

POLIFI SAU VEGETAȚII ADENOIDE?

Autor: Dr. Anca Dodun Des-Perrieres

Medic primar ORL

Cunoscute în rândul pacienților ca “polipi”, **vegetațiile adenoide** sunt sursa unor boli complexe, frecvente și cu evoluție supărătoare la copii. Ele reprezintă hipertrofia țesutului limfatic în regiunea rinofaringiană (situată în spatele nasului). În mod normal, un copil are în primii ani de viață un strat de țesut limfoid de aproximativ 3-4 mm, formând așa-numita **amigdală faringiană Lushka**. Acest strat va putea crește în dimensiune, ca urmare a episoadelor repetate de infecții virale și bacteriene, în special după primele încercări de integrare a copilului în colectivitate.

Integrarea în colectivele de copii și măsurile personale precare de igienă reprezintă principalul motiv al îmbolnăvirilor repetate, astfel încât patologia produsă prin hipertrofia amigdalei faringiene, va fi prezentă într-un procent mare la copiii cu vârsta între 3-7 ani. Există însă și cazuri de persistență a vegetațiilor adenoide până la post-pubertate. O altă cauză a hipertrofierii țesutului limfatic faringian o poate reprezenta expunerea copilului la agenți iritanți (praf, emanații gazoase din mediul poluat, etc.), precum și la alergeni.

Tabloul clinic generat de prezența vegetațiilor adenoide este extrem de divers și complex: în principal, se produce **obstrucția nazală**; subsecvent, poate apărea sau nu și **rinoreea** (curgerea nasului), cu aspect de secreție suprainfectată sau nu. **Obstrucția nazală** este mai supărătoare în timpul somnului, conducând la un somn întrerupt, însoțit adeseori de sforăit. Uneori, se pot constata aspectele caracteristice sindromului de apnee în somn. Cert este că absența unei odihne satisfăcătoare va conduce copilul la o dezvoltare deficitară, intelectuală și fizică, determinând alterarea performanțelor copilului pe termen lung. Copiii netratați la timp dezvoltă modificări fizice de tip **facies adenoidian**, sunt **adinamici, incapabili de concentrare mentală**, adeseori **singuratici**.

Obstrucția nazală persistentă va conduce la permanentizarea rinoreei, cu aspect mucopurulent, la apariția tusei persistente iritative sau productive, la instalarea vocii nazonate, dar și a tulburărilor de pronunție, la apariția cefaleei, adenopatiilor (umflarea ganglionilor) în regiunea cefei și a gâtului. În evoluția persistentă a vegetațiilor adenoide se va ajunge la afectarea secundară, cu tendință de evoluție ireversibilă, a organelor de vecinătate (nas, gură, urechi, ochi, ganglioni limfatici, faringe, laringe, trahee și bronhii), cu apariția unor **complicații severe**, precum:

- Rinoadenoidită;
- Rinită cronică purulentă;
- Focare de septicitate bucodentară;
- Complicații otice: catar oto-tubar simplu, otită medie seroasă, otită medie adezivă, otită medie supurată;
- Adenite și hipertrofii ganglionare;
- Conjunctivite, dacriocistite;
- Faringite descendente și faringoamigdalite, abcese faringiene;
- Epiglotite, laringite acute subglotice;
- Traheo-bronșite și bronșiolite, pneumonii.

Apariția acestor complicații marchează tardiv, dar absolut necesar, momentul pentru **tratamentul vegetațiilor adenoide**. Tratamentul este **chirurgical** și se face prin îndepărtarea vegetațiilor (adenoidectomie = ablația lor chirurgicală). Este o operație rapidă, se realizează în maxim 20-30 minute, cu anestezie locală sau generală. Complicațiile, foarte rare, legate de această intervenție chirurgicală pot fi:

- legate de actul anestezic;
- de tip hemoragic;
- de tip infecțios.

Vârsta optimă pentru efectuarea acestei intervenții chirurgicale este de 4-6 ani, făcând posibilă și rezolvarea definitivă a posibilelor complicații secundare. Într-o proporție de până la 8% din cazuri, este posibilă recidivarea acestei patologii prin refacerea țesutului adenoidian. Acest lucru se produce mai ales la copiii cu teren imunodeficient sau alergic.

Postoperator, este recomandat repausul la domiciliu pentru 72 ore, reintegrarea în colectivitate la aproximativ o săptămână, evitarea persoanelor răcite, precum și o eventuală terapie de stimulare a imunității nespecifice. Vindecarea se produce după aproximativ 8-10 zile de la operație, cu reluarea stilului de viață complet la aproximativ 3 săptămâni.

În majoritatea cazurilor, este indicată, postoperator, îmbunătățirea acestui stil de viață. Ideal ar fi desfășurarea frecventă de activități în aer liber în perioade însorite, efectuarea periodică a unui sport, tratarea promptă a patologiei infecțioase de sezon de către medicul de familie sau de către specialist, expunerea sezonieră a copilului la o cură helio-marină de 2-3 săptămâni sau la climatul de salină (bianual), toate acestea putând stimula direct și indirect mijloacele de apărare naturală ale copilului împotriva bolilor.

Să fim sănătoși, fiind informați!