

**Examinarea
radioimagistica a
craniului si regiunii
cervicale**

- Oasele craniului se împart în *neurocraniu* (conține encefalul) și *viscerocraniu* (oasele feței).
- Neurocraniul este alcătuit din oase nepereche (osul frontal, osul etmoidal, osul sfenoidal, osul occipital) și oase pereche (oasele temporale și oasele parietale). Oasele neurocraniului sunt solidarizate între ele prin suturi ce permit dezvoltarea capacității acestuia, precum și dezvoltarea encefalului.
- Viscerocraniul este alcătuit din maxilarul superior și mandibula.
- Emisferele cerebrale sunt localizate la nivelul lojei supratentoriale (tentorium = cortul cerebelului). Sunt despărțite superior prin fisura interemisferică la nivelul căreia pătrunde falx cerebri (coasa creierului). Fiecare emisfer cerebral este format din patru lobi cerebrali: frontal, parietal, temporal și occipital separați prin șanțuri :
 - *șanțul central Rolando* desparte lobul frontal de lobul parietal;
 - *șanțul lateral Sylvius* desparte lobul frontal și lobul parietal de lobul temporal;
 - *șanțul parieto-occipital* desparte lobul parietal de cel occipital.

- Vascularizația parenchimului cerebral este asigurată de către arterele cerebrale anterioare (ramuri terminale ale arterei carotide interne), arterele cerebrale medii (ramuri terminale ale arterei carotide interne) și arterele cerebrale posterioare (ramuri terminale ale arterei bazilare). Poligonul lui Willis reprezintă anastomoza dintre teritoriul arterelor carotide interne și teritoriul vertebro-bazilar.
- Cerebelul este situat în fosa craniană posterioară și este separat de emisferele cerebrale aflate supraiacent prin intermediul durei mater care formează, la acest nivel, cortul cerebelului. Anterior de cerebel se află ventriculul IV și, respectiv, bulbul și puntea.

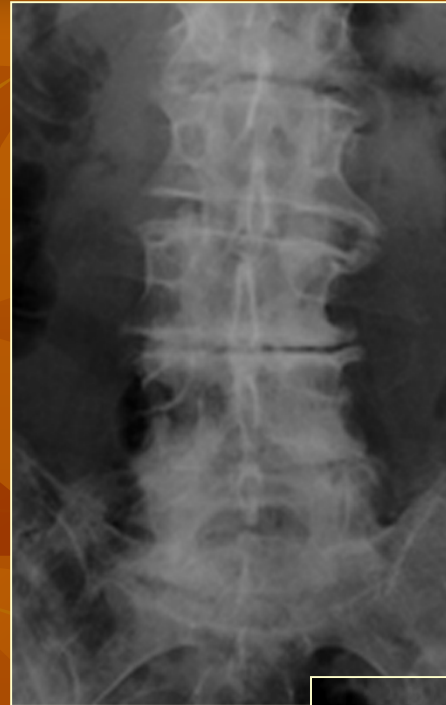
- Sinusurile paranazale sunt reprezentate de sinusurile frontale, sinusurile etmoidale, sinusurile sfenoidale și sinusurile maxilare.
- Regiunea cervicală face legătura între extremitatea cefalică și torace. La nivelul regiunii cervicale se găsesc structuri vitale precum structurile vasculare jugulo-carotidiene, măduva spinării, faringele, laringele, traheea și esofagul.
- La nivelul gâtului se pot distinge cele trei regiuni anatomice ale faringelui:
 - *nazofaringele* - de la baza craniului până la marginea liberă a vălului palatin;
 - *orofaringele* - de la marginea liberă a vălului palatin până la osul hioid;
 - *hipofaringele* - de la osul hioid până la marginea inferioară a cartilajului cricoid.

Examenul radiologic convențional

- Odată cu dezvoltarea tehnicilor moderne de diagnostic imagistic, precum examenul computer tomografie (CT) și imagistica prin rezonanță magnetică (IRM), importanța și utilitatea radiografiei craniene a scăzut treptat. Cu toate acestea, rapiditatea examinării își poate dovedi utilitatea în anumite situații precum:
- *afecțiunile inflamatorii sinusale;*
- *patologia traumatică* (permite evidențierea traectelor de fractură ce interesează structurile osoase ale craniului);
- *patologia tumorală* (modificările de tip osteocondensant sau osteolitic;
- *evidențierea modificărilor șei turcești;*
- *prezența calcificărilor intracraniene* la nivelul coasei creierului, plexurilor coroide și glandei pineale.
- Examenul radiologie cranian trebuie să includă cel puțin două incidențe (incidența de față și incidența de profil). în funcție de regiunea examinată se poate apela la anumite incidențe specifice.



- Explorarea coloanei vertebrale prin intermediul radiografiei convenționale presupune efectuarea de radiografii în incidența de față, incidența de profil și, în anumite cazuri, în incidența oblică.
- *Examenul radiologie al coloanei vertebrale este util în evaluarea următoarelor modificări patologice:*
 - depistarea și caracterizarea leziunilor osteocondensante/osteolitice ce interesează corpurile vertebrale;
 - prezența/absența listezisului;
 - prezența/absența modificărilor scoliotice;
 - accentuarea/ștergerea modificărilor cifotice/lordotice;
 - depistarea și caracterizarea unor anomalii congenitale (spina bifida);
 - prezența/absența osteofitelor, sindesmofitelor;
 - depistarea modificărilor de calibru ale canalului vertebral



Examenul computer tomografic (CT)

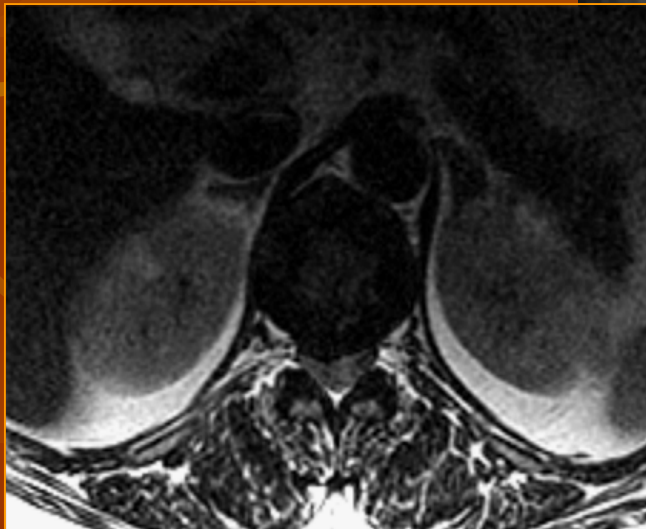
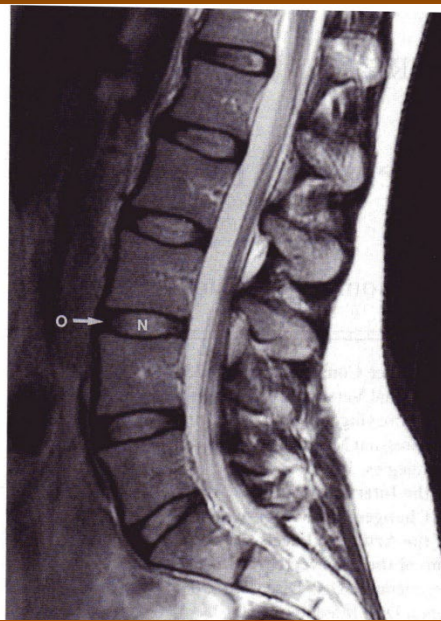
- Examenul CT folosește radiații X ionizante și constituie principala modalitate de diagnostic imagistic în regim de urgență.
- ***Principalele indicații ale examenului CT cranian sunt:***
- *patologia vasculară* (accidente vasculare cerebrale ischemice, accidente vasculare cerebrale hemoragice);
- *patologia traumatică* (examenul CT este ideal în cazul pacienților politraumatizați
- *patologia tumorală* (de cele mai multe ori necesită administrare de substanță de contrast pentru a evidenția leziunile tumorale primitive sau secundare);
- *patologia infecțioasă* (abces cerebral);
- *malformațiile cranio-cerebrale.*
- ***Principalele indicații ale examenului CT al coloanei vertebrale sunt:***
- *patologia tumorală ;*
- *patologia traumatică* (fracturi și tasări ale corpurilor vertebrale;
- *patologia malformativă* (spina bifida);
- *patologia degenerativă* (prezența osteofitelor, herniilor intraspongioase, reducerea înălțimii spațiilor discale)

Imagistica prin rezonanță magnetică (IRM)

- Examenul IRM permite achiziția de imagini secționale în 3 planuri
- ***Principalele indicații ale examenului IRM cranian sunt:***
- *patologia vasculară* (examenul IRM poate depista prin intermediul secvențelor de difuzie un accident vascular cerebral ischemic încă din primele șase ore de la momentul producerii, când CT sunt încă nedetectabile; în evaluarea unor malformații vasculare precum cavernomul, în cazul anevrismelor cerebrale,
- *patologia tumorală* (în această situație, este necesară administrarea substanței de contrast paramagnetice pentru a putea localiza și stabili caracterul benign sau malign al leziunii);
- *boli demielinizante* (examinarea IRM este considerată de elecție pentru evaluarea bolilor demielinizante precum scleroza multiplă. Prin utilizarea substanței de contrast paramagnetice se poate stabili caracterul activ sau inactiv al leziunilor demielinizante);
- *patologia infecțioasă* (examenul IRM este considerat de elecție pentru stabilirea diagnosticului imagistic de meningită sau encefalită);
- *patologia hipofizară* (examenul IRM este considerat de elecție pentru depistarea modificărilor patologice ce interesează hipofiza);
- *patologia malformativă cranio-cerebrală.*

- *Principalele indicații ale examenului IRM al coloanei vertebrale sunt:*
- *patologia degenerativă* permite evidențierea modificărilor de tip Modic I - edem osos, Modic II - degenerescentă lipomatoasă și Modic III - osteoscleroză;
- poate pune în evidență herniile intraspongioase, listezisul, osteofitele și modificările degenerative ale discurilor intervertebrale;
- poate evidenția protruzii sau hernii discale compresive asupra cordonului medular sau rădăcinilor nervoase.
- *patologia traumatică* (examenul IRM permite diagnosticarea imagistică a contuziei medulare și a hematomului epidural);
- *patologia tumorală* (prin administrarea substanței de contrast paramagnetice, examenul IRM este capabil să localizeze și să caracterizeze cu exactitate leziunile tumorale vertebro-medulare.

- *patologia inflamatorie-infecțioasă* evidențiază prezența spondilodiscitei, prezența abceselor paravertebrale și extensia în părțile moi paravertebrale.
- *patologia malformativă.*
- Principalele dezavantaje ale examinării IRM sunt reprezentate de durata crescută a examinării, de costurile ridicate și de disponibilitatea relativ scăzută la nivelul centrelor de diagnostic imagistic.

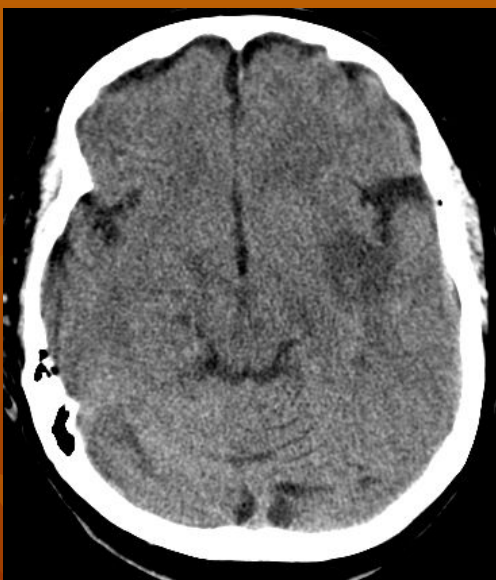


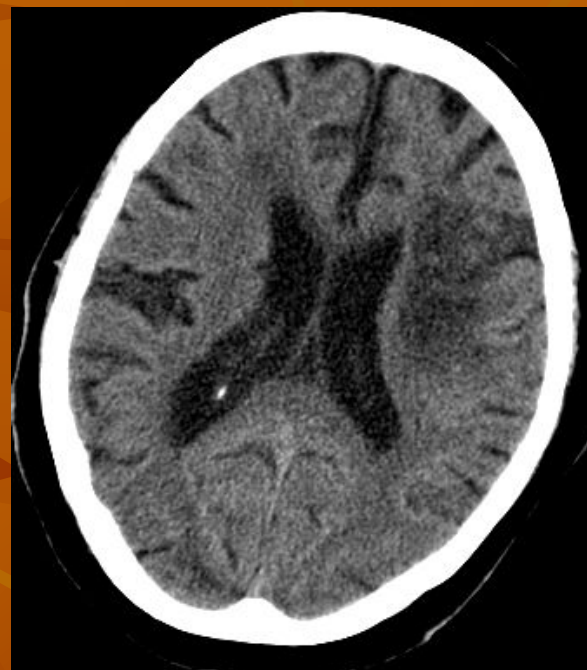
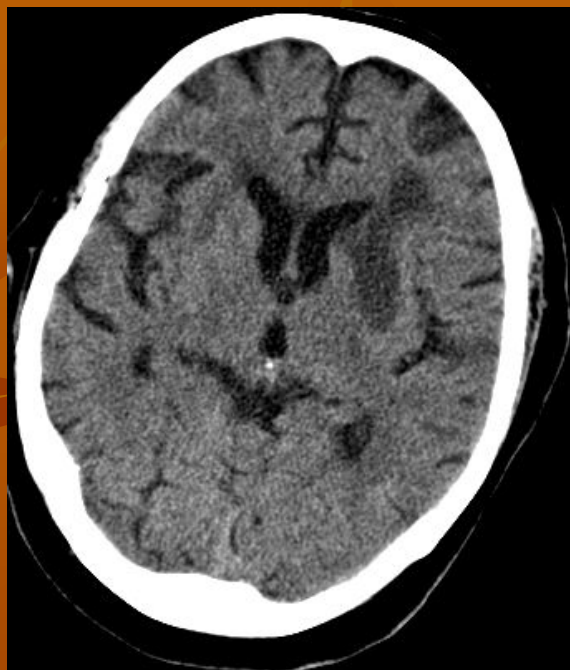
Patologia cerebrală vasculară

- **Accidentul vascular cerebral ischemic**
-
- Accidentul vascular cerebral (AVC) ischemic apare ca urmare a stopării aportului sangvin nutritiv către parenchimul cerebral prin trombi, emboli aterosclerotici, spasm arterial sau afecțiuni metabolice. Poate fi interesată o arteră de calibru mare (artera cerebrală anterioară, medie sau posterioară) sau ramuri segmentare ale acestora.
- Clasificarea AVC ischemice după timpul scurs de la momentul producerii:
- *hiperacut* (sub 24 ore);
- *acut* (24 ore - 7 zile);
- *subacut* (1-3 săptămâni);
- *cronic* (peste 3 săptămâni).
- În evaluarea AVC ischemic examinările CT și IRM sunt considerate metode de investigare de elecție.
- în stadiul *hiperacut*, primul semn decelabil la examinarea CT fără substanță de contrast este reprezentat de hiperdensitatea arterei cerebrale afectate din cauza prezenței trombului intravascular la acest nivel. Cel mai frecvent este afectată artera cerebrală medie.

AVC ISCHEMIC







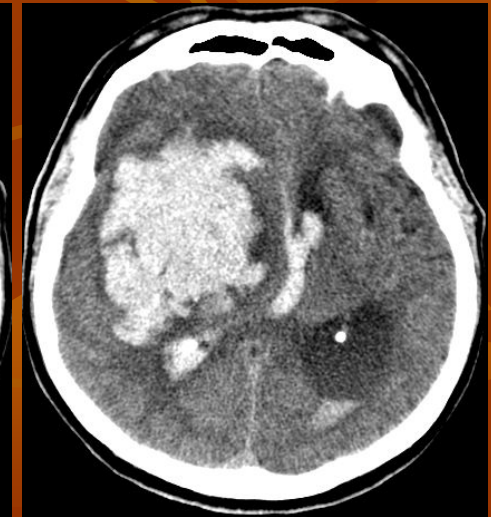
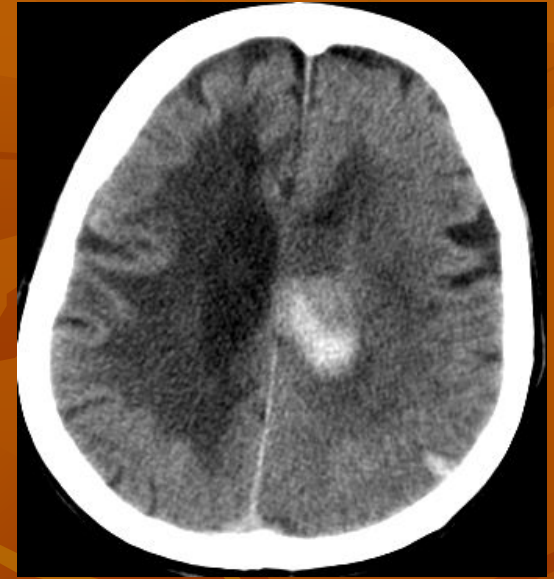
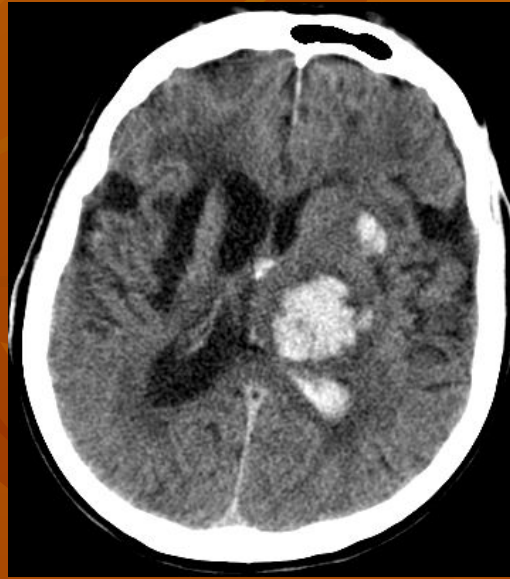
- în decurs de câteva minute până la câteva ore de la producerea AVC ischemic, examenul IRM este capabil să deceleze zona afectată prin intermediul secvențelor de difuzie și al hărții ADC.
- Un AVC ischemic hiperacut se vizualizează IRM în hipersemnal intens în secvența de difuzie (DWI) și hiposemnal în harta ADC .
- Lipsa vizualizării semnalului de flux la nivelul vasului afectat în secvențele angio permite localizarea obstrucției generate de trombul intraluminal.
- După aproximativ 6 ore se remarcă creșterea intensității semnalului zonei afectate în secvența T2 și FLAIR. De asemenea, parenchimul cerebral infarctizat apare în hiposemnal T1 după 6 ore de la momentul producerii AVC ischemic .
- Incepând din stadiul *acut*, modificările devin mai evidente la examenul CT sub forma unei plaje hipodense, cu ștergerea girațiilor și efect de masă asupra parenchimului cerebral adiacent și/sau asupra sistemului ventricular, în contextul modificărilor de tip edematos dezvoltate la acest nivel

- în stadiul *subacut*, examenul CT poate avea un aspect înșelător, întrucât zona de AVC subacut poate avea un aspect foarte asemănător cu cel al parenchimului cerebral indemn. Se remarcă reducerea în intensitate a modificărilor edematoase și a efectului de masă asupra parenchimului cerebral și/sau sistemului ventricular
- La examenul IRM se remarcă menținerea intensității crescute a semnalului în secvența DWI. În această fază, intensitatea semnalului în secvența T1 rămâne scăzută (hiposemnal), iar intensitatea semnalului în secvențele T2 și FLAIR rămâne crescută.
- în stadiul *cronic*, examenul CT relevă dispariția modificărilor edematoase la nivelul parenchimului cerebral afectat. Efectul de masă generat de edemul descris anterior este înlocuit în această fază de modificările de glioză care tracționează parenchimul cerebral adiacent și/sau sistemul ventricular.

