

BLLOKIMI I HUNDËS NË FËMIJË DHE SHFORMIMET DYTËSORE DENTARE

SONIL MONE, RAMAZAN ISUFI, JAKUP VRIONI, ANDIS QENDRO,
ÇELIANA TOTI, ARBEN MUÇAJ*

Summary

NASAL OBSTRUCTION IN CHILDREN AND SECONDARY DENTAL MALFORMATIONS

Otolaryngologists are increasingly being asked to objectively evaluate the nasal airway of pediatric patients. This is in part due to recent interest in snoring, sleep apnea, and nasal obstruction as it relates to orthodontic deformities. Although recent studies suggest a relationship between nasal obstruction and dentofacial deformities, many questions remain unanswered. Adenoid hyperplasia is the most common cause of this problem in the pediatric population, but various reasons can influence the nasal respiration as well.

The first step of the treatment includes early intervention to correct nasal obstruction (adenoidectomy, Septoplasty, Partial inferior turbinate resection etc.). The Orthodontic part of the treatment includes: Rapid maxillary expansion (RME), also known as rapid palatal expansion, a procedure to broaden the maxillary arch which also serves to widen the nasal vault and improve nasal patency.

Bllokimi i hundës, është një ankesë e shpeshtë tek fëmijët. Në shumicën e rasteve mund të zgjidhet pa trajtim, dhe nuk përbën asgjë shqetësuese. Sidoqoftë, në rastet kur persiston për një kohë të gjatë, mund të shkaktojë probleme të rëndësishme në zhvillimin e fytyrës, apo anomali kardiopulmonare, si hipertension pulmonar apo cor pulmonare. Nga ana tjetër, një sërë sëmundjesh të rralla, por kërcënuese për jetën, mund të manifestohen fillimisht me bllokim të hundëve, pra duhet të merren në konsideratë në diagnozën diferenciale.

Mjekëve otorhinolaringologë vazhdimisht u është kërkuar të vlerësojnë në mënyrë objektive rrugën ajrore hundore për pacientët e moshës fëmijënore, sidomos në rastet e Sindromit të apneze së natës, apo bllokimet hundore dhe lidhja me deformimet ortodontike. Për mëse një shekull, në literaturën ortodontike, ekziston

debati, nëse ka një lidhje shkak-efekt midis bllokimeve hundore dhe zhvillimit dentofacial.

Rëndësia e përcaktimit, nëse ekziston apo jo, një lidhje shkak-efekt midis ngushtimeve hundore dhe zhvillimit orofacial, është e qartë nëse kemi parasysh trajtimin. Pra nëse kjo lidhje ekziston, atëherë një intervent i hershëm për të korrigjuar frymëmarrjen me hundë do të ishte i indikuar. Në të kundërt, nëse keqformimi orofacial është vetëm i determinuar gjenetikisht dhe jo në varësi nga mënyra e frymëmarrjes, atëherë një intervent për korrigjimin e obstruksionit nazal, vetëm për të parandaluar zhvillimin orofacial, apo për të ndihmuar trajtimin ortodontik, nuk do të ishte i justifikuar. Bllokimet e hundës mund të ndikojnë në funksionin apo tonusin e buzëve, gjuhës apo muskujve përthypës dhe si rrjedhim mund të çojnë në okluzion. Një terapi ortodontike efektive

* Dërgoi në Redaksi në Korrik 2008, miratoi për botim Tetor 2008.

Nga Spitali Rajonal Vlorë.

Adresa për letërkëmbim: Mone S., Spitali Rajonal Vlorë.

mund të kërkojë eliminimin e bllokimit të hundës, për të normalizuar muskulaturën faciale që rrethon dhëmbët. Sipas një autori (1) rritja e fytyrës (përveç mandibulës) përfundohet në një moshë relativisht të vogël. 60% e zhvillimit kraniofacial realizohet gjatë 4 viteve të para të jetës, 90% kompletohet rreth moshës 12 vjeç. Zhvillimi i mandibulës kompletohet, vetëm rreth moshës 18 vjeç.

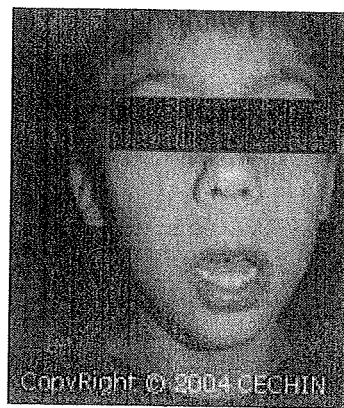
Pra siç shihet, çfarëdolloj interveni për të siguruar kalimin e ajrit duhet të kryhet në një moshë të vogël.

Sindromi i fytyrës së gjatë

Termi "facies adenoidea" i atribuon në mënyrë ekskluzive karakteristikat e kësaj fytyrë, indit adenoid bllokues. Në të vërtetë çdo shkak i bllokimit të hundës (septumi i devijuar, hipertrofi konkash apo anomalitë e hundës së jashtme), mund të sjellë këtë morfologji tipike faciale, që do të ishte më mirë e emërtuar "sindromi i fytyrës së gjatë".

Ky sindrom karakterizohet nga: rritje e lartësisë faciale vertikale në 1/3-en e poshtme të fytyrës, rritje e lartësisë dentoalveolare, "e qeshur skemitëse", palatum i ngushtë e i lartë në formë kubeje, plan mandibular i rrëpirët. Pamja e inciziveve maxillare është shpesh e tepërt dhe mund të jetë i pranishëm një gingivit përreth dhëmbëve të përparëm. Nëse bllokimi i hundës zgjat për një kohë të gjatë mund të çojë në "atrofi nga mospërdorimi" i kartilago alare laterale të poshtme, duke rezultuar në një hundë të hollë të zgjatur, me vrima të vogla e të ngushta.

Në ekzaminimet cefalometrike në pacientët normale, tangentja në kufirin e poshtëm të mandibulës zakonisht kalon inferiorisht kraniumit. Në rastet me një kënd mandibular gati të drejtë, tangentja shpesh kalon nëpër kranium. "Sindromi i fytyrës së gjatë" shpesh shoqërohet me kafshim të kryqëzuar, tensionim të hundës, dhe Class-II (retrognathi mandibulare) okluzion. Një grup tjetër fëmijësh zhvillon Class-III okluzion (prognathi mandibulare), ndoshta për shkak të zhvendosjes përpara të gjuhës për shkak të hipertrofisë tonsilare. Kjo krijon një presion në faqen linguale të harkut dentar të poshtëm, duke shkaktuar prognati mandibulare dhe dalje të vonë të dhëmbëve të poshtëm.



Vlerësimi i frymëmarrjes me hundë tek fëmijët.

Shkaku i obstrukcionit nazal në fëmijë mund të përcaktohet, nga anamneza e detajuar, ekzaminimi fizik, përfshirë rhinoskopi anteriore dhe nazofaringoskopi. Nevoja për rhinomanometri dhe radiografi është e ndryshueshme.

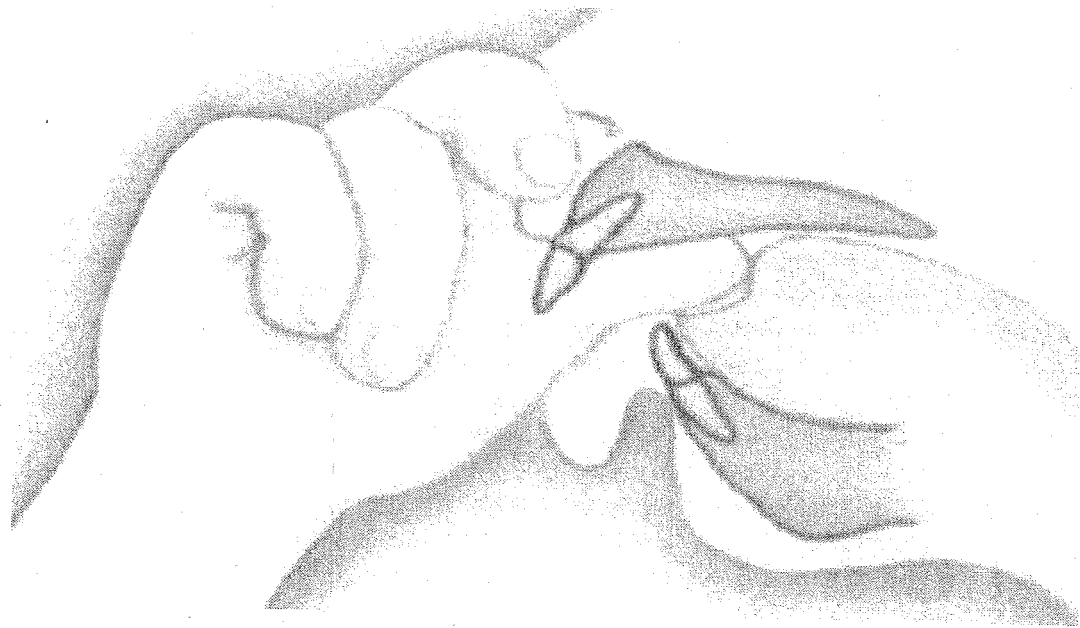
Historia e sëmundjes dhe ekzaminimit fizik

Qëllimi i vlerësimit është që të përcaktohen shkaqet specifike të problemit, grada e bllokimit, si dhe prania e komplikacioneve. Nëse simptomat janë të pranishme prej një kohe të gjatë, atëherë është e mundshme një malformacion i lindur, apo sëmundje a dëmtim i fituar në moshë të vogël.

Duhet të vlerësohet gjendja e përgjithshme e fëmijës duke përfshirë rritjen dhe zhvillimin. Gjatë marrjes së historisë, duhet të evidentohen traumat e lindjes, traumat e ndryshme të fëmijërisë, shtrimet në spital, mjekimet dhe historia kirurgjikale.

Duhet të analizohen me kujdes ankesat e lidhura drejtpërdrejtë me bllokimin hundor. Historia e gjumit mund të zbulojë gërhitje të fortë dhe të çrregullt, pozicione anormale gjatë gjumit, frymëmarrje me gojë, gjendje gjumi gjatë ditës. Urinimi i pavullnetshëm gjatë natës (Eneuresis nocturna) gjithashtu mund të jetë i pranishëm.

Duhet të vlerësohen vështirësitë në gëlltitje, cilësia e qartësia e zërit (shkalla e timbrit hundor), si dhe vështirësitë në shkollë. Po kështu duhet të evidentohen historitë për sekrecione, gjakderdhje nga hunda dhe alergji.



Duhet të kryhet një ekzaminim i plotë kokë-qafë. Vihen re karakteristikat e fytyrës, "facies adenoidea" apo një malokluzion (keqkafshim) dentar sugjerojnë për bllokim kronik hundor. Të tjera anomali kraniofaciale mund të shoqërojnë simptomat, si palatoskizis, sindromi Down etj. Një konsultë me ortodontin apo pedodontin, mund të jetë e nevojshme. Duhet të vlerësohet hipertrofia e bajameve, madhësia e gjuhës si dhe masat orofaringeale.

Vlerësimi i cilësisë së zërit duhet të kryhet në funksion të qartësisë dhe timbrit hundor. I kërkohet fëmijës të thotë fjalë që theksojnë timbrin hundor: limon, banane, nëntë dhjetë e nëntë, etj, dhe fjalë që nuk e kanë atë timber normalisht basketboll, xhëp. Veshët duhet të vlerësohen me kujdes, sepse otitis media shoqërohet gjithmonë me bllokime hundore. Duhet vlerësuar gjithashtu anomali të piramidës hundore, masa të jashtme, etj.

Rhinoskopia e përparme është relativisht e thjeshtë në fëmijë të vegjël. Më i mirë do të ishte të përdorej, një otoskop me spekulum të madh. Spekulumi i hundës edhe pse mund të përdoret, është jocomfort dhe mund të frikësojë fëmijën. Me këtë mënyrë mund të shihet edhe kaviteti hundor i pasëm, nëse ai i përparëm është i lirë. Rhinoskopia e pasme dhe nazopharingoskopia do të kërkojë pika enëngushtuese topikale dhe anestezi lokale, për të mundësuar inserimin përkatësisht të teleskopit rigid apo nazofibroskopit fleksibël në një fëmijë që

bashkëpunon. Kjo do të ishte e vështirë të kryhej në fëmijë më të vegjël se mosha 4 vjeç. Një garzë e gjatë e njomur me sol. 1:1 të 2% tetracainë dhe 1:1000 epinephrine, vendoset në nivel të konkës së poshtme të hundës. 5-10 minuta, duhet të pritët për efektin enëngushtues dhe anestetik. Teleskopi rigid 2,7mm ose fibroskopi 3mm, tolerohen mirë nga fëmijët. Duke përdorur një video monitor mund të nxisim fëmijën për të pranuar procedurën. Auskultacioni i zemrës e mushkërisë, duhet të kryhet në rastet kur dyshohet për anomali të mundshme.

Ekzaminimet laboratorike

Përveç ekzaminimit objektiv, mund të jenë të nevojshëm ekzaminimet radiologjike apo laboratorik. Edhe pse tashmë jemi në erën e endoskopisë, radiografite laterale të nazopharingsit janë ende me vlerë në vlerësimin e madhësisë së indit adenoid, si dhe raporti në lidhje me nazopharingun.(8). Gjetjet në grafite laterale korrespondojnë me ato të endoskopisë si dhe intraoperatore, pas adenoidectomisë.

Nga ana tjetër, një grafi laterale është më e pranueshme nga fëmija sesa ekzaminimi fibroskopik. Radiografite e sinuseve mund të ndihmojnë për të përjashtuar, një sinuzit. Nëse dyshohet një tumor, apo anomali e lindur ose e fituar, duhet të kryhet CT skan i kokës, sipas planeve koronare dhe aksiale. Nëse ka histori për apne të natës, duhet të kryhet një radiografi kraharori dhe ekokardiogram.

Polisomnografia është një regjistrim shumë kanalesh i variableve fiziologjike të gjumit. Ajo është e vlefshme në përcaktimin e rëndesës së shqetësimeve të gjumit. Sidoqoftë kërkon përdorimin e një laboratorit gjumi, është e shtrenjtë dhe jopraktike për sondazhe në shkallë të gjerë. Konsiderohet e nevojshëm nëse diagnoza është në pikëpyetje nga ekzaminimi fizik apo historia. Një audio-kasetë, ku është regjistruar gjumi i fëmijës nga prindi, mund të jetë e vlefshme dhe me kosto të lirë, por ka vlerë më të vogël diagnostike.

Në rastin e hipertrofisë adenoide, që është dhe shkaku më i shpeshtë i bllokimit në fëmijë, ende nuk është përcaktuar një shkallë bllokimi që të konsiderohet e mjaftueshme dhe të indikojë kirurgjinë. Sidoqoftë nëse vendoset diagnoza e hipertrofisë adenoide, kryerja e polisomnografisë nuk është e nevojshme për shkak të koston dhe vështirësisë në kryerje.

Në 1987, Weimert publikoi një studim të 1360 pacientëve të drejtuar tek otorhinolaryngologu nga ortodontisti, për shkak të dyshimit për bllokim të hundëve. Edhe pse nuk ishte një studim i mirëfillt shkencor, ai sugjeron se ortodontistët mund të jenë të parët që të sondojnë një bllokim të hundës. Arsytet më të shpeshta të rekomandimit ishin: karakteristika dentofaciale sugjeruese për bllokim të rrugëve të sipërme ajrore, rezultate jo të kënaqshme nga një program ortodontik etj. Shumica e pacientëve u ishte nënshtruar ekzaminimeve cefalometrike laterale dhe post-anterior, të cilat përdoren nga ortodontistët për të formuluar një program trajtimi dhe për të sonduar obstrukcionet e rrugëve të sipërme ajrore. U evidentua bllokimi i hundës në 72% të rasteve. 39% e pacientëve iu nënshtruan interventit të adenoidectomisë për hipertrofi adenoidea (të përcaktuar nga nazopharingoskopi indirekte ose ekzaminimi cefalometrik) dhe u raportua 96% korrelacion midis përmasave adenoide në radiografi me atë të matur intraoperatorë. Të tjerë autorë përcaktojnë analizën cefalometrike si ekzaminimin sondues më të nevojshëm, por nuk është treguar ende që ai mund të parashikojë përmasat e indit adenoid apo shkallën e obstrukcionit nazal. Weimert vuri re që në një numër të madh i pacientëve (21%) obstrukcioni shkaktohej nga hipertrofia e konkave nasale, duke cituar kështu se ky ishte një shkak i

shpeshtë i obstrukcioneve nasale në fëmijë, shpesh i nënvlerësuar.

Fiziopatologjia e propozuar

Duke u bazuar në shumë studime të shekullit të kaluar, mund të pranojmë një sekuencë ngjarjesh si ajo e përshkruar nga një autor (7).

Obstrukcioni nasal i vazhdueshëm dhe i zgjatur, duket se ndikon morfologjinë kraniofaciale, gjatë periudhës të rritjes së shpejtë, në fëmijë gjenetikisht të predizpozuar, me fytyrë të tipit të ngushtë. Kalimi nga frymëmarrja nasale në atë orale, ndodh kur rezistenca nasale kalon 2-3 herë atë normale. Meqë rezistenca nasale rritet në pozicionin supinë, një frymëmarrje e përzier mund të konvertohet në orale gjatë natës. Gjatë frymëmarrjes orale, mandibula rrotullohet në një pozicion më të hapur dhe gjuha zhvendoset më poshtë në gojë, duke humbur kontaktin me qiellzën. Periudha të gjata të respiracionit oral, do të sjellin një dalje (erupsion) ekstensive të molareve posteriore në përgjigje të mungesës së sipërfaqes së kontaktit. Ky fenomen, i supererupsionit është gjetje e zakonshme në personat që kanë hequr dhëmbë.

Ky erupsion i tepërt, do të ushtrojë një forcë të drejtuar nga poshtë, dhe si rrjedhojë nofulla e poshtme do të rrotullohet poshtë dhe pas në sens orar. Literatura dentare shpesh citon se 1 mm erupsion molar posterior, korrespondon me 3mm zgjatje të lartësisë së poshtme të fytyrës. Për shkak të rrotullimit të pasëm të mandibulës, retrognatia dhe kafshimi i hapur janë deformime të shpeshta. Ndryshimet e posturës së gjuhës në frymëmarrjen kronike me gojë, gjithashtu mund të prekë dhëmbët. Kështu, meqë gjuha është zhvendosur poshtë, forcat laterale shtypëse të saj ndaj palatumit, do të humbasin, dhe si rrjedhojë forcat mediale të m.buccinator dhe masseter, tashmë të pakundërshtuara, do të çojnë në ngushtim dhe lartësim të kubesë së qiellzës në fëmijët e predispozuar. Shtrirja (ekspansioni) laterale jo e plotë e maksilës, shpesh do të sjellë një kafshim të kryqëzuar unilateral ose posterior.

Siç shihet bllokimet kronike të hundës, jo të lidhura me adenoidet (deviacioni i septumit, rhinitis chronica, deformime të hundës së jashtme etj.), do të sjellin ndryshime të ngjashme në dhëmbë apo lartësinë e fytyrës. Fëmijët me predispozicion për fytyrë të gjatë dhe të ngushtë, mund të jenë më të ndjeshëm ndaj këtyre

ndryshimeve. Paraqitja te mjeku ORL, mund të ndodhi pas një tentative korrigjimi ortodontike të pasuksesshme. Diagnostikimi i hershëm dhe komunikimi i mirë midis mjekut otorhinolaryngolog, peditër, dhe ortodont është kritik për një trajtim të sukseshëm.

Shkaqet më të shpeshta të bllokimit të hundëve në fëmijë

Hiperplazia e indit adenoid nazofaringeal, është shkaku më i shpeshtë i bllokimit të hundëve në fëmijë. Shkaqe të tjera mund t'i klasifikojmë.

- Infeksioze/Inflamatore
 - Hiperplazia adenoidë
 - Të gjitha llojet e rhino-sinuziteve
 - Polipoza e hundës
- Traumatike
 - Shtrembërimi i septumit të hundës
 - Trupat e huaj
- Të lindura
 - Encephalocoe/meningoencephalocoe
 - Shformime kraniofaciale
 - Dermoide
 - Craniopharyngioma
 - Teratoma
 - Chordoma
 - Ngushtim/Bllokim hundor (koanal) i pasëm
 - Kiste nazoalveolar dhe nazopharyngeal (Tornwaldt's).

Hiperplazia e indit adenoid

Adenoidet janë të vendosura në murin e pasëm të nazopharingsit, në pjesën e pasme të kavitetit të hundës. Ato janë një komponent i unazës limfoide së Waldeyer, që është një unazë indi limfoid në oropharings dhe nazopharings, dhe që përbëhet kryesisht nga adenoidët, tonsilat palatine, tonsilat e gjuhës.

Në lindje, indi adenoid është në sasi të vogël dhe foshnja (që në javët e para të jetës është frymëmarres me hundë në mënyrë të detyruar) mund të marrë frymë pa problem. Një ekzpozim i shpeshtë ndaj infeksioneve të sipërme respiratore, mund të sjellë një hiperplazi adenoidë bllokuese. Shpesh adenoidët duke qënë të mëdha shkaktojnë stazë mukociliare, që rezulton në një bllokim të plotë të nazofaringut.

Bazuar në literaturën bashkëkohore, adenoidet mund të kontribuojnë në sinusitin rekurent dhe në sëmundje rekurente apo kronike

të veshit. (Mendohet se mund të shërbejnë si rezervuar i agjentëve patogjene).

Madhësia e adenoidëve vlerësohet (ndahet sipas gradave), në mënyrë të ngjashme me atë të bajameve, si 1+, 2+, 3+, ose 4+. Ky gradim kryhet kur pacienti është në pozicion supinë, gjatë interventit dhe i korrespondon përkatësisht 25%, 50%, 75%, 100% bllokimit të koanave.

Duhet patur parasysh që shkalla e bllokimit ndryshon në varësi të faktit se si vizualizohen adenoidet, në një pacient në pozicion ndenjor në klinikë, apo shtrirë në shtratin e operacionit me qiellzën të reflektuar lart.

Shtrembërimi i septumit të hundës

Në rreth 6% të fëmijëve, ekzistojnë deformime të septumit nasal në lindje. Këto vijnë kryesisht për shkak të traumave, nga pozicionimi intrauterine, ose lindja e vështirë. Nën primipare, apo ato me barrë të zgjatur kanë një incidencë më të lartë për deformime nazale.

Nje autor citon se koka, fytyra, hunda e një fëmije të lindur me rrugë cezariene është më perfekte, në krahasim me atë të lindur në rrugë normale. Steiner citon se trauma në hundë mund të ndodhë në çdo moment duke filluar nga muaji i 4-ët, i shtatëzënise dhe një nga faktorët kryesorë është presioni i vazhdueshëm mbi hundë, nga rritja intrauterine e gjymtyrëve të fëmijës (9).

Ekzistojnë dy tipe bazë të shtrembërimit të septumit, shtrembërimi i përparme dhe ai i kombinuar. Mendohet se shformimet hundore tek neonatet, ndodhin për shkak të tipeve të ndryshme të forcave që ushtrohen mbi fetus, gjatë shtatëzanisë, apo aktit të lindjes. Përveç racës, gjeneve dhe traumës, konceptimi dhe akti i lindjes përcaktojnë arkitekturën finale të hundës(11)(14). Dy mekanizmat bazë të sugjeruar nga Gray në studimet e tij janë: shkalla e ndryshme e rritjes së septumit, krahasuar me strukturat e tjera faciale, dhe trauma në hundë si rezultat i një kontakti të zgjatur me muret e uterusit gjatë aktit të lindjes. Kjo, nuk është për tu cuditur nëse konsiderojmë forcat shtypëse dhe rrotulluese, që veprojnë mbi kokën fetale gjatë kalimit nëpër kanalën e lindjes. Hunda duke qënë struktura me prominente me rreth 2-3cm, është viktimë e këtyre forcave. Studiuesit kanë gjetur se një sheshim i përkohshëm i hundës, shkaktohet nga një shkolitje (dislokimi) e septumit dhe varet nga raporti kokë fëmijë/

pelvis. Shkolitjet e septumit, në shumicën e rasteve kthehen në normë brenda pak ditëve, shtrembërimet e mëdha mund të sjellin disfiksione anatomike, fiziologjike, psikologjike, kozmetike, apo sistematike. Bllokimi hundor do të sjellë një ushqyerje të ngadaltë dhe të vështirë të fëmijës, për shkak të aerofagisë, hundës së infektuar, teshtima dhe nëse është e rëndë, mund të imitojë atrezinë koanale. Gjithashtu mund të shkaktojë; sinuzit, gjakderdhje nga hunda, disfiksion të tubit të Eustakit, asimetri faciale, keqkafshime dhe keqorientime dentare sagitale, si edhe ndryshime në arkitekturën torakale.

Meqë, një përqindje e madhe e rasteve origjinohen në periudhën e paralindjes, një diagnostikim i hershëm në periudhën neonatale dhe vlerësim rhinologjik, do të mund të parandalojë komplikacionet, në moshën e rritur.

Edhe pse ka akoma debat nëse deformimet nazale në fëmijë duhet të korrigjohen në moshë të hershme, apo jo, (septumi nazal është një qendër rritjeje madhore për mesin e fytyrës) (10), shqetësimi për alterimin e rritjes së fytyrës, tejkalohet nga fakti se një obstrukcion nasal i zgjatur, mund të rezultojë në anomali dentare, ortodontike, palatine etj. në një fëmijë në rritje.

