Coordonator

IONUȚ TĂNASE

URGENȚE ORL

GHID DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT



EDITURA UNIVERSITARĂ
Bucureşti

CUPRINS

Cuvant-înainte (Codruţ-Caius Sarafoleanu) 7

Prefaţă (Ionuţ Tănase) 9

Capitolul 1 – Urgenţe Nazosinusale (Ionuţ Tănase, Codruţ-Caius Sarafoleanu, Carmen Florentina Badea) 11

1.1. Epistaxisul 11
1.2. Rinosinuzitele acute 27
1.3. Complicaţiile rinosinuzitelor acute 42
1.4. Abcesul septal 59
1.5. Furunculul nazal 67
1.6. Corpii străini nazosinusali 74
1.7. Traumatismele de piramidă nazală 89
1.8. Fistula LCR 101

Capitolul 2 – Traumatismele etajului facial mijlociu - Fracturile Le Fort (Adrian-Florin Gabără, Sergiu-Andrei Sitaru) 116

Capitolul 3 – Urgenţe Faringiene (Ionuţ Tănase, Carmen Florentina Badea) 138
3.1. Faringita acută 138
3.2. Flegmonul periamigdalian 150
3.3. Uvulita acută 159
3.4. Corpii străini faringieni 167
3.5. Traumatismele faringelui 175

Capitolul 4 – Urgenţele laringiene (Ionuţ Tănase, Codruţ-Caius Sarafoleanu, Mihaela Cristina Neagu) 188
4.1. Laringita acută 188
4.2. Epiglotita acută şi abcesul laringian 195
4.3. Edemul angioneurotic laringian 203
4.4. Traumatismele laringelui 211
4.5. Corpii străini laringieni 220

Capitolul 5 – Urgenţele otologice (Gabriela Cornelia Muşat) 229
5.1. Corpii străini auriculari 229
5.2. Otita externă acută 232
5.3. Otita medie acută 235
5.4. Otomastoidita acută 239

5.5. Paralizia facială periferică 242
5.6. Sindroame vestibulare acute 247
5.7. Surditatea brusc instalată 254
5.8. Tinitusul 259
5.9. Traumatismele urechii şi ale osului temporal 264

Capitolul 6 – Urgenţele Cervicale (Ionuţ Tănase, Bogdan Mihail Cobzeanu, Mihaela-Cristina Neagu) 277
6.1. Adenita cervicală acută 277
6.2. Supuraţiile spaţiilor cervicale profunde 286
6.3. Patologia acută a glandelor salivare 303

Capitolul 7 – Corpii străini traheo-bronşici (Egor Şargarovschi, Nicoleta Şargarovschi, Pascu Mihai Alexandru) 313

Capitolul 8 – Corpii străini faringo-esofagieni (Cristian Gelu Rosianu, Mihai Alexandru Pascu) 324

Capitolul 9 – Anestezia şi reanimarea în urgenţele ORL (Iuliana Florentina Vergu) 337

CAPITOLUL 1
URGENȚE NAZOSINUSALE

Ionuţ Tănase, Codruţ-Caius Sarafoleanu, Carmen Florentina Badea

1.1. EPISTAXISUL

1.1.1. Definiţie şi clasificare

Epistaxisul reprezintă sângerarea de origine nazală sau nazofaringiană, exteriorizată anterior prin narine sau posterior în orofaringe, cu severitate variabilă, de la episoade autolimitate până la hemoragii care necesită intervenţie medicală de urgență.

Clasificare după localizarea anatomică [1,2]:

- **Epistaxis anterior** - reprezintă 90–95% din totalul epistaxisurilor; sursa hemoragică se află în aria Little (plexul Kiesselbach), situată la nivelul septului nazal anterior (*Figura 1.1.a*); sângerare uşor controlabilă prin compresie digitală sau intervenţii minimale.
- **Epistaxis posterior** - reprezintă 5–10% din cazuri; sursa este în general în plexul Woodruff (perete nazal lateral posterior) sau în teritoriul arterei sfenopalatine; sângerare frecvent abundentă, dificil de controlat prin tamponament nazal anterior, frecvent asociată cu sângerare orofaringiană şi hematemeză; impune tamponament posterior, abord endoscopic sau embolizare (*Figura 1.1.b*).

Clasificare după severitate [1,2]:

- **Epistaxis minor** - sângerare autolimitată sau controlată prin compresie digitală; fără instabilitate hemodinamică;
- **Epistaxis moderat** - necesită intervenţie medicală (cauterizare electrică, chimică, tamponament nazal anterior); fără instabilitate hemodinamică;
- **Epistaxis sever** - sângerare abundentă cu modificări hemodinamice (hipotensiune, tahicardie, paloare, sincopă); necesită resuscitare volemică, internare şi proceduri specializate (tamponament posterior, abord endoscopic, embolizare).

Clasificare după caracterul sângerării [1,2]:

- **Epistaxis acut** - episod izolat sau primul episod simptomatic;
- **Epistaxis recurent** - >2 episoade/lună sau >5 episoade/an cu impact funcțional; necesită evaluare etiologică sistematică;

Forme clinice particulare [1,2]:

- **Epistaxis în context anticoagulant/antiplachetar** - frecvent recurent, dificil de controlat; necesită evaluare individualizată a balanţei risc tromboembolic/risc hemoragic;
- **Epistaxis în telangiectazia hemoragică ereditară (HHT, sindromul Rendu-Osler-Weber)** - epistaxis recurent, frecvent zilnic, asociat telangiectaziilor cutaneo-mucoase şi malformaţiilor arterio-venoase viscerale; conduită specifică (*Figura 1.2*) [3,4];
- **Epistaxis pediatric -** predominant anterior, autolimitat, frecvent asociat cu microtraume (digitale), uscarea mucoasei sau infecţii ale căilor respiratorii superioare;
- **Epistaxis în coagulopatii** - hemofilie, boala von Willebrand, trombocitopenii, hepatopatii avansate, sindrom nefrotic;
- **Epistaxis tumoral** - epistaxis unilateral recurent la adolescentul masculin ridică suspiciunea de angiofibrom nazofaringian juvenil; la adult suspiciune de carcinom nazosinusal sau papilom inversat;

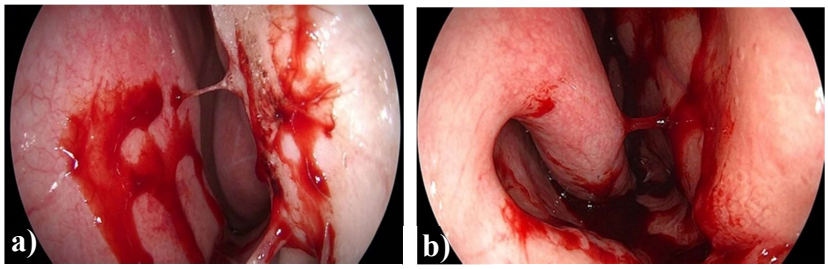


Figura 1.1. **(a)** Sângerare la nivelul septului nazal anterior (pata vasculară Kisselbach) – aspect endoscopic; **(b)** Epistaxis posterior de la nivelul meatului nazal inferior drept (ram din artera sfenopalatină)

(Imagine din arhiva Clinicii ORL, Spitalul Clinic „Sfânta Maria", Bucureşti)

1.1.2. Etiologie şi epidemiologie

Epistaxisul constituie cea mai frecventă urgenţă în otorinolaringologie, cu o prevalenţă estimată la aproximativ 60% din populaţia generală, dintre care 6% solicită asistenţă medicală şi 1,6/1000 locuitori necesită îngrijire de specialitate [1].

Tabel 1.1. **Cauze locale şi sistemice ale epistaxisului**

Categorie	Cauze
LOCALE	• Traumă digitală (nose-picking) - cea mai frecventă la copii • Traumă facială/nazală • Corpi străini intranazali (copii) - epistaxis unilateral şi rinoree fetidă • Rinită/rinosinuzită (inflamaţie şi cruste) • Aer uscat, umiditate scăzută • Medicaţie intranazală (corticosteroizi topici) • Oxigenoterapie pe canulă nazală, terapie CPAP

Tabel 1.1. **Cauze locale şi sistemice ale epistaxisului**

Categorie	Cauze
	• Abuz de droguri inhalate (cocaină) • Deviaţie de sept, perforaţie septală • Postchirurgie rinosinusală • Tumori nazosinusale (benigne/maligne) • Angiofibrom nazofaringian juvenil (adolescent masculin)
SISTEMICE	• Anticoagulante (warfarină, ACO - dabigatran, apixaban, rivaroxaban, edoxaban) • Antiagregante (aspirină, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) • Tulburări congenitale de coagulare: boala von Willebrand, hemofilii • Trombocitopenii (trombocitopenie primară idiopatică - TPI - 5% au epistaxis) • Insuficienţă hepatică/renală cronică • HHT – ≥90% au epistaxis recurent • Malformaţii vasculare • Neoplasme hematologice (leucemii) • HTA

1.1.3. Diagnostic clinic şi semne de gravitate

Anamneză. Anamneza trebuie să precizeze debutul, durata şi caracterul sângerării (continuă, intermitentă), cantitatea estimată de sânge pierdut, lateralitatea (uni- sau bilaterală), prezenţa sângerării orofaringiene (sugerează sursă posterioară), recurenţa episoadelor, antecedentele de epistaxis, traumatismele recente sau intervenţiile chirurgicale nazosinusale, manipulările digitale, existenţa unor factori declanşatori (efort fizic, strănut, suflatul energic al nasului), comorbidităţi (HTA, hepatopatii, insuficienţă renală, coagulopatii), antecedente de cancer cervico-facial sau de tratamente radioterapice, medicaţia curentă (anticoagulante, antiplachetare, suplimente alimentare) şi antecedentele familiale (HHT, coagulopatii ereditare).

Examen clinic ORL. Pacientul este examinat în poziţie şezândă, cu trunchiul uşor aplecat anterior, pentru a permite drenajul sângelui prin narine şi a reduce riscul de aspiraţie sau deglutiţie al sângelui. Examinarea se face sub iluminare adecvată (lampă frontală), cu specul nazal şi aspiraţia continuă a cheagurilor. Rinoscopia anterioară identifică aria Little (cel mai frecvent loc al sângerării anterioare). Endoscopia nazală este indicată atunci când rinoscopia anterioară nu evidenţiază sursa sângerării, precum şi în epistaxisul posterior, recurent sau dificil de controlat. Aceasta permite vizualizarea completă a cavităţii nazale, inclusiv a peretelui lateral nazal, a meatului nazal mijlociu şi a regiunii arterei sfenopalatine. Examenul cavităţii orale şi al orofaringelui urmăreşte evidenţierea sângelui drenat posterior şi excluderea unei alte surse de hemoragie.

Evaluare hemodinamică şi sistemică. Evaluarea iniţială include măsurarea tensiunii arteriale, frecvenţa cardiacă, frecvenţa respiratorie, saturaţia în oxigen şi aprecierea stării de conştienţă. Paloarea, tahicardia, hipotensiunea ortostatică, transpiraţiile, lipotimia indică pierdere sangvină semnificativă şi impun resuscitare volemică imediată şi monitorizarea continuă a pacientului.

Semne de gravitate care impun intervenţie de urgenţă şi internare [1,2]:

- **Sângerare hemodinamic semnificativă** - hipotensiune (TA sistolică < 90 mmHg), tahicardie > 110/min, paloare, tegumente reci şi transpirate; pierdere estimată > 500 mL la adult;
- **Sângerare posterioară abundentă** - sânge care se drenează în orofaringe, hematemeză, suspiciune de sursă în artera sfenopalatină sau plexul Woodruff;
- **Sângerare bilaterală spontană** - sugerează coagulopatie sistemică sau sângerare posterioară abundentă cu reflux;
- **Sindrom anemic sever** - hemoglobină < 8 g/dL sau simptome precum dispnee, tahicardie, angină, alterarea stării de conştienţă;
- **Pacient anticoagulat cu INR foarte crescut** (INR > 4 cu sângerare activă);
- **Epistaxis postraumatic în contextul unui traumatism cranio-facial sever** - suspiciune de fractură de bază de craniu, fistulă LCR;
- **Epistaxis la pacient cu coagulopatie severă necontrolată** (hemofilie cu factor < 1%, trombocitopenie < 20.000/mm³);
- **Epistaxis recidivat după ≥ 2 tamponamente nazale anterioare** corect efectuate - sugerează sursă posterioară sau patologie etiologică nediagnosticată;
- **Suspiciune de tumoră nazală sau nazofaringiană** - epistaxis unilateral recurent, masă tumorală vizibilă endoscopic, adenopatie cervicală;
- **Compromiterea căilor aeriene** - prin sângerare abundentă cu aspiraţie sau prin obstrucţie nazală totală bilaterală cu respiraţie orală dificilă;

1.1.4. Explorări paraclinice

Epistaxisul anterior minor, autolimitat sau controlat prin compresie/ cauterizare reprezintă un diagnostic clinic, fără indicaţie de explorări paraclinice de rutină. Investigaţiile sunt indicate în formele recurente, severe, posterioare sau în prezenţa factorilor de risc sistemici.

Tabel 1.2. **Investigaţii paraclinice în epistaxis - indicaţii şi interpretare**

Explorare	Indicaţie	Utilitate clinică
Endoscopia nazală	Epistaxis posterior, recurent, dificil de controlat, sursă neidentificată la rinoscopia anterioară, suspiciune tumorală	Vizualizarea directă a sursei hemoragice; ghidează cauterizarea ţintită, identifică telangiectaziile din HHT, masele tumorale [1]
Hemoleucogramă completă	Epistaxis sever, recurent, suspiciune de anemie, pacient anticoagulat, coagulopatie	Evaluarea anemiei, trombocitopeniei; orientează necesitatea transfuziei
Coagulogramă (PT, INR, aPTT, fibrinogen)	Pacient anticoagulat, suspiciune de coagulopatie, hepatopatie, epistaxis sever	Evaluarea coagulării; ghidează corectarea coagulopatiei (vitamina K, plasmă proaspătă congelată, concentrat de complex protrombinic) [1]
Grupă sangvină şi Rh, anticorpi anti-eritrocitari	Epistaxis sever cu risc transfuzional	Pregătirea pentru transfuzie sangvină

Tabel 1.2. **Investigaţii paraclinice în epistaxis - indicaţii şi interpretare**

Explorare	Indicaţie	Utilitate clinică
CT sinusuri (cu sau fără contrast)	Suspiciune tumorală (epistaxis unilateral recurent, masă tumorală vizibilă endoscopic), traumatism cranio-facial, anatomie complexă pentru planificare chirurgicală	Evaluează formaţiunile tumorale, fracturile, structurile anatomice; CT cu contrast - vascularizaţia tumorală [1]
Angiografia (angio-CT sau angiografia digitală cu substracţie)	Suspiciune de angiofibrom juvenil, pseudoanevrism postraumatic, planificare pentru embolizare	Vizualizare vasculară detaliată; pregătirea embolizării selective (artera maxilară internă, ramuri ale carotidei externe) [1]
Rezonanţa magnetică nucleară (RMN)	Caracterizarea tumorilor nazale şi nazofaringiene, extensia intracraniană	Sensibilitate superioară pentru ţesuturile moi şi pentru extensia intracraniană sau orbitară
Biopsie histopatologică	Suspiciune tumorală	Diagnostic histopatologic. Atenţie: biopsia angiofibromului juvenil este contraindicată - diagnosticul se stabileşte prin CT cu contrast şi angiografie.