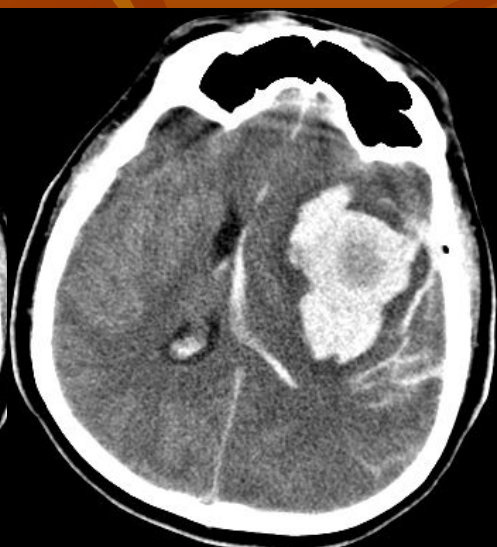
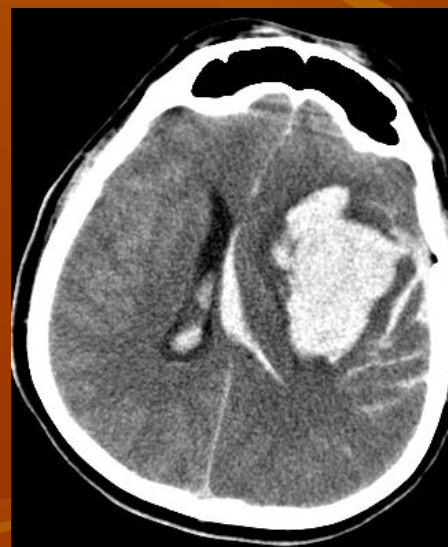
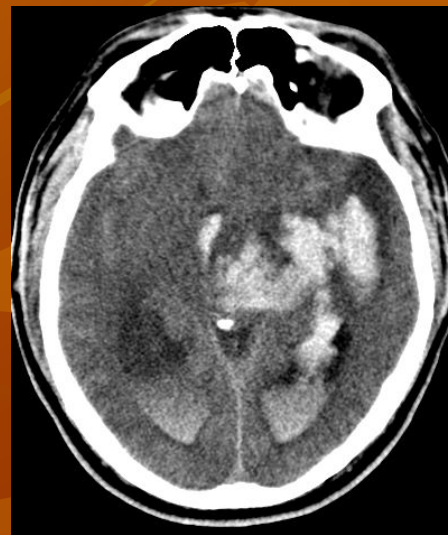
Accidentul vascular cerebral hemoragic

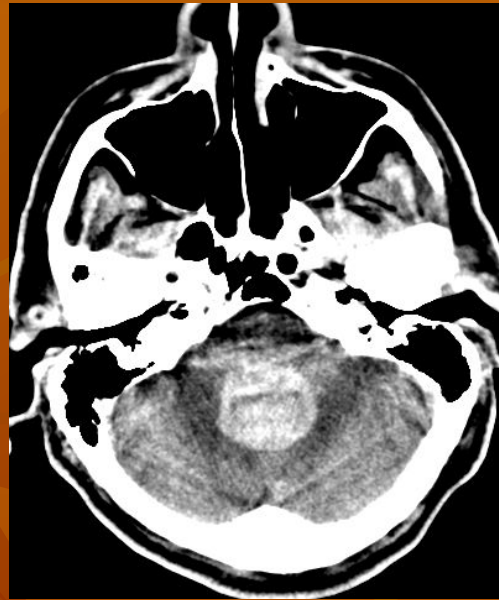
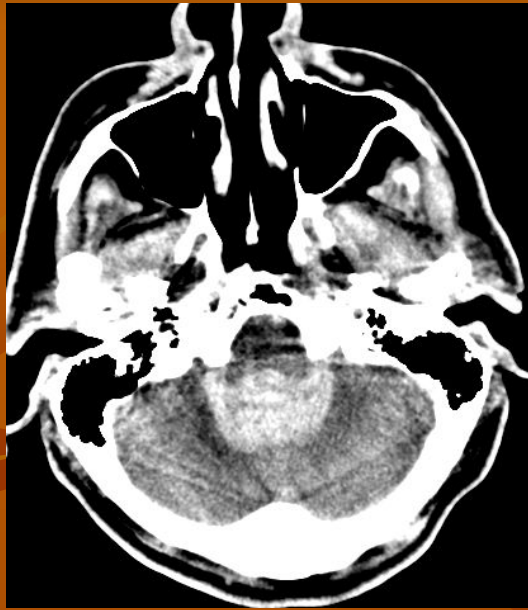
- AVC hemoragice apare în cele mai multe cazuri ca urmare a hipertensiunii arteriale ce determină ruperea unui anevrism arterial cunoscut sau necunoscut.
- Clasificarea AVC hemoragice după timpul scurs de la momentul producerii se realizează după cum urmează:
 - *hiperacut* (sub 24 ore);
 - *acut* (1-3 zile);
 - *subacut* (3-7 zile precoce și 7-14 zile tardiv);
 - *cronic* (peste 14-28 zile).
- în stadiul acut, examenul CT este considerat de elecție în stabilirea diagnosticului imagistic de hemoragie intraparenchimotoasă. Sângele apare hiperdens (50-70 UH).
- În stadiul cronic, hemoragia intraparenchimotoasă apare hipodensă față de parenchimul cerebral adiacent.
- Efectul de masă asupra parenchimului cerebral adiacent și/sau sistemului ventricular este vizibil în toate stadiile.

AVC HEMORAGIC









- Aspectul IRM al AVC hemoragic variază în funcție de stadiu:
- *stadiul hiperacut (sub 24 ore)* - în izosemnal TI și izo-/hipersemnal T2;
- *stadiul acut (1-3 zile)* - în izo-/hiposemnal TI și T2;
- *stadiul subacut (3-7 zile precoce și 7-28 zile tardiv)* - în hipersemnal intens TI și hipersemnal T2;
- *stadiul cronic (> 14-28 zile)* - în hiposemnal TI și hipersemnal T2

Patologia traumatică cranio-cerebrală

Fracturile oaselor craniene

- Fracturile oaselor craniene se întâlnesc, de obicei, în cazul pacienților politraumatizați, iar tehnica imagistică de elecție în această situație este CT.
- Se evidențiază întreruperea continuității osoase și, în funcție de traiectul de fractură, se pot evidenția modificări asociate .

Contuzia cerebrală

- Contuziile cerebrale apar frecvent la persoanele tinere în context posttraumatic. Examenul CT este investigația de elecție în cazul acestor pacienți. Contuziile hemoragice apar sub forma unor arii hiperdense spontan, înconjurate de edem cerebral ce apare hipodens spontan.
- În cazul în care contuziile nu sunt hemoragice (contuzii edematoase), acestea apar ca arii hipodense spontan ce devin izodense în decurs de câteva săptămâni, pe măsură ce modificările edematoase se remit.

■ Hematomul epidural (extradural)

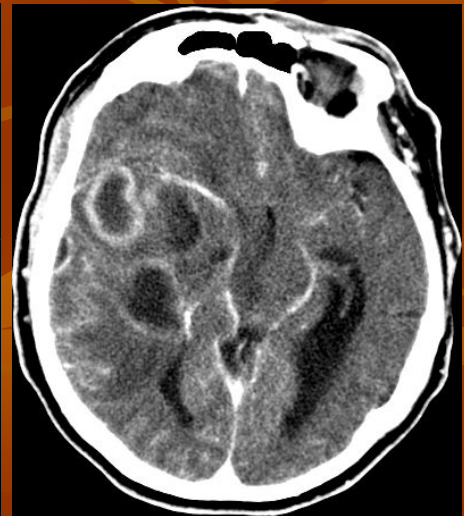
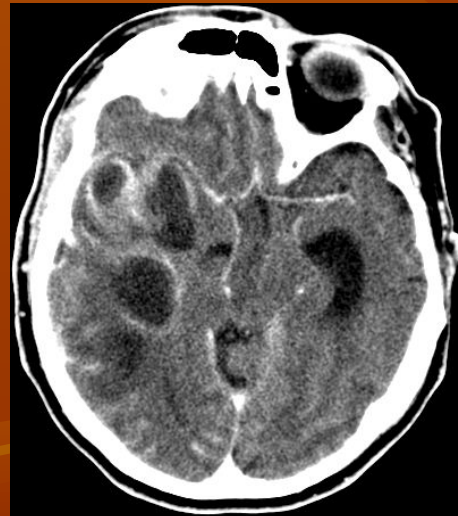
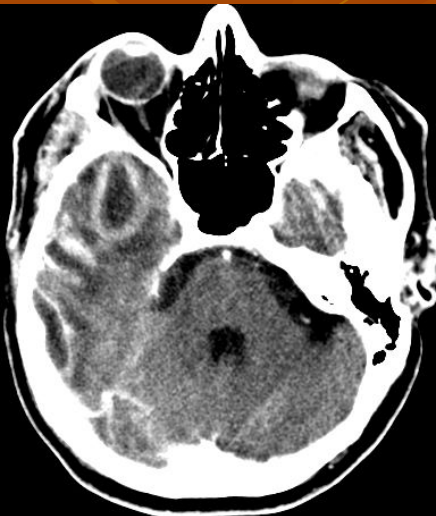
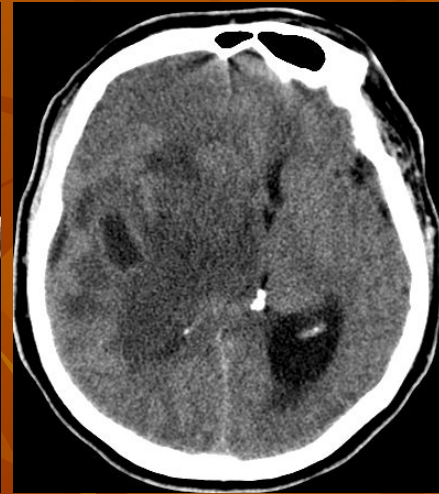
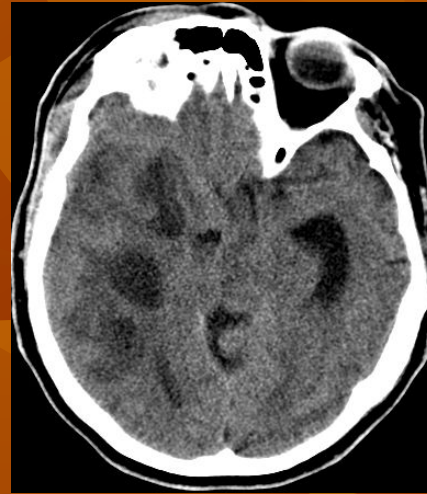


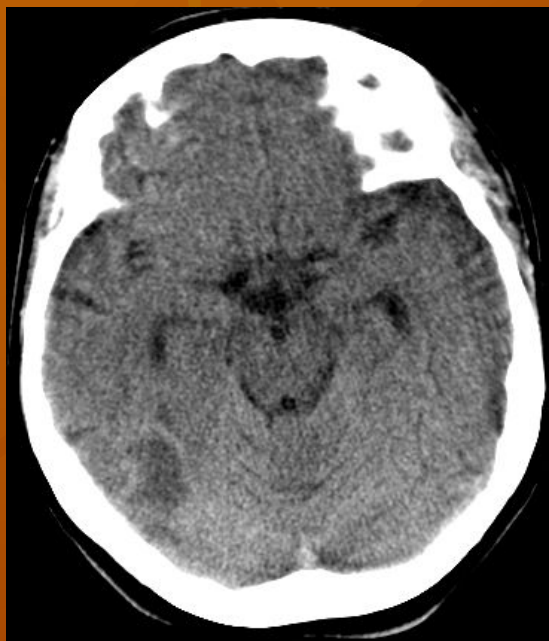
- Hematomul epidural apare sub forma unei acumulări hematice biconvexe a cărei densitate variază în funcție de timpul scurs de la momentul producerii și se asociază, de obicei cu un traiect de fractură:
- în stadiul acut, hiperdens față de parenchimul cerebral adiacent
- în stadiul subacut, izodens față de parenchimul cerebral adiacent (poate necesita contrast intravenos pentru diferențierea de parenchimul cerebral);
- în stadiul cronic, hipodens față de parenchimul cerebral adiacent

Abcesul cerebral

- Reprezintă o acumulare de conținut purulent, bine delimitată de un perete gros în parenchimul cerebral. Pentru stabilirea diagnosticului imagistic de abces cerebral se poate apela la examenul CT sau IRM.
- Examenul CT relevă o leziune hipodensă bine delimitată de un perete gros, iodofil, la periferia căruia se evidențiază edem hipodens spontan la nivelul parenchimului cerebral adiacent. Prezența conținutului aeric intralezional este o modificare patognomonică pentru abcesul cerebral.
- Examenul IRM relevă o leziune în hiposemnal T1, hipersemnal T2, bine delimitată de un perete gros în hiposemnal T2 ce prezintă gadofilie intensă. Edemul perilezional apare în hipersemnal T2 la periferia abcesului.

ABCES

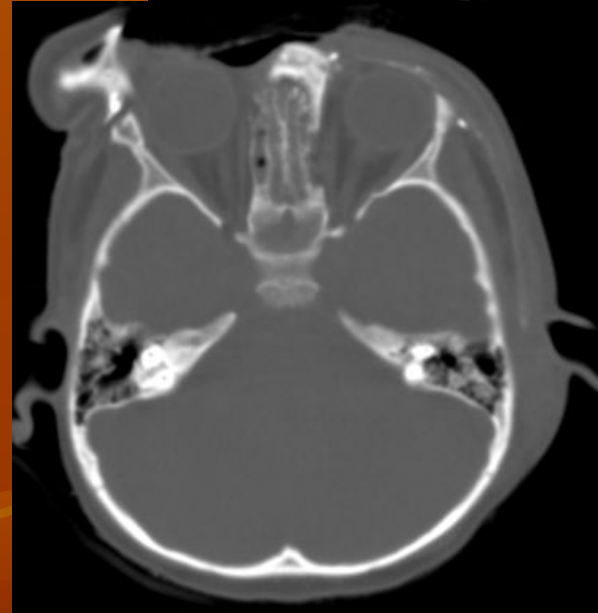
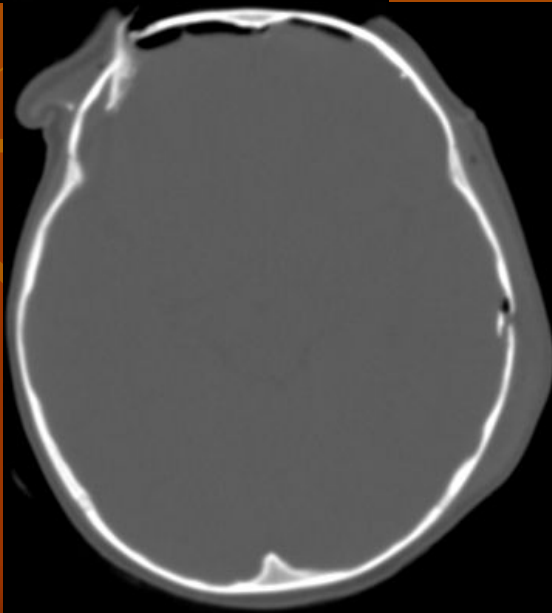
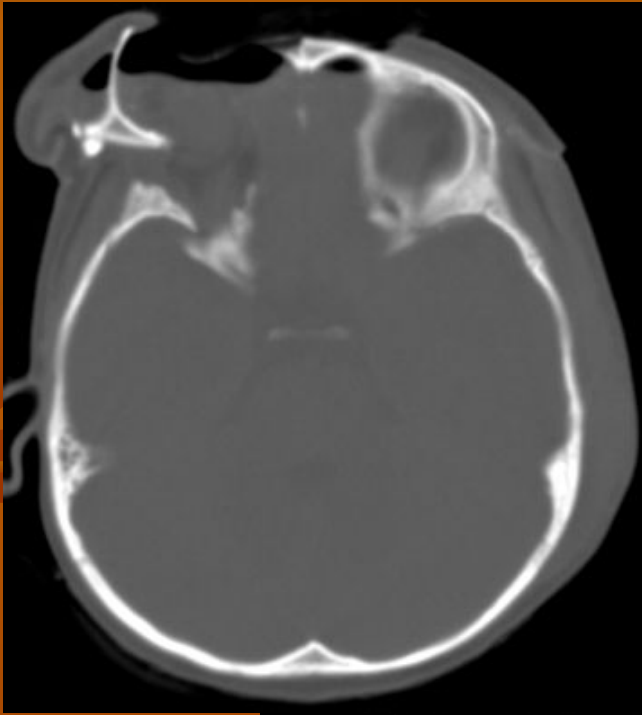


