

2. Rakover J, Keywan K, Rosen G. Comparison of the incidence of cholesteatoma surgery before and after using ventilation tubes for secretory otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 56:41-44.
3. van Cauwenberge P, Watelet JB, Dhooge I. Uncommon and unusual complications of otitis media with effusion. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999;49 Suppl 1:119-25.
4. Golz A, Goldenberg D, Netzer A, Westerman L, Westerman S, Fradis M, Joachims H. Cholesteatomas associated with ventilation tube insertion. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*1999;125:754-757.
8. Maw AR, Bawden R. Tympanic membrane atrophy, scarring, atelectasis and attic retraction in persistent, untreated otitis media with effusion and following ventilation tube insertion. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1994;30(3):189-204.

EVOLUȚIA NATURALĂ A OTITEI MEDII EXUDATIVE LA COPII

Svetlana Diacova

Catedra Otorinolaringologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Natural evolution of otitis media with effusion in children

We present the results of functional dynamic investigation of children suffering from Otitis media with effusion. The work up included otoscopy, pneumatic otoscopy, otomicroscopy, tympanometry, registration of acoustic reflex, conventional audiometry, surgical findings, functional results in dynamics. The majority of patients had received comprehensive treatment in time, but 30 of them underwent surgery later (in 3 – 5 years). We compared the results of noninvasive examinations in children and analyzed surgical findings in these 2 groups. Our research revealed that in all patients who hadn't received in time adequate treatment more severe forms of otitis media were registered. Various forms of otitis media are dynamically interrelated and can be transformed one to other in case of lack of comprehensive management.

Rezumat

Prezentăm rezultate examinărilor funcționale a copiilor cu otită medie exsudativă în dinamică. Pