloartropatia	1046	Tularemia	1130
Status epileptic	1048	Tulburarea anxioasă de separare	1132
Stenoza de arteră renală	1050	Tulburarea anxioasă socială	1134
Stenoza pilorică	1052	Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate	1136
Stomatita	1054	Tulburarea de provocare a excoriațiilor (dermatilomania)	1140
Strabismul	1056	Tulburarea din spectrul autismului	1142
		Tulburarea obsesiv-compulsivă	1144
		Tulburări cauzate de consumul de substanțe	1146

Tulburări de alimentație (ale comportamentului alimentar)	1148	Virusul Dengue	1196
Tulburările de vorbire	1152	Virusul sincițial respirator (vezi și: Bronșiolita)	1198
Tulburările limfoproliferative	1156	Virusul West Nile (și alte encefalite cu arbovirusuri)	1200
Tumora cerebrală	1160	Volvulusul	1202
Tumora Wilms	1162	Wheezing-ul (respirația șuierătoare)	1204
Tumorile cu celule germinale	1164	<i>Yersinia enterocolitica</i>	1206
Tumorile mediastinale	1166	Anexa I: Modelul 5-Minute	1209
Tusea	1168	Anexa I Partea 1: Principii de predare	1210
Tusea convulsivă (pertussis)	1172	Anexa I Partea 2: Observația directă	1212
Urolitiază	1174	Anexa I Partea 3: Feedback (aprecierea cursantului)	1214
Urticaria	1176	Anexa I Partea 4: Raționamentul clinic	1216
Vaginita	1178	Anexa II: Laboratorul de cardiologie	1218
Valvele de uretră posterioară	1180	Anexa III: Glosar de sindroame	1229
Varicela (vărsatul de vânt, herpes zoster)	1184	Anexa IV: Tabele și figuri	1242
Varicocelul	1186		
Variola (virusul variolei)	1188		
Vărsăturile (emeza, voma)	1192		
Verucile	1194		



ELEMENTE GENERALE

DESCRIERE

- Infecție supurativă care afectează parenchimul cerebral
- Poate fi o leziune unică sau pot fi multiple leziuni

EPIDEMIOLOGIE

- Bărbații sunt mai frecvent afectați (predominanță 2:1 bărbați/femei)
- Vârsta tipică de prezentare este de 4 până la 7 ani, dar variază în funcție de factorul predispozant
- 85% din cazuri au un factor de risc predispozant

Incidență

Circa 1500-2500 de cazuri (adulți și populație pediatrică combinate) apar pe an, din care până la 25% la copii.

FACTORI DE RISC

- Boală cardiacă congenitală cianotică (tetralogia Fallot este cea mai frecventă)
- Infecții otorinolaringologice cum ar fi sinuzită, mastoidită și otită medie cronică
- Meningită (în special la nou-născuți)
- Traumatism cranian penetrant
- Manipulare chirurgicală a creierului (șunturi ventriculoperitoneale, îndepărtare tumori)
- Leziuni congenitale ale capului și gâtului
- Fibroză chistică
- Infecții dentare
- Infecții pulmonare
- Pacienții care au călătorit în zone endemice în care neurocisticercоза (America Latină, zone din Africa, Asia și subcontinentul indian) este endemică
- Pacienți cu imunitate compromisă (congenitală sau dobândită)

MĂSURI GENERALE DE PREVENȚIE

- În timpul activităților recreative, purtarea căștilor poate preveni traumatismele penetrante la nivelul capului.
- Gestionarea adecvată a otitei medii acute și a sinuzitei acute, precum și recunoașterea la timp a eșecului tratamentului acestora

FIZIOPATOLOGIE

- Microorganismele pătrund în parenchimul cerebral prin extensie de contiguitate sau pe cale hematogenă.
- Localizarea abceselor cerebrale:
 - Pacienții cu boli cardiace congenitale cianotice tind să aibă abcese în teritoriul de distribuție a arterei meningeale medii: lobii frontali, parietali și temporali.
 - Abcesele frontale sunt frecvent întâlnite în cazul infecțiilor sinusale și dentare.
 - Abcesele temporale, parietale sau cerebeloase tind să apară în asociere cu mastoidita sau otita medie.
 - Abcesele cerebrale pot apărea oriunde în parenchimul cerebral, indiferent de existența unui factor de risc predispozant, secundar metastazelor hematogene.

ETIOLOGIE

- Bacteriile reprezintă cea mai frecventă cauză.
- Grupul *Streptococcus milleri* (*anginosus*) și *Staphylococcus* spp. sunt microorganismele cele mai frecvent cultivate.
- Nou-născuții pot dezvolta abcese cerebrale ca o complicație a meningitei cu bacterii gram-negative (speciile *Proteus*, *Citrobacter*, *Enterobacter* și *Cronobacter*).
- Infecțiile polimicrobiene apar în 30-50% din cazuri.
- Microorganismele anaerobe sunt identificate cu o incidență în creștere ca urmare a tehnicilor de laborator și de cultură îmbunătățite. Agenții patogeni obișnuiți includ *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Propionibacterium*, *Actinomyces*, *Veillonella* și *Prevotella*.
- Neurocisticercоза este cauzată de un parazit, *Taenia solium*. Fungii și protozoarele pot provoca abces cerebral la pacienții imunocompromiși.



DIAGNOSTIC

ANAMNEZĂ

Localizarea abcesului sau abceselor cerebrale va influența prezentarea clinică.

- Triada clasică alcătuită din febră, cefalee și semne neurologice focale apare în <30% din cazuri.
- Febra, cefaleea și vărsăturile apar fiecare în circa 60-70% din cazuri.
- Cefaleea este cea mai frecventă manifestare.
- Vărsăturile și modificările stării mentale pot fi manifestările principale la prezentare.
- Nou-născuții au adesea antecedente de meningită înainte de a dezvolta un abces cerebral.
- Întrebările ar trebui să se concentreze pe infecții otorinolaringologice acute sau cronice.
- Trebuie să se obțină o anamneză privind bolile cardiace congenitale cianotice, precum și o boală cardiacă congenitală cianotică corectată parțial.

EXAMEN CLINIC

- Nou-născuții se pot prezenta cu fontanelă bombată, crescând circumferința capului, convulsii sau vărsături.
- Copiii mai mari pot avea semne de deficit neurologic focal, hemipareză sau chiar edem papilar.
- Simptomele meningeale apar la ~30% dintre pacienți.
- Localizarea abcesului influențează și semnele de prezentare:
 - Lob frontal: modificări de comportament, labilitate emoțională
 - Lob temporal: disfuncții ale nervilor cranieni, anomalii motorii, afazie
 - Lob parietal: anomalii vizuale, disfație, anomalii de percepție
 - Cerebel: ataxie ipsilaterală, tremor, paralizia nervului cranian VI

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Infecțioase
 - Meningită
 - Encefalită
 - Empiem subdural
 - Abces epidural
- Vasculare
 - Tromboză de sinus venos
 - Migrenă
 - Infarct cerebral
 - Hemoragie cerebrală
- Diverse
 - Tumoră primară sau secundară
 - Pseudotumoră cerebrală
 - Hidrocefalie

TESTE DE DIAGNOSTIC ȘI INTERPRETARE

Teste inițiale (screening, laborator, imagistică)

- Testele de laborator de rutină nu sunt utile și nu pot exclude diagnosticul.
- <10% din hemoculturi sunt pozitive.
- Leucocitele în sângele periferic pot fi ușor crescute, dar <10% vor prezenta forme de bandă.
- Viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH) este un indicator slab al abceselor cerebrale.
- Măsurarea electroliților: sodiul poate fi scăzut, ceea ce indică sindrom de secreție inadecvată a hormonului antidiuretic (SIADH).
- Puncția lombară este contraindicată dacă se suspectează o leziune produsă de o formațiune intracraniană înlocuitoare de spațiu, dar dacă se obține LCR:
 - Poate prezenta o pleiocitoză ușoară până la moderată (20% dintre pacienți pot avea valori normale).
 - Presiunea de deschidere poate fi ridicată.
 - Glucoza este scăzută la 30% dintre pacienți.
 - Proteinele sunt crescute în 70% din cazuri.
 - LCR: colorația Gram și culturile sunt adesea negative.

- CT cu substanță de contrast și IRM sunt teste de alegere în diagnosticarea abceselor cerebrale și identificarea surselor potențiale (de exemplu, sinus, orbită).
- Deși CT poate oferi rezultate mai rapide, infecțiile intracraniene oculte pot fi ratate în până la 50% din cazuri.
- Ecografia craniană poate fi utilă în cazurile de nou-născuți prematur.

ATENȚIE

- Nu toți pacienții cu abcese cerebrale au febră.
- Capcane
 - Eșecul de recunoaștere a unui abces cerebral la un copil cu stare mentală alterată, febră și meningism sau la un copil cu simptome nespecifice, dar factori de risc, cum ar fi boli cardiace congenitale cianotice
 - Eșecul de a recunoaște simptome care nu sunt prezente în mod obișnuit în sinuzită, cum ar fi vărsăturile

**TRATAMENT****TRATAMENT MEDICAMENTOS**

- În momentul diagnosticării trebuie administrate antibiotice cu spectru larg, care pătrund în sistemul nervos central (SNC), și care acoperă cei mai probabili agenți patogeni. Combinația dintre o cefalosporină de generația a 3-a (de ex. ceftriaxonă), vancomicină și metronidazol oferă o bună acoperire empirică.
 - Se adaugă gentamicină dacă este prezentă endocardită concomitentă.
 - Se iau în considerare antibiotice anti-*Pseudomonas* (de ex. cefepim) în locul ceftriaxonei la pacienții imunocompromiși.
- Când este posibil, se recomandă terapie antimicrobiană orientată în funcție de rezultatele culturii. Durata unei cure terapeutice tipice de antibiotice este de 4-6 săptămâni.

Corticosteroidii sistemici, deși nu sunt recomandați de rutină, trebuie luați în considerare dacă există o creștere severă sau progresivă a presiunii intracraniene.

- La unii pacienți este suficient numai tratamentul cu antibiotice, mai ales dacă există un singur abces mic (<2 cm).
- Medicamentele antiparazitare (albendazol) cu sau fără corticosteroizi trebuie luate în considerare pentru tratamentul neurocisticercozei.
- Antifungicele trebuie luate în considerare la pacienții imunocompromiși.

CHIRURGIE / ALTE PROCEDURI

- Se ia în considerare consultul neurochirurgical și/sau otolaringologic.
- Aspiratia stereotaxică dirijată prin IRM sau CT este utilă pentru obținerea de culturi și identificarea microorganismului/microorganismelor cauzatoare.

CONSIDERENTE LEGATE DE INTERNARE, SPITALIZARE ȘI ÎNGRIJIRE MEDICALĂ

- Toți pacienții cu suspiciune de abces cerebral trebuie internați pentru monitorizare clinică, evaluare diagnostică și tratament.
- Evaluarea prin consult cardiologic, stomatologic, otorinolaringologic și/sau imunologic poate ajuta la identificarea factorilor predispozanți.
- În cazul în care un pacient manifestă semne și simptome ale creșterii presiunii intracraniene (triada Cushing: bradicardie, hipertensiune arterială și respirații anormale) sau dacă pacientul nu este în măsură să-și protejeze căile respiratorii, este indicată intubația endotraheală. Hiperventilația și manitolul trebuie luate în considerare.
- Pot apărea anomalii ale electrolitilor, cum ar fi SIADH. Monitorizarea frecventă a electrolitilor este justificată.
- Crizele și deficiențele neurologice focale pot apărea devreme în evoluția afecțiunii. De obicei se rezolvă odată cu drenarea leziunii. Examinarea neurologică atentă și frecventă este necesară.
- În general, pacienții pot fi externați odată ce simptomele s-au remis și antibioterapia este completată sau poate fi finalizată acasă.

**ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ****URMĂRIRE ÎN TIMP**

- Supravegherea în cadrul clinicilor de neurochirurgie, reabilitare și neurologie este de obicei necesară.
- Repetarea testelor de imagistică înainte de oprirea antibioterapiei este necesară pentru a documenta dispariția abcesului.

PROGNOSTIC

- Mortalitatea totală este <5%.
- Evoluția bună este favorizată de un diagnostic și tratament precoce, complianța la tratamentul antibiotic prescris și aderarea pacientului la recomandările terapeutice/ de recuperare, după caz.

COMPLICAȚII

- Complicațiile pe termen lung au legătură cu localizarea, mărimea și numărul de abcese intracraniene.
- Abcese multiple, coma la prezentare, vârstă <2 ani și ruperea abcesului în ventricul au o rată mai mare de mortalitate.
- 30-40% dintre pacienți au un grad de morbiditate asociată cu abcesul cerebral; convulsile, hidrocefalia, deficiențele neurologice focale (disfuncții motorii și senzoriale) și modificările de comportament sau de personalitate sunt posibile complicații. Ratele mortalității au scăzut datorită progreselor tehnicilor imagistice care contribuie la diagnosticul rapid și la managementul chirurgical al abcesului cerebral.

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

- Bonfield CM, Sharma J, Dobson S. Pediatric intracranial abscesses. *J Infect.* 2015;71(Suppl 1):S42-S46.
- Goodkin HP, Harper MB, Pomeroy SL. Intracerebral abscess in children: historical trends at Children's Hospital Boston. *Pediatrics.* 2004;113(6):1765-1770.
- Herrmann BW, Chung JC, Eisenbeis JF, et al. Intracranial complications of pediatric frontal rhinosinusitis. *Am J Rhinol.* 2006;20(3):320-324.
- Sáez-Llorens X. Brain abscess in children. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2003;14(2):108-114.
- Yogeve R, Bar-Meir M. Management of brain abscesses in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23(2):157-159.

**CODURI**

ICD10

- G06.0 Abces și granulom intracranian

ÎNTREBĂRI FRECVENTE ȘI RĂSPUNSURI

- Î: Toate abcesele cerebrale necesită intervenție chirurgicală?
- R: Nu. De multe ori, abcesele cerebrale vor răspunde la antibiotice administrate intravenos și nu vor necesita drenaj. Urmărirea clinică și radiografică este imperativă în aceste cazuri. Aspiratia stereotaxică a unui abces cerebral poate fi foarte utilă în identificarea microbiologiei unui abces cerebral și poate contribui la stabilirea unui tratament specific.
- Î: Care este cel mai bun test imagistic pentru a diagnostica un abces cerebral?
- R: IRM poate detecta abcese mai mici decât poate detecta CT. Comparativ cu CT, IRM are de asemenea avantajul de a putea identifica surse potențiale de infecție, cum ar fi sinusurile frontale și orbitale.



ELEMENTE GENERALE

DESCRIERE

- Abcesul mamar: infecție a țesutului mamar asociată cu puroi și inflamație localizată
- Mastită: infecție a țesutului mamar observată de obicei în timpul alăptării

EPIDEMIOLOGIE

- 3-11% dintre femeile cu mastită de alăptare prezintă un abces al sânului
- Afectează în primul rând sugarii (vârsta maximă 1-6 săptămâni) și adolescenții
- Abcesele bilaterale, văzute la nou-născuți, sunt rare.
- La nou-născuți raportul între sexe masculin:feminin este de 1:2

FACTORI DE RISC

- La adolescențele care alăptează, primiparitatea
- Vârsta gestațională >40 săptămâni
- Mastită
- Obezitate, rasa neagră, consum de tutun

MĂSURI GENERALE DE PREVENȚIE

- Se evită manipularea sânului (inclusiv piercing).
- Adolescențele care alăptează trebuie să-și însușească tehnici corecte de alăptare.
- Mastita trebuie recunoscută și tratată precoce.

FIZIOPATOLOGIE

- Nou-născuți
 - Traumatismele, hipertrofia mamară datorată estrogenului matern sau apărarea compromisă a gazdei permit răspândirea bacteriilor care adesea colonizează nazofaringele și ombilicul.
 - Bacteriile și/sau toxinele acestora provoacă distrugere subcutanată și acumularea localizată de puroi.
- Adolescenți/adulți: traumatisme (e.g., manipulare sexuală, inele mamelonare, sutien cu fixare strânsă, prindere incorectă a sânului în timpul alăptării), răspândire prin contiguitate a unei infecții locale (e.g., mastită, acnee) sau anomalii structurale subiacente (e.g., ectazia ductului mamar, chisturi epidermice) provoacă edem al țesutului mamar și distrugerii de către bacterii și/sau toxinele lor.
- Când mastita este asociată cu alăptarea, inflamația inhibă eliberarea de lapte. Staza laptelui poate facilita proliferarea bacteriilor.

ETIOLOGIE

- Infecție la nou-născuți: *Staphylococcus aureus* (cel mai frecvent), grupul *Streptococcus A* sau *B*, speciile *Bacteroides* și bacteriile enterice gram-negative, inclusiv *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, speciile *Salmonella*
- Infecție la adolescent/adult: *S. aureus* (cel mai frecvent întâlnit) metilicilino-rezistent în

până la 19% din cazuri, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoeae* și *Treponema pallidum* sunt agenți patogeni rari.



DIAGNOSTIC

ANAMNEZĂ

- Întrebați despre antecedente de traumatism sau manipulare a sânului, boli sau infecții concomitente și starea imunologică a pacientului.
- Simptomele sistemice, cum ar fi iritabilitatea și letargia, sunt de obicei absente cu excepția cazului în care infecția afectează țesuturi mai profunde sau ajunge în fluxul sanguin (1/3 din cazuri).
- Febră de grad mic
- Infecțiile cu *Salmonella* se manifestă prin simptome GI.

EXAMEN CLINIC

- Formațiune înlocuitoare de spațiu la nivelul sânului, fermă și dureroasă, cu eritem și căldură locală. Poate fi prezentă o formațiune fluctuantă.
- Adenopatie regională
- Secreție purulentă la nivelul mamelonului (rară)
- Fasciiti necrozantă se distinge de abcesul mamar prin durere disproporționată în raport cu afectarea cutanate, crepitație sau prezența bulelor de culoare galben deschis.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Condiții fiziologice:
 - Angorjarea sânului (de obicei bilaterală; absența febrei, eritemului și a sensibilității)
 - Mastodinie (angorjarea dureroasă a sânului; asociată cu ciclul ovulatorii; model ciclic)
- Boli infecțioase: celulită incluzând mastita (absența unei formațiuni la nivelul sânului)
- Tumori (rare):
 - Fibroadenoame
 - Rabdomyosarcoame
 - Limfom non-Hodgkin
 - Boală fibrochistică
 - Papilom intraductal
 - Cistosarcom filoid
 - Hemangiom
- Traumatisme (rare):
 - Contuzie (formațiune fermă, sensibilă, slab definită)
 - Hematom (formațiune bine definită cu echimoză)
 - Steatonecroză (formațiune fermă, netedă, circumscrișă, mobilă)

- Diverse: boala Mondor (tromboflebita venelor subcutanate ale sânului)
 - De obicei apare la adulți
 - Însoțită de sensibilitate și durere
 - Asociată cu traumatisme
 - Se rezolvă spontan
- Malformații vasculare

TESTE DE DIAGNOSTIC ȘI INTERPRETARE

Teste inițiale (screening, laborator, imagistică)

- Colorația Gram și cultura din secreția mamelonară, aspirația cu ac și/sau incizia chirurgicală și drenajul orientează deciziile terapeutice când este prezentă o formațiune fluctuantă sau o secreție.
- Hemocultura
 - Utilă la nou-născuți
 - Se ia în considerare un examen complet pentru sepsis dacă pacientul este febril și prezintă semne de toxicitate sau are vârsta <28 de zile.
- Hemoleucograma: leucocitoza (>15.000 celule/mm³) este prezentă la 1/2 până la 2/3 dintre pacienți.
- LCR: se ia în considerare PL la copiii de 2 luni cu stare generală alterată, febră ≥38°C sau cu număr anormal de leucocite (>15.000 celule/mm³ sau <5000 celule/mm³). Se pot efectua culturi din nazofaringe și ombilic la nou-născuți pentru a exclude colonizarea cu *S. aureus*.
- Ecografia poate fi utilă dacă se suspectează o formațiune fluctuantă sau dacă răspunsul la terapia antimicrobiană este nesatisfăcător.

Proceduri de diagnostic/Altele

Dacă formațiunea este fluctuantă, biopsia prin aspirare cu acul are atât valoare diagnostică cât și terapeutică.

ATENȚIE

- Infecțiile la nou-născuți necesită recunoaștere promptă, intervenție și identificarea altor localizări implicate pentru a evita răspândirea infecției și evoluția nefavorabilă.
- Nerecunoașterea la timp a unei formațiuni fluctuante și a drenajului acesteia va întârzia răspunsul terapeutic.
- Incidența infecțiilor cu *S. aureus* metilicilino-rezistent (CA-MRSA) dobândit în comunitate este în creștere în multe regiuni ale țării.



TRATAMENT

MĂSURI GENERALE

- Compresse calde
- Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) contribuie la controlul inflamației și durerii la copiii mai mari.
- Continuarea exprimării laptelui matern ajută la prevenirea angorjării și a stazei ulterioare a laptelui.

TRATAMENT MEDICAMENTOS

- Infecția neonatală (interval de dozare specific în funcție de gradul de prematuritate)
 - Antibiotice anti-stafilococice rezistente la β-lactamază (de exemplu, nafcilină 75 până la 100 mg/kg/24 h) administrate parenteral
 - Aminoglicozide (e.g., gentamicină) sau cefalosporine de generația a 3-a trebuie incluse dacă sugarul are stare generală alterată sau dacă colorația Gram identifică bacili Gram-negativi.
 - Se ia în considerare vancomicina (40 mg/kg/24h) dacă se suspectează prezența MRSA la un nou-născut cu vârsta >1 lună.
- Infecția la adolescent
 - Antibiotice anti-stafilococice parenterale (e.g. nafcilină 50 până la 100 mg/kg/24 h; maxim 12 g/24 h)
 - Se ia în considerare administrarea pe cale orală a combinației amoxicilină acid clavulanic (45 mg/kg/24 h sau 875 mg de două ori pe zi) sau clindamicină (450 până la 1800 mg/24 ore pe cale orală cu doza maximă 1,8 g/24 h; 1200 până la 1800 mg/24 h parenteral cu doza maximă de 4,8 g/24 h) la pacienții cu alergii la penicilină și la cei cu stare generală bună și fără simptome sistemice.
 - Se ia în considerare adăugarea de aminoglicozide în situațiile descrise mai devreme.
 - Se ia în considerare vancomicina, clindamicina sau trimetoprim-sulfametoxazolul (TMP-SMX) dacă este suspectat MRSA. TMP-SMX nu se administrează dacă mama alăptează nou-născutul, din cauza riscului de hiperbilirubinemie.
- Durată
 - De obicei timp de 10 până la 14 zile
 - Durata tratamentului parenteral depinde de tulpina microbiană izolată și de răspunsul clinic. Dacă răspunsul clinic este bun, atunci după câteva zile se pot administra medicamente pe cale orală.

CRITERII PENTRU CONSULT DE SPECIALITATE

Se ia în considerare trimiterea la un specialist în boli infecțioase dacă abcesul este recurent.

CHIRURGIE / ALTE PROCEDURI

- Incizie și drenaj dacă există o formațiune fluctuantă
- Explorarea chirurgicală este necesară dacă se suspectează fasciita necrozantă.

TERAPII COMPLEMENTARE ȘI ALTERNATIVE

O tulpină probiotică specifică de *Lactobacillus salivarius* PS2, administrată femeilor în ultimele luni de sarcină, poate preveni mastita de lactație.

CONSIDERENTE LEGATE DE INTERNARE, SPITALIZARE ȘI ÎNGRIJIRE MEDICALĂ

Criterii de internare

- Stare generală alterată
- Nou-născuți
- Incapacitatea de a tolera medicația orală
- Situații în care se suspectează că nu va exista aderență la tratamentul medicamentos.

**ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ**

Ameliorarea stării clinice trebuie să fie evidentă după 48 de ore de la administrarea parenterală a antibioticelor.

ATENȚIE

Trebuie urmărite următoarele semne:

- Un răspuns clinic slab sau întârziat la antibioterapie sugerează un microorganism rezistent, un patogen neobișnuit sau un diagnostic diferit
- O formațiune tumorală fluctuantă în evoluție necesită intervenție chirurgicală
- Repariția formațiunii fluctuante
- Aspect toxic, febră prelungită, secreție purulentă sau eritem progresiv postoperator
- Crepitații asociate cu durere excesivă și/sau bule de culoare galben deschis sugerează fasciita necrozantă.

EDUCAREA PACIENTULUI

- Se continuă alăptarea.
- Se aplică tehnici adecvate de alăptare.

PROGNOSTIC

- Majoritatea copiilor se recuperează fără sechele.
- Abcesele bilaterale sunt mai frecvente la nou-născuți (<5% cazuri).
- Morbiditatea și complicațiile sunt mai mari la nou-născuți.

COMPLICAȚII

- Celulită (cea mai frecventă; 5-10%)
- Ruperea abcesului cu infecție diseminată (e.g., bacteriemie, pneumonie)
- Septicemie
- Sindroame toxice (e.g. sindromul șocului toxic)
- Fasciita necrozantă
- Formarea de cicatrice cauzată de distrugerea țesutului mamar (asociată cu o dimensiune redusă a sânului după pubertate)
- Fistula ductului mamar

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

- Al Rwaili N, Scolnik D. Neonatal mastitis: controversies in management. *J Clin Neonatol.* 2012;1(4):207-210.
- Barbosa-Cesnik C, Schwartz K, Foxman B. Lactation mastitis. *JAMA.* 2003;289(13):1609-1612.

- Bharat A, Gao F, Aft RL, et al. Predictors of primary breast abscesses and recurrence. *World J Surg.* 2009;33(12):2582-2586.
- Fernández L, Cárdenas N, Arroyo R, et al. Prevention of infectious mastitis by oral administration of *Lactobacillus salivarius* PS2 during late pregnancy. *Clin Infect Dis.* 2016;62(5):568-573.
- Fortunov RM, Hulten KG, Hammerman WA, et al. Community-acquired *Staphylococcus aureus* infections in term and near-term previously healthy neonates. *Pediatrics.* 2006;118(3):874-881.
- Moazzez A, Kelso RL, Towfigh S, et al. Breast abscess bacteriologic features in the era of community acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* epidemics. *Arch Surg.* 2007;142(9):881-884.
- Stricker T, Navratil F, Forster I, et al. Nonpuerperal mastitis in adolescents. *J Pediatr.* 2006;148(2):278-281.

**CODURI**

ICD10

- N61 Afecțiuni inflamatorii ale sânelui
- P39.0 Mastita infecțioasă neonatală
- O91.219 Mastita nepurulentă asociată cu sarcină, trimestru nespecificat

ÎNTREBĂRI FRECVENTE ȘI RĂSPUNSURI

- Î: Cum puteți diferenția un abces mamar de mastită?
- R: Deși ambele boli implică semne de inflamație (căldură, eritem, tumefiere, sensibilitate/ durere), un abces mamar se distinge de mastită prin faptul că primul se prezintă ca o formațiune fermă, bine definită (cu sau fără conținut fluctuant).
- Î: O mamă ar trebui să întrerupă alăptarea dacă are un abces al sânelui?
- R: Pentru a evita staza laptelui, alăptarea trebuie continuată dacă nu este împiedicată de o incizie chirurgicală sau de starea clinică generală a mamei.
- Î: Care este rolul remediilor homeopate (e.g., belladonna, Phytolacca) în tratamentul mastitei și al abcesului mamar?
- R: În prezent nu există dovezi științifice suficiente pentru a susține utilizarea lor de rutină. O tulpină probiotică specifică de *Lactobacillus salivarius* PS2, administrată femeilor spre sfârșitul perioadei de sarcină, poate preveni mastita de lactație.
- Î: Microorganismele anaerobe sunt agenți patogeni comuni în abcesele mamare?
- R: Nu. Deși agenții patogeni anaerobi sunt izolați în până la 40% din infecții, rolul lor este controversat, iar terapia specifică acestora nu este necesară.



ELEMENTE GENERALE

DESCRIERE

Complicație infecțioasă a amigdalitei sau faringitei, caracterizată prin acumularea depozitelor purulente la nivelul fosei amigdaliene; denumită popular "gâlci"

EPIDEMIOLOGIE

- Cea mai frecventă infecție a țesuturilor profunde de la nivelul capului și gâtului
- Întâlnită cel mai frecvent la adolescenți dar ocazional și la copiii mici

FACTORI DE RISC

- Amigdalita
- Faringita

MĂSURI GENERALE DE PREVENȚIE

Formarea abceselor poate fi prevenită prin administrarea antibioterapiei adecvate atunci când infecția se află încă la stadiul de celulită.

FIZIOPATOLOGIE

- Faringo-amigdalita infecțioasă progresează de la stadiul de celulită către cel de abces.
- Infecția debutează în șanțul intraamigdalian, care este situat între polul superior și corpul amigdalei, cu extensie periamigdaliană ulterioară.
- Abcesul supurează la exteriorul capsulei amigdaliene în proximitatea polului superior al acesteia, afectând și palatul moale.
- Depozitele purulente apar de obicei la nivelul uneia dintre fosele amigdalene, dar este posibilă și afectarea bilaterală.
- Depozitele purulente și inflamația pot produce iritarea mușchilor pterigoidieni, cu apariția trismusului.
- Edemul amigdalian și periamigdalian poate duce la compromiterea căilor aeriene superioare.