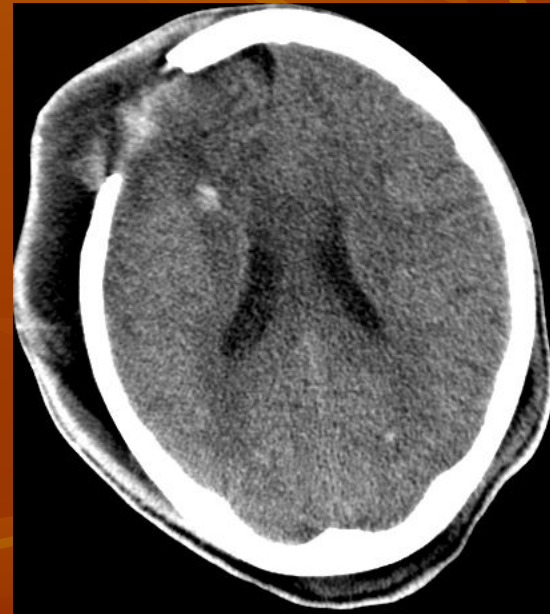
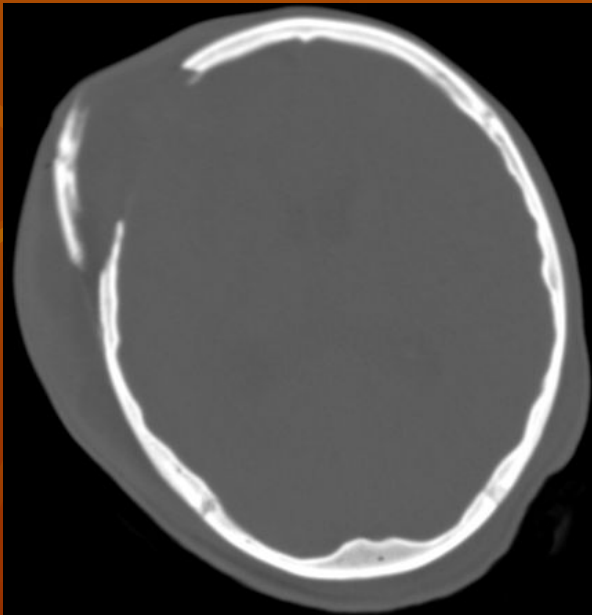
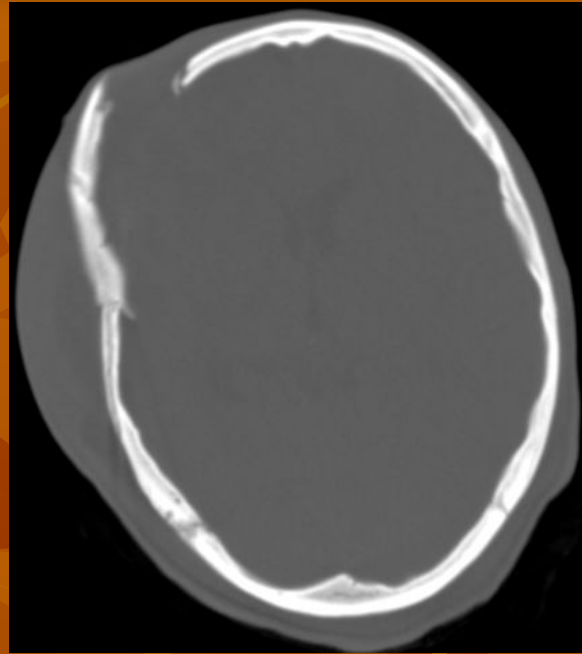


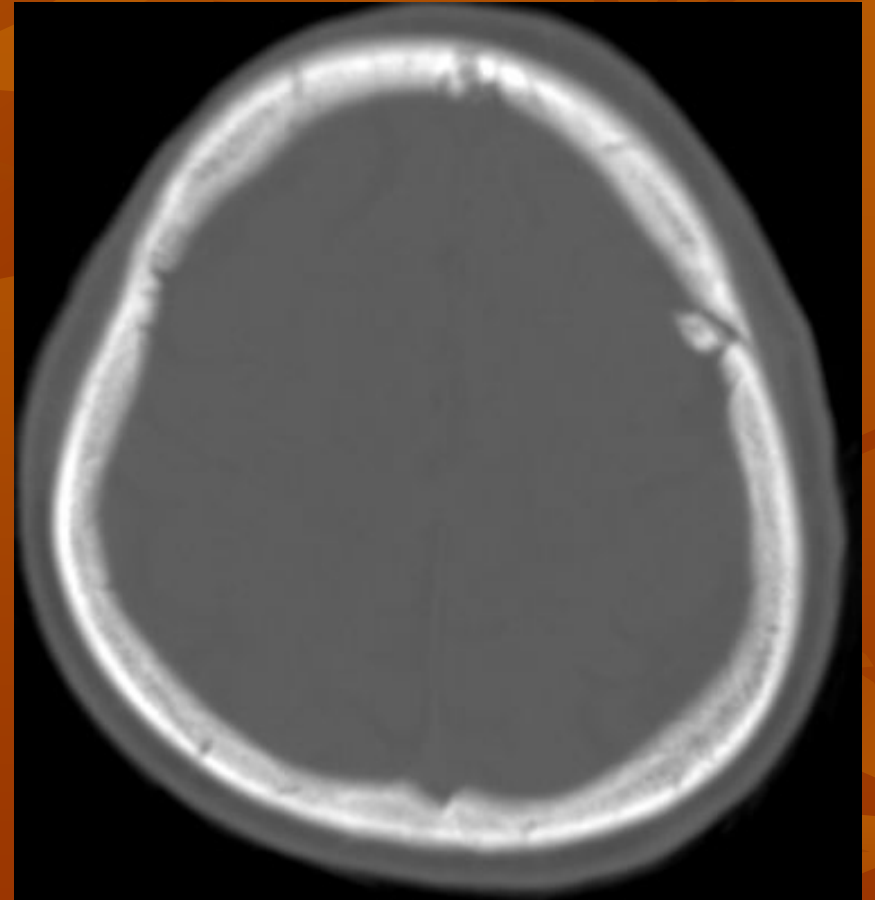
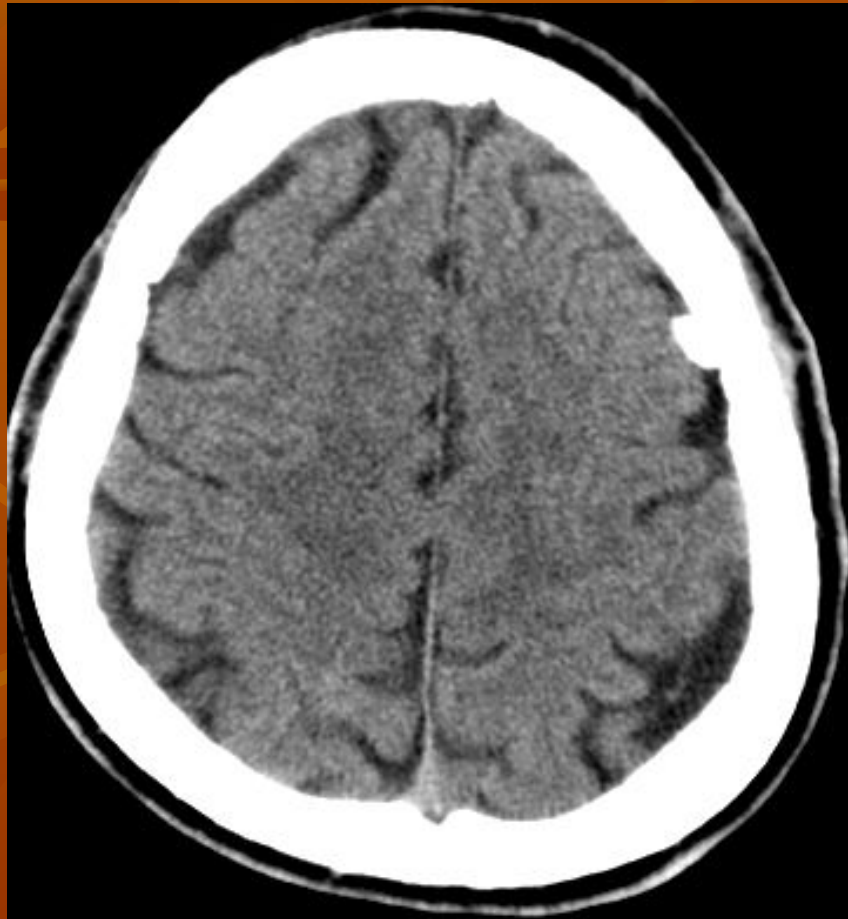
Scleroza multiplă

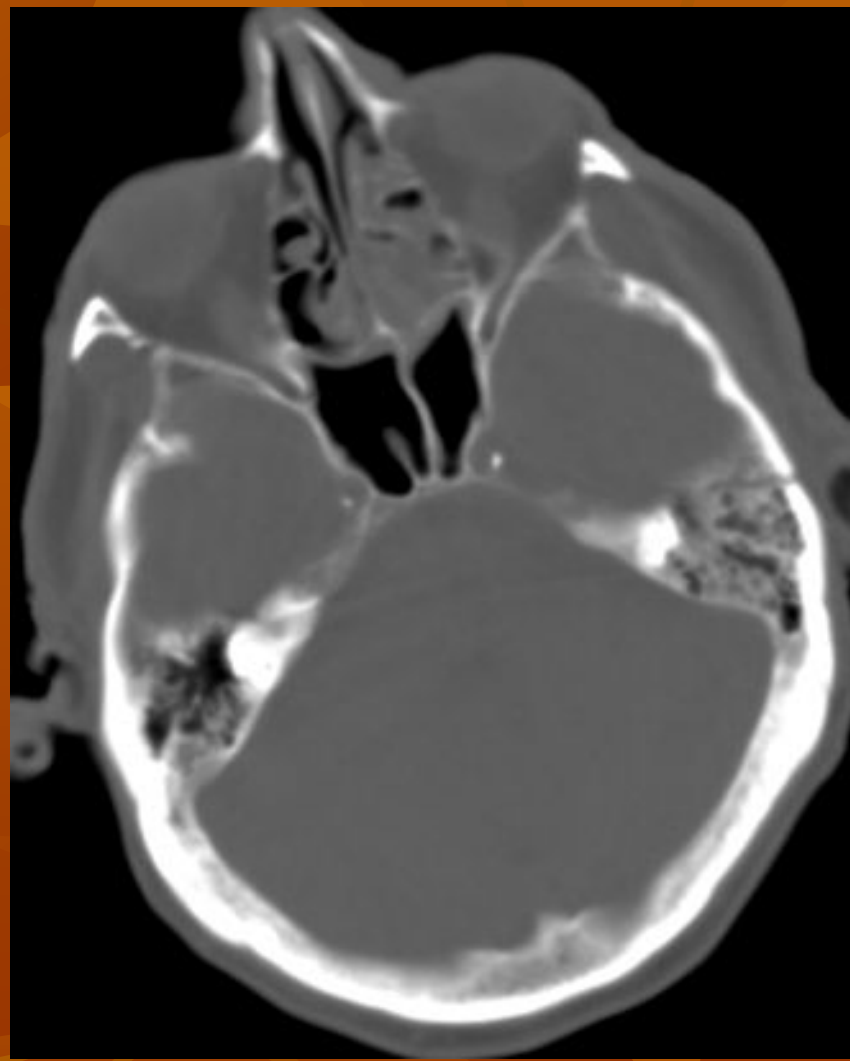
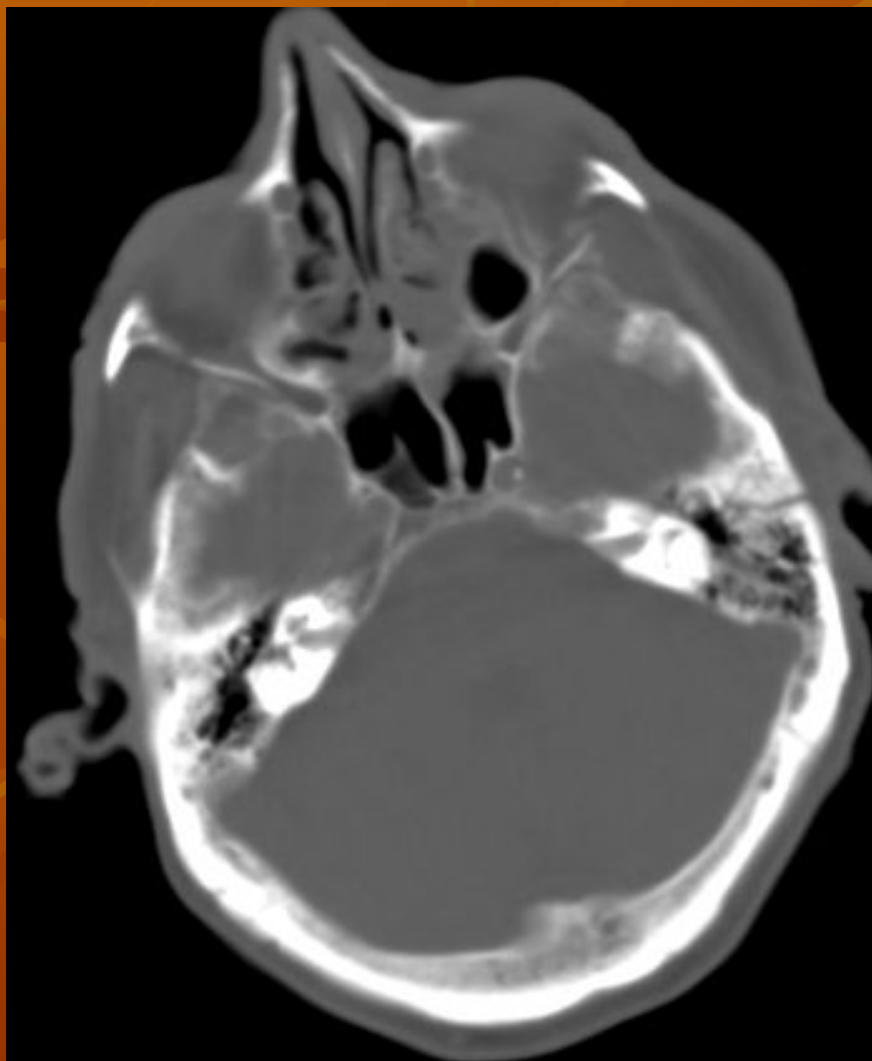
- **Scleroza multiplă** este cea mai frecventă boală demielinizantă și afectează în principal femeile în jurul vârstei de 20-35 ani. Descendenții persoanelor diagnosticate cu scleroză multiplă prezintă un risc de până la 10-20 ori mai mare decât populația generală de a dezvolta scleroză multiplă.
- Examinarea de elecție în cazul pacienților cu scleroză multiplă este IRM. Leziunile demielinizante se localizează frecvent la nivel juxtacortical, periventricular, infratentorial și la nivelul cordonului medular.
- Examenul IRM relevă prezența leziunilor demielinizante în hipersemnal T2 și FLAIR cu tendință la conglomerare periventricular. De asemenea, leziunile demielinizante pot fi orientate perpendicular pe ventriculii laterali
- Comportamentul leziunilor după administrarea intravenoasă a substanței de contrast paramagnetice evidențiază nivelul de activitate al acestor: leziuni inactive în lipsa captării și active în cazul gadofiliei.

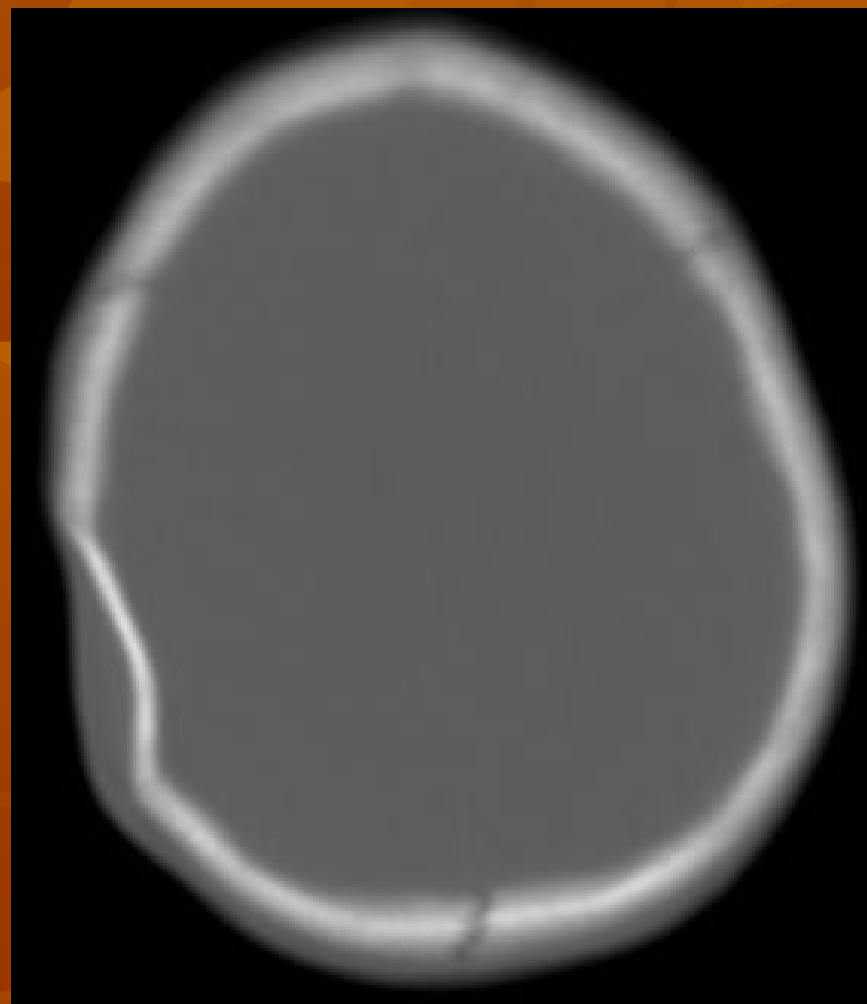
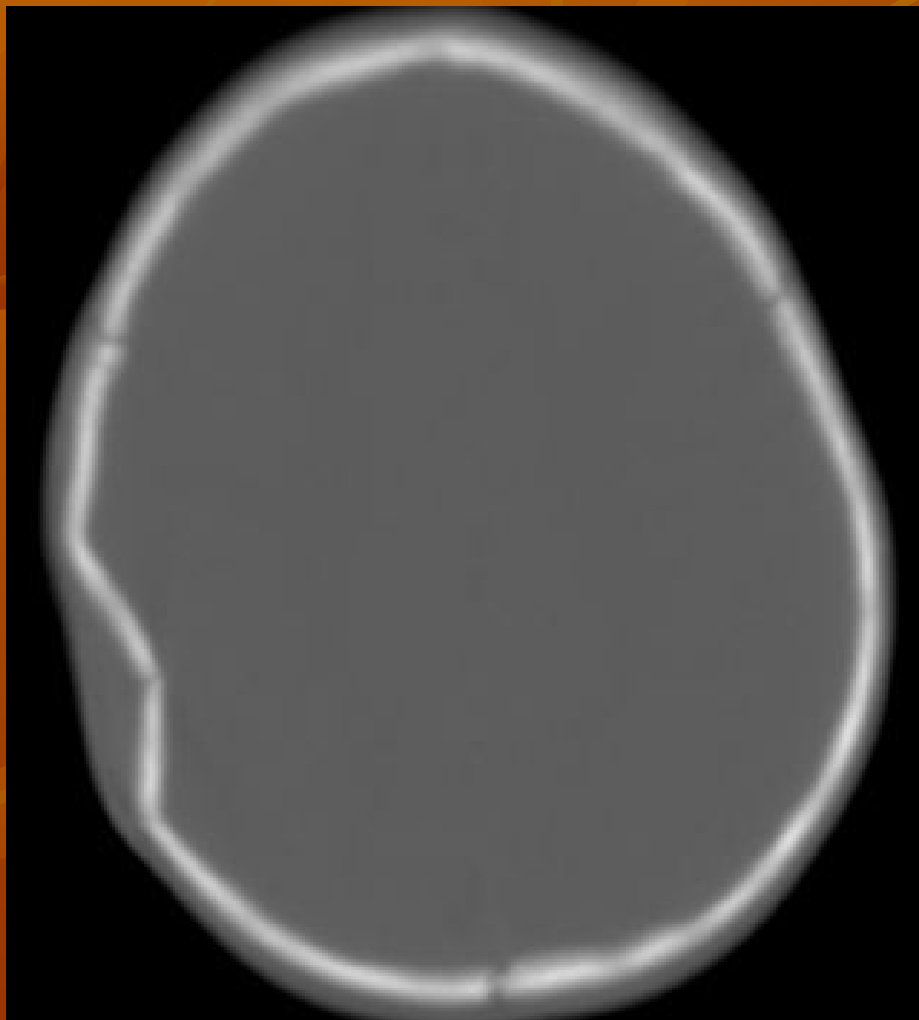
FRACTURI



