

## Evoluția otitei medii exsudative în funcție de tratament

S. Diacova

Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Evolution of Otitis Media with Effusion in Function of Treatment

The author investigated children suffering from otitis media with effusion, comparing those who received prompt medical and surgical treatment with 30 who underwent surgery 3-5 years later. The work-up included otoscopy, pneumatic otoscopy, otomicroscopy, conventional audiometry, tympanometry, the registration of acoustic reflexes, surgical findings, and an evaluation of the children's functional dynamics. A study of noninvasive examinations and surgical findings revealed that in patients who did not receive prompt treatment more severe forms of otitis media developed. Various forms of otitis media are dynamically interrelated and can be transformed one to other given the lack of comprehensive management.

**Key words:** otitis media in infants with effusion.

### Эволюция экссудативного среднего отита в зависимости от лечения

Представлены результаты функционально-динамического обследования детей, страдающих экссудативным средним отитом. Схема обследований включала отоскопию, пневматическую отоскопию, отомикроскопию, тимпанометрию, регистрацию акустического рефлекса, аудиометрию, анализ хирургических находок, а также функциональные исследования в динамике. Большинство пациентов получили необходимое лечение своевременно (медикаментозное и хирургическое), 30 из них были прооперированы позже (через 3 – 5 лет). Сравниваются результаты неинвазивных исследований и сопоставляются с операционными находками в этих группах. Исследования выявили, что у всех пациентов, которые не получили своевременного адекватного лечения, развились более тяжелые формы среднего отита. Различные формы среднего отита динамически взаимосвязаны и трансформируются из одной формы в другую в случае отсутствия соответствующего лечения.

**Ключевые слова:** дети, экссудативный средний отит.

#### Actualitatea problemei

Otita medie (OM) constituie una dintre cele mai răspândite afecțiuni în copilărie, cu excepția infecției virotice a căilor respiratorii. Majoritatea copiilor (până la 90%) suferă de otită medie acută (OMA) cel puțin o dată în viață, 74% copii – de 3 și mai multe ori. Datorită particularităților anatomofiziologice ale organelor ORL și ale întregului organism (fundal alergic, scăderea imunității ș.a.), ca rezultat al otitelor medii acute se poate dezvolta hipoacuzia progresivă care, în timp devine stabilă și ireversibilă [1, 2, 3]. Lipsa diagnosticului oportun și a tratamentului adecvat favorizează otită medie exsudativă, otită medie recidivantă, otită medie adezivă, otite medii cronice supurative, care influențează semnificativ viața socială a copilului (dezvoltarea psihoemoțională, formarea vorbirii și a intelectului) [4, 5]. Auzul la copilul de vârstă precoce are o mare importanță în dezvoltarea psihoemoțională a acestuia. Chiar și hipoacuzia ușoară poate influența nociv formarea vorbirii și a intelectului copilului.

Cauza cea mai frecventă a hipoacuziei, la copiii sub 7 ani, este otita medie exudativă (OME). Între 25 și 60% dintre copiii de vârstă preșcolară suferă de aceasta formă de otita. OME se definește ca prezență a lichidului după membrana timpanică intactă. Mai mult de 60 la sută dintre pacienți se diagnostichează întâmplător, în timpul examenului profilactic [6, 1].

Diverse metode de tratament (conservatoare și chirurgicale), utilizate la această categorie de bolnavi, asigură rezultate funcționale variabile.

Având în vedere toate cele expuse anterior, este necesar a elabora criterii diagnostice și prognostice și a crea un algoritm de management al OME pe baza investigațiilor noninvazive.

#### Scopul

Scopul lucrării este analiza comparativă a evoluției otitelor medii exsudative în funcția de tratamentul efectuat la copiii care s-au aflat sub supravegherea noastră.

#### Material și metode

Sub supravegherea noastră s-au aflat 300 de copii cu OME. Predominau copiii din grupul preșcolar (4-6 ani) – 173 de copii; 96 de copii au fost de vârstă precoce (sub 3 ani); 31 de pacienți – între 7 și 14 ani. Majoritatea pacienților erau băieți.

Pacienții au fost examinați conform *Schemei de examinare otologică a copilului*, elaborate de noi, care include date detaliate de anamneză, otoscopie optică, otoscopie pneumatică, otomicroscopie, timpanometrie și de înregistrare a reflexului stapedian, audiometrie, rezultate ale investigațiilor intraoperatorii, rezultate funcționale după tratamentul conservator și după tratamentul chirurgical.

În funcție de tratamentul administrat pacienții au fost divizați în 4 loturi: I lot (115 copii), la care s-a efectuat numai adenotomia; lotul II (128 de copii), la care adenotomia se îmbina cu tratamentul conservator, și lotul III, care include 47 de copii (93 de urechi), care au fost supuși timpanostomiei cu adenotomie. Lotul IV consta din 30 de copii care, din diferite motive, nu au făcut la timp tratamentul indicat, dar au rămas sub supravegherea noastră.

#### Rezultate și discuții

Majoritatea cazurilor de OME au fost diagnosticate în timpul examenului profilactic, la copii cu dereglări ale vorbirii

și cu schimbări în statutul neurologic. Acuze caracteristice (scăderea auzului, înfundarea urechii, senzația de lichid în ureche) au prezentat numai 32 de pacienți. În 138 de cazuri lipseau plângerile caracteristice pentru OME din partea părinților cu copii mici. Dar la toți pacienții au fost notate schimbări în sfera psihoneurologică (iritabilitate, comportament inadecvat etc.).

OME decurge relativ asimptomatic, fără semne de inflamație acută (otalgie, febră, agitație), se caracterizează prin dereglările auzului, zgomote auriculare și prin senzații de prezență a lichidului în ureche. Toate aceste semne, la copil în primii ani de viață, se manifestă prin comportament neadecvat, uneori – dereglări de somn. Scăderea auzului în debutul afecțiunii are un caracter nepronunțat și instabil ce se agravează treptat, cu menținerea procesului patologic în urechea medie. Aprecierea stării auzului de către copil, părinți și de către pedagogii din instituțiile preșcolare este neadecvată. Toate acestea sunt cauzele adresării tardive la medic, când procesul cronic la nivelul urechii medii este deja format.

Diverse manifestări alergice în timpul examinării au fost remarcate la 24% dintre copii, în anamneză – la 36%.

Patologia nazofaringelui a fost depistată la majoritatea pacienților. Hipertrofia vegetațiilor adenoidale, de gradele II-III, s-a stabilit în 68% din cazuri, iar la jumătate dintre copiii cu această patologie au fost prezente semnele de inflamație cronică. Hipertrofia amigdalelor palatine și manifestări ale amigdalitei cronice au fost diagnosticate în 18% din cazuri. Conform anamnezei, 23% dintre copiii examinați au fost supuși adenotomiei și amigdalectomiei, 66% au suportat otite, inclusiv în jumătate din cazuri s-au înregistrat otite în mod repetat. 12 copii au fost tratați de otită medie acută recidivantă.

Forma cronică a OME a fost constatată la 172 de copii, în 91% din cazuri afecțiunea fiind bilaterală. În toate cazurile au fost prezente semnele caracteristice otoscopice: dereglări ale transparenței în 73%; retractor membranei timpanice – în 63%; nivel de lichid sau așa-numitele bule „aer-lichid” – în 15,9%; micșorarea sau lipsa complianței membranei timpanice – 100%.

Scăderea auzului a fost de tip de transmisie – la 88% din urechi, mixtă – la 12% din urechi.

Timpanograma de tipul B a fost înregistrată în 86% din cazuri, în alte 14% – de tipul C, cu indici ai complianței scăzuți. Pentru copiii sub 3 ani era caracteristică simetria schimbărilor funcționale ale urechii în 78%. Cu vârsta, frecvența simetriei scade până la 27% la copiii cu vârsta de 10–14 ani.

Alegerea metodei de tratament a depins de manifestările clinice și funcționale ale patologiei urechii medii și ale nazofaringelui și de decizia părinților.

### Metode de tratament

Adenotomia se efectuează cu anestezia generală (endotraheală – Narcotan + O<sub>2</sub>) și sub control optic, de regulă, la toți bolnavii.

Tratamentul conservator prezintă un complex de medicație antibacteriană, antialergică, proceduri, având ca scop recuperarea funcției trompei auditive (terapie inha-

latoare cu aerosoli disperse de antibiotice, corticosteroizi, vasoconstrictoare, la necesitate – administrarea de fermenți sau administrarea transtubară a soluțiilor medicamentoase; insuflarea trompei auditive; electroforeză cu fermenți și cu antiinflamatoare endaurale; pneumomasajul membranei timpanice, iradiere cu raze laser sau ultraviolete etc.

Timpanostomia se realizează cu anestezie generală, sub control microscopic, după metoda elaborată de noi. După aspirația minuțioasă a exsudatului, se instilează soluții de antibiotic și steroid, se fixează tuba timpanostomică, care rămâne în cavitatea timpanică 6-14 luni.

Otoscopia optică și examinarea auzului au fost efectuate în dinamică, la intervale de o săptămână, o lună, 3 luni, 6 luni, 1 an, 2 ani, 3 ani după tratament. La toți copiii cu membrana timpanică intactă, examinarea cuprindea și impedansmetria.

Pentru majoritatea bolnavilor din primul lot a fost caracteristică dinamica treptată ondulată a datelor otoscopice și a indicilor audiometrici, cu ameliorarea sau cu normalizarea lor după 1 și după 3 luni. În 23,6% (53 de urechi) din cazuri schimbări remarcabile ale stării funcționale a urechii medii nu s-au constatat. Supravegherea ulterioară a evidențiat nivelarea dinamicii în mai mult dintre jumătate din cazuri (52,6%) la a 6-a lună după adenotomie. Înrautățirea stării funcționale, prin scăderea auzului și revenirea curbei timpanometrice spre tipul B sau tipul C, s-a constatat în 118 urechi, dintre ele în 71 de cazuri s-a diagnosticat acumularea exsudatului, în 23 – diferite stadii de manifestări ale tubotimpanitei. Peste 6–24 de luni, în 68 de urechi din acest grup a fost confirmată persistența otitei medii: în 48 – otita medie exsudativă; în 6 – otita medie recidivantă; în 16 – otita medie adezivă, din care cauză a fost efectuată timpanostomia. În timpul operației, cavitatea timpanică a fost examinată cu ajutorul microscopului. Schimbări morfologice în cavitatea timpanică au fost pronunțate: în 38 de cazuri s-au depistat eliminări mucoase; în 12 – mucopurulente; în 2 – seroase; în 19 urechi au fost atestate granulații în cavitate timpanică; în 22 – schimbări adezive, cicatrizante în cavitatea timpanică și în membrana timpanică, în 10 dintre aceste cazuri membrana timpanică a fost plasată pe promontoriu.

Tratamentul complex, care include adenotomia și măsurile conservatoare (lotul II), a influențat în mod esențial dinamica auzului. La majoritatea dintre cazuri (219 urechi – 85,5%) ameliorarea maximă s-a observat spre sfârșitul ședinței de tratament. Dar la o treime dintre cazuri (92 de urechi – 36%), la trei luni după operație s-a înregistrat o înrautățire a indicilor audiometrici și timpanometrici. La expirarea a 6 luni au fost prezente schimbări, caracteristice pentru exsudat în 112 urechi (43,8%); în 12 urechi – semne ale tubootitei. Peste 6–24 de luni, la 42 urechi din acest grup a fost confirmată persistența otitei medii: la 37 – otita medie exsudativă; la 3 – otita medie recidivantă; la 2 – otita medie adezivă, din care cauză a fost efectuată timpanostomia. În timpul operației cavitatea timpanică a fost examinată cu folosirea microscopului. Schimbări morfologice în cavitatea timpanică au fost pronunțate: în 32 de cazuri s-au depistat eliminări mucoase; în 2 – mucopurulente; în 8 – seroase; în

6 urechi au fost atestate granulații în cavitate timpanică; în 6 – schimbări adezive, cicatrizante în cavitatea timpanică și în membrana timpanică; în 2 dintre aceste cazuri membrana timpanică a fost plasată pe promontoriu.

În lotul III (timpanostomia + adenotomia – 93 de urechi) ameliorează auzului s-a înregistrat, începând cu prima săptămână după operație; fapt remarcat, în primul rând, de către copii și de către părinții lor. Examinările audiometrice, efectuate în dinamică după 1, 3 și după 6 luni au confirmat îmbunătățirea stabilă a auzului aproape în toate cazurile. Eliminările din urechi, de scurtă durată (3-4 zile), legate de infecții respiratorii intercurente, care au fost observate la 21 de urechi, nu au influențat auzul. Peste 1 an, în timpul înlăturării tubelor timpanostomice, în 7 urechi s-au depistat eliminări mucoase; peste 2 ani, din cauza persistenței otitei medii exsudative a fost efectuată timpanostomia repetată la 4 urechi (2 pacienți). Schimbări caracteristice otitei medii recidivante și adezive nu au fost depistate.