ETIOLOGIE

- Majoritatea abceselor sunt polimicrobiene.
- Bacteriile cel mai frecvent izolate sunt streptococii β-hemolitici grup A (SBHGA).
- Streptococii α-hemolitici sunt al doilea grup de patogeni raportați ca frecvență în majoritatea studiilor.
- *Staphylococcus aureus*
- Bacteriile anaerobe au un rol important:
 - *Prevotella*
 - *Porphyromonas*
 - *Fusobacterium*
 - *Peptostreptococcus*
- Posibil sinergism între anaerobi și SBHGA
- Pot fi izolate bacterii Gram-negativ precum *Haemophilus influenza* și, mai rar, speciile *Pseudomonas*

AFEȚIUNI ASOCIATE FRECVENT

- Precedat frecvent de amigdalite sau faringite.
- Celulita periamigdaliană este adeseori asociată cu mononucleoza infecțioasă.



DIAGNOSTIC

ANAMNEZĂ

- Febră și odinodinie
 - Cele mai frecvente simptome la debut
- Odinofagie intensă, durere la deschiderea gurii (trismus), voce nazonată
 - Simptomatologie tipică la debut
- Otalgie unilaterală sau durere la nivelul gâtului
 - Alte simptome frecvente la debut

EXAMEN CLINIC

- Depozite periamigdalene unilaterale sau protruzia palatului moale postero-superior

SEMN DIAGNOSTIC

- Deviația uvulei
 - Semn caracteristic, deși poate fi absent în cazurile rare de abcese periamigdalene bilaterale
- Edem palatin fluctuant la palparea
 - Necesită aspirație urgentă
- Faringe eritematos, edemațiat, cu amigdale exsudative, mărite de volum
 - Coexistența faringo-amigdalitei este frecventă
- Adenopatie cervicală
 - Frecventă
- Salivație
 - Frecventă
- Torticolis
 - Prezent uneori

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Celulita periamigdaliană
 - Cel mai frecvent diagnostic diferențial
 - Denumită și "flegmon"
 - Lipsesc semnele abcesului periamigdalian: depozite periamigdalene, deviația uvulei și trismus
- Abcesul retrofaringian
 - Modificări periamigdalene ușoare sau absente
 - Spațiu prevertebral mărit, observat pe radiografia cervicală în incidență laterală
 - Această afecțiune care compromite căile aeriene apare de obicei la copiii preșcolari, nu la adolescenți.
- Epiglotita
 - Afecțiune gravă ce compromite căile aeriene, debut brusc cu febră, stridor, creșterea efortului respirator și salivație.
 - Apare la copiii cu vârste cuprinse între 3 și 7 ani, iar aceștia au fațes toxic
 - Incidență scăzută la copii odată cu introducerea vaccinării împotriva *H.influenzae* tip b
- Alte patologii infecțioase care determină apariția faringo-amigdalitei severe:
 - EBV (mononucleoza infecțioasă), virusul coxsackie (angina herpetică), *Corynebacterium diphtheriae* și *Neisseria gonorrhoeae*

TESTE DE DIAGNOSTIC ȘI INTERPRETARE

- Numărul leucocitelor
 - Nu este o analiză obligatorie pentru stabilirea diagnosticului
 - Frecvent crescut, cu o deviere semnificativă la stânga a formulei leucocitare
- Teste de depistare rapidă a antigenului streptococic de la nivel faringian
 - Utile pentru diagnosticarea infecției cu SBHGA
- Colorația Gram și culturi din proba aspiratului rino-faringian
 - Confirmă microorganismul patogen
- Sunt izolate frecvent bacterii aerobe, prin influența factorilor de laborator/recoltare/medililor de cultură.
- Test pentru anticorpi heterofili/titru de anticorpi anti EBV
 - Nu este obligatoriu pentru stabilirea diagnosticului
 - Mononucleoza infecțioasă este atât diagnostic diferențial cât și patologie coexistentă în unele cazuri de abces periamigdalian.
- Investigațiile radiologice sunt rareori necesare deoarece în abcesul periamigdalian diagnosticul este clinic.
- Ecografia intraorală sau tomografia computerizată (CT) (cu substanță de contrast):
 - Uneori utilă dacă există dificultate în diferențierea clinică între celulită și abces periamigdalian
 - Examinarea CT este cea mai utilă investigație la pacienții cu dificultate de deschidere a gurii dată de trismus.
 - Examinarea CT este importantă dacă se suspectează extensia profundă la nivelul gâtului.
- IRM
 - IRM poate fi mai precisă decât CT în detectarea afectării multiloculate și, desigur, este lipsită de expunerea la radiații.
 - Utilizarea la copii este limitată de timpul lung de achiziție a imaginilor și de faptul că necesită cooperarea pacientului.
 - La copiii mici, necesitatea sedării pentru efectuarea IRM aduce dificultăți logistice adiționale și potențiale riscuri privind căile respiratorii.



TRATAMENT

MĂSURI GENERALE

Tratarea unui abces fără realizarea drenajului chirurgical este inadecvată și poate avea potențiale repercusiuni asupra căilor respiratorii.

- Abcesele necesită drenaj imediat/ în urgență prin aspirație cu ac fin sau prin incizie chirurgicală cu drenaj (I&D).
- Este necesară asigurarea analgeziei și hidratării adecvate în toate cazurile.

TRATAMENT MEDICAMENTOS

Prima linie terapeutică

- Cele mai frecvent utilizate antibiotice de primă linie sunt clindamicina sau ampicilina/sulbactam, care acoperă spectrul germinilor SBHGA, *Staphylococcus* și anaerobilor.
- Deoarece incidența *S.aureus* rezistent la meticilină este în creștere, clindamicina devine antibioticul de elecție.



ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ

URMĂRIRE ÎN TIMP

- Pacienții pot fi externați odată cu remiterea febrei și edemului periamigdalian, cu recomandarea de continuare a curei de antibioterapie orală până la 10-14 zile.
- Abcesul periamigdalian recurent este mai frecvent la cei cu amigdalită recurentă.
- Amigdalectomia precoce (a.k.a. amigdalectomia acută sau "la cald") poate fi luată în considerare la pacienții cu abcese periamigdaliene recurente sau severe, precum și la cei cu diseminare periamigdaliană a infecției obiectivată pe CT.

PROGNOSTIC

- Recuperare completă sub terapie adecvată.
- Este posibilă recurența abcesului.

COMPLICAȚII

- Obstrucția căii aeriene superioare este cea mai severă complicație.
- Cea mai frecventă complicație este deshidratarea cauzată de scăderea aportului hidric oral.
- Abcesele netratate pot perfora în faringe, ducând la aspirație și pneumonie.
- Alte complicații severe includ abcesul parafaringian, tromboflebita supurativă de venă jugulară (sindrom Lemierre), tromboza de sinus cavernos, sepsisul, abcesul cerebral, meningita și disecția în artera carotidă internă.
- Chiar și după drenaj adecvat, recurența abcesului periamigdalian este posibilă, dar în procent redus (10-15%).
- Majoritatea studiilor citează un procent total al recurenței abcesului periamigdalian de 9-22%.
- Factorii de risc pentru abcesul periamigdalian recurent includ istoricul de abces periamigdalian și extinderea extratonsilară a abcesului pe CT.

~ În unele cazuri se inițiază terapie IV cu penicilină în doză mare dacă există testul de detecție rapidă a antigenului streptococic este pozitiv sau dacă exsudatul faringian este pozitiv.

• Combinația piperacilină/tazobactam este utilizată de către unii clinicieni pentru spectrul larg pe care îl acoperă.

A doua linie terapeutică

- Naftilina, oxacilina și cefazolina sunt antibiotice alternative acceptate.
- Corticosteroidii: unii experți recomandă corticosteroidi pentru ameliorarea edemului, durerii și trismusului.
 - Majoritatea datelor provin din studii efectuate pe loturi de adulți și nu pe loturi de copii.
 - Au fost utilizate metilprednisolonul, dexametazona și prednisonul.
 - În abcesul periamigdalian este eficientă și sigură administrarea unei doze unice de corticosteroidi.

CRITERII PENTRU CONSULT DE SPECIALITATE

Abcesul periamigdalian: consultul ORL este obligatoriu atât pentru conduita terapeutică acută cât și pentru cea cronică.

CHIRURGIE / ALTE PROCEDURI

- După cum s-a menționat anterior, este obligatorie aspirația cu ac fin sau abordul chirurgical tip I&D în etapa acută a abcesului.
- Majoritatea chirurgilor preferă amigdalectomia după tratarea infecției acute cu antibiotic și drenaj acut (aspirație cu ac fin sau I&D).
- Drenajul chirurgical cu amigdalectomie este necesar la copiii care nu răspund după 24-48 ore de administrare parenterală a antibioticului.
- Unii medici susțin amigdalectomia acută sau "la cald".

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

- Chung JH, Lee YC, Shin SY, et al. Risk factors for recurrence of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol. 2014;128(12):1084-1088.
- ENT Trainee Research Collaborative—West Midlands. National prospective cohort study of peritonsillar abscess management and outcomes: the Multicentre Audit of Quinsies study. J Laryngol Otol. 2016;130(8):768-776.
- Plum AW, Mortelliti AJ, Walsh RE. Microbial flora and antibiotic resistance in peritonsillar abscesses in Upstate New York. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015;124(11):875-880.
- Powell J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. Clin Otolaryngol. 2012;37(2):136-145.
- Shaul C, Koslowsky B, Rodriguez M, et al. Is needle aspiration for peritonsillar abscess still as good as we think? A long-term follow-up. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015;124(4):299-304.
- Stoner MJ, Dulaurier M. Pediatric ENT emergencies. Emerg Med Clin North Am. 2013;31(3):795-808.
- Tagliareni JM, Clarkson EI. Tonsillitis, peritonsillar and lateral pharyngeal abscesses. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2012;24(2):197-204, viii.