Masat hundore në fëmijë (10)

- Trupat e huaj hundore, zakonisht paraqiten me sekrecione (rhinorhea) unilaterale, purulente me erë të keqe. Trupat e huaj kronike, mund të lidhen me kriperat e Ca dhe Mg duke formuar gurë (Rhinolithe). Bateritë alkaline të tipit "Button", mund të lëshojnë substanca alkaline të përqëndruara, duke shkaktuar dëmtime të rënda të hundës.

- Shumica e tumoreve të hundës në fëmijë, janë beninje dhe përfshijnë hemangioma, polipe, e papilloma squamose.

- Rreth 20% e fëmijëve me fibrozë cistike, mund të vuajnë nga polipe rekurent të hundës, që mund të deformojnë kockat hundore (oss nasale). Fibroza cistike duhet të dyshohet në çdo fëmijë nën 10 vjeç, me polipe të hundës (10).

- Gliomat hundore janë mbeturina (reste) heterotopike të indit neuroglial përreth kockave hundore (oss nazale). Ato zakonisht janë të lëvizshme dhe nuk rriten në madhësi gjatë qarkjes. Lidhjet intrakraniale janë të rralla. Cefalocelat janë xhepa (hernie) të dures dhe lëngut trunoshpinor (Meningocelat craniale), dhe

nganjëherë substancës trunore (encephalocel), dhe mund të zbresin përmes bazës së kafkës në hundë. Ato janë të lëmuara, të buta, dhe rriten në madhësi me qarkjen. Tumoret dermoide të hundës, janë të përbëra nga ind ectodermal dhe shpesh kanë një fistul që hapet në kurizin (dorsum) e hundës. MRI dhe CT mund të ndihmojnë për të diferencuar lezionet.

- Tumoret malinje të hundës në fëmijë janë të rrallë. Më të shpeshta janë rhabdomiosarcomat dhe limfomat, me rrallë takohen karcinomat dhe neuroblastomat olfaktore.

- Angiofibromat nazopharingeale takohen në meshkuj, në periudhën e prepubertetit. Ato presantohen me gjak nga hundët, bllokim të hundëve dhe nganjëherë deformime të mjekrës. Edhe pse histologjikisht beninje, ato mund të pushtojnë indet përreth duke prekur bazën e kafkës. Në ekzaminimet imazherike vihet re bombim i murit posterior të sinusit maxillar (shenja Holman-Miller).

Tumori është shumë i vaskularizuar dhe ka një shkallë të lartë rishfaqese.

Rhinitis (10)

- Rhiniti alergjik prek rreth 1% të infanteve, 5% të fëmijëve nga moshë 5 deri në 9 vjeç, dhe 15% të adoleshentëve.

- Fërkimi i vazhdueshëm i hundës, në fëmijë me rhinit alergjik, mund të rezultojë në formimin e një rrudhe transversale hundore.

- Alergjia ushqimore është një shkak i rrallë i rhinitit alergjik në fëmijë.

- Rhiniti viral akut është shkak më i shpeshtë i bllokimit të hundës. Poliomieli, shytat (parotiti), fruthi, mononukleoza dhe hepatiti mund të shkaktojnë rhinit, sidomos në periudhën prodromale.

- Sifilizi kongenital mund të shkaktojë rhinit të porsalindurit. Bllokimi i hundës nga gumma, mund të vendoset në fëmijët që nga moshë 3 vjeç.

- Rhiniti viral është rreth 100 herë më i shpeshtë se ai bakterial.

- Rhinoviruset janë përgjegjës për 30-40% të rhiniteve viral, coronaviruset për 10%, dhe adenoviruset për 10-15%.

- Fëmijët bëjnë nga 6 deri në 21 infeksione të sipërme respiratore (ISR) çdo vit, mesatarisht 6-8 në vit; të rriturit mesatarisht 2-3 episode.

- Rruga madhore e transmetimit të ISR është ajo e kontaktit nëpërmjet duarve me individë apo

sende të kontaminuara, aerosolet propabilisht luajnë një rol më të vogël.

- Një rhinit persistente në fëmijë nën moshën 3 vjeç, sugjeron një infeksion me *Streptococcus pyogenes*.

- *Corynebacterium diphtheriae*, mund të manifestojë shenja tipike të ISR, në fillim të infeksionit. Më vonë, sekrecionet nasale bëhen serohemorragjike, mukopurulente, dhe një membranë e bardhë mund të shfaqet në septumin e hundës.

- Rhiniti nga medikamentet, gjithashtu mund të takohet në fëmijë, kryesisht nga një prind që përdor pa kriter pikat vazokonstriktore.

Atrezite e pasme (Koanale) të hundës (10)

- Atrezia koanale është anomalia më e shpeshtë e hundës (1 në 5000 lindje). Atrezia e njëanëshme është dyfish më e shpeshtë se ajo e dyanëshme, dhe ajo kockore më e shpeshtë se ajo membranoze.

- Atrezia koanale shpesh shoqërohet me malformacione kardiake, genitourinare, të veshëve dhe të syve, si dhe vonesë në rritje (Asocimi CHARGE).

- Atrezia koanale e dyanëshme mund të shkaktojë bllokim të rëndë të frymëmarrjes tek i porsalinduri. Mund të korrigjohet me vendosjen e një rruge frymëmarrjeje orale (tub nazogastrik), trakeotomi, ose korrigjim kirurgjikal urgjent.

- Atrezia koanale e njëanëshme, mund të prezantohet me sekrecione purulente unilaterale, kronike.

Rhinosinuzitet kronike

Rhinosinuzitet kronike mund të manifestohen herët në fëmijëri dhe të shkaktojnë bllokime të hundës dhe çrregullime të gjumit. Prania e sekrecione purulente në meatusin e mesëm, është diagnostike. Gjithashtu mund të vijnë në ndihmë grafitë e sinuseve. Trajtimi me antibiotikë dhe pika kortikosteroide mund të jetë i nevojshëm.

Nëse dështon trajtimi konservativ, mund të kërkohet ai kirurgjikal, por më përpara duhet të kryhet CT skaner koronar.

Kirurgjia endoskopike e sinuseve është premtuese në fëmijë, por sidoqoftë, për momentin është më e kufizuar se tek të rriturit.

Trajtimi

Hapi i parë në trajtim, do të jetë eliminimi i bllokimit të hundës. Pra trajtimi do të jetë specifik në bazë të etiologjisë.

Adenoidectomy me ose pa tonsillektomi është pa dyshim trajtimi më i zakonshëm i bllokimit të hundës tek fëmijë. Adenoidectomy gati gjithmonë mund të lirojë bllokimin. Nëse ekziston gjithashtu një hiperplazi e bajameve palatine, atëherë bajamet duhet të hiqen njëkohësisht. Heqja e adenoideve duhet të kryhet duke përdorur një pasqyrë për kontrollin e nazofaringut, duke u siguruar për heqjen e plotë të indit adenoid.

Ekzicioni bëhet zakonisht nëpërmjet gojës dhe më rrallë nëpërmjet hundës. Edhe pse kanë filluar të përdoren metoda të reja si: Elektroauterizimi me aspirim Bovie, mikrodebrideri kirurgjikal, apo lazer, metodat me efektive duket se janë ato të vjetrat, me kyreta dhe adenotome. Nëse një palatoskiz submukozale identifikohet, atëherë duhet të peshohen komplikacionet e mundshme, ndaj përfitimit nga interveniti. Një studim i gjumit apo vlerësim dentar mund të ndihmojë në marrjen e vendimit. Adenoidectomy në prezencë të anomalive të mësipërme të qiellzës, mund ta lërë fëmijën me pamjaftueshmëri (insuficiencë) të rëndë velopalatine, duke kërkuar rehabilitimin e të folurit dhe kirurgji shtesë për korrigjim. Në këto raste mund të kryhet një adenoidectomy parciale, duke ruajtur masën centrale të adenoideve. Adenoidectomy, pavarësisht nga madhësia e adenoideve, ka përmirësuar shenjat dhe simptomat e rhinosinuziteve, si dhe ka pakësuar rekurencën e infeksioneve dhe efuzioneve të veshit të mesëm, në fëmijë më të mëdhenj se 3 vjeç (13).

Siç u tha më lart, shumë studime në fëmijë ku është hequr indi adenoid, modele kafshësh, apo binjakë monozigotë, sugjerojnë se një intervent i hershëm për korrigjimin e obstrukcionit, mund të çojë në rikthimin e çrregullimeve kraniofaciale. Disa nga këto ndryshime mund të dallohen rreth moshës 3 vjeç, por shumica vihen re vetëm rreth moshës 5 vjeç. Efektet e dëmshme të obstrukcionit nasal kompletohen në pubertet, si rrjedhim dritarja për intervenim është relativisht e shkurtër. Vonesa në intervent, mund të rezultojë në trajtim ortodontik të pasuksesshëm, e të kërkojë më vonë, në moshë të rritur, kirurgji orhthognatike. Nëse frymëmarrja me gojë persiston ose rishfaqet pas interventit të adenoidectomy, duhet të dyshohet për një patologji tjetër (psh. Rhiniti alergjik ose hipertrofi

e konkave). Disa sugjerojnë për një ndërrim të organeve target të alergjisë nga adenoidet apo tonsillat, drejt konkave. Rezekcioni parcial, elektrokautery, kriosurgery, apo coblation e konkave mund të konsiderohet në rastet refraktare.

Septoplastika në fëmijë me obstrukcione nasale është një çështje që debatohet prej shumë kohësh. Studime në kafshë, me ekcizione të plota të kartilagove, kanë treguar një vonesë në rritjen e fytyrës (1/3-en e mesme), në lepuj, qen dhe derrat e guinesë. Kartilago septale duket se është një faktor në rritjen e fytyrës tek fetusi, por roli në periudhën postnatale është i paqartë.

Studimet e rezeksionit konservator të kartilagos, me prezervim të mukoperikodrit, nuk kanë treguar efekte të dëmshme.

Healy këshillon një hapje sublabiale të septumit, për shkak të përmasave të vogla të vestibulit nazal.

Bejar et al. përdorën 12 matje antropometrike për të vlerësuar 10 fëmijë nga mosha 6-15 vjeç, që iu nënshtrua septoplastikes me një ndjekje postoperative 2 vjet. Procedura kirurgjikale konsistonte në heqjen, modifikimin dhe rifutjen e kartilago kuadrangulare, duke prezervuar të dy flapet mukoperikondrial.

