

TUMORILE BENIGNE ALE
RINOFARINGELUI

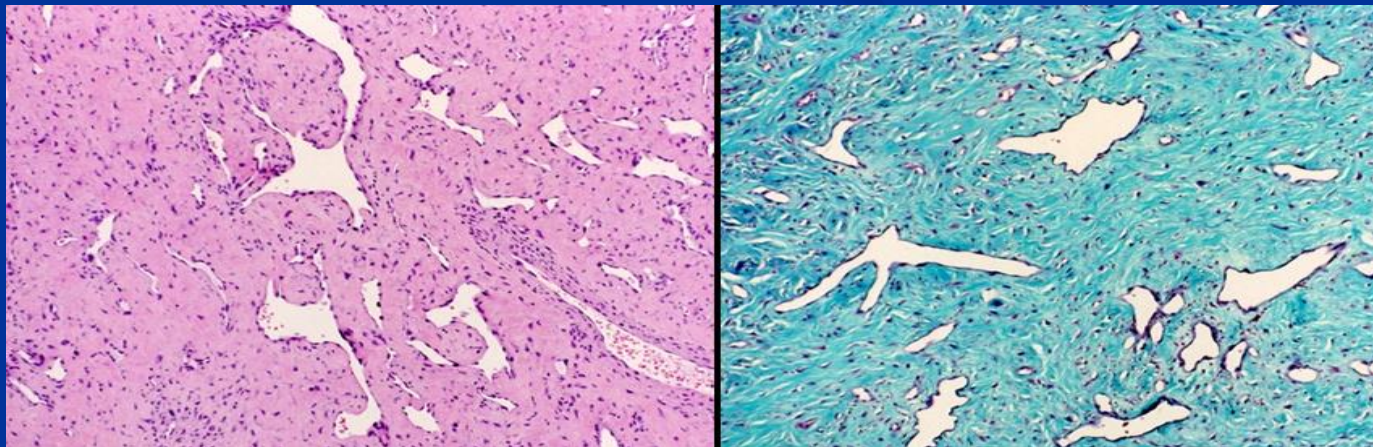
*ANGIOFIBROMUL
NAZOFARINGIAN JUVENIL*

ANGIOFIBROMUL NAZOFARINGIAN JUVENIL

- cea mai importantă tumoră benignă cu localizare faringiană;
- se întâlnește aproape exclusiv la **băieți** în perioada de **pubertate** fiind numită și *tumora sângerândă a pubertății masculine(Sebileau)*.
- Se dezvoltă din țesutul fibro-cartilaginos ce acoperă vertebra cervicală superioară de unde protuberează în rinofaringe și uneori în nas.
- Se extinde în fosele nazale, fosa pterigo-palatină, fosa temporală și endocraniu.

ANGIOFIBROMUL NAZOFARINGIAN JUVENIL

- tumoră fibroasă, bine vascularizată (prezintă canale venoase, veritabile lacuri vasculare, căptușite cu un endoteliu aplatizat ceea ce îi conferă un *caracter foarte hemoragic* .
- benignă histologic dar prin evoluția clinică este malignă.



ANGIOFIBROMUL NAZOFARINGIAN JUVENIL

Debut insidios :

- obstrucție nazală unilaterală însoțită de
- epistaxis repetat,
- hipoacuzie,
- rinofonie închisă,
- tulburări de gust și de miros.
- insuficiența respiratorie nazală refractară la tratamentele obișnuite , accentuându-se treptat și bilateralizându-se.

ANGIOFIBROMUL NAZOFARINGIAN JUVENIL

- Simultan, apare rinoree purulentă, cefalee și anemie marcată datorată sângerărilor nazale repetate.
- Prin **invadarea organelor vecine** se produc deplasarea globului ocular, exoftalmia, lărgirea rădăcinii nasului și deformări faciale impresionante ("față de broască").

ANGIOFIBROMUL NAZOFARINGIAN JUVENIL

- La rinoscopia anterioară și posterioară se pun în evidență în fosa nazală și în cavum mase tumorale roșietice-violacee, bine delimitate, care nu aderă la structurile vecine (sept, cornete) pe care le împinge și deformează.

ANGIOFIBROMUL NAZOFARINGIAN JUVENIL

Aprecierea extensiei tumorale:

- radiografii convenționale plane, de față și profil,
- politomografii,
- tomografie computerizată,
- rezonanță magnetică nucleară.
- arteriografie urmată de embolizare este utilă în scop diagnostic dar și terapeutic preliminar.



ANGIOFIBROMUL NAZOFARINGIAN JUVENIL

- Netratat, invadează organele din jur și expune la complicații.
- Unicul tratament de care beneficiază este cel **chirurgical** - ablația tumorii în totalitate pe **cale endonazală** în tumorile mici localizate strict în fosă nazală și pe cale **paranazală ori prin rinotomie sublabială** în tumorile extinse.

CANCERUL DE RINOFARINGE

- *incidență* în creștere continuă afectând în special adulții și vârstnicii.
- *structură histologică* diferită: epiteliom epidermoid, adenocarcinom, sarcom, limfoepiteliom.
- *Etiologia este multifactorială* fiind discutați în special factorii genetici și virali - virusul Epstein Barr în cazul carcinomului nediferențiat

CANCERUL DE RINOFARINGE

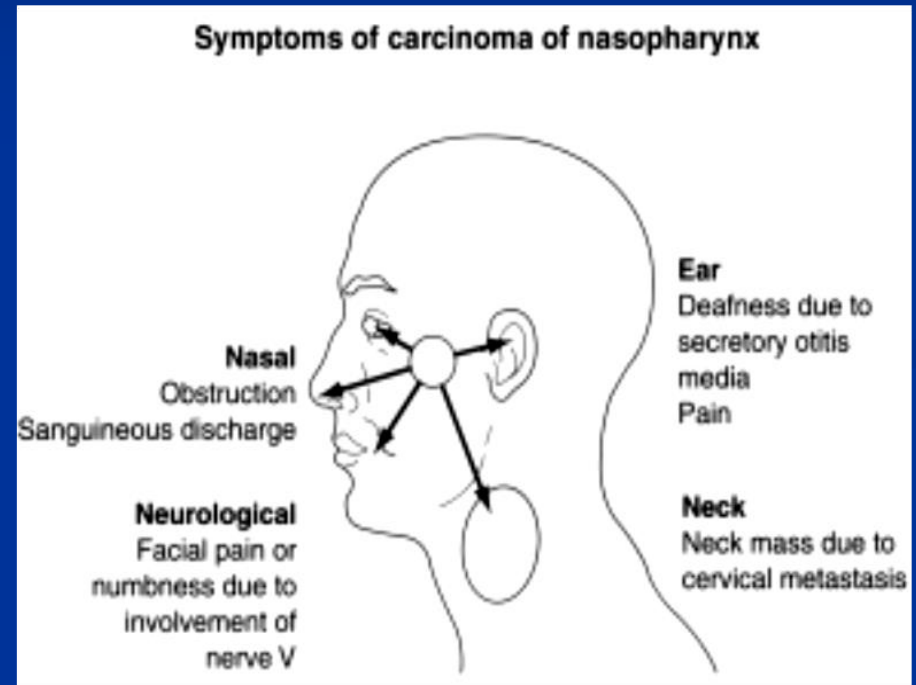
I. Carcinomul nediferențiat

- Cel mai frecvent dintre carcinoame
- În forma sa localizată, este vorba despre un cancer foarte radiosensibil și radiocurabil. Accentul s-a pus pe puternica sa chimiosensibilitate.
- Relațiile cu virusul Epstein Barr(EBV) au atras asupra lui atenția a numeroși cercetători.

CANCERUL DE RINOFARINGE

Perioada de debut este mult timp lipsită de simptomatologie :

- tulburări auriculare (obstrucție tubară și otită seroasă), hipoacuzie de transmisie progresivă ce poate fi la originea montării intempestive a unui drenaj transtimpanic;
- coriză prelungită cu secreții ce conțin striuri sanguinolente,
- neurologice (cefalee în casă, nevralgie de trigemen, sindrom Troter),
- ganglionare (adenopatie subangulomandibulară).



CANCERUL DE RINOFARINGE

Nervii cranieni prin compresie sau invazie endo sau exocraniană:

- durerile din teritoriile nervilor V, IX sau
- VI : *diplopie*

Un examen neurologic riguros poate individualiza un **sindrom de fantă sfenoidală, de vârf de orbită sau apex petros, sd.Garcin etc.**

CANCERUL DE RINOFARINGE

- **Ariile ganglionare cervicale:**
Aproximativ 1/3 din pacienți se adresează medicului pentru adenopatii caracteristice prin **topografia lor înaltă și posterioară** (intermastomandibulară și spinală), *adesea bilaterale*. Acestea sunt *frecvent multiple, rareori fixate la planul profund;*

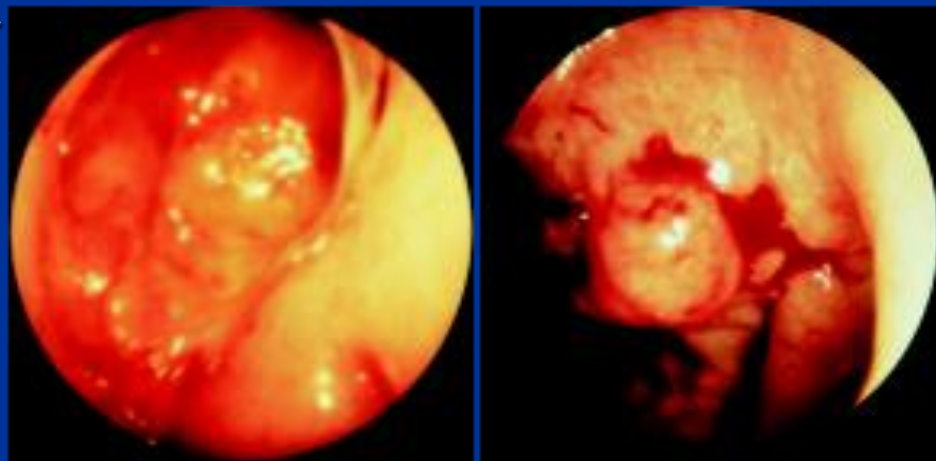


CANCERUL DE RINOFARINGE

- **În perioada de stare** obstrucția nazală se accentuează și tulburările auriculare se amplifică.
- La **rinoscopia posterioară** se observă tumefacția tumorală în spatele orificiului faringian al trompei Eustachio pe bolta rino-faringelui, pe peretele posterior al rinofaringelui ori pe cadrul coanal.

CANCERUL DE RINOFARINGE

- Dg. pozitiv
 1. **rinofibroscopia** și
 2. **endoscopia rinofaringiană rigidă.**
- În perioada invazivă tumora se extinde în mai multe direcții: spre fosele nazale, orbită sau oro-faringe, baza craniului invadând stânca temporală și cuprinzând aripa mare a sfenoidului cu atingerea nervilor IX, X, XI, XII (sindromul de gaură ruptă posterioară).



CANCERUL DE RINOFARINGE

Diagnosticul pozitiv se pune pe

- examenului cavumului,
- radiotomografiilor bazei craniului, și
- Biopsiei țintite

CANCERUL DE RINOFARINGE

II.Limfoamele maligne nonHodgkiniene

- Sediul lor este rinofaringele și amigdala palatină.
- Determină *adenopatii cervicale precoce care pot fi aparent primitive* iar tumora rinofaringiană apare mai târziu.
- Aspectul este neted, neregulat, acoperit de mucoasă normală.

CANCERUL DE RINOFARINGE

- Apariția tomodensitometriei(CT) a constituit un factor decisiv în diagnosticul acestor cancere, oferind o imagine directă a tumorii și precizând extensia spre părțile moi(orbită, fosă pterigomaxilară, endocraniu) și de asemenea distrucțiile osoase. Pe de altă parte explorarea CT permite precizarea invaziei ganglionilor retrofaringieni, inaccesibili examenului clinic.



CANCERUL DE RINOFARINGE

- Imaginile obținute în rezonanță magnetică ne permit o mai bună analiză a părților moi parafaringiene, diferențierea fenomenelor inflamatorii de cele de invazie tumorală, în special spre fosele nazale și spre cavitățile masivului facial.

CANCERUL DE RINOFARINGE

- **Bilanțul loco-regional trebuie completat** prin **căutarea manifestărilor la distanță**, 5-15% din pacienți prezentând metastaze la distanță încă de la prima examinare.
 - radiografie toracică,
 - ecografie hepatică
 - scintigrafie osoasă (metastazele pulmonare, hepatice și osoase reprezintă 20, 30 respectiv 60% din localizările secundare observate).

CANCERUL DE RINOFARINGE

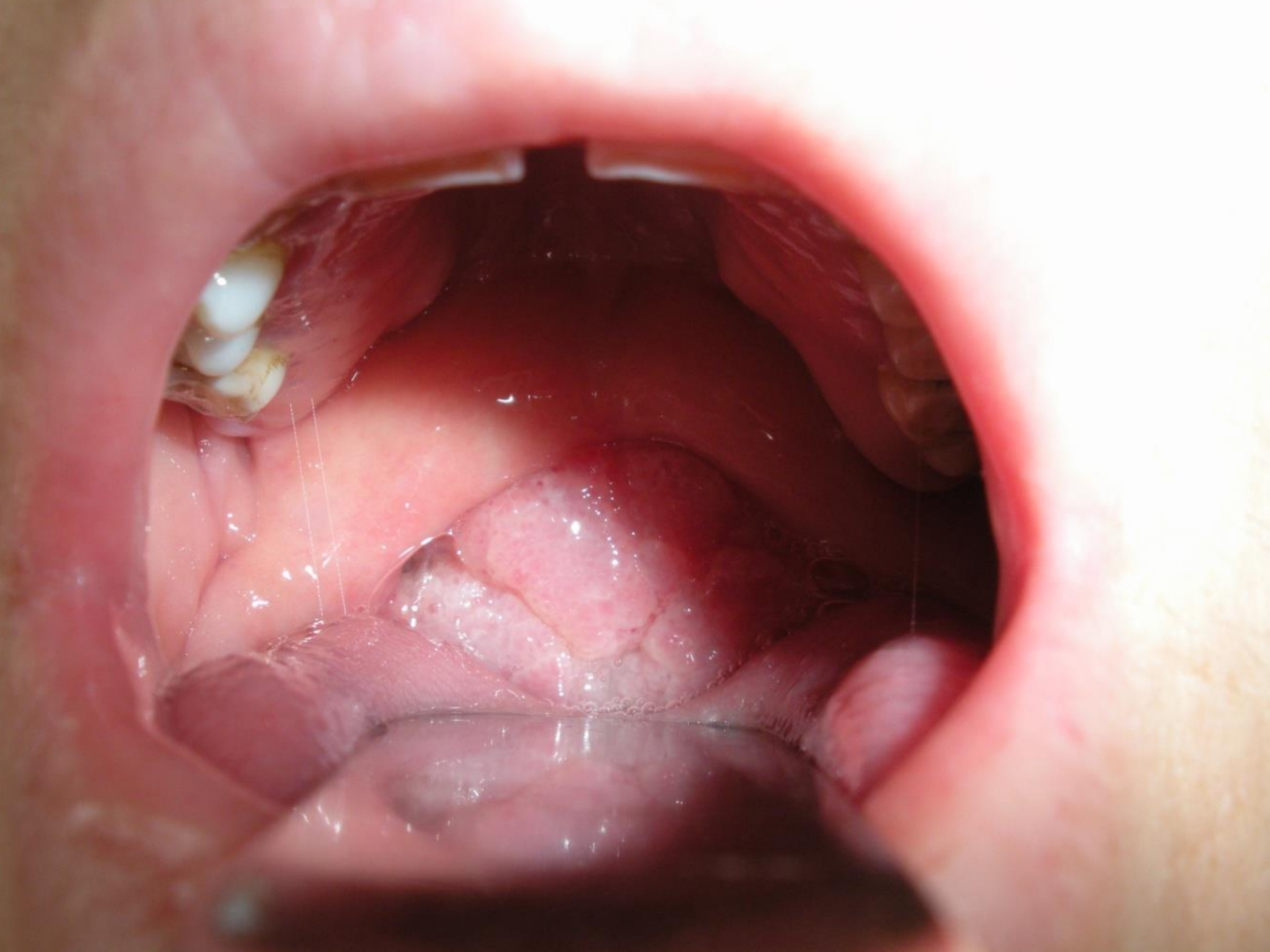
- Prognosticul este funcție de extensia tumorii primare, adenopatia, tipul histologic, vârsta pacientului.
- Tratamentul de elecție este radioterapia pe zona rinofaringelui și a ariilor ganglionare jugulocarotidiene însoțită de tratament chimioterapic.

CANCERUL DE RINOFARINGE

- *Telecobaltoterapia constituie tratamentul esențial.* Dozele sunt de ordinul a **65-75 Gy la nivelul tumorii**, în funcție de gradul de diferențiere și de extensia locală. *Regiunea cervicală primește o doză globală de 50 Gy, la care se adaugă 20-25 Gy în teritoriile invadate.* Proximitatea organelor sensibile (măduvă, SNC, orbită, ureche, mușchii masticatori) face dificilă iradierea prin această tehnică, în ciuda aportului adus de CT care poziționează exact tumora în raport cu regiunile ce trebuiesc protejate.

CANCERUL DE RINOFARINGE

- Radiosensibilitatea și radiocurabilitatea sunt cele care limitează **utilizarea chirurgiei doar la exereza relicvatelor** ganglionare restante la finalul curei de iradiere.



TUMORILE BUCOFARINGELUI

A. Tumorile benigne

- PAPILOAMELE
- ANGIOAMELE
- TUMORILE MIXTE SALIVARE
- TUMORA TIROIDIANĂ - GUȘĂ
ABERANTĂ
- RANULA - GRENUETA

PAPILOAMELE

- Localizare : pe vâl, luetă, pilieri, amigdale.
- Aspect - tumori mici, cât un bob de piper, cu aspect muriform, mamelonat, de culoare roșie, pediculate sau cu bază largă de implantare.
- Simptomatologia este cea a unui corp străin.
- Exereză chirurgicală cu examen anatomo-patologic pentru potențialul crescut de malignizare.

ANGIOAMELE

- Localizare : pe vâl, amigdale, limbă, buze;
- Aspect : tumori netede, roșii sau violacei, depresibile.
- Chirurgie laser

TUMORILE MIXTE SALIVARE

- localizate pe vâl și bolta palatină,
- se dezvoltă din glandele salivare accesorii
- aspect: tumori rotunde acoperite de mucoasă normală care bombează iar la palpare au consistență renitentă.
- Se decolează și se extirpă pe cale endobucală.

TUMORA TIROIDIANĂ - GUȘĂ ABERANTĂ

- Gușă aberantă sau accesorie situată la baza limbii
- Tulburare disembriogenetică prin lipsa de migrare a tiroidei din intestinul cefalic primitiv, de-a lungul tractului tireoglos (parțială sau totală).
- simptomatologie de corp străin situat în dreptul hioidului.
- Tratament complex (orl, endocrine) în funcție de manifestările clinice.
- !!! importanța scintigrafiei.