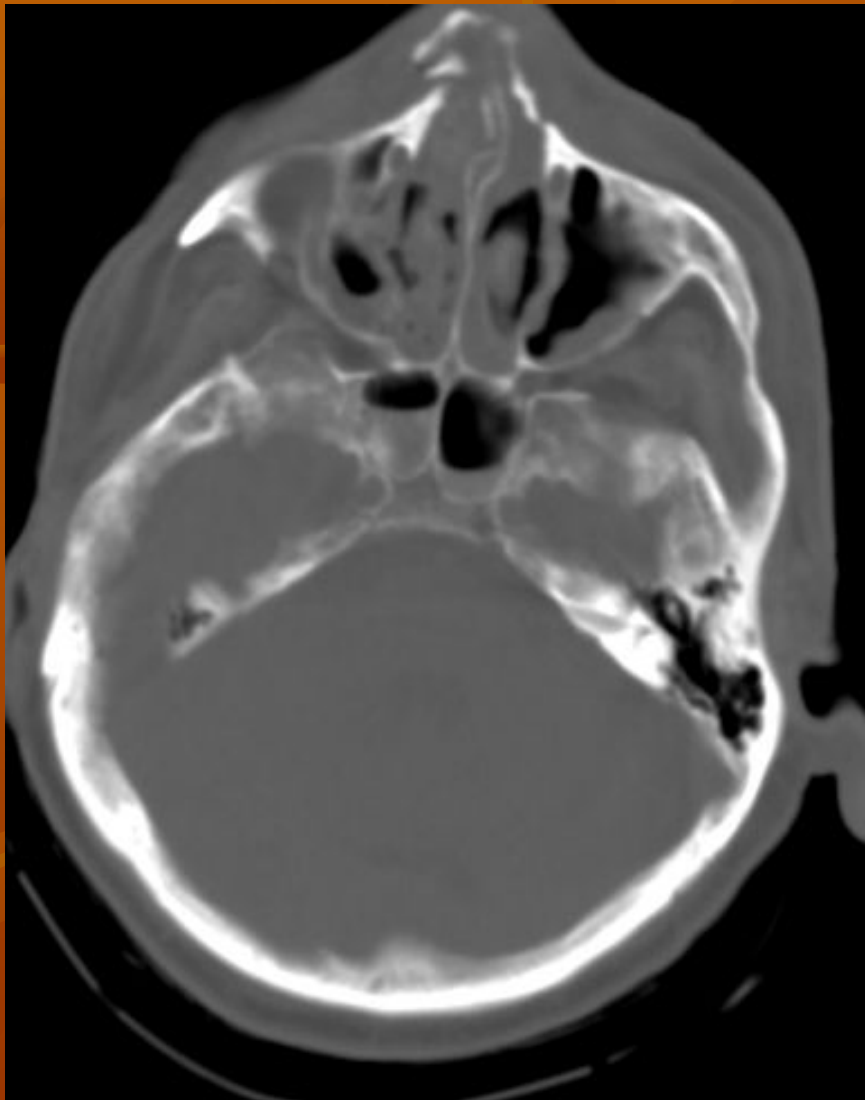




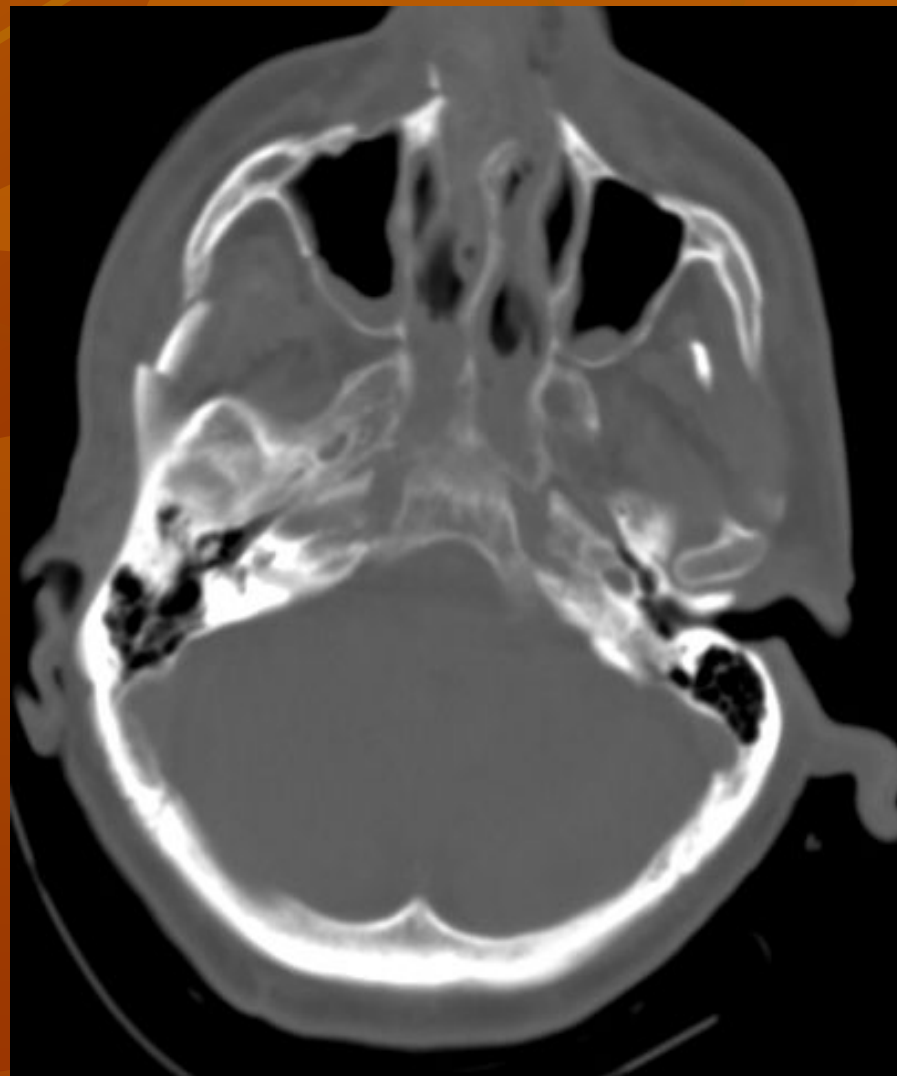


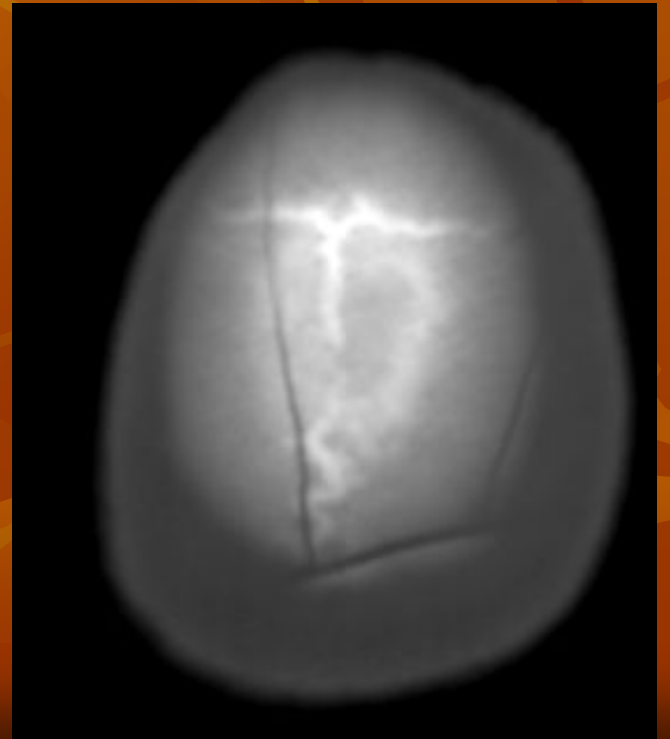
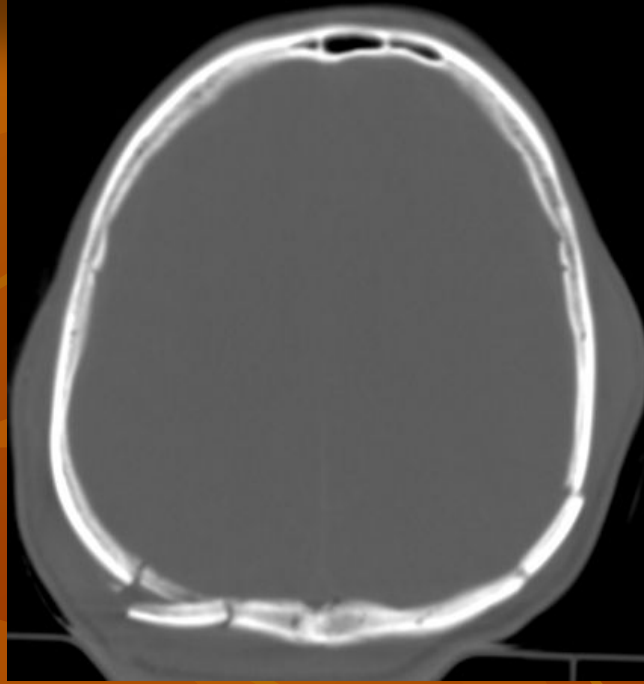
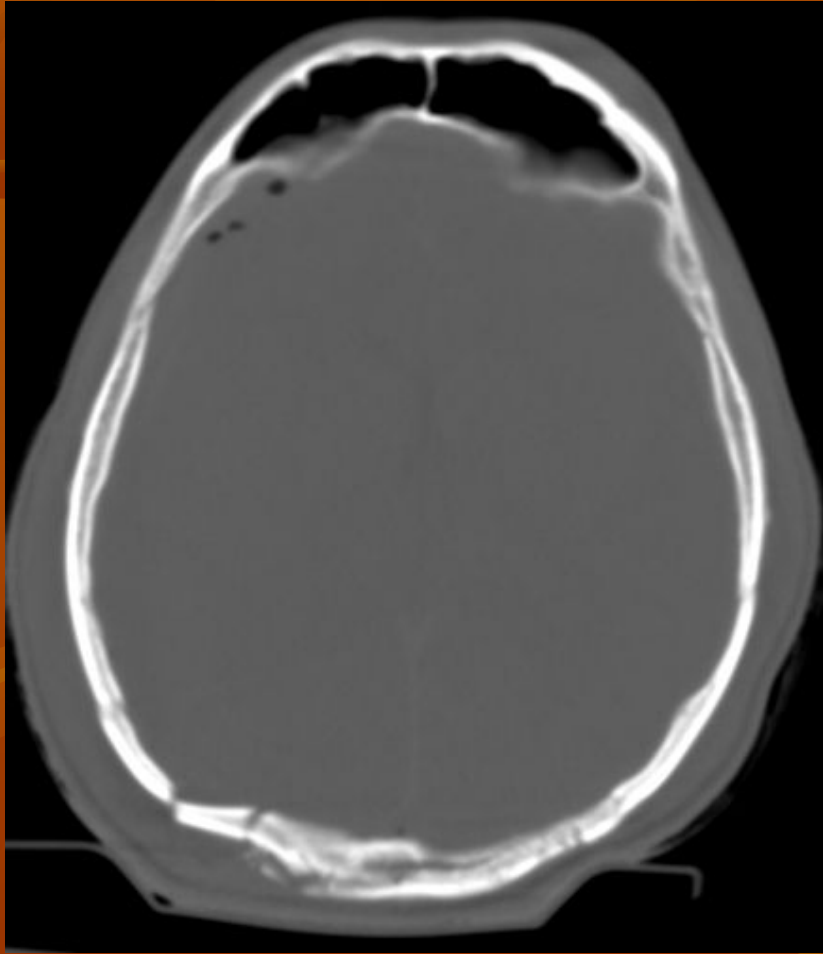


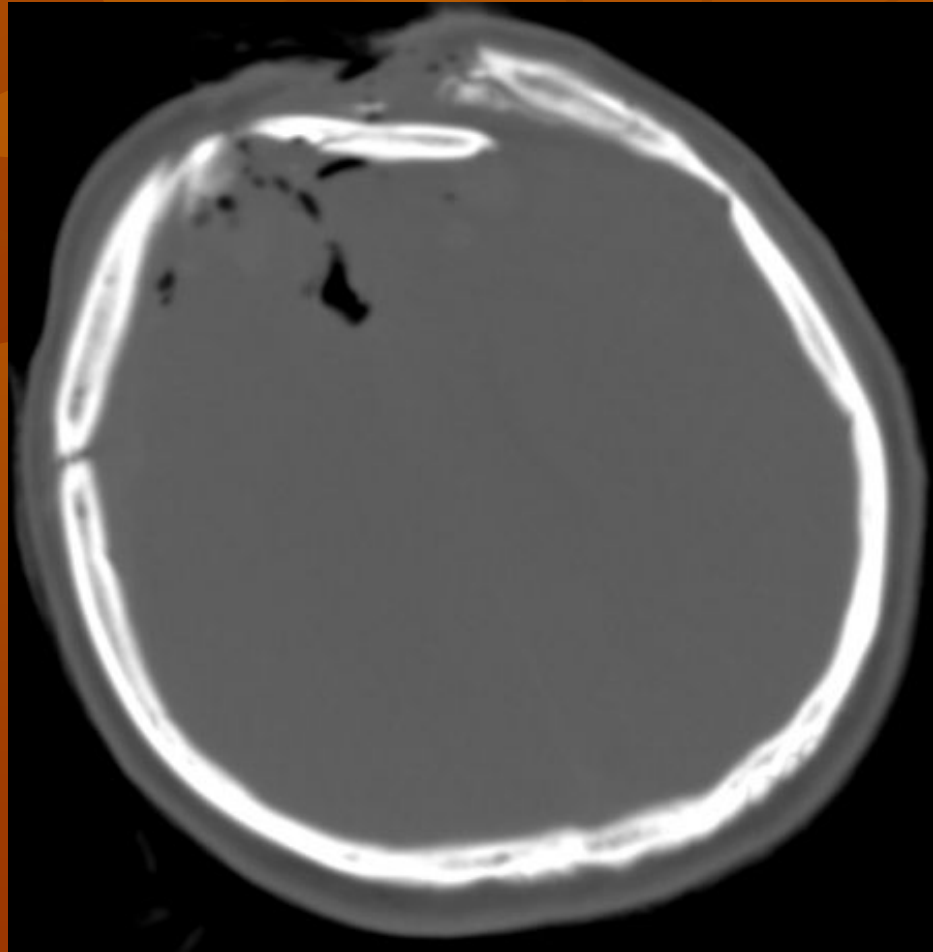
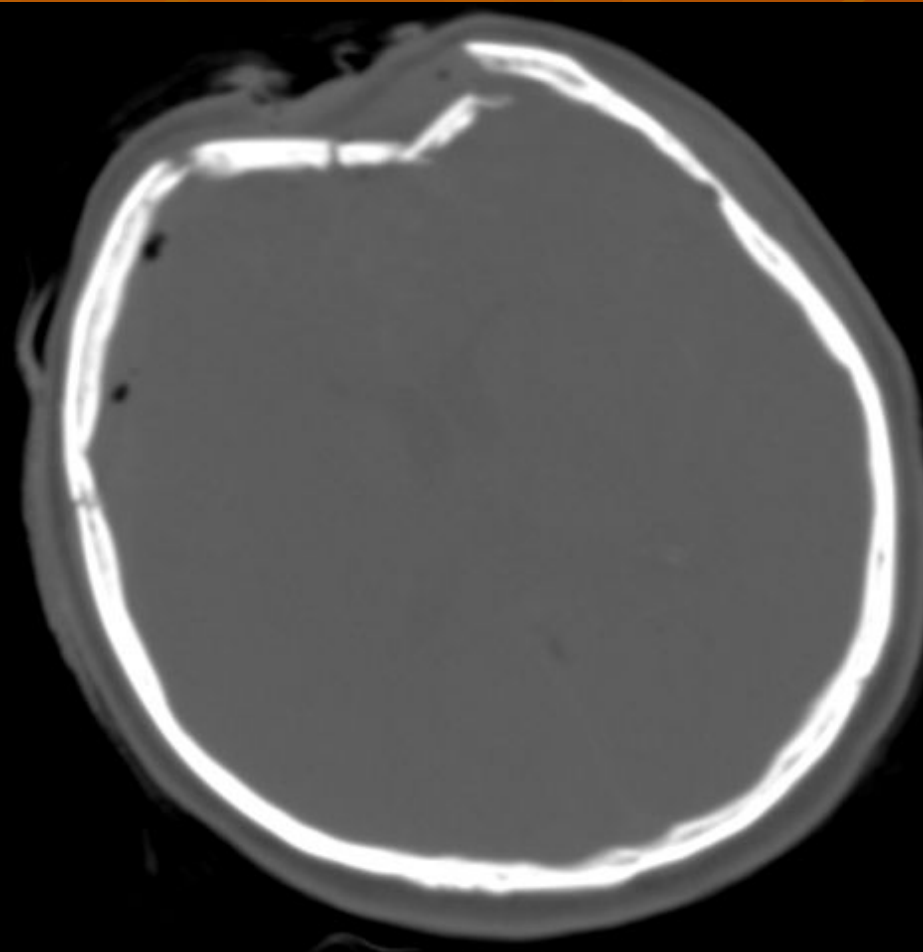
FRACTURA OASE PROPRII NAZALE