În lotul IV (fără tratament), investigațiile funcționale în dinamică au fost posibile numai peste 2-5 ani după stabilirea diagnosticului. Din 30 de pacienți, care nu au făcut tratament, aproape la toți s-a constatat progresia patologiei urechii medii. Forma exsudativă a rămas la 5 copii (10 urechi), la 18 copii s-a înregistrat otita medie recidivantă (34 de urechi), în 5 cazuri (7 urechi) s-au determinat poșete de refracție (otita medie adezivă), la doi copii (3 urechi) otita medie a devenit cronică purulentă.

Investigațiile noastre confirmă dificultatea stabilirii diagnosticului de otită medie cronică exsudativă la copiii de vârstă preșcolară. Scăderea auzului în debutul afecțiunii are un caracter nepronunțat și instabil care se agravează treptat, cu menținerea procesului patologic în urechea medie. Aprecierea stării auzului de către copil, părinți și de către pedagogii din instituțiile preșcolare este neadecvată. Toate acestea sunt cauzele adresării tardive la medic, când procesul cronic la nivelul urechii medii este deja format.

Diagnosticarea instrumentală a OME este foarte dificilă. Metode clasice otologice, cum sunt otoscopia și audiometria convențională la copiii cu vârsta de până la 3 ani sunt neinformative. Aplicarea metodelor contemporane ca otoscopia pneumatică, microotoscopia și impedansmetria, având în vedere particularitățile anatomofiziologice și psihoemoționale ale copilului, necesită un utilaj modern, experiența medicului și cooperarea copilului. De aceea majoritatea cazurilor de OME se diagnostichează în centre specializate ORL pediatriche.

Alegerea metodei adecvate de tratament trebuie să fie în concordanță cu stadiul de evoluție a OME (durata bolii, caracterul lichidului în cavitatea timpanică, caracterul

schimbărilor mucoasei în cavitatea timpanică, funcția tubei auditive, caracterul patologiei în nazofaringe). Dar durata bolii la copiii cu vârsta de până la 3 ani în majoritatea cazurilor nu este cunoscută, deoarece patologia se dezvoltă latent, asimptomatic. Caracterul patologiei în cavitatea timpanică, trompa auditivă și în nazofaringe poate fi precizat numai în timpul intervenției chirurgicale.

Patologia nazofaringelui (hipertrofia vegetațiilor adenoidice, adenoidita, sinuzita, amigdalita etc.) are un rol important în patogenia bolii, dar, cu timpul, încetează a mai fi singurul substrat al otitei. Schimbările patologice din urechea medie capătă un caracter independent, relativ ireversibil. În aceste cazuri numai timpanostomia asigură ameliorarea stabilă a auzului. Îmbunătățirea funcției urechii medii prin alte metode de tratament (adenotomie, metode conservatoare) este puțin eficientă, necesitând controlul periodic al auzului ca până la urmă să se impună timpanostomia.

### Concluzii

1. Este necesară elaborarea unui sistem de *screening* al auzului la copiii de vârstă preșcolară.
2. Otita medie exsudativă are un caracter evolutiv, care necesită diverse scheme de tratament în funcție de schimbările patomorfologice ale urechii medii.
3. Durata lungă a OME cu schimbări din partea urechii medii, lipsa eficienței tratamentului conservator sunt indicații pentru timpanostomie.

### Bibliografie

1. Ababii I., Diacova S. Evoluția otitelor medii la copii. Buletin de perinatologie, Chișinău, 2001, Nr. 2, p. 37-40.
2. Jung T., Hanson J. Classification of otitis media and surgical principles. The Otolaryngologic Clinics of North America. Vol. 32, N. 3. June 1999, p. 369-383.
3. Bluestone C. D., Klein J. O. (Eds.), Decker Hamilton B. C. Otitis Media in Infants and Children, 4th ed, Ontario 2007.
4. Teele D. W., Klein J. O., Rosner B. A. et al. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. J. Infect. Dis., 1989; 160:83.
5. Rosenfeld R. Comprehensive management of otitis media with effusion. The Otolaryngologic Clinics of North America. Volume 27, N. 3, June 1994; p. 443 - 456.
6. Peterson M., Paparella M. Otitis media with effusion and early sequelae: flexible approach. The Otolaryngologic Clinics of North America. Vol. 32, N. 3. June 1999; p. 391 - 400.

**Svetlana Diacova, dr., conferențiar**

Catedra Otorinolaringologie

USMF „Nicolae Testemițanu”

Clinica ORL Pediatrică

Chișinău, str. Alecsandri, 2

Tel.: 725200

E-mail: svetdiac@yahoo.com

Recepționat 11.09.2009