CODURI

ICD10

- J36 Anghină flegmonoasă, abces peritonsilar

ÎNTREBĂRI ȘI RĂSPUNSURI FRECVENTE

- Î: Este necesară radiografia pentru formularea diagnosticului de abces periamigdalian?
- R: Nu. Examinarea clinică stabilește diagnosticul. Radiografia cervicală efectuată în incidență laterală, ecografia, CT sau IRM sunt indicate doar atunci când diagnosticul este incert sau pentru stabilirea extensiei bolii și a complicațiilor adiționale.
- Î: Este necesar consultul chirurgical în cazurile de abces periamigdalian?
- R: Da. Consultația otorinolaringologică este indicată atât pentru stabilirea conduitei terapeutice acute cât și cronice.



ELEMENTE GENERALE

DESCRIERE

- Absces în zona perirectală
- Se poate asocia cu fistula anală
- Clasificarea abscesului se face în funcție de localizarea față de mușchii ridicător anal și sfincterieni ai planșeului pelvian.
- Clasificare în funcție de frecvență, în ordine descrescătoare: perianal, ischioanal, intersfincterian și deasupra mușchiului ridicător anal

EPIDEMIOLOGIE

- Poate apărea la orice vârstă
- Mai frecvent la băieți 2:1
- La copil, mai frecvent la cei cu vârsta <2 ani

FIZIOPATOLOGIE

- Își are originea cel mai frecvent într-o glandă anală obstruată, cu proliferare bacteriană ulterioară și formarea abscesului
- Infecția din interiorul glandelor anale penetrează prin sfincterul intern și ajunge în spațiul intersfincterian
- Infecția și inflamația cronică pot determina formarea unei fistule anale. Situația este întâlnită în până la 50% din cazuri, ca rezultat al sepsisului anal persistent sau al formării unui tract epitelizat.
- De asemenea, poate fi asociat cu inflamația transmurală și fistulizare la nivelul mucoasei rectosigmoidiene în boala Crohn.

AFEȚIUNI ASOCIATE FRECVENT

- Infecția nespecifică a glandelor anale
- Boala Crohn
- Imunodeficiența (ex: neutropenie, diabet zaharat, SIDA)
- Perforarea de către un corp străin
- Traumatisme externe
- Tuberculoza
- Boala granulomatoasă cronică
- Tumori (ex: carcinom, rabdomiosarcom)



DIAGNOSTIC

Semne și simptome

- Generale
 - Durere anală sau perianală constantă, care precedă frecvent semnele locale
 - Semne locale: edem, eritem, caracter fluctuant
 - Defecație dureroasă, durere la mers
 - Simptome constituționale (ex: febră sau stare generală modificată)
- Abscesul perianal
 - Rezultat al diseminării verticale la distanță a infecției către marginea anală
 - Se prezintă sub forma unei mase sensibile, fluctuante
 - Cel mai frecvent tip de absces anorectal
- Abscesul ischiorectal
 - Secundar diseminării pe orizontală a infecției de-a lungul sfincterului anal extern către fosa ischiorectală
 - Infecția poate coborî de-a lungul sfincterului anal intern către canalul anal.
 - Se prezintă sub forma unei zone difuze, sensibile, indurate, fluctuante
 - Pacienții pot avea durere și febră înainte de a dezvolta edem vizibil.
- Abscesul intersfincterian
 - Limitat la spațiul intersfincterian dintre sfincterele anale intern și extern; prin urmare, adesea nu determină modificări cutanate la nivel perianal
 - Asociat cu defecație dureroasă
 - Este responsabil pentru doar 2-5% dintre toate abcesele anorectale
- Abcese situate deasupra mușchiului ridicător anal
 - Își pot avea originea în două surse diferite:
 - Diseminare proximală verticală dinspre glanda anală prin spațiul intersfincterian către spațiul pelvisubperitoneal.
 - Inflamație sau infecție pelviană (ex: boala Crohn)

- Se prezintă cu durere pelviană sau anorectală, febră și, uneori, retenție de urină
- Examinarea rectului evidențiază de obicei o tumefacție indurată deasupra inelului anorectal.
- Imagistica poate fi necesară pentru stabilirea diagnosticului.
- Abscesul "în potcoavă"
 - Secundar unei glande anale abcedate, localizată pe linia mediană posterioară a canalului anal
 - Datorită prezenței ligamentului anococcigian, infecția este împinsă lateral în fosa ischiorectală, de unde provine denumirea de "potcoavă".
 - Poate fi unilateral sau bilateral
 - Se prezintă cu durere

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Infecție pilonidală
- Absces Bartholin
- Chist de incluziune epidermală presacrală
- Hidrosadenită supurativă
- Chist de duplicație rectală

TESTE DE DIAGNOSTIC ȘI INTERPRETARE

Teste inițiale (screening, laborator, imagistică)

- Hemoleucogramă
- Cultură din absces
- Imagistică prin rezonanță magnetică (IRM)
 - Metoda de preferat, deoarece are rezoluție excelentă spațială și de contrast
 - Permite evaluarea aprofundată a întregului perineu și pelvis inferior

Tomografia computerizată (CT)

- Are rezoluție slabă privind țesuturile moi, ceea ce face ca distingerea musculaturii perineale și a traiectelor fistuloase să fie dificilă, deși de obicei decelează acumulările organizate de lichid mai mari de 1 cm
 - De asemenea, această metodă utilizează radiații ionizante, care sunt mai puțin dezirabile în populația pediatrică.
- Ecografia (ECO)**
- Au fost utilizate ecografiile endoscopice și transperineale, dar acestea nu relevă întotdeauna întreaga extensie a inflamației.
 - Structurile mai profunde pot să nu fie vizualizate, din cauza penetrării insuficiente a undelor sonore.
 - ECO endoscopică poate fi utilizată pentru diagnosticarea și monitorizarea abceselor rectale.

**TRATAMENT****MĂSURI GENERALE**

- Lipsa caracterului fluctuant nu ar trebui să întârzie tratamentul.
- Abcesul ar trebui drenat prin plasarea unei meșe fie prin montarea unui tub de dren.
- În momentul drenajului ar trebui efectuată o cultură din abces, pentru antibiogramă, în cazul în care este necesar tratamentul antibiotic.
- Antibioterapia este rezervată pentru situațiile în care infecția nu răspunde adecvat la drenaj, în infecția cu celulită adiacentă sau în infecția dată de o enterobacterie izolată în cultură. Antibioticele sunt indicate și la pacientul imunocompromis, cu valvulopatie sau cu boală Crohn.
- Băile de șezut pot facilita drenajul.

CHIRURGIE / ALTE PROCEDURI

- Drenajul se face fie prin incizie și drenaj clasic (I&D) fie prin sondarea fistulei.
- Există o dezbateră legată de necesitatea efectuării unei fistulotomii sau fistulectomii la momentul drenajului pentru o fistulă asociată.

**ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ**

- Dacă abcesul recidivează, se vor lua în considerare alte patologii asociate (ex: neutropenie, HIV, diabet zaharat, boala Crohn, chistul de duplicație rectală).
- Pentru a preveni recidiva, trebuie evaluat dacă există o posibilă fistulă anală.

PROGNOSTIC

- Prognostic este bun dacă abcesul este descoperit și drenat precoce.
- Pacienții se recuperează de obicei bine după drenajul chirurgical, fără a necesita antibiotice.

COMPLICAȚII

- Sepsis
- Formarea unei fistule

Considerații speciale

- Boala Crohn ar trebui luată în considerare la pacienții cu abces perirectal, cu sau fără fistulă anală.
- Semnele și simptomele care cresc suspiciunea de boală Crohn includ scăderea ponderală sau curbă ponderală nesatisfăcătoare, diareea cronică sau durerile abdominale.

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

- Caliste X, Nazir S, Goode T, et al. Sensitivity of computed tomography in detection of perirectal abscess. *Am Surg.* 2011;77(2):166-168.
- Chang HK, Ryu JG, Oh JT. Clinical characteristics and treatment of perianal abscess and fistula-in-ano in infants. *J Pediatr Surg.* 2010;45(9):1832-1836.
- Hammer MR, Dillman JR, Smith EA, et al. Magnetic resonance imaging of perianal and perineal Crohn disease in children and adolescents. *Magn Reson Imaging Clin N Am.* 2013;21(4):813-828.
- Huang A, Abbasakoor F, Vaizey CJ. Gastrointestinal manifestations of chronic granulomatous disease. *Colorectal Dis.* 2006;8(8):637-644.
- Lejkowski M, Maheshwari A, Calhoun DA, et al. Persistent perianal abscess in early infancy as a presentation of autoimmune neutropenia. *J Perinatol.* 2003;23(5):428-430.
- Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(7):CD006827.
- Marcus RH, Stine RJ, Cohen MA. Perirectal abscess. *Ann Emerg Med.* 1995;25(5):597-603.

- Niyogi A, Agarwal T, Broadhurst J, et al. Management of perianal abscess and fistula-in-ano in children. *Eur J Pediatr Surg.* 2010;20(1):35-39.
- Rosen NG, Gibbs DL, Soffer SZ, et al. The nonoperative management of fistula-in-ano. *J Pediatr Surg.* 2000;35(6):938-939.
- Whiteford MH, Kilkenny J III, Hyman N, et al; for The Standards Practice Task Force. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised).