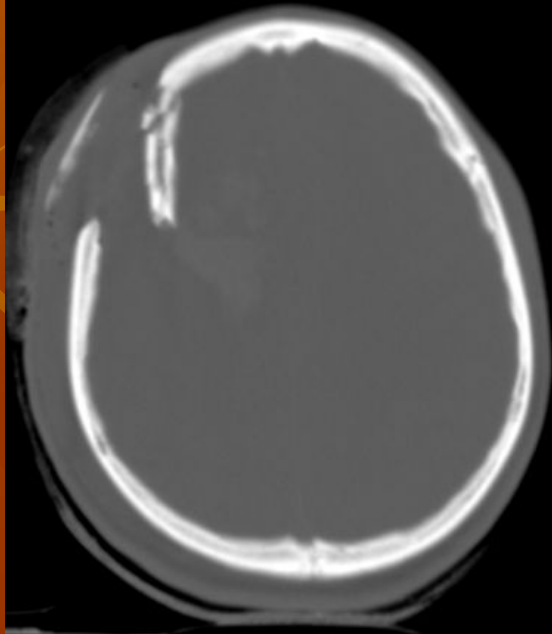
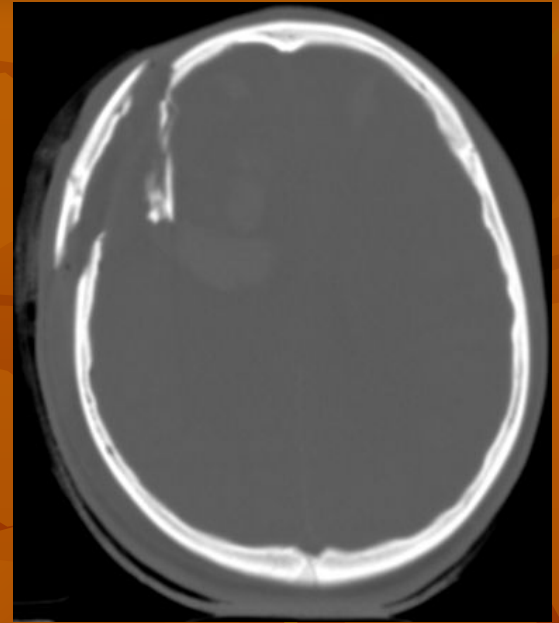
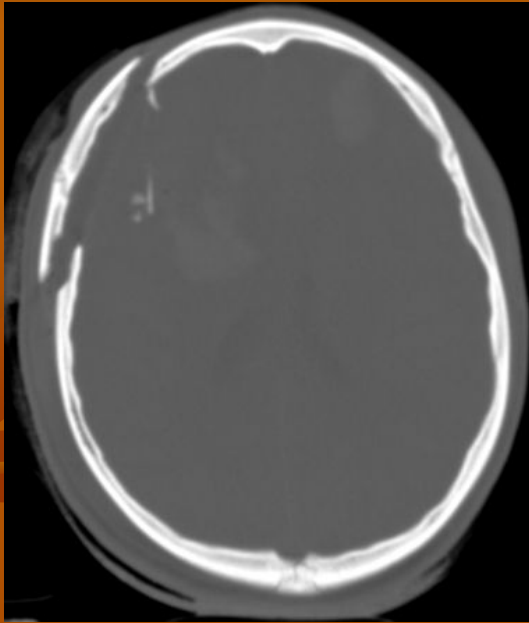


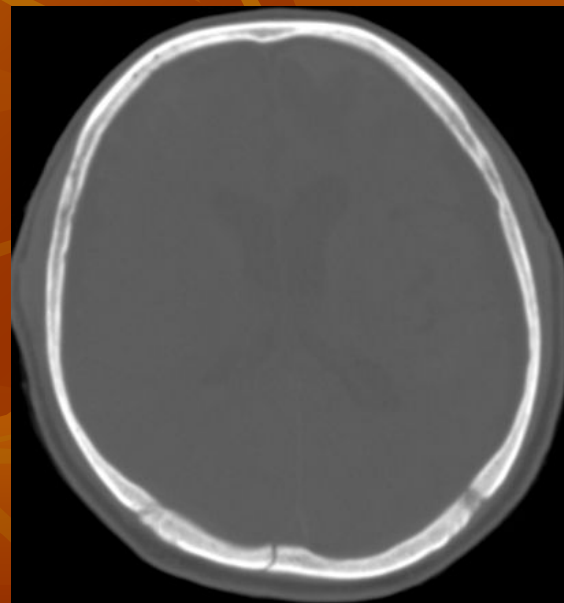
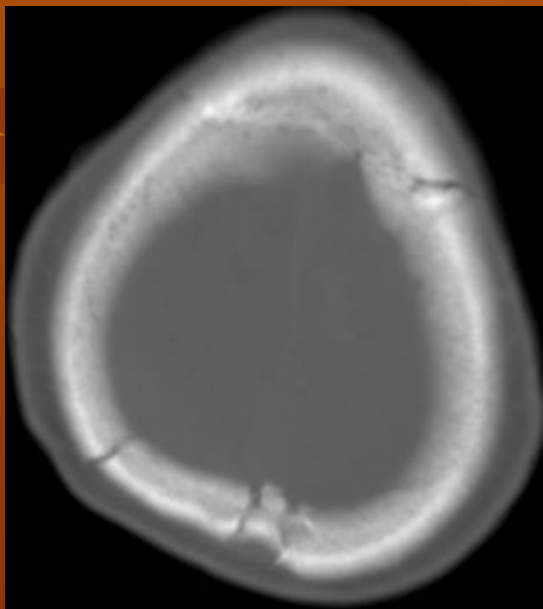
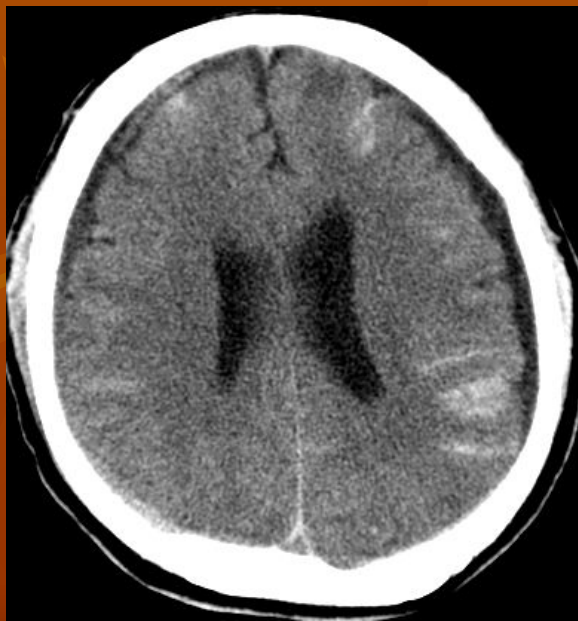
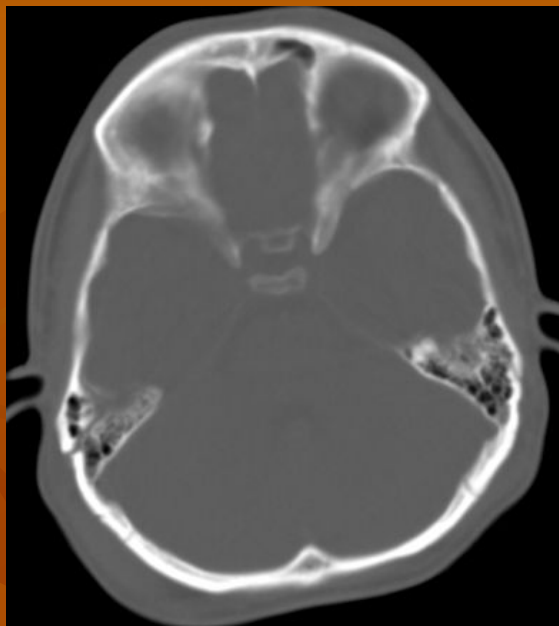
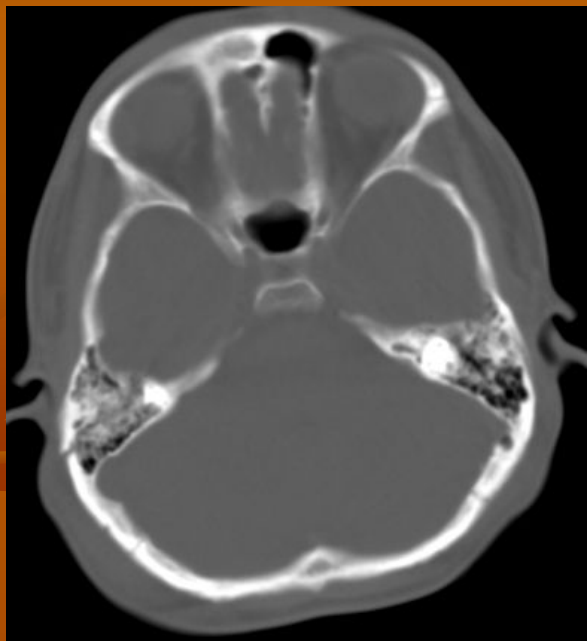
FRACTURA ARCADA ZIGOMATICA DREAPTA

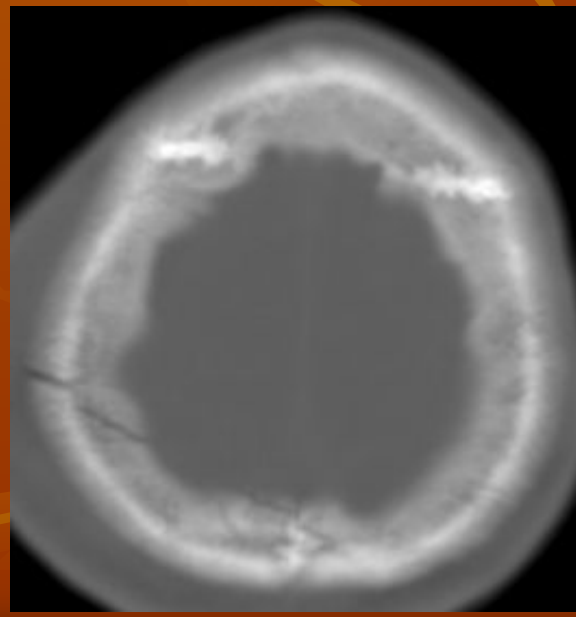
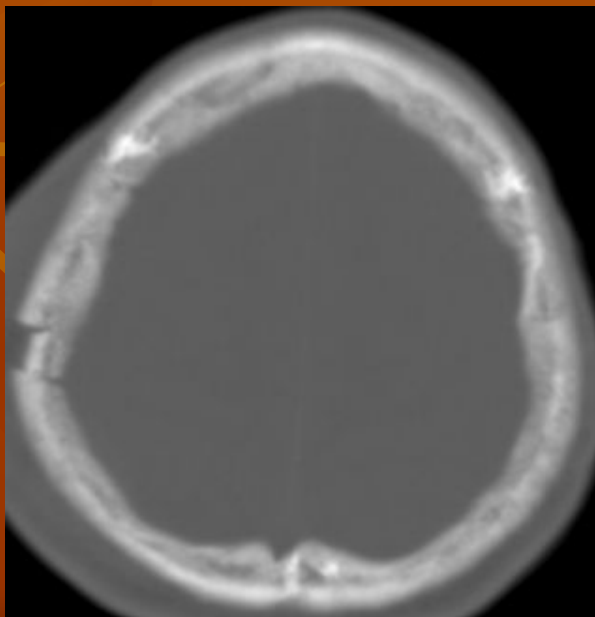
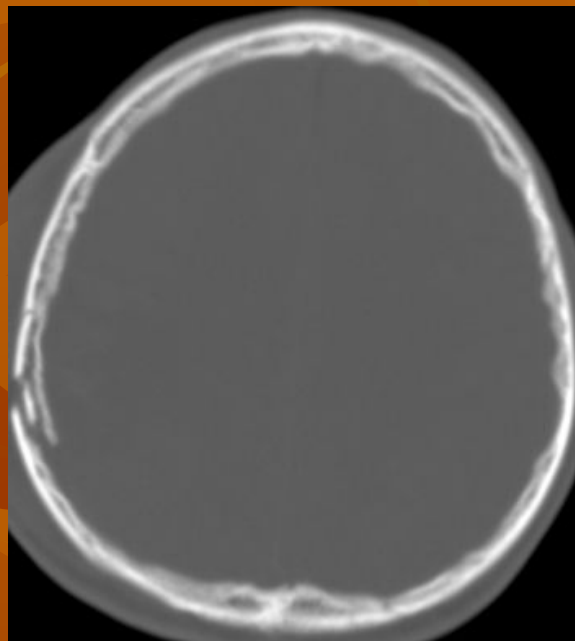
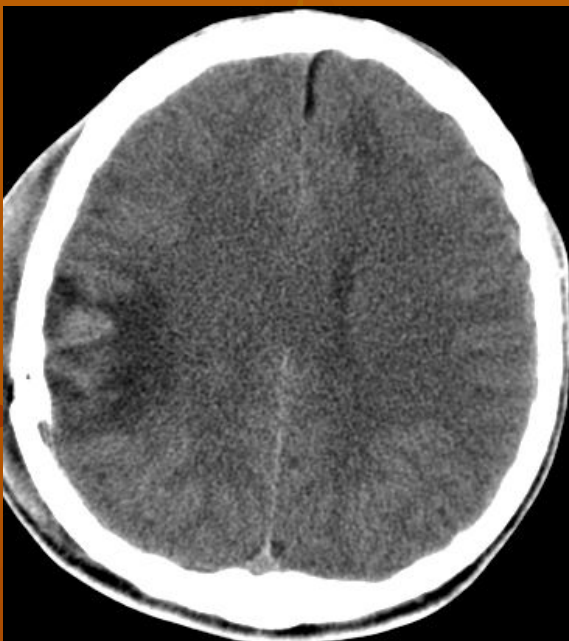


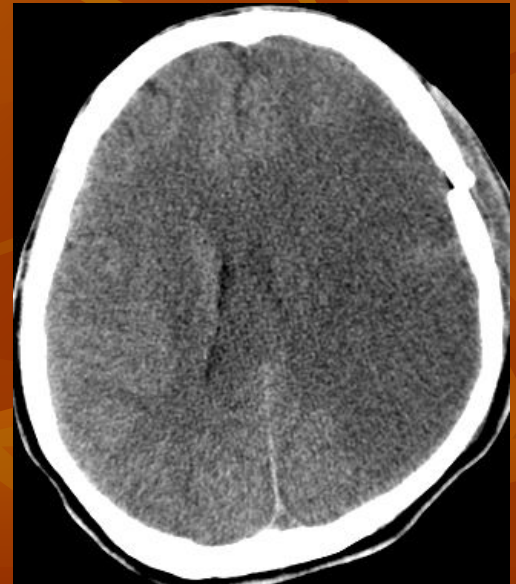
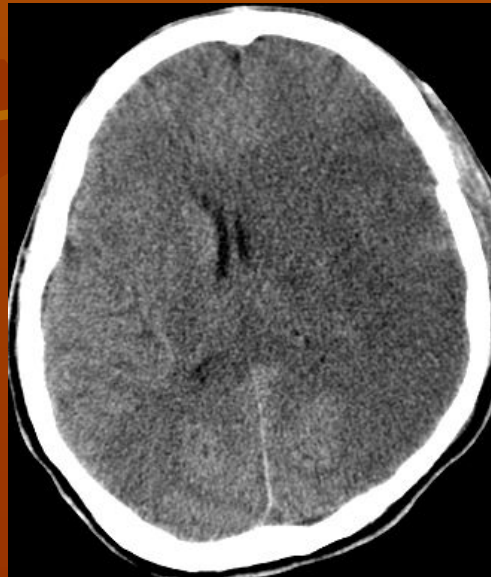
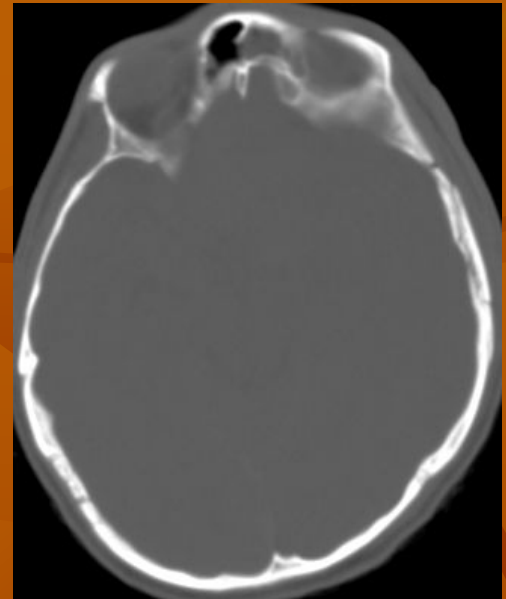
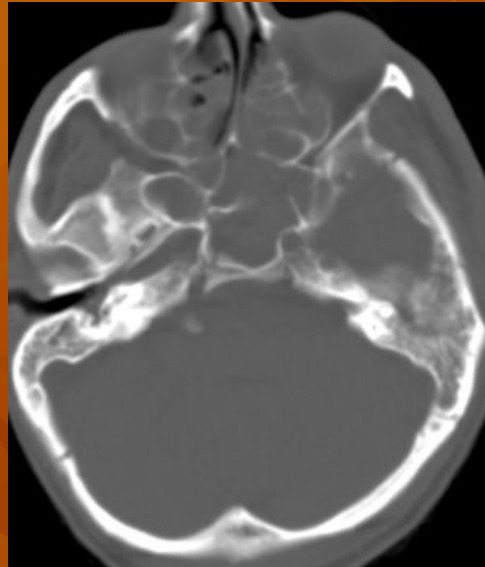
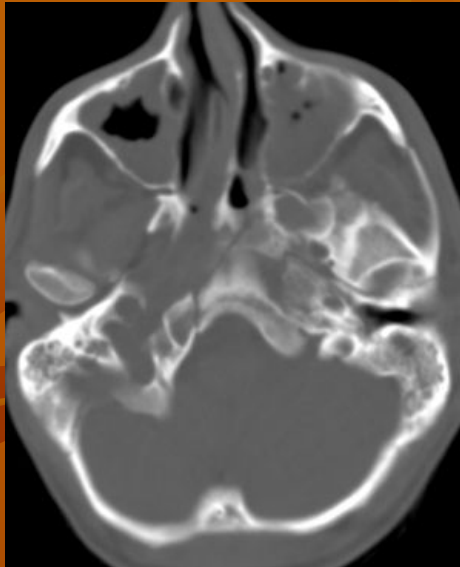




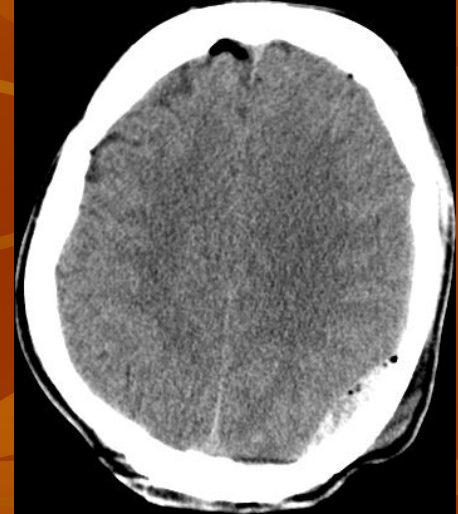
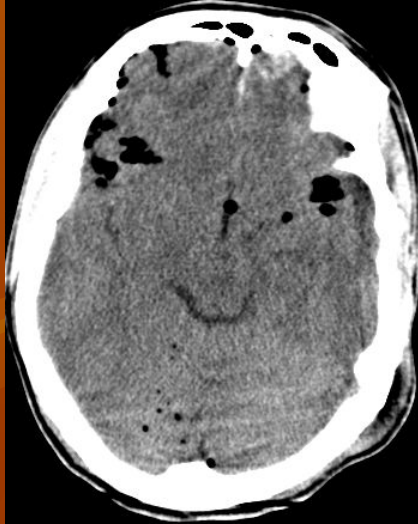
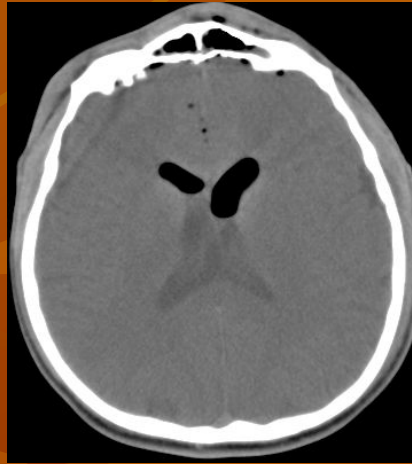
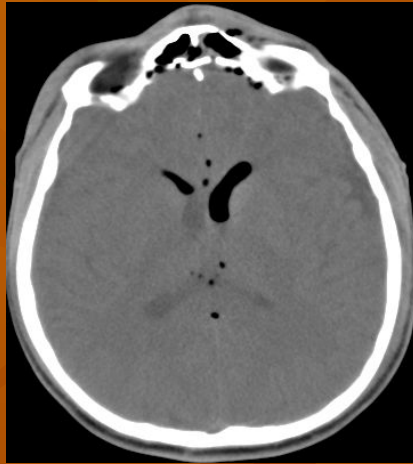


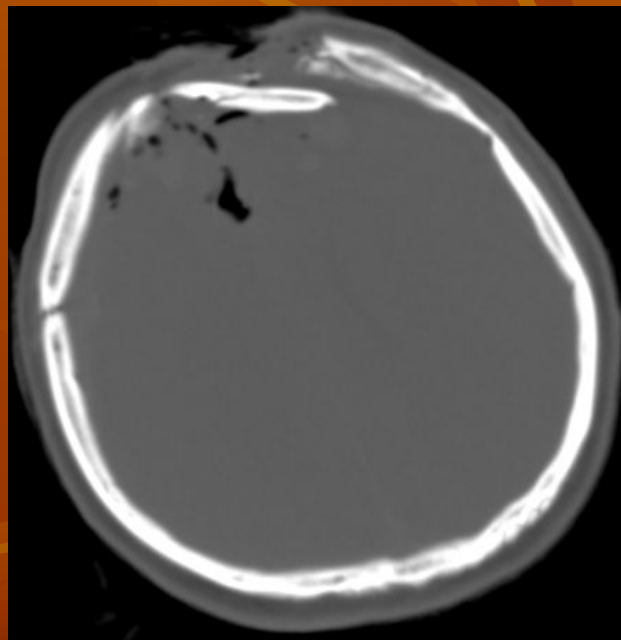
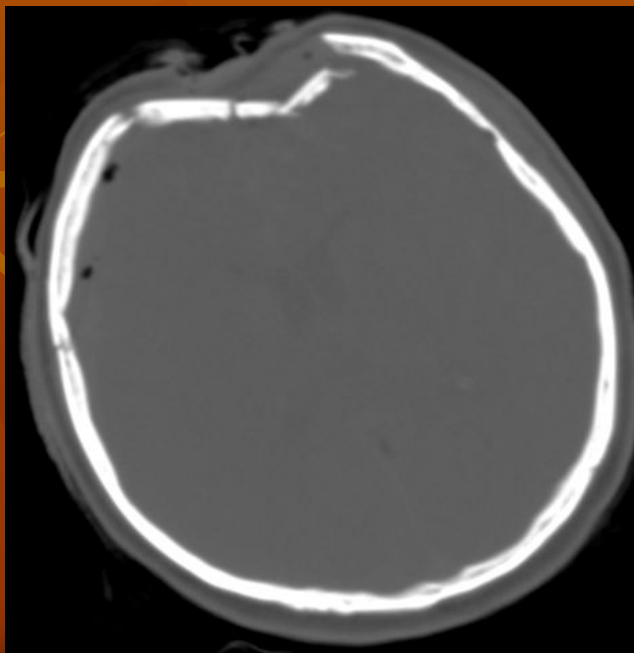
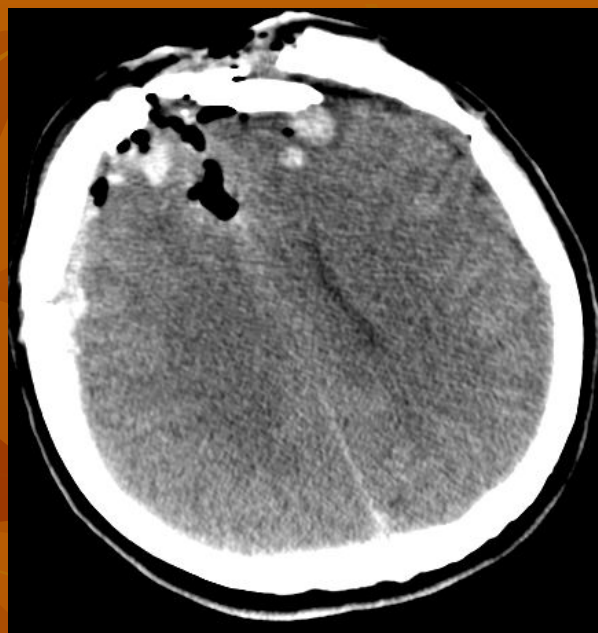




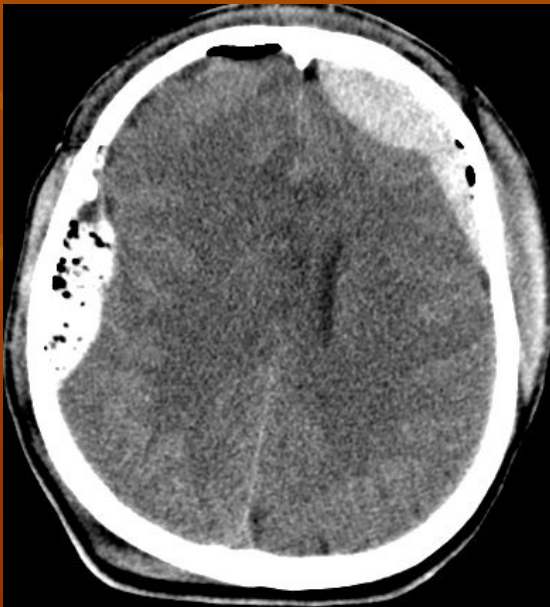
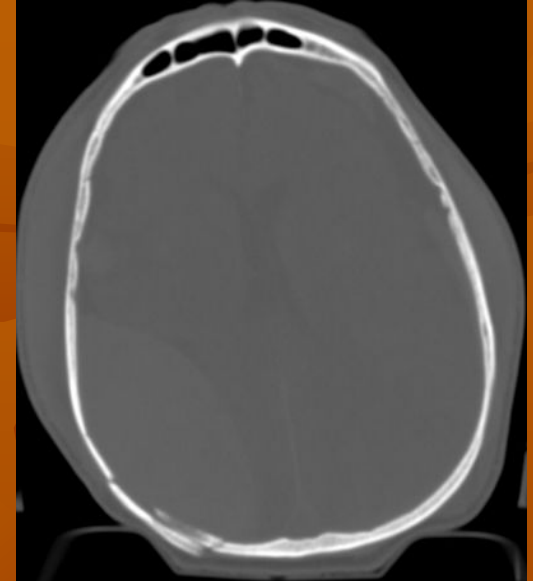
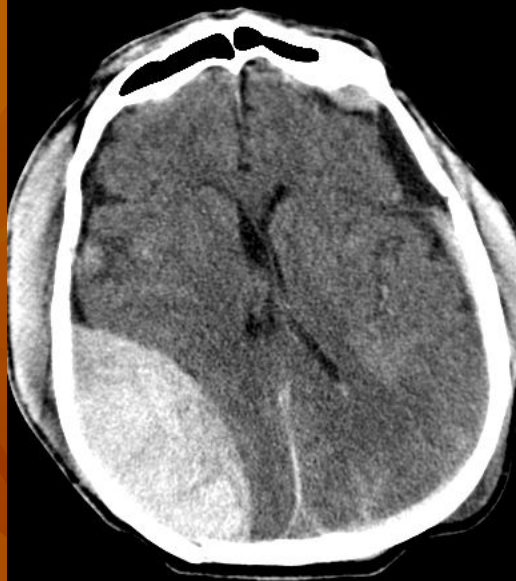
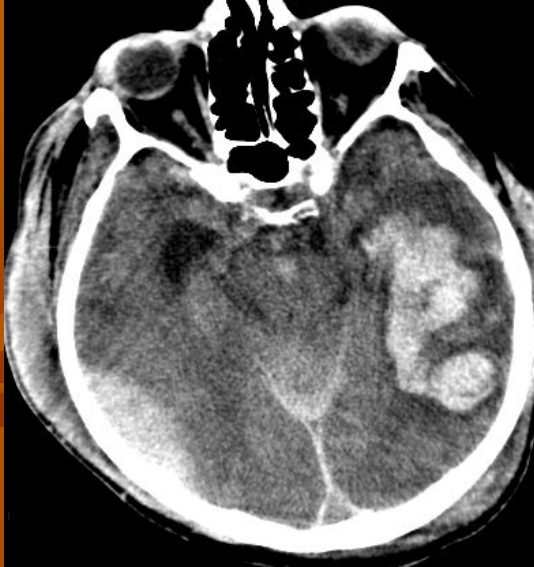


PNEUMOENCEFALIE

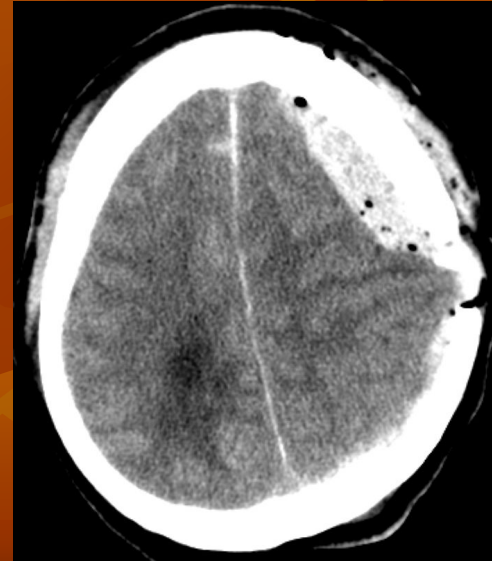
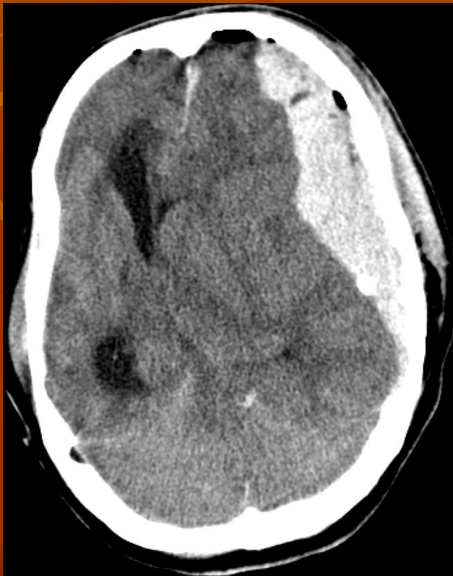
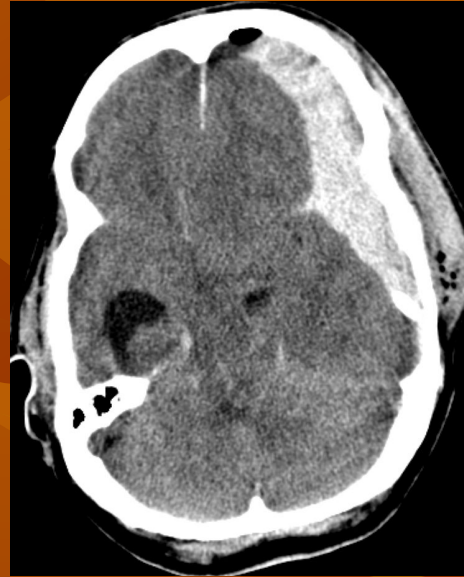




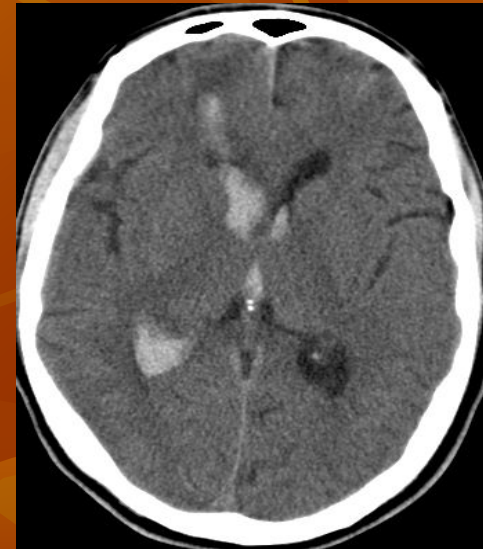
HEMATOM EXTRADURAL



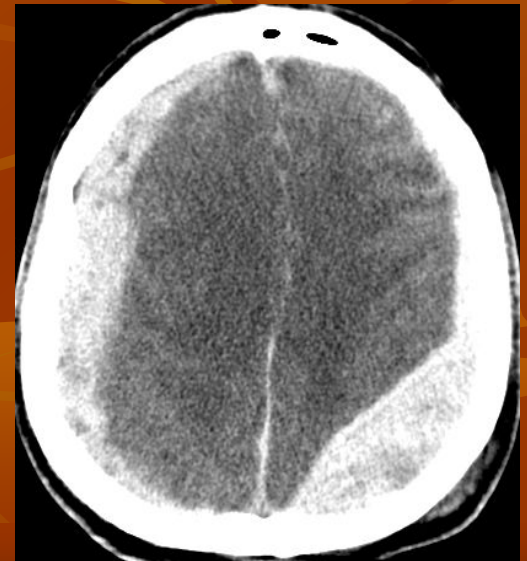
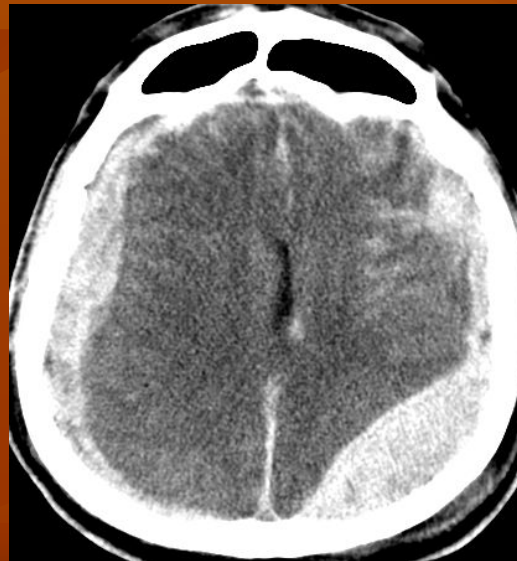
HEMATOM OPERAT



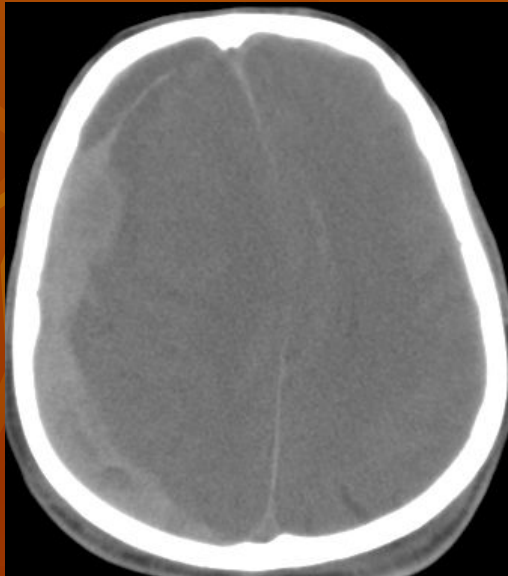
HEMATOM INTRAPARENCHIMATOS

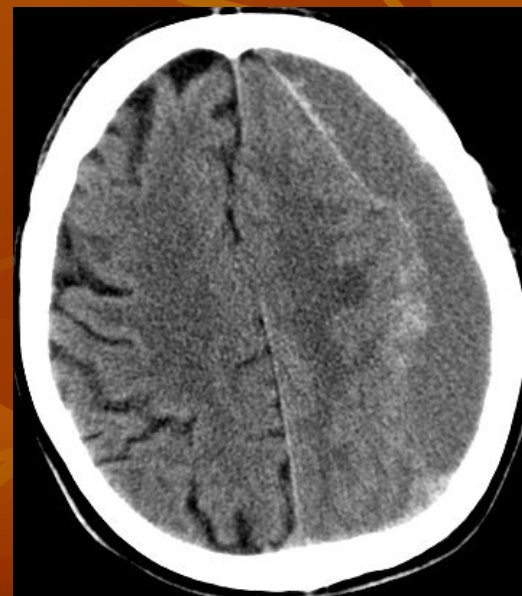
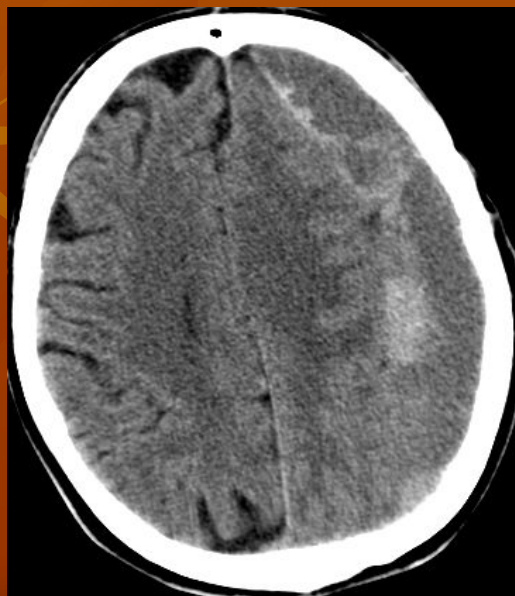


HEMORAGIE SUBARAHNOIDIANA



HEMATOM SUBDURAL







Tumorile cerebrale

- Gliomele sunt cele mai frecvente tumori ale sistemului nervos central dezvoltate pe seama celulelor gliale.
- Celulele gliale (numite și nevroglii) prezintă o serie de roluri:
 - de susținere a neuronilor;
 - de nutriție a neuronilor;
 - de transmitere a influxului nervos;
 - de digestie a resturilor neuronale.
- Sub raport numeric, celulele gliale sunt de 10 ori mai multe decât neuronii și posedă, spre deosebire de aceștia, capacitatea de a se divide.
- La momentul actual, tumorile dezvoltate la nivelul parenchimului cerebral se pot clasifica după mai multe criterii.

- *Clasificarea gliomelor în funcție de tipul de celulă:*

- • *astrocitoame* (celule astrocitare);
- • *ependimoame* (celule ependimare);
- • *oligodendroglioame* (oligodendrocite);
- • *glioame mixte*.

- *Clasificarea tumorilor dezvoltate la nivelul sistemului nervos central în funcție de etajul în care se dezvoltă:*

- tumori supratentoriale;
- tumori infratentoriale;
- tumori ale regiunii selare și ale bazei craniului.

- *Clasificarea tumorilor dezvoltate la nivelul sistemului nervos central după localizare:*

- *tumori intranevraxiale* - se dezvoltă din celulele gliale sau neuronii parenchimului cerebral;
- *tumori extranevraxiale* - se dezvoltă în afara parenchimului cerebral.

- ***Clasificarea tumorilor sistemului nervos central conform OMS: ■***

- ***A. Tumori neuroepiteliale:***

- - a. Astrocitoame
- - b. oligodendroglioame;
- c. ependimoame;
- d. glioame mixte;
- e. tumori neuronale și mixte;
- f. tumori ale plexurilor coroide;
- g. tumori ale glandei pineale;
- h. tumori embrionare;

- ***B. Tumori ale nervilor cranieni și spinali:***

- a. neurinom;
- b . neurofibrom;

- ***C. Tumori ale meningelui***

- c. meningiom (benign, atipic, malign);

- ***D. Limfoame și neoplazii ale sistemului hematopoetic:***

- a. limfom;
- b. plasmocitom;

- *E. Tumori ale celulelor germinate:*

- a. germinom;
- b. teratom;
- c. coriocarcinom;

- *F. Chisturi și leziuni pseudotumorale:*

- a. chist dermoid;
- b. chist epidermoid;
- c. chist arahnoidian.

- *G. Tumori ale regiunii selare:*

- a. adenom hipofizar;
- b. carcinom hipofizar;

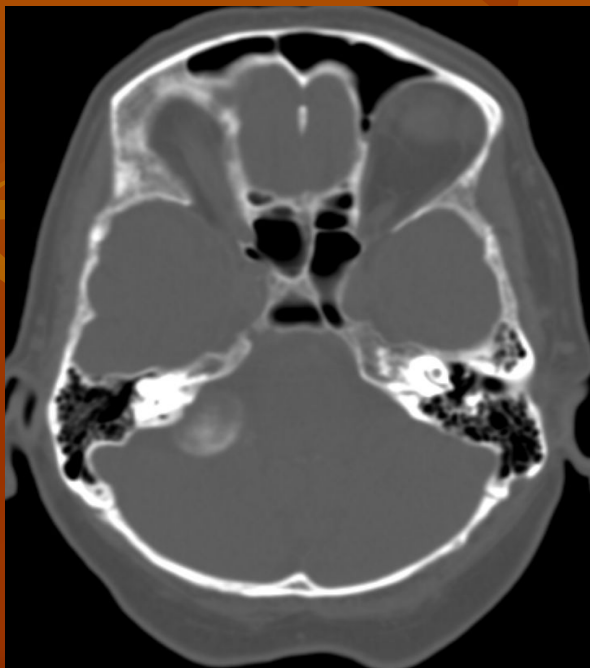
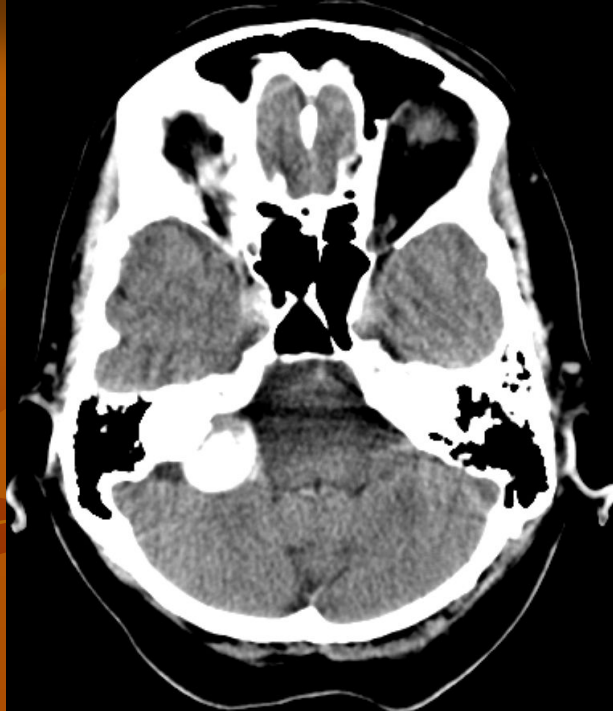
- *H. Determinări secundare*

Neurinomul de nerv acustic

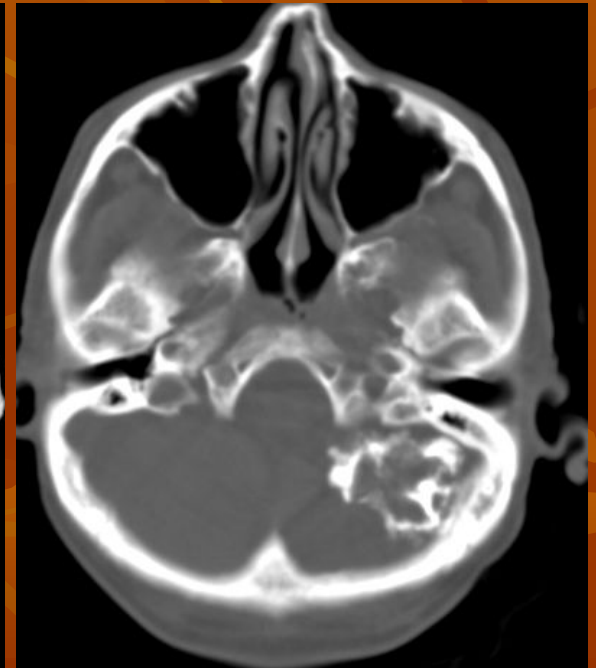
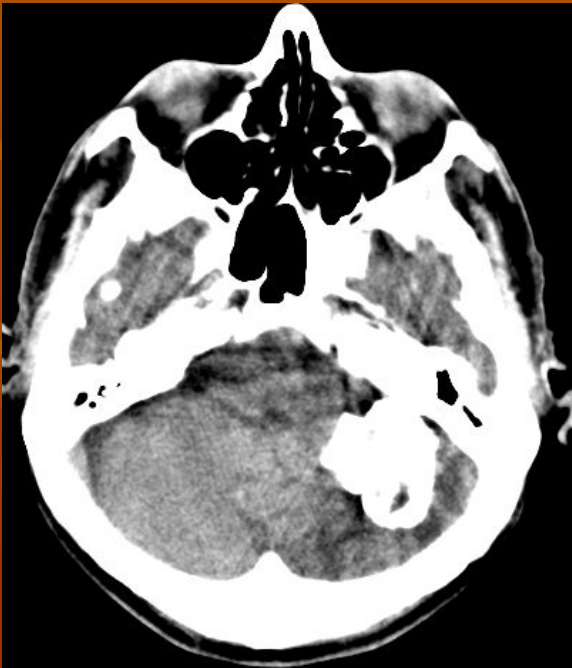
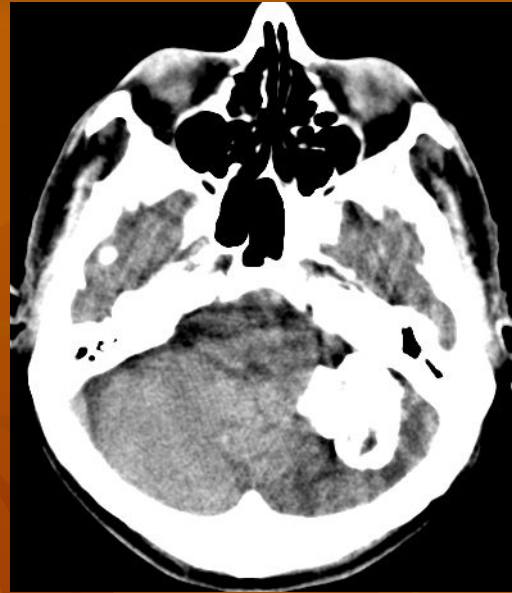
- Neurinomul de acustic este o tumoră extranevraxială dezvoltată pe traiectul nervului acustico-vestibular. Pentru stabilirea diagnosticului imagistic se folosește cel mai frecvent examenul IRM.
- Aspectul IRM al neurinomului de acustic este în izo-/hiposemnal T1, hipersemnal T2, cu prezența de zone chistice la interior și captare gadofilă intensă

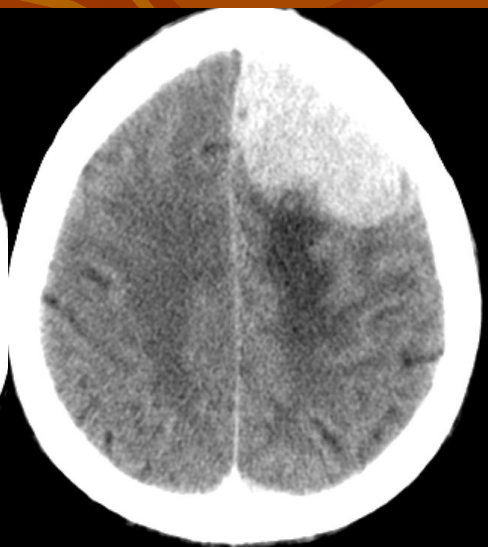
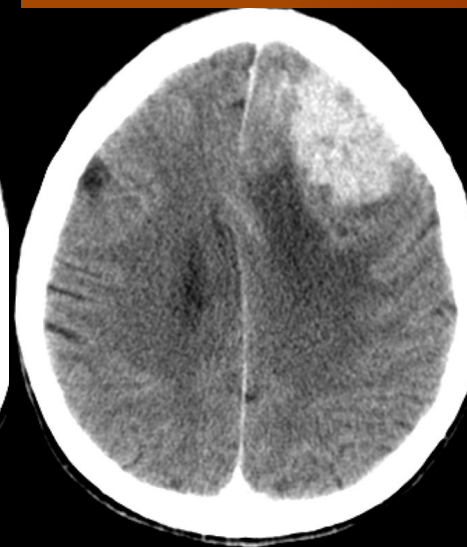
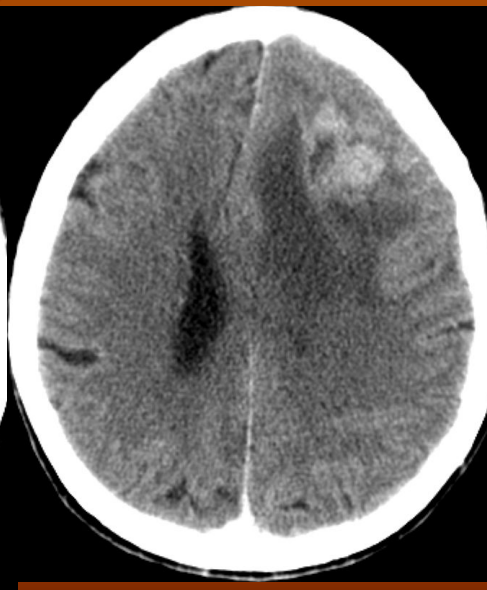
Meningiomul

- Meningiomul este cea mai frecventă tumoră extranevraxială dezvoltată la nivelul meningelui.
- Examenul CT pune în evidență o masă hiperdensă, relativ omogenă, bine delimitată, cu prezența de calcificări punctiforme sau difuze și iodofilie intensă relativ omogenă cu posibile modificări de hiperostoză la nivelul structurilor osoase adiacente.
- Examenul IRM evidențiază o leziune rotund-ovalară, bine delimitată, în izosemnal T1, T2, cu gadofilie intensă, relativ omogenă.



MENINGIOM



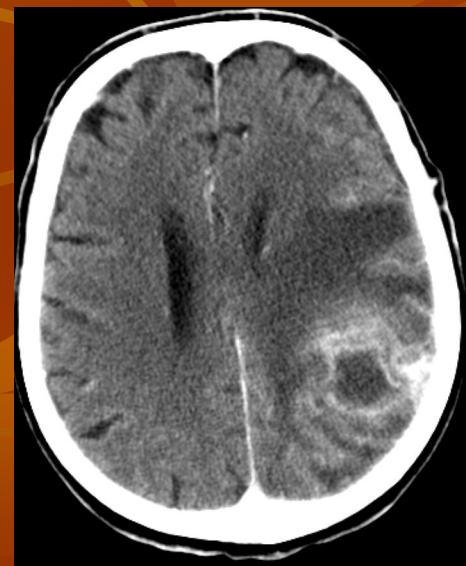
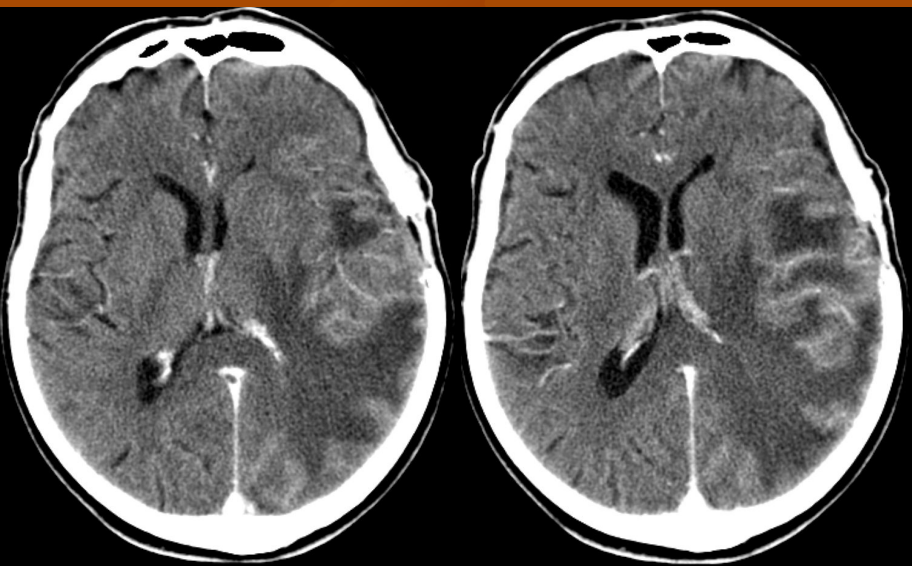
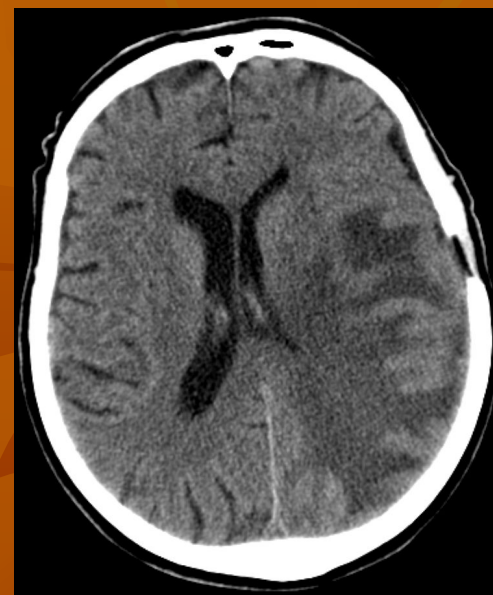