Gjatë matjeve pjesa më e madhe e përmasave lineare dhe angulare ishin brenda deviacioneve standarte të normës, përveç disa pacientëve që kishin një indeks të vogël të dorsumit nasal. Megjithë analizën fotografike të fotove preoperative, nuk mund të përcaktohej nëse ky indeks ishte shkak i interventit apo jo. Ata konkluduan se septoplastika mund të ndikonte në gjatësinë e dorsumit nasal, por jo në aspekte të tjera të rritjes faciale (6, 8, 12).

Kjo pyetje do të kërkonte studime të tjera me matje antropometrike. Si konkluzion, mund të themi se, duhet të favorizohet një korrigjim i hershëm i septumit,

në fëmijët, në të cilët komplikacionet nga bllokimi kronik hundor kanë filluar apo ka shumë mundësi të fillojnë të shfaqen.

Ekspansioni maxillar i shpejtë (RME), ose ndryshe ekspansioni palatal i shpejtë, është një trajtim ortodontik për të zgjeruar harkun maksilar dhe shërben gjithashtu për të zgjeruar kubënë nasale dhe lehtësuar simptomat. Trajtimi është jokirurgjikal dhe mund të realizohet brenda 3 javëve në pacientët nga 3 deri në 20 vjeç. Shumë ortodontë mendojnë se RME është e indikuar për kafshimin e kryqëzuar posterior, por është e kundëringdikuar në pacientët me kafshim normal. Ekspansioni i ngadaltë i harkut mandibular mund të realizohet, nëse të dy harqet, mandibular dhe maksillar janë të ngushtuar. RME e vetme, rrallë është e mjaftueshme për të përmirësuar rastet e rënda të obstrukcionit nazal (2, 3, 4, 5).

Në rastet kur trajtimi ortodontik dështon, mund të aplikohet trajtimi kirurgjikal, maksillofacial. Zakonisht praktikohen osteotomi sagitale me zgjerim të maksillës, osteotomi segmentare Vasmund etj.

Konkluzion

Vlerësimi i fëmijëve me obstrukcione nasale dhe anomali dentare është multidisiplinor. Literatura mjekësore dhe dentare është shumë e pasur por, shumë pyetje mbeten papërgjigje, kështu që kooperimi midis pediatri, ortodontit dhe otorhinolaringologut është shumë i rëndësishëm.

Si otorhinolaringologe, ne mund të vlerësojmë rrugët e sipërme ajrore dhe obstrukcionet nasale, dhe të rekomandojmë trajtimin në fëmijë, që më pas do të trajtohen nga mjeku ortodont. Ne duhet të familiarizohemi me literaturën dentare për sa i përket zhvillimit kraniofacial dhe koncepteve bazë të interventeve ortodontike, për të siguruar një kujdes optimal për pacientët e moshës pediatrike.

BIBLIOGRAFIA

1. **Meridith HV:** Growth in head width during the first twelve years of life. *Pediatrics* 12:411-429, 1953.
2. **Tomes CS:** On the developmental origin of the v-shaped contracted maxilla. *Monthly review of Dental Surgery* 1872:1.2-5.
3. **Norland H.:** Ansiktsformens, spec. Gomhojdens for upplomsten av kroniska otiter. Jppsala, Sweden, Applebergs Boktryckeri Ab, 1918.
4. **Moss ML:** the functional matrix: Functional cranial components. In Krauss BS Reidel (eds): *Vistas in Orthodontics*. Philadelphia, Lea and Febinger, 1962:85-90.
5. **Linder-Aronson S.:** Adenoids: their effect of the mode of breathing and nasal airflow, and their relationship to characteristics of the facial skeleton and the dentition. *Acta Otolaryngology* 1970:265 supp.
6. **Kerr WJ, McWilliams JS, et al.:** Mandibular forma and position related to changes mode of breathing - a five year longitudinal study. *Angle Orthod* 1987;59:91-96.
7. **Principato JJ et al.:** Pediatric nasabnl resistance and lower facial height. *Oto Head Neck Surg* 1986;95(2):227-29.
8. **X-Rays in the evalution of adenoid hypertrophy: It's role in the endoscopic era.** Mary Kurien, Anjali Lepcha, John Mathew, Arif Ali, L. Jeyaseelan.
9. **Steiner A.:** Certain aspects of nasal trauma in the prenatal-natal period. *Md Stae Med J* 1959;8:557-69.
10. **Essential Otorhinolaryngology, Head And Neck Surgery, Fifth Edition, K.J.Lee, MD, FACS.**
11. **Jappessen, Mindfield.** Dislocation of nasal septal cartilage in newborn. *Acta Obstet Gynaecol Scandinavia* 1972;51:5-15.
12. **Kawalsaki H, Spiewak PM.:** How septum deformations in newborns occur. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;44:23-30.
13. **Adenoidectomy.** E Medicine.com Last Updated: April 19, 2006 Author: **John E McClay, MD,** Assistant Professor, Department of Otolaryngology, Division of Pediatric Otolaryngology.
14. **Gray LP.:** Neonatal nasal septal deformity. *J Laryngol Otol* 1969;83:1205-7.

* Dërgoi në Redaksi në Korrik 2008, miratoi për botim Tetor 2008.

Nga QSUT "Nënë Tereza", Shërbimi i ORL, Tiranë.

Adresa për letërkëmbim: Hoxhallari Xh., QSUT "Nënë Tereza", Shërbimi i ORL, Tiranë.