**CODURI****ICD10**

- K61.1 Abces rectal
- K60.3 Fistulă anală
- K61.3 Abces ischiorectal

ÎNTREBĂRI FRECVENTE ȘI RĂSPUNSURI

- Î: Care sunt complicațiile acestei afecțiuni?
- R: Până la 50% dintre pacienți pot dezvolta o fistulă, cu predilecție la sexul masculin.
- Î: Care sunt cele mai frecvente microorganisme implicate în etiologia abcesului?
- R: Specii de *Staphylococcus*.
- Î: Cu ce alte boli se poate asocia abcesul perirectal?
- R: Cu boala Crohn. Dacă a existat o expunere, ar trebui de asemenea exclusă tuberculoza.
- Î: Ce alte tratamente pot fi efectuate în afară de intervenția chirurgicală?
- R: Băile de șezut și compresele calde ar putea fi de ajutor în cazul abceselor mici sau superficiale.



ELEMENTE GENERALE

DESCRIERE

O infecție relativ rară, dar posibil amenințătoare de viață, care se produce în spațiul potențial dintre peretele posterior al faringelui și fascia prevertebrală

EPIDEMIOLOGIE

- Sezonalitate iarna-primăvara
- Copiii cu vârsta <5 ani au riscul cel mai înalt
- 4,1 cazuri la 100.000 de copii cu vârsta <20 de ani
- Raportul masculin:feminin este 2:1

FIZIOPATOLOGIE

- Majoritatea infecțiilor apar ca urmare a faringitei sau supraglotitei și se produc datorită supurației ganglionilor limfatici retrofaringieni, care sunt dispuși în două lanțuri paramediane care drenează diverse structuri și sinusuri nazofaringiene.
- Aceste lanțuri de ganglioni limfatici dispar în copilărie; prin urmare, abcesele retrofaringiene sunt cele mai frecvente la sugar și copilul mic.
- Celulita zonei retrofaringiene determină formarea unui flegmon, care evoluează către un abces.
- Alte surse de infecție în acest spațiu, observate frecvent la copiii mai mari și adolescenți, includ traumatismele penetrante ale faringelui posterior (ex: aspirația unui corp străin, intervenții stomatologice, tentative de intubare).
- Extinderea infecției către acest spațiu poate avea ca punct de origine osteomielița corpului vertebral sau un abces dentar.

ETIOLOGIE

- Infecțioasă: culturile relevă frecvent mai multe microorganisme.
- Microorganismele identificate frecvent sunt:
 - *Streptococcus* (de grup A și altele)
 - *Staphylococcus aureus*
 - Diverse specii anaerobe (ex: *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*)
- Multe dintre tulpinile izolate sunt producătoare de β-lactamază.



DIAGNOSTIC

ANAMNEZĂ

- Simptomele pot fi prezente timp de câteva ore sau zile înainte să fie stabilit diagnosticul corect. La momentul prezentării, mulți pacienți au luat deja antibiotice pe cale orală pentru o presupusă faringită/sinuzită.
- Întrebați despre traumatisme cervicale, mai ales plăgi penetrante, intervenții chirurgicale recente (în special stomatologice) și antecedente concordante cu aspirația de corp străin.
- Medicul trebuie să mențină un indice înalt de suspiciune. Tabloul clinic la prezentare poate fi subtil și poate sugera diagnosticul de epiglotită sau faringită severă.
- Semne și simptome:
 - Cele mai frecvente simptome includ faringodinie, apetit diminuat, rigiditate sau durere la nivelul gâtului, febră, disfagie, odinofagie și stridor.
 - Febră
 - Stridor (observat la cca 50% dintre copii într-un studiu, dar numai la 5% în studii mai recente)
 - Sensibilitate sau formațiune la nivelul gâtului și limitarea mișcărilor
 - Semnul diagnostic clasic este bombarea peretelui faringian posterior; poate fi absent sau dificil de apreciat la un copil bolnav, necooperant

EXAMEN CLINIC

- Tabloul clinic clasic este al unui copil mic care dezvoltă febră, rigiditate la nivelul gâtului, torticolis, masă cervicală și limfadenită cervicală acută.
- Sugarii și copiii au de obicei stare generală modificată, dar manifestările sunt subacute și pot fi subtile.
- Alte semne ar putea include:
 - Voce stinsă
 - Sialoree
 - Febră
 - Disfagie
 - Stridor

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Faringită
- Abces periamigdalian sau de perete lateral
- Epiglotită/supraglotită
- Corp străin penetrant
- Osteomieliță cervicală

TESTE DE DIAGNOSTIC ȘI INTERPRETARE

- Hemoleucograma indică număr total crescut de leucocite, cu deviere semnificativă la stânga a formulei leucocitare.
- Radiografie cervicală de profil
 - Se vizualizează lărgirea spațiului retrofaringian și uneori un nivel hidroaeric.
 - Radiografia cervicală simplă normală nu exclude abcesul retrofaringian.
- CT cervical (cu substanță de contrast)
 - Investigație superioară comparativ cu radiografia simplă
 - De obicei poate face diferența între abces și celulita/adenita locală, deși sensibilitatea și specificitatea acestei investigații sunt <70%



TRATAMENT

MĂSURI GENERALE

- Consultarea urgentă a unei echipe de chirurgie otorinolaringologică este justificată pentru menținerea permeabilității căii aeriene și posibilul drenaj chirurgical; este esențială o echipă cu experiență în gestionarea căii aeriene la copii.
- Tratamentul medical (fără drenaj chirurgical) este suficient în aproximativ jumătate din cazuri
- Pacienții care au un abces bine definit pe CT la internare au probabilitatea cea mai mare de a necesita intervenție chirurgicală.
- Pacienții tratați doar cu antibiotice trebuie urmăriți îndeaproape pentru semne ale agravării stării clinice.

TRATAMENT MEDICAMENTOS

- Se inițiază tratamentul cu antibiotice cu spectru larg cu activitate împotriva *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, altor streptococi non-grup A și microorganismelor anaerobe.
- Ampicilina-sulbactam sau clindamicina sunt alegeri inițiale bune. Vancomicina poate fi adăugată dacă se suspectează infecție cu *S. aureus* meticilino-rezistent la un copil cu infecție severă.
- Antibioterapia poate fi ajustată pe baza datelor microbiologice și de susceptibilitate.

CRITERII PENTRU CONSULT DE SPECIALITATE

După confirmarea diagnosticului, este obligatorie consultarea de urgență cu personal chirurgical experimentat, specializat în abordarea căii aeriene la copil.

CHIRURGIE / ALTE PROCEDURI

- Datele recente indică faptul că mai mult de jumătate din cazuri nu necesită drenaj chirurgical.
- Deteresa respiratorie severă și compromiterea căii aeriene sunt indicații pentru drenajul chirurgical.
- Abordarea prin cavitatea bucală este cea mai frecventă modalitate de drenaj.

**ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ****PROGNOSTIC**

Excelent dacă pacientul beneficiază de antibioterapie adecvată, îngrijire adaptată evoluției și intervenție chirurgicală, dacă este necesară, la momentul oportun

COMPLICAȚII

- Ruptura spontană cu aspirația materialului infectat, cu asfixie consecutivă sau infecție pulmonară masivă
- Hemoragie cauzată de extinderea abcesului către arterele locale; și/sau tromboză venoasă dată de afectarea vaselor mari ale gâtului
- Poate avea loc extinderea caudală a infecției, ducând la mediastinită, abces subdiafragmatic sau al mușchiului psoas.

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

- Chang L, Chi H, Chiu NC, et al. Deep neck infections in different age group of children. *J Microbiol Immunol Infect.* 2010;43(1):47-52.
- Elsharif AM, Park AH, Alder SC, et al. Indicators of a more complicated clinical course for pediatric patients with retropharyngeal abscess. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74(2):198-201.
- Gavriel H, Lazarovitch T, Pomortsev A, et al. Variations in the microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2009;28(1):27-31.
- Grisar-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children—epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74(9):1016-1020.
- Page NC, Bauer EM, Lieu JEC. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;138(3): 300-306.
- Woods CR, Cash ED, Smith AM, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses among children and adolescents in the United States: epidemiology and management trends, 2003-2012.

**CODURI**

ICD10

- J39.0 Abces retrofaringian și parafaringian

ÎNTREBĂRI FRECVENTE ȘI RĂSPUNSURI

- Î: Care este grupa de vârstă cu cel mai mare risc de a dezvolta un abces retrofaringian?
- R: Apare cel mai frecvent la preșcolari; lanțurile paramediane de ganglioni limfatici din zona retrofaringiană regresează pe măsură ce copilul crește și în adolescență. Astfel, înainte de a regresa, acești ganglioni filtrează limfa din nazofaringe și sinusurile paranazale și sunt responsabili de apariția abceselor retrofaringiene.
- Î: Tratamentul chirurgical este indicat la toți pacienții?
- R: Nu. Tendințele recente au arătat faptul că mai mult de jumătate din cazuri pot fi gestionate cu antibiotice IV, fără drenaj chirurgical. Tratarea cu antibiotice IV timp de 24 până la 48 de ore a unui copil stabil, care nu prezintă compromiterea căii aeriene este de asemenea adecvată.



ELEMENTE GENERALE

DESCRIERE

Abuzul fizic se referă la orice formă de violență aplicată unui copil sau tânăr de către părinte sau tutore, în urma căreia rezultă leziuni cutaneo-mucoase, musculo-scheletice, viscerale sau intracraniene și/sau decesul. Deși este și un diagnostic medical, abuzul fizic este definit și în legislația fiecărui stat.

EPIDEMIOLOGIE

Incidență

- Conform cazurilor raportate către agențiile de protecție a copilului din Statele Unite în anul 2014, 702.000 copii au fost victime ale abuzului și neglijării.
 - Rata de abuz la copii a fost de 9,4 la 1000 de copii pe an.
 - 17% dintre copiii abuzați au fost victime ale abuzului fizic.
 - >1500 de decese la copii au fost atribuite maltratării acestora în anul 2014, dintre care aproape 42% au rezultat din abuzul fizic.
 - Aproape 70% din cazurile de decese la copii cauzate de maltratare au survenit la copii cu vârsta <3 ani.
- Abuzurile pot avea loc în orice familie, indiferent de rasă, etnie sau statut socioeconomic.
- Prevalență

Nu toate cazurile de maltratare la copii sunt raportate. Dintr-un eșantion reprezentativ la nivel național care a cuprins >4000 de copii, >18% dintre aceștia au declarat că au suferit cel puțin un episod de maltratare pe parcursul vieții.