RANULA - GRENUETA

- tumoră chistică a glandei sublinguale
- apare prin obstrucția canalului excretor și este situată în planșeul bucal având un aspect translucid, albastrui și consistență moale, renitentă.
- Se extirpă chirurgical.

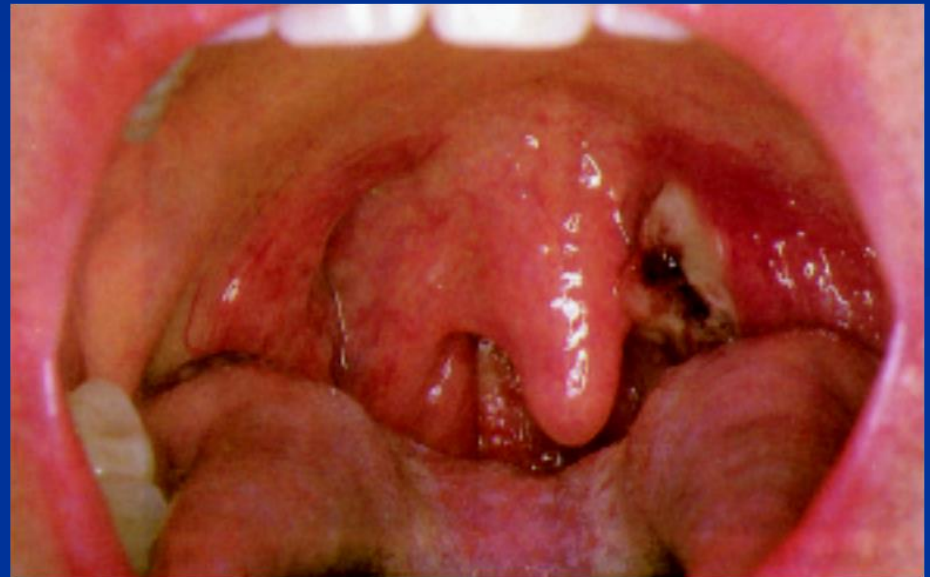
CANCERUL FARINGELUI BUICAL

- Este **aproximativ egal** ca incidență **cu cancerul laringian** și reprezintă aproximativ 40% din totalitatea cancerelor faringiene.
- Tipul histologic este în legătură directă cu structura anatomică. La nivelul **amigdalelor palatine, vălului, peretelui posterior și bazei limbii**, din țesutul epitelial pavimentos stratificat se dezvoltă **carcinomul epidermoid(squamos)**. La nivelul **palatului moale** se găsesc glande salivare și apar **adenoame pleromorfe și adenocarcinoame**.

CANCERUL AMIGDALEI PALATINE

- debutează cel mai frecvent prin *disfagie unilaterală* și *adenopatie cervicală jugulocarotidiană înaltă*.
- Inițial, pacientul acuză senzația de umflătură în gât, de o parte și afirmă prezența unui corp străin.
- Durerea și otalgia apar mai târziu când tumora tumora se ulcerează și se infectează.
- Uneori, bolnavul scurge sânge sau salivă cu striuri sanguinolente.

- **Bucofaringoscopia** -
mugure roșu, neregulat
limitat pe suprafața amigdalei
sau o ulcerăție anfractuoasă
burjonată, sângerândă care
ocupă în totalitate suprafața
amigdalei ori depășind
limitele ei.
- La *palpare* leziunea este
lemnoasă și palparea
declanșează sângerare.
- Diagnosticul este confirmat
de examenul
anatomopatologic al
fragmentelor de biopsie.



- **Fibrosarcoamele** se întâlnesc la ***copii și tineri*** sub forma unei ***tumori violacee, dură și fără adenopatie.***
- Cancerul poate să fie limitat numai la amigdala palatină sau poate să depășească loja și să invadeze organele din jur.
- ***Tratamentul*** ține cont de ***extensia tumorală.***

Dacă interesează doar amigdala se va practica amigdalectomie urmată de iradiere și chimioterapie.

În stadii avansate se face doar doar tratament oncologic în care tumora se extinde la baza limbii, vălul palatin.

CANCERUL PERETELUI POSTERIOR OROFARINGIAN

- localizarea cu prognosticul cel mai sever (se depistează în stadii avansate de evoluție datorită absenței simptomelor în fazele incipiente).
- La debut, tumorile orofaringiene sunt practic asimptomatice iar manifestările clinice apar doar în fazele avansate ale bolii.
- Durerea este cel mai comun simptom, poate apare și **trismusul și adenopatia**. Datorită disfagiei și odinofagiei apare **scădere ponderală**.
- Tratamentul este doar paliativ în serviciul de oncologie, iradiere și chimioterapie.

CANCERUL LIMBII

- Poate cuprinde numai porțiunea mobilă a organului până la "V-ul" lingual;
- poate interesa numai baza limbii (porțiunea din spatele "V"-ului lingual) sau
- poate prinde concomitent ambele porțiuni.
- Histopatologic este un *epiteliom spinocelular*.

Simptomatologia diferă după localizarea inițială a tumorii.

La început apar :

- vagi dureri ale limbii care se accentuează pe parcurs,
- sialoree sanguinolentă,
- tumefacția regiunii linguale afectate,
- disfagie,
- limitarea mișcărilor limbii,
- halenă fetidă,
- hemoragii linguale.

Ulterior apar metastaze ganglionare regionale.

Diagnosticul este simplu pentru că limba este un organ care se examinează ușor.

- Tumora apare ca muguri cărnosi sau ca ulceratie sangerandă situată pe marginile limbii și poate fi eronat etichetată ca ulceratie dentară.
- Bolnavul acuză jenă la masticatie și arsuri ale limbii.
- Confirmarea anatomopatologică este obligatorie.

Tratamentul chirurgical este selectiv în funcție de localizare:

- pe porțiunea mobilă se practică **rezeckia cuneiformă, evidare ganglionară cervicală** urmată de cobaltoterapie și chimioterapie.
- Dacă cancerul este întins sunt necesare rezeckii mutilante.
- Prognosticul este nefavorabil ,în general.

CANCERUL HIPOFARINGELUI

- localizare sinusul piriform sau peretele posterior.
- Histologic este un *epiteliom de tip pavimentos*.
- Apare predominant la *sexul masculin în relație cu consumul exagerat de alcool*.
- Pentru că există două sinusuri piriforme prin care trece bolul alimentar iar cancerul se localizează numai la unul, ***boala este mult timp asimptomatică***.
- De multe ori adenopatia cervicală este cea care aduce pacientul la medic.
- În faza inițială se constată doar stază salivară în sinusul piriform respectiv.
- În perioada de stare apare halena fetidă și otalgia reflexă.
- În faze avansate tumora invadează gura esofagului și laringele.

- **Macroscopic** *tumora este ulcero-vegetantă*, interesând fie versantul laringian al sinusului, ori peretele extern, fie cel posterior; tumora poate bloca spațiul piriform în totalitate.
- La contactul cu tubul de directoscopie *tumora este foarte sângerândă.*
- **Tratamentul este oncologic** prin *chimioterapie și iradiere*. Tratamentul chirurgical este fără șanse de reușită.

PATOLOGIA NERVOASĂ A FARINGELUI

Tulburările nervoase ale faringelui sunt de *trei feluri*: motorii, senzitive și senzoriale.

- Sensibilitatea și motricitatea sunt asigurate de ramificații ale perechilor **IX, X și XI** ale nervilor cranieni, *anastomozate într-o rețea submucoasă* cu filete nervoase vegetative simpatice și parasimpatice.

I.TULBURĂRILE MOTORII

- *deficit motor sau hipokinezie (paralizii)*
- *exces al funcției motorii sau hiperkinezie (spasme, contracturi)* ale musculaturii faringelui și vălului palatin, prin **interesarea filetelor motorii ale nervilor IX, X, XI.**

Forme anatomo-clinice:

1. **paraliziile vălului palatin,**
2. **paraliziile constrictorilor faringelui,**
3. **paralizii velice sau faringiene asociate cu alte paralizii.**

Etiologia acestora rezidă în **afecțiunile nervilor periferici** (polinevrite toxiinfecțioase), **ale nucleilor** (compresiuni la nivelul ventriculului al IV-lea) și **radiculare și tronculare** (procese tumorale sau inflamatorii la ieșirea din craniu a celor trei perechi de nervi cranieni

Paraliziile vălului palatin

- Vălul palatin este *inervat motor de vagospinal* cu excepția mușchiului peristafilin extern care primește un filet motor din trigemen și la nivelul său se întâlnesc paralizii uni- sau bilaterale.

Paraliziile bilaterale - etiologie

1. *difterică*,
2. *siringobulbiei*,
3. *sclerozei în plăci*,
4. *sclerozei laterale amiotrofice*,
5. *tabesului*.

Clinic :

- rinofonie deschisă,
- refluarea lichidelor pe nas,
- sforăit;
- imposibilitatea de a suge sau fluiera.

La bucofaringoscopie vălul este inert, fără
contractia fonatorilor și fără reflexul de
greață.

- *În funcție de forma difteriei și de precocitatea diagnosticului și a tratamentului specific și adjuvant, evoluția paraliziilor velare* va fi *benignă* (după 3-6 săptămâni vâulul își revine mobilitatea) sau *gravă* (*paralizii difuze ale nervilor oculomotori* ș.a.).
- În *botulism*, debutul este digestiv (uscăciunea mucoasei bucofaringiene, diaree urmată de constipație) și survine după ingestia de alimente contaminate.