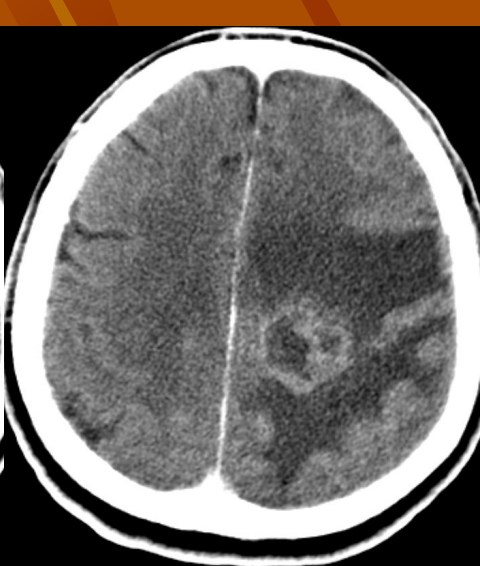
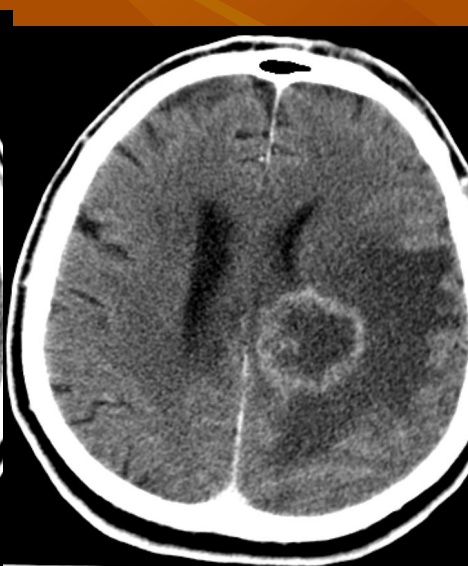
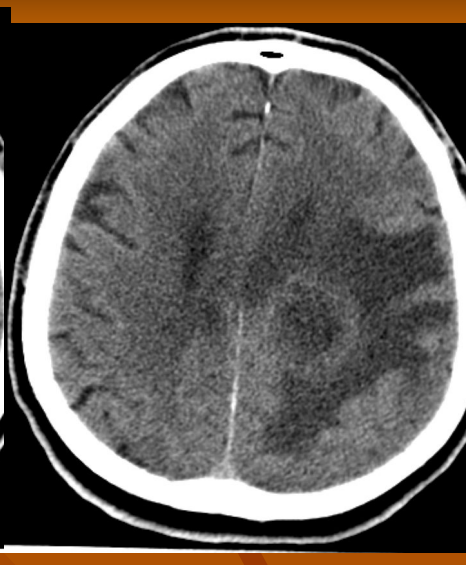
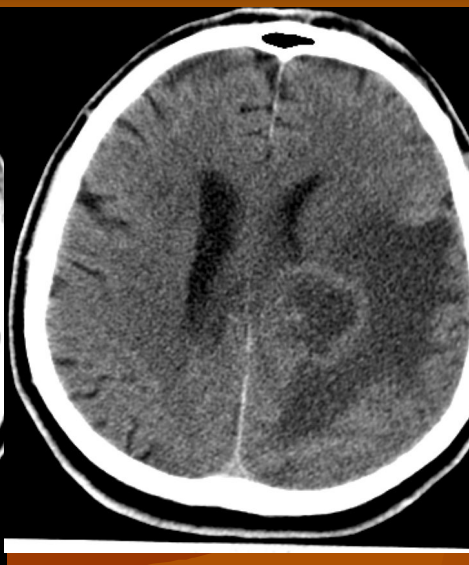
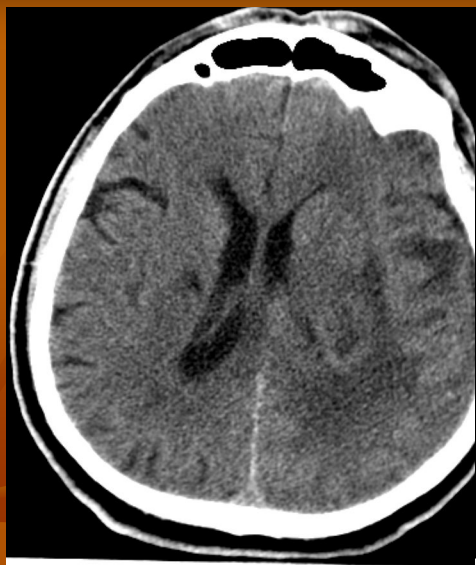
Glioblastomul

- Glioblastomul este cea mai frecventă tumoră malignă intranevraxială dezvoltată la adult. Această tumoră este extrem de agresivă, prezintă rezistență la terapie și se asociază cu un prognostic nefavorabil.
- Examenul CT pune în evidență o formațiune tumorală neregulat conturată, cu necroză la interior, înconjurată de edem digitiform marcat ce determină efect de masă asupra parenchimului cerebral adiacent și/sau asupra sistemului ventricular. Hemoragia intralezională se întâlnește frecvent. Calcificările intratumorale sunt rare. Postcontrast intravenos, formațiunea tumorală prezintă captare intensă, heterogenă și neregulată a substanței de contrast.
- Examenul IRM pune în evidență o formațiune tumorală în izo-/hiposemnal T1, hipersemnal T2, cu structură și gadofilie heterogene, cu zone de necroză la interior și edem digitiform perilezional.

GLIOBLASTOM



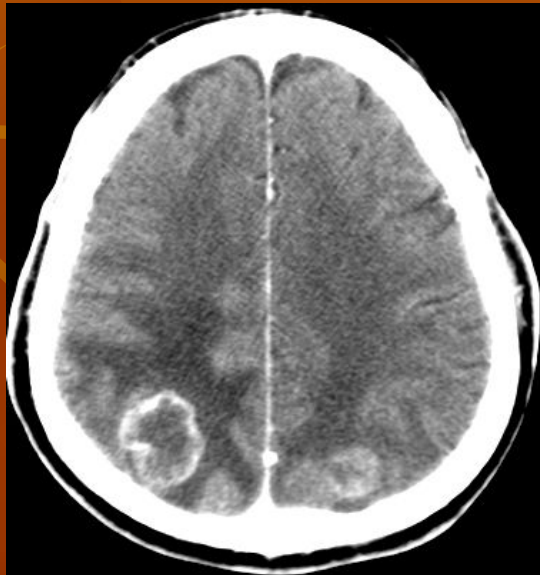
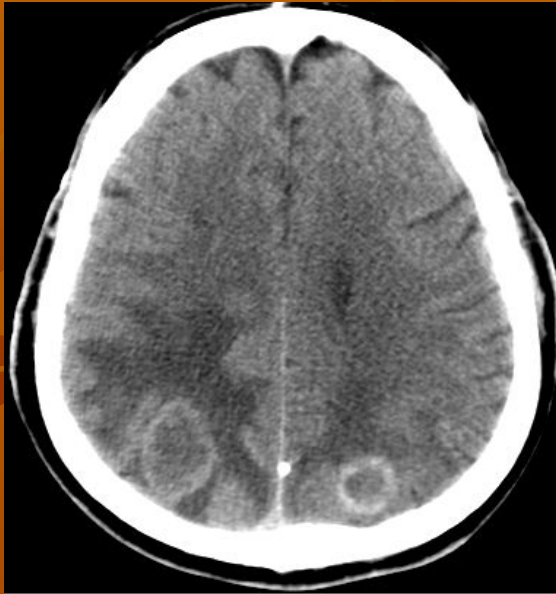


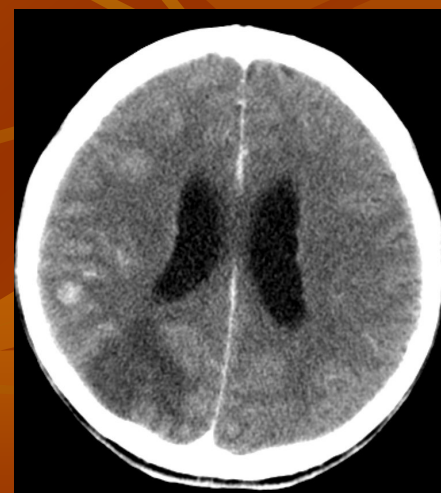
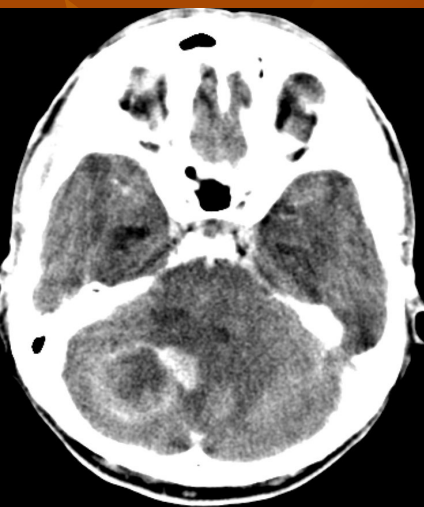
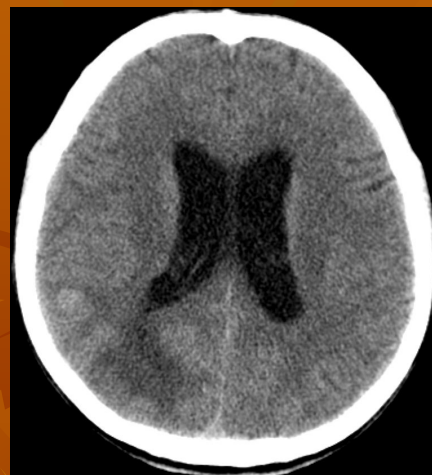
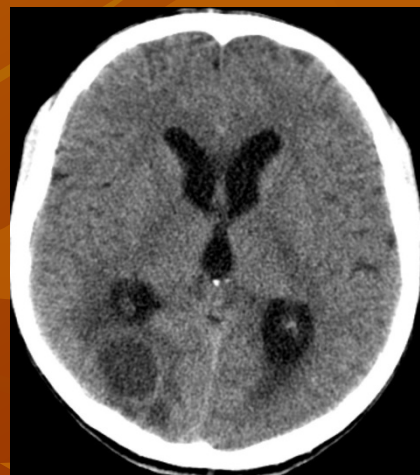
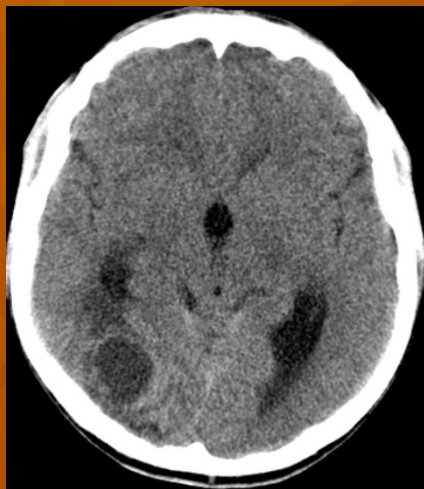


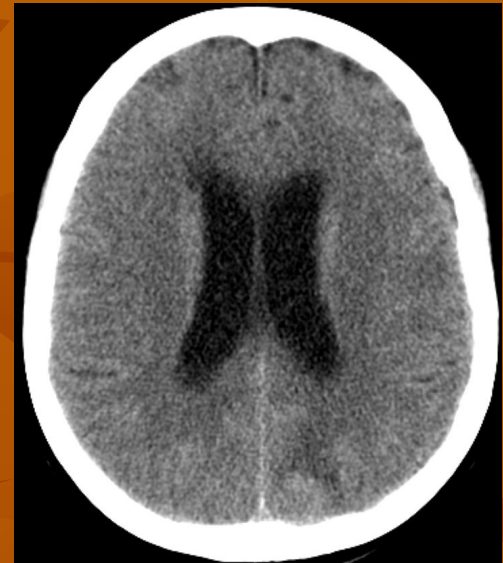
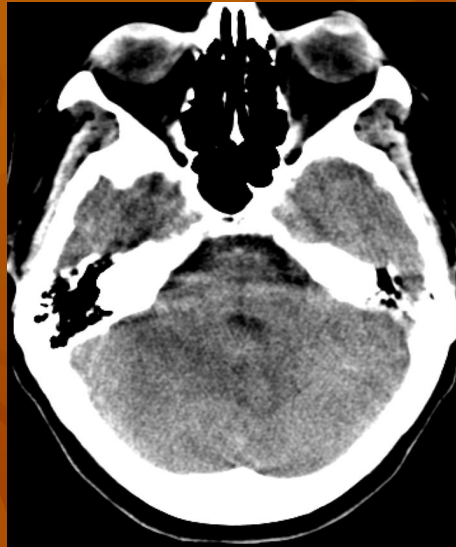
Determinările secundare cerebrale

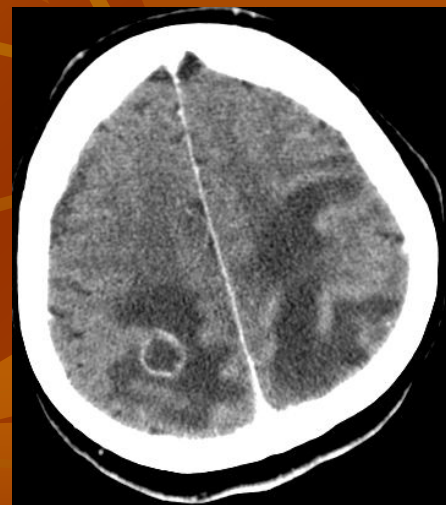
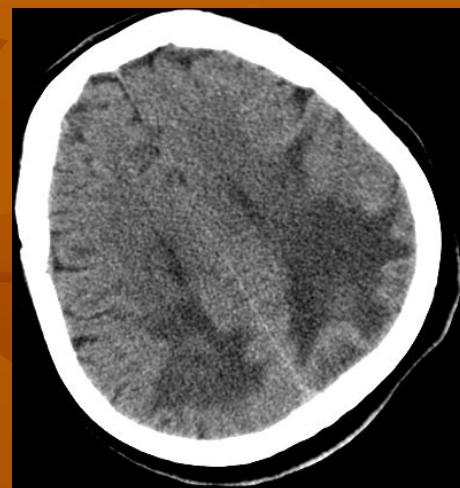
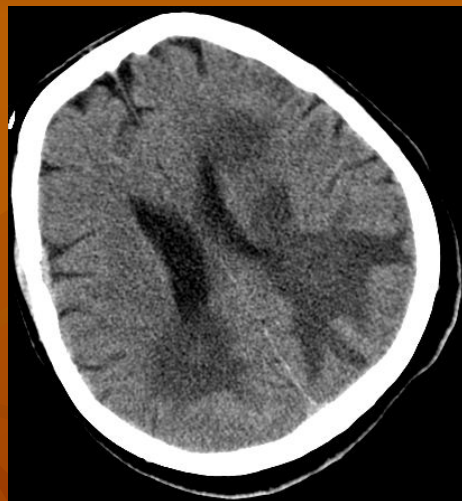
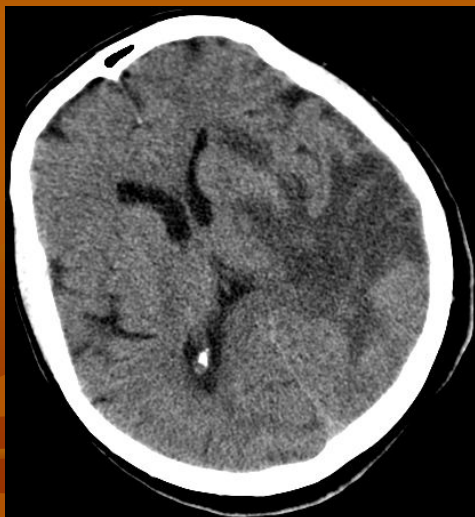
- Printre tumorile primare care determină cel mai frecvent determinări secundare cerebrale se numără cancerul bronho-pulmonar, cancerul de sân și melanomul malign.
- Examenul CT evidențiază leziuni deseori multiple, izo-/hipodense, cu iodofilie periferică inelară și edem digitiform perilezional. Hemoragia intralezională conferă un aspect hiperdens.
- Examenul IRM evidențiază leziuni deseori multiple ce captează substanța de contrast în periferie și se însoțesc de edem digitiform perilezional. Conținutul hemoragie intralezional conferă hipersemnal în secvența T1.

METASTAZE CEREBRALE









Noțiuni introductive despre imagistica rinofaringelui și a sinusurilor paranazale

- Sinusurile paranazale sunt cavități aerice pereche situate în apropierea cavității nazale ce comunică cu aceasta.
- Hipertrofia adenoidă reprezintă mărirea de volum a vegetațiilor adenoide și poate determina obstrucția parțială sau completă a rinofaringelui. Pentru diagnostic, se recomandă efectuarea unui examen CT sau IRM
- *Formațiunile tumorale dezvoltate la nivelul rinofaringelui* pot fi evaluate corespunzător prin intermediul examenelor CT și IRM.
- Examenul CT pune în evidență asimetria rinofaringelui, precum și formațiunea tumorală hipercaptantă postcontrast intravenos, localizată la nivelul etajului superior al faringelui și precizează raporturile acesteia cu structurile anatomice învecinate .
- De asemenea, această investigație pune în evidență adenopatiile laterocervicale și jugulo-carotidiene suspecte, precum și determinările secundare la distanță în cazul acestor pacienți.
- La examenul IRM, formațiunile tumorale dezvoltate la nivelul nazofaringelui se vizualizează în izo-/hiposemnal T1, izo-/hipersemnal T2, cu gadofilie prezentă, adesea heterogenă.

- **Noțiuni introductive despre imagistica orofaringelui și a glandelor parotide**
- Orofaringele reprezintă etajul mijlociu al faringelui și comunică superior cu nazo-faringele și inferior cu hipofaringele. Cele mai folosite explorări imagistice sunt CT și IRM.
- ***Formațiunile tumorale orofaringiene*** se dezvoltă frecvent la nivelul bazei limbii, porțiunii mobile a limbii, palatului dur, palatului moale, amigdalelor palatine sau planșeului bucal.
- La examenul CT, se remarcă asimetria regiunii orofaringiene, iar formațiunile tumorale apar izo-/hipodense, cu structură și iodofilie heterogene, cu zone de necroză la interior și se pot extinde la nivelul structurilor anatomice din vecinătate în funcție de localizare.
- Examenul CT depistează adenopatiile suspecte laterocervicale și jugulo-carotidiene, precum și metastazele la distanță.
- Examenul IRM evidențiază formațiunile tumorale ale orofaringelui în izo-/hiposemnal T1, izo-/ hipersemnal T2, cu structură și gadofilie heterogene, cu extensie loco-regională.