MĂSURI GENERALE DE PREVENȚIE

- Evaluarea riscului (istoricul parental de tulburări psihice sau de abuz în copilărie, abuzul de substanțe la părinți, factori economici de stres, temperament dificil în copilărie, așteptări inadecvate legate de dezvoltare, copil crescut de mamă singură în relație cu un bărbat neînrudit cu copilul).
- Screeningul violenței în familie (violență din partea partenerului intim).
- Acordarea în avans a sfaturilor legate de: apariția crizelor de furie la copilul mic/plănsul sugarului, igiena copilului și tehnici de disciplină.
- Vizite la domiciliu ale asistenței medicale în cazul familiilor cu risc de violență.
- Cursuri pentru toți părinții, deși acestea se adresează de obicei doar părinților cu risc care au copii mici.

ETIOLOGIE

- Deși abuzul asupra copiilor apare în familii indiferent de rasă, etnie, statut socioeconomic, există factori individuali, familiali, comunitari și sociali care plasează copilul într-o grupă de risc ridicat de a fi maltratat.
- Exemple de factori de risc includ următoarele categorii:
 - Temperamentul dificil al copilului
 - Istoricul parental de abuz în copilărie
 - Abuzul parental de substanțe
 - Afecțiuni psihiatrice la părinți
 - Sărăcia și lipsa locului de muncă
 - Violența domestică
 - Tutore de sex masculin neînrudit cu copilul

AFECȚIUNI ASOCIATE FRECVENT

- Abuz emoțional
- Neglijare
- Abuz sexual
- Expunerea la violența domestică
- Statutul de fugar cronic de acasă
- Trafic sexual domestic
- Tulburare de stres posttraumatic
- Depresie
- Tulburare anxioasă

ATENȚIE

Erori de evitat:

- Neluarea în calcul a posibilității de abuz atunci când se face diagnosticul diferențial al oricărui traumatism pediatric.
- Neluarea în calcul a posibilității de abuz atunci când se face diagnosticul diferențial la sugarii și copiii mici cu modificări ale statusului mental (în special evenimente inexplicabile cu rezolvare rapidă [BRUE]) chiar dacă nu s-au înregistrat echimoze.
- Incapacitatea de a recunoaște semnificația hemoragiilor subconjunctivale și a echimozelor în regiuni ale corpului atipice pentru traumatisme accidentale.
- Neluarea în calcul a posibilității ca LCR sanguinolent să fie cauzat de un traumatism.
- Neluarea în calcul a posibilității unui diagnostic medical alternativ la copiii la care se suspectează abuzul.
- Lipsa documentării clare a istoricului, a elementelor patologice fizice descoperite la examenul somatic și a evaluării.



DIAGNOSTIC

ANAMNEZĂ

- Anamneza are o importanță capitală în diagnosticarea abuzului fizic la copil. Această furnizează informații despre derularea în timp, cât de plauzibil este evenimentul traumatizant și pentru formularea unui diagnostic diferențial. Câteva trucuri pentru a obține un istoric corect atunci când este suspectat abuzul:
 - Fiți curios dar a nu judecați.
 - Adresați întrebări deschise, nedirective.
 - Discutați cu copilul (doar în cazul în care acesta vorbește) și cu părinții separat dacă este suspectat abuzul.
- Solicitați povestirea întâmplării legate de evenimentul traumatic și de evoluția simptomelor: aceasta ajută la stabilirea cronologiei și la determinarea caracterului plauzibil al explicațiilor. Întrebarea "Spuneți-mi ce s-a întâmplat" reprezintă cel mai bun mod de a începe. Solicitați descrierea achizițiilor cheie de dezvoltare pe etape de vârstă pentru a determina dacă povestea este plauzibilă.
- În cazul în care nu este declarat niciun eveniment traumatic, este important să se obțină informații legate de ultima dată când copilul a fost bine, cum au evoluat semnele și simptomele și ce anume l-a determinat pe tutore să solicite ajutor medical.
- Este important să se ceară informații despre persoana care îl avea în grijă pe copil în momentul evenimentului traumatic sau când au apărut semnele de boală. Copiii care vorbesc vor fi întrebați "Ce s-a întâmplat?" sau "Cum ți s-a

întâmplat asta?" cu privire la leziunile descoperite.

- Istoricul medical, examinarea aparatelor și sistemelor și istoricul familial pot fi de folos în formularea diagnosticului diferențial.

EXAMEN CLINIC

În cazul oricărui copil suspectat că a fost maltratat se va realiza un examen fizic complet. Acesta va include:

- Parametrii de creștere.
- Se efectuează un examen din cap până în picioare, inclusiv consult anogenital.
- Suspiciunea de abuz fizic provine din descoperirea leziunilor la nivelul cavității orale (cum ar fi leziunile frenului lingual), a hemoragiilor subconjunctivale, a hematoamelor la sugari, a hematoamelor cu localizări atipice pentru un traumatism accidental (la nivelul urechilor, gâtului, abdomenului, feselor, coapselor) sau a leziunilor cutanate cu un tipar specific (e.g., semne de cataramă, mușcături de om).
- Când se suspectează un traumatism cranian, trebuie efectuat examenul fundului de ochi cu dilatarea pupilei de către un oftalmolog. Hemoragiile retinene prezente în mai multe straturi ale retinei și care se extind către ora serrata au o specificitate ridicată pentru traumatismele craniene provocate.
- Nu toate leziunile pot fi descoperite la examenul fizic; de aceea este important să se utilizeze și alte modalități de a detecta alte tipuri de leziuni.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Trebuie să fie susținut de examenul fizic, de istoricul pacientului și cel familial.

- Hematoame cauze:
 - Traumatisme: accidentale sau provocate
 - Dermatologice: nevi intradermici congenitali
 - Hematologice: hemofilia, anomalii trombotice, purpură trombocitopenică congenitală, leucemie
- Infecțioase: meningita cu meningococ
- Genetice: sindromul Ehlers-Danlos
- Indiferența congenitală la durere (analgezia congenitală)
 - Practici de vindecare culturale: amprentarea cu monede (Cao gio), aplicarea de ventuze, masarea cu instrumente de masaj (Quat sha)
- Vasculite: purpura Henoch-Schönlein, vasculita de hipersensibilitate
- Arsură cauze:
 - Traumatisme: accidentale sau provocate
 - Dermatologice: dermatită de contact, reacții cunoscute la medicamente
- Infecțioase: impetigo, sindromul de epidermoliză stafilococică acută
- Genetice: indiferența congenitală la durere (analgezia congenitală)
 - Practici de vindecare culturale: moxibustia (arderea plantei moxa la nivelul unor puncte terapeutice de pe tegument), maquis (mici arsuri profunde realizate în anumite puncte terapeutice), usturoiul (utilizat topic pentru infecții)
- Altele: mușcătură de păianjen brun
- Fracturi cauze:
 - Traumatisme: la naștere, accidentale, provocate
 - Metabolice: rahitism, scorbut, deficit de cupru, osteogenesis imperfecta, hipervitaminoza A, toxicitate provocată de prostaglandina E
 - Neoplazice: leucemie, histiocitoză cu celule

Langerhans, metastaze

- Infecțioase: sifilis congenital, osteomielită
- Altele: hiperostoza corticală infantilă
- Leziuni craniene cauze:
 - Traumatisme: accidentale sau provocate
 - Tulburări hematologice: boala hemoragică tardivă a nou-născutului (vitamina K), deficitul factorilor coagulării, trombocitopenie,
 - disfuncție plachetară, boala von Willebrand
 - Infecțioase: meningită bacteriană
 - Metabolice: aciduria glutarică tip I

TESTE DE DIAGNOSTIC ȘI INTERPRETARE

Teste inițiale (screening, laborator, imagistică)

- La pacienții cu echimoze sau hemoragie intracraniană și/sau istoric ori examinare care conduc la suspiciunea de afecțiune hemoragică:
 - Examen sumar de urină pentru detectarea miogloburiei
 - Creatin-kinaza pentru leziuni musculare
 - Timp de protrombină (TP) / timp parțial de tromboplastină (TPT) pentru sângerările prelungite
 - Hemoleucogramă completă cu număr de trombocite pentru detectarea anemiei și a trombocitopeniei
 - Antigenul și activitatea factorului von Willebrand
 - Concentrația factorilor VIII și IX pentru detectarea hemofiliei
 - Teste pentru coagularea intravasculară diseminată (CID)
- La pacienții cu fracturi multiple teste screening pentru afecțiuni metabolice osoase:
 - Fosfataza alcalină
 - Calciu și fosfor
 - 25-hidroxi-vitamina D
 - Parathormonul (PTH)
- Screening pentru traumatisme abdominale (când lipsesc echimozele):
 - AST și ALT pentru leziuni hepatice
 - Amilaza, lipaza pentru leziuni pancreatice
 - Examen sumar de urină pentru leziuni urogenitale
- La pacienții cu status mental alterat sau la care se suspectează otrăvirea:
 - Screening toxicologic
- Pentru a evalua traumatismele osoase:
 - Examinarea amănunțită a sistemului osos la toți copiii cu vârsta <2 ani la care se suspectează abuzul (este de folos uneori și la copiii între 2 și 5 ani)
 - Fracturile cu specificitate înaltă pentru abuz sunt fracturile segmentului posterior al coastelor, leziunile clasice ale metafizelor (i.e., fracturi "în mâner de găleată"), fracturile scapulare, fracturile sternale și cele vertebrale.
 - Evenimentele traumatiche declarate la care nu poate fi găsit un mecanism de producere plauzibil din punct de vedere mecanic sau de dezvoltare ar trebui să ridice suspiciunea de abuz.
 - Scintigrafia osoasă cu radioizotopi poate contribui la evaluarea leziunilor osoase.
- Pentru a evalua traumatismele craniene:
 - CT cerebral sau IRM cerebral și vertebral la copiii <1 an sau la cei care prezintă semne și simptome sugestive pentru un traumatism cranian.
 - Hemoragiile subdurale se asociază cu traumatisme cerebrale prin abuz.
 - IRM poate fi utilă atât pentru evaluarea

hemoragiilor de diferite vârste cât și pentru detectarea leziunilor cerebrale și ale țesuturilor moi ale gâtului.

- Pentru evaluarea traumatismelor toracice, abdominale și/sau pelviene:
 - CT toracic, abdominal și/sau pelvian.
- Constatări patologice
 - Atunci când trebuie exclusă maltratarea din diagnosticul diferențial, trebuie efectuată autopsia de către un medic cu experiență.



TRATAMENT

MĂSURI GENERALE

- Tratament medical în funcție de leziune
- Raportarea suspiciunii de abuz la Direcția de asistență socială și protecție a copilului din jurisdicția în care s-a produs evenimentul.
- Incluziunea altor discipline în planul de tratament, în special asistentul social și personalul medical cu pregătire în sănătate mintală.

CONSIDERENTE LEGATE DE INTERNARE, SPITALIZARE ȘI ÎNGRIJIRE MEDICALĂ

- Criterii de internare
 - Se bazează în primul rând pe nevoile medicale ale pacientului
 - Pentru siguranța pacientului permite inițierea investigațiilor și găsirea unui tutore de încredere
- Criterii de externare
 - Atunci când copilul este pregătit din punct de vedere medical să părăsească spitalul și după ce a fost alocat un tutore de încredere care să acționeze spre binele copilului



ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ

URMĂRIRE ÎN TIMP

Monitorizarea pacientului

- Rapoartele vor fi investigate de către Agenția pentru protecția copilului sau de către instanțele judecătorești.
- Copilul poate fi plasat sau în într-o instituție maternală. Indiferent de situație, dacă un caz de abuz asupra unui copil a rămas deschis, se vor implementa măsurile de monitorizare și suport pentru familie și părinți. Aceste măsuri nu sunt întotdeauna reușite.
- Deoarece factorii toxici de stres, cum ar fi efectul maltratării asupra creierului în dezvoltare dar și traumatismele cerebrale directe în unele cazuri, afectează copilul din punct de vedere psihic și mental, se va institui evaluarea și monitorizarea dezvoltării acestuia.
- Furnizorii de servicii medicale primare și cei care asigură permanent îngrijirea trebuie să monitorizeze pacienții pentru a descoperi sechele fizice și de sănătate mintală ale abuzului precum și repetarea abuzului sau a neglijării.

PROGNOSTIC

Depinde de tipul și mărimea leziunilor, de răspunsul instituțiilor de protecție a copilului și al sistemului de justiție penală, precum și de implementarea imediată a îngrijirilor medicale și de sănătate mintală.

COMPLICAȚII

- Deces
- Dizabilitate intelectuală
- Paralizie cerebrală

- Tulburări convulsive
- Tulburări de învățare
- Tulburări psihiatrice (depresie, anxietate, tulburare de stres posttraumatic)

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

- Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC; for Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. *Pediatrics* . 2013;131(4):e1314–e1322.
- Christian CW; for Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015;135(5):e1337–e1354.
- Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, et al. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* . 2009;124(5): 1411–1423.
- Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, et al; for American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, Section on Radiology, Section on Endocrinology and Section on Orthopaedics, and the Society for Pediatric Radiology. Evaluating infants and young children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics*. 2014;133(2):e477–e489.
- Flaherty EG, Stirling J Jr; for American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report—the pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*. 2010;126(4): 833–841.
- Hinds T, Shaaby-Rana E, Jackson AM, et al; Aspects of abuse: abusive head trauma. *Curr Probl Pediatr. Adolesc Health Care* . 2015;45(3):71–79.



CODURI

ICD 10

- T74.12XA Abuzul fizic la copil, confirmat, primul eveniment
- T74.4XXA Sindromul copilului scuturat, primul eveniment
- Z69.010 Accesarea serviciilor de sănătate mintală de către victima abuzului parental

ÎNTREBĂRI FRECVENTE ȘI RĂSPUNSURI

- Î: Când trebuie să raportez abuzul asupra unui copil?
- R: Ori de câte ori aveți suspiciunea, pe baza examinării clinice, că pacientul dumneavoastră a fost maltratat. Nu este necesar să dovedeți abuzul; este suficient să îl suspectați.
- Î: Ce se întâmplă după ce se întocmește un raport?
- R: Multe instanțe judecătorești demarează o investigație multidisciplinară. Cei care investighează cazul și avocații pot lua legătura cu dumneavoastră pentru a clarifica elementele descoperite și evaluările pe care le-ați făcut.



ELEMENTE GENERALE

DESCRIERE

Abuzul sexual se referă la implicarea copiilor în activități sexuale pe care nu le pot înțelege, pentru care nu sunt pregătiți ca etapă de dezvoltare, asupra cărora nu își pot da consimțământul și/sau care încalcă normele sociale.

- Include contactul oral, genital sau anal; stimulare sexuală; pornografie infantilă; prostituție; exhibiționism; și voyeurism.
- 25% dintre autorii acestor fapte sunt părinții, iar 30% sunt alte rude.
- Majoritatea copiilor abuzați sexual nu au leziuni fizice decelabile.

EPIDEMIOLOGIE

- Circa 150.000 de cazuri dovedite pe an; cel mai probabil sunt subestimate, deoarece acestea se referă doar la cazurile raportate.
- Rata de prevalență este cuprinsă între 10% și 30%. Conform raportărilor Organismului Național de Control al Violenței, 27% dintre femeile adulte și 16% dintre bărbații adulți care au declarat că au suferit de abuz sexual în copilărie.

FACTORI DE RISC

- Intervalul de vârstă cel mai vulnerabil este între 7 și 13 ani.
- Fetele sunt mai des victime comparativ cu băieții, deși abuzul la aceștia din urmă ar putea fi subdeclarat.
- Familia monoparentală, violența domestică, abuzul de substanțe al părinților și tulburările mintale sunt factori de risc.
- Copiii care suferă alte tipuri de abuz au o probabilitate mai mare de a fi victime sexuale.
- Se pare că rasa și statutul socioeconomic nu sunt factori de risc pentru abuzul sexual la copii.
- Factorii de risc pentru repetarea abuzului sunt: copiii de vârstă mai mică, maltratare mai severă, familiile cu probleme de sănătate mintală și abuz de substanțe și istoricul de violență.



DIAGNOSTIC

ANAMNEZĂ

- Diagnosticul se stabilește pe baza istoricului copilului deoarece semnele fizice și anomaliile testelor de laborator sunt prezente rareori.
- Se va încerca limitarea numărului de interviuri.
- Interviul trebuie să fie destul de detaliat pentru a decide dacă este necesară raportarea cazului la Agenția de protecție a copilului sau intervenție legală.
- Dacă prima persoană căreia copilul îi dezvăluie abuzul face parte din personalul medical, atunci această persoană devine "martor" iar relatarea copilului poate fi folosită ca mărturie în instanță.
- Răspunsurile obținute din partea copilului în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului medical pot constitui dovezi. Se recomandă pe cât posibil documentarea întocmai a spuselor copilului.
- Interviul cu copilul se va desfășura separat de membrii familiei.
- Se vor pune întrebări deschise, care nu sugerează un răspuns.
- Se va folosi un limbaj adecvat vârstei copilului.
- Întrebările adresate copilului importante pentru triaj trebuie să cuprindă următoarele:
 - Identitatea făptașului bănuțit/ relația cu copilul
 - Data ultimului contact
 - Tipul specific de contact sexual
 - O evaluare sumară a sistemelor, inclusiv prezența durerii genitale, a sângerărilor, a disuriei, constipației, crampelor abdominale și a modificărilor de comportament

EXAMEN CLINIC

- Servește la evaluarea stării generale de sănătate a copilului după un eveniment abuziv și la documentarea oricăror leziuni sau altor dovezi relevante ca probe pentru sistemul judiciar.
- Majoritatea evaluărilor sunt normale.

- Momentul evaluării:
 - Este indicat examenul de urgență dacă cel mai recent abuz s-a petrecut în ultimele 72 de ore sau dacă pacientul acuză dureri, disurie sau sângerare.
 - Dacă au trecut peste 72 de ore, examenul va fi programat la centrul local de protecție a minorilor.
- Nu se va folosi dilatatorul la examinarea unui abuz sexual la fetele prepubere cu excepția cazului în care este prezentă o sângerare acută iar cauza acesteia trebuie stabilită.
 - Conturul himenului poate fi cel mai bine vizualizat prin utilizarea tehnicii de separare și tracțiune labială (se apucă cu blândețe porțiunea posterioară a labiei mari și se tracionează lateral, în jos și către examinator).
 - Formele normale ale himenului: inelar, semilunar și cu fimbrii.
 - Himenul la nou-născută: îngroșat, palid și în exces.
 - Himenul la prepubertate: subțire, mai puțin în exces, cu margini ascuțite bine definite.
 - Himenul la postpubertate: îngroșat, palid și în exces.
- Există câteva semne fizice care pun diagnosticul de abuz:
 - Prezența spermei sau a spermatozoizilor pe victimă
 - Sarcina
 - Leziuni genitale/ anale acute fără explicație accidentală adecvată (echimoze, dilacerări, secționarea completă a himenului între orele 4 și 8 de-a lungul cadrului himenal).
 - Infecția cu *Neisseria gonorrhoeae* sau sifilisul (după excluderea infecției perinatale)
 - Chlamydia dacă vârsta copilului este peste 3 ani.
 - *Trichomonas* dacă vârsta copilului este peste 1 an.