Tratamentul

- seroterapie specifică
- macrolide,
- medicație neurotonică - vitamine B1, B6, B12.

- **Paraliziile unilaterale** au semne funcționale minime cu sensibilitate păstrată, fără reflux de lichide pe nas.
- La examenul bucofaringoscopic se constată devierea **luetei de partea sănătoasă și asimetria istmului faringian în repaus prin coborârea hemivălului paralizat.**
- **Cauze**
 1. Leziunile bulbare sau radiculare,
 2. Hemoragiile sau ramolismențele cerebrale,
 3. Zona Zoster faringiană

Tratamentul este trofic nervos, antibiotic, corticoterapic.

Paraliziile constrictorilor faringieni

Mușchii constrictori ai faringelui sunt inervați de glossofaringian și accesoriul spinalului și pot prezenta paralizii uni- sau bilaterale.

Cauzele generatoare de paralizie pot fi:

- **leziuni ale nervilor periferici** (polinevrite toxiinfecțioase în difterie, febră tifoidă, botulism, tetanos),
- **leziuni ale nucleilor centrali** (poliomielită, ramolism, hemoragie,iringobulbie, scleroză în plăci, scleroză laterală amiotrofică) sau
- **leziuni radiculare ori tronculare** (tumori sau inflamații ale nervilor IX, X, XI la ieșirea lor din craniu).

- **Paraliziile bilaterale** interesează constrictorii și ridicătorii de ambele părți și determină **tulburări mari de deglutiție** datorită imposibilității avansării bolului alimentar prin conductul faringian inert.
- Alimentele solide și saliva stagnează în hipofaringe iar lichidele pătrund în căile aeriene astfel că bolnavul nu se poate alimenta.
- **Tratamentul** este **etiologic** în difterie, botulism, febra tifoidă și **simptomatic** în poliomielită și poliradiculonevrită când este necesară și traheotomia.
- Pacientul va fi alimentat pe sondă naso-gastrică sau gastrostomă.

- *Paraliziile unilaterale* dau tulburări mult mai discrete, deglutiția se face aproape normal prin activitatea musculaturii de partea opusă care compensează parțial deficitul.
- Diagnosticul se pune la bucofaringoscopie: "**semnul perdelei**" constituit de tracțiunea în sus și în afară a jumătății paralizate a peretelui posterior al faringelui în timpul contracției constrictorului de partea opusă și stagnarea salivei în valecula de partea paralizată.

Spasmele faringelui

- Reprezintă **hipercontractia** musculaturii faringiene
- cauza cea mai frecventă este **spasmofilia**, și mai rar **turbarea, tetanosul, epilepsia, isteria**.
- Spasmele produse prin contractura în bloc a musculaturii faringiene debutează brusc cu **senzație de strangulare** și **imposibilitatea de a înghiți**, tulburări ce pot fi **permanente sau** pot apare ca și **crize paroxistice**.
- Tratamentul este cauzal (ser antitetanic, ser antirabic) și simptomatic (sedative, antispastice).

Miocloniile faringiene

- Reprezintă contracții spastice ale unor mușchi ai faringelui (de obicei peristafilinii vălului palatin).
- Clinic apar **mișcări** ritmice ale vălului însoțite de un **zgomot** specific care este perceput de pacient și auzit și de anturaj.
- Se tratează prin masaj digital al vălului palatin și infiltrație anestezică locală; se pot administra sedative.

II.TULBURĂRILE SENZITIVE

Constau în hiperestezie, hipo- sau anestezie și parestezii.

Hiperestezia mucoasei faringiene

- inflamații și iritații cronice - faringite, tabagism, alcoolism, condimente, mediu poluat.
- ***accentuarea reflexului faringian de vomă*** - deschiderea gurii duce la apariția reflexului de vomă.

Hipo- și anestezia faringiană se întâlnesc în

- faringite cronice,
- isterie sau în
- unele paralizii periferice (afecțiuni virale, lepră)
sau centrale (siringobulbie)

se manifestă prin absența reflexului de vomă.

Paresteziile mucoasei faringiene – *senzație de corp străin, nod în gât, nisip, fir de păr, os de pește etc.*

■ **Cauze**

- **locale** - varicozități ale bazei limbii, hipertrofia amigdalei linguale, secreții rinofaringiene,
- **regionale dentare** sau **cervicale** - *cervicartroze, spondiloze* și
- **generale** - dezechilibru metabolic, avitaminoze, diabet, tulburări endocrine.

- Datorită simptomatologiei supărătoare bolnavii sunt permanent preocupați pe gâtul lor, scuiță, înghit în sec, sunt irascibili, se cred purtători de cancer.

Acuzele dispar în timpul deglutiției și acest fapt este important pentru diagnostic.

- Examenul obiectiv nu relevă nimic semnificativ.
- Tratatamentul este etiologic, simptomatic (badijonări cu glicerină iodată), regim alimentar fără condimente și alimente la extreme termice, abandonarea fumatului, sedative și eventual psihoterapie.

III.TULBURĂRILE SENZORIALE

Cuprind modificările gustului: aghezia și hipoghezia, hiperghazia și paraghezia.

- Aghezia și hipoghezia traduc pierderea sau diminuarea senzației gustative, uni- sau bilateral, permanent sau temporar, și limitată la un anumit teritoriu în funcție de leziunea cauzală - treimea posterioară în cazul leziunii nervului cranian IX sau două treimi anterioare când este lezat intermediarul lui Wrisberg, sublingualul sau coarda timpanului.

Cauze:

- **locale** - uscăciunea limbii în uremie, scleroza glandelor salivare, limba neagră piloasă, limba saburală, micoze linguale;
- **nervoase periferice** - la nivelul corpusculilor gustativi datorită alcoolului, tutunului; ulceratii, tumori linguale sau nevrite infecțioase sau toxice ori compresiuni tumorale și traumatisme ale nervilor IX, VII;
- **nervoase centrale** - atingerea nucleilor bulbari, a căilor și centrilor corticali în siringobulbie, tabes, hemoragii, ramolisme, abcese, scleroză în plăci.

- ***Hiperghezia*** constă în exagerarea senzației gustative. Poate apare în unele stări fiziologice - sarcină, degustătorii de vinuri - sau în stări patologice - *Basedow, tabes, isterie, nevroză*.
- ***Paraghezia, pervertirea gustului și halucinațiile gustative*** se întâlnesc separat sau împreună cu halucinații olfactive în tumorile de hipocamp.
- Tratamentul este cauzal și trofic nervos la care se poate adăuga - în cazuri selecționate - corticoterapia.

MALFORMAȚIILE FARINGELUI

■ Malformațiile congenitale

La nivelul **cavumului** :

- **atrezia rinofaringelui** asociată cu **imperforația coanală** și cu **aplazia foselor nazale**, uni sau bilaterală, ce determină obstrucție nazală prin existența unui țesut fibros în cavum sau a unor proeminente osoase din vecinătate (tuberculul faringian al occipitalului sau hipertrofia atlasului și axisului);
- **imperforația tubară**, ce produce hipoacuzie,
- **anomalii ale fosetei Rosenmuller și ale orificiului tubar.**

La nivelul **buco-faringelui** :

- **insuficiența velo-palatină** datorită scurtimii vălului palatin, care nu mai poate închide complet rinofaringele în cursul fonației și deglutiției. În acest fel apare rinolalie deschisă, cu reflux de alimente lichide pe nas. Se tratează prin reeducare ortofonică sau prin faringoplastii chirurgicale. Tratamentul chirurgical trebuie să fie precoce (înainte de 8 ani) și să fie urmat de reeducare fonică.
- hipoplazia sau aplazia pilierilor amigdalieni,
- chiste și disembrioane ale vălului,
- angioame de amigdală palatină, de limbă și vâl asociate frecvent cu angioame ale feței.

Diviziunea velo-palatină

- la nivelul luei (lueta bifida), sau la palatul dur, ori numai la vâl, sau poate interesa întreaga boltă palatină.
- când este interesat și rebordul alveolar împreună cu buza superioară, malformația se numește "gură de lup", iar
- dacă localizarea e limitată doar la buza superioară este vorba de "buza de iepure".

Cu cât despicătura este mai întinsă, cu atât tulburările de deglutiție și fonație sunt mai accentuate. Tratatamentul chirurgical reface integritatea bolții palatine prin intervenții plastice numite **uranostafilorafii**. În cazul operațiilor nereușite se recurge la proteze de închidere a comunicării buco-nazale reziduale. Reeducarea ortofonică este totdeauna indispensabilă, chiar în cazul intervențiilor reușite.

La nivelul **hipofaringelui** :

- **diverticule ale sinusurilor piriforme,**
 - **chisturi perilaringiene,**
 - **tiroide aberante** sau **ectopice** în baza limbii,
- Sunt asociate cu malformații ale laringelui sau esofagului și produc tulburări de deglutiție și respirație legate de sediul, forma și volumul malformației.

Malformațiile dobândite

- cicatrici post caustice (după ingerare de sodă),
- după lues, lupus-tbc, sclerom,
- cicatrici vicioase postoperatorii (sinechii velo-faringiene și retracții ale vălului după adeno-amigdalectomie),
- cicatrici după traumatisme accidentale (căderea pe un corp ascuțit ținut în gură).

Se tratează extrem de greu prin dilatări ale zonelor stenozate, electrocoagularea cicatricilor sau intervenții plastice, cu rezultate descurajante (bolnavii rămân infirmi pe viață).