1.1.5. Diagnostic diferenţial

Diagnosticul diferenţial al epistaxisului include alte surse de sângerare exteriorizate la nivelul cavităţii nazale sau orale şi entităţile cu manifestare clinică similară.

Tabel 1.3. **Diagnosticul diferenţial al epistaxisului**

Diagnostic	Element distinctiv cheie	Urgenţă
Hemoptizia	Sângerare cu origine în căile respiratorii inferioare, exteriorizată prin cavitatea bucală cu efort de tuse; sânge roşu-aprins, spumos, amestecat cu salivă; examen nazal normal	URGENȚĂ
Hematemeza	Sângerare cu origine digestivă superioară, exteriorizată prin vomă; sânge roşu-închis sau "în zaţ de cafea", amestecat cu conţinut gastric; melenă	URGENȚĂ
Sângerare gingivală sau orofaringiană	Sursă vizibilă la nivelul gingiilor, mucoasei bucale, amigdalelor; examen nazal normal	Scăzută
Rinoree sangvinolentă în context tumoral	Secreţie nazală cronică amestecată cu sânge, obstrucţie nazală unilaterală, masă tumorală vizibilă endoscopic, eroziune osoasă pe CT	Intermediară (biopsie + examen HP)
Rinoree de lichid cefalorahidian în contextul unei sângerări	Postraumatism cranio-facial sau postchirurgical; lichid clar amestecat cu sânge; testul β2-transferinei/β-trace proteinei pozitiv	URGENȚĂ
Pseudoanevrism al	Epistaxis masiv în context postraumatic sau	**URGENȚĂ MAJORĂ**

Tabel 1.3. **Diagnosticul diferenţial al epistaxisului**

Diagnostic	Element distinctiv cheie	Urgenţă
arterei carotide interne	postchirurgical (chirurgie endoscopică rinosinusală, radioterapie cervicală); episoade premonitorii ("sentinelă") de epistaxis autolimitat; angiografie obligatorie	
Telangiectazia hemoragică ereditară (sindromul Rendu-Osler-Weber)	Epistaxis recurent, telangiectazii cutaneo-mucoase, antecedente familiale, malformaţii arterio-venoase pulmonare, hepatice, cerebrale	Intermediară
Angiofibromul nazofaringian juvenil	Adolescent masculin, epistaxis unilateral recurent, obstrucţie nazală progresivă, masă ce bombează în coana posterioară; CT cu contrast – masă tumorală intens vascularizată	Intermediară

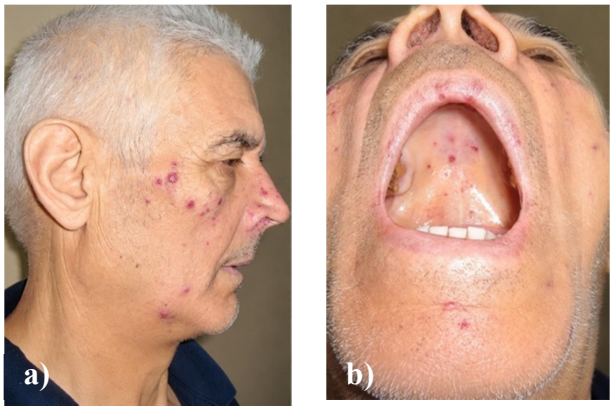


Figura 1.2. Manifestări cutaneomucoase în HHT. **(a)** Telangiectazii cutanate multiple la nivelul hemifeţei drepte. **(b)** Telangiectazii ale mucoasei palatine şi ale mucoasei orale, evidenţiate la examenul clinic.

(Imagine din arhiva Clinicii ORL, Spitalul Clinic „Sfânta Maria", Bucureşti)

1.1.6. Tratament

1.6.1. Evaluare iniţială şi triaj în urgenţă

Tabel 1.4. **Triaj în urgenţă**

Nivel urgenţă	Criterii	Unde?
URGENŢĂ MAJORĂ	• Risc de obstrucţie a căilor aeriene (sânge în orofaringe) • Instabilitate hemodinamică (tahicardie, sincopă, hipotensiune ortostatică) • Sângerare bilaterală abundentă sau pe gură • Semne de hipovolemie	UPU sau spital cu departament ORL + terapie intensivă

Tabel 1.4. **Triaj în urgenţă**

Nivel urgenţă	Criterii	Unde?
URGENȚĂ	• Sângerare >30 min/24h • ≥3 episoade recente • Istoric de spitalizare/ transfuzie pentru epistaxis • Anticoagulare/antiagregare • Comorbidităţi severe (HTA, cardiopulmonare, anemie)	UPU sau cabinet ORL cu posibilitate de hemostază nazală
NON-URGENT	• Fără sângerare activă • Episoade minore, autolimitate • Fără comorbidităţi relevante	Cabinet ambulator Medic de familie Consultaţie ORL programată

Evaluarea iniţială urmăreşte stabilitatea hemodinamică (TA, AV, starea de conştienţă, paloare), volumul estimat al sângerării şi prezenţa semnelor de gravitate. În prezenţa instabilităţii hemodinamice se asigură accesul venos, se iniţiază resuscitarea volemică şi se evaluează necesitatea transfuziei sangvine.

- **Asigurarea căilor aeriene** - pacient în poziţie şezândă, cu trunchiul uşor înclinat anterior; aspiraţia cheagurilor şi a sângelui din orofaringe; intubaţie orotraheală în formele cu compromis respirator (rar);
- **Acces venos şi resuscitare volemică** - cristaloizi (ser fiziologic, soluţie Ringer); evaluarea necesităţii transfuziei (hemoglobină < 7 g/dL acută sau simptomatică);
- **Echipament de protecţie** - mănuşi, ochelari de protecţie, mască, halat impermeabil (risc biologic semnificativ);

Compresia digitală:

- Reprezintă prima manevră în orice epistaxis anterior;
- Pacientul (sau examinatorul) comprimă cu policele şi indexul aripile narinare;
- Durată: 10-15 minute;
- Eficacitate: peste 60% din epistaxisurile anterioare se opresc prin această manevră [1];

Aplicarea topică a vasoconstrictoarelor - oximetazolină 0,05% sau xilometazolină 0,1% pulverizată sau aplicată pe un tampon înainte de compresie; reduce sângerarea prin vasoconstricţie locală. Asocierea cu lidocaină 1–4% topică oferă analgezie pentru cauterizarea ulterioară.

1.6.2. Tratament specific

1.6.2.1. Cauterizarea - epistaxis anterior cu sursă vizibilă

Principii:

- Cauterizarea este mai eficientă decât tamponamentul când sursa e identificată;
- Obligatoriu anestezie topică/injectată înaintea cauterizării;

- Se aplică doar pe sursa activă sau suspectată - nu "în jur", nu extensiv;
- Aplicarea unguentului cu antibiotic (mupirocină sau bacitracină) pe zona cauterizată timp de 5–7 zile reduce riscul de infecţie şi accelerează vindecarea;
- Evitarea cauterizării bilaterale simultană pe sept (risc de perforaţie septală).

Tabel 1.5. **Metode de cauterizare [1]**

Metodă	Agent/Tehnică	Avantaje	Limite
CHIMICĂ	Concentraţii uzuale - 25-75%	Simplu, ieftin, în cabinet	Concentraţii >75% - risc de necroză extinsă a mucoasei nazale fără beneficiu hemostatic suplimentar demonstrat
	Acid cromic, tricloroacetic	Ieftin	Mai puţin folosite
ELECTRICĂ monopolară	Electrocauter	Eficient	Mai dureros, risc termic extins
ELECTRICĂ bipolară	Pensă bipolară	Mai eficient, vindecare mai rapidă, mai confortabil decât monopolar [5];	Echipament, expertiză - adesea spital

1.6.2.2. Tamponamentul anterior - epistaxis anterior fără sursă vizibilă

Indicat în epistaxisul anterior care nu poate fi controlat prin compresie digitală şi/sau cauterizare; sursă neidentificată la rinoscopia anterioară.

Principii:

- Pacient fără tulburare de coagulare/fără anticoagulant - tampon resorbabil sau non-resorbabil;
- Pacient cu tulburare de coagulare suspectată/anticoagulant/ antiagregant - obligatoriu tampon resorbabil;
- Excepţie: aspirina în doză mică singulară - nu necesită tampon resorbabil;
- HHT - obligatoriu tampon resorbabil (mucoasa fragilă, risc de sângerare la îndepărtare).

Tampoane nazale resorbabile (nu necesită îndepărtare)

- **Celuloză oxidată regenerată** *(Surgicel®)* reprezintă materialul hemostatic clasic şi este una dintre opţiunile de primă intenţie în epistaxisul anterior, datorită disponibilităţii largi şi eficienţei dovedite.
- **Matricele de gelatină activate cu trombină** *(Floseal®, Surgiflo®)* asigură o hemostază rapidă şi au demonstrat, în studii randomizate, o eficacitate comparabilă tamponamentului clasic, dar asociate cu un disconfort mai redus la aplicare.
- **Bureţii sintetici resorbabili din poliuretan** *(Nasopore®, HemoPore®)* se hidratează şi se resorb progresiv prin irigaţii saline, eliminând necesitatea extragerii şi reducând riscul traumatismului mucoasei.

- **Materialele pe bază de chitosan** *(PosiSep®)* favorizează hemostaza prin activarea plachetară şi aderarea la mucoasă, fiind utile mai ales la pacienţii cu tulburări de hemostază locală.
- **Gelatina resorbabilă** *(Gelfoam®)* este disponibilă sub formă de burete sau pulbere şi este indicată în hemoragiile punctiforme sau după cauterizare.
- **Materialele pe bază de acid hialuronic** *(Merogel®)* sunt utilizate în special la pacienţii cu HHT, contribuind la hidratarea şi protecţia mucoasei fragile şi reducând riscul de resângerare.
- **Spumele sau gelurile pe bază de carboximetilceluloză** *(NasaStent®, Sinu-Foam®)* se adaptează uşor cavităţilor înguste şi asigură un suport hemostatic temporar.

Tampoane nazale non-resorbabile (necesită îndepărtare programată)

- **Meşa de tifon** reprezintă metoda clasică, disponibilă universal şi cu cost redus, însă este asociată cu durere importantă la extragere şi cu risc crescut de lezare a mucoasei prin aderarea la aceasta.
- **Tifonul non-aderent** *(Adaptic®* şi produse similare*)* reduce traumatismul mucoasei şi disconfortul la extragere, fiind preferabil tifonului convenţional atunci când este disponibil.
- **Bureţii din alcool polivinilic (PVA)** *(Merocel®, Rhino Rocket®)* se introduc în stare deshidratată şi se expansionează prin contact cu sângele sau cu soluţie salină, exercitând compresie mecanică asupra sursei hemoragice. Sunt eficienţi, dar pot produce disconfort atât la inserţie, cât şi la extragere.
- **Cateterele nazale cu balon hidrocoloid** *(Rapid Rhino®)* sunt mai bine tolerate decât bureţii din PVA şi permit o îndepărtare mai puţin dureroasă, fiind preferate în multe servicii de urgenţă.

Profilaxie antibiotică:

- Scop: prevenirea infecţiei şi, teoretic, a sindromului de şoc toxic (SST) - rar.
- AAO-HNSF 2020 (American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation) [1] nu recomandă antibioterapia profilactică de rutină pentru tamponamentul anterior menţinut sub 72 ore; antibioticele se administrează în tamponamentul prelungit peste 48 ore, pacient cu valvulopatii cu risc crescut de endocardită infecţioasă, imunosupresie sau alte condiţii clinice care justifică administrarea antibioticelor - amoxicilină-clavulanat 875/125 mg per os la 12 ore sau cefalexină 500 mg per os la 6 ore, pe durata tamponamentului.

1.6.2.3. Tamponamentul posterior - epistaxis posterior

Indicat în epistaxisul cu sursă posterioară (drenaj activ în orofaringe), neresponsiv la tamponament anterior corect efectuat.

Metode de tamponament posterior

- **Sonda cu balonaş Foley** - introdusă pe planşeul fosei nazale până în nazofaringe, balonaşul umflat cu 7–10 mL ser fiziologic, tracţionată anterior

pentru a tampona choana; asociată cu tamponament anterior pentru control complet;

- **Tampoane posterioare dedicate** (Epistat®, *EpiMax®, EpiStop®*, *Rapid Rhino®* posterior cu dublu balonaş) - au câte un balonaş anterior şi unul posterior, permit controlul majorităţii epistaxisurilor posterioare şi reduc necesitatea tamponamentului nazal posterior clasic.
- **Tampon posterior clasic (cu fir de tracţiune)** - introdus prin nas până în nazofaringe, tracţionat prin orofaringe cu fir;

Pacientul cu tamponament posterior necesită internare obligatorie.

Monitorizare: saturaţie oxigen, frecvenţă cardiacă, frecvenţă respiratorie, status mental. Tratamentul suportiv include antibioterapie intravenoasă, hidratare intravenoasă, analgezie adecvată şi oxigenoterapie. Durata recomandată a tamponamentului este, în general, 24–72 ore.

Complicaţiile tamponamentului nazal

- Disconfort şi durere, manifestate prin obstrucţie nazală, presiune facială, epiforă şi tulburări de somn;

- Sângerare la îndepărtarea tamponamentului, mai frecventă în cazul materiallelor non-resorbabile şi la pacienţii aflaţi sub tratament anticoagulant;

- Prelungirea tamponamentului determină leziuni ale mucoasei nazale (ulceraţii, sinechii şi perforaţie septală);

- Necroza aripii nazale, determinată de compresia excesivă exercitată de fixarea sondei Foley;

- Agravarea sindromului de apnee în somn, prin obstrucţia completă a foselor nazale (obstrucţie nazală - hipoxie nocturnă);

- Obstrucţia căilor aeriene secundară deplasării tamponamentului posterior - urgenţă majoră);

- Complicaţii cardiopulmonare, precum hipoxemia, reflexele vagale, tulburările de ritm sau ischemia miocardică, întâlnite în special la pacienţii vârstnici sau cu comorbidităţi cardiovasculare; în cazurile severe este necesară monitorizarea în secţia de terapie intensivă;

- Complicaţii infecţioase, inclusiv sinuzită, otită medie şi, rar, sindrom de şoc toxic determinat de *Staphylococcus aureus*.

1.6.2.4. Acidul tranexamic (TXA)

Acidul tranexamic este un antifibrinolitic care poate fi administrat topic sau sistemic. Conform ghidului AAO-HNSF (2020) [1], utilizarea topică a demonstrat o eficienţă moderată în epistaxisul anterior, în special la pacienţii aflaţi sub tratament anticoagulant sau antiagregant. Administrarea topică a TXA a demonstrat rezultate favorabile în studii randomizate, inclusiv în studiul realizat de Zahed şi colab. [6], în care oprirea hemoragiei la 10 minute a fost obţinută la 73% dintre pacienţii trataţi cu TXA topic, comparativ cu 29% dintre cei trataţi prin tamponament nazal anterior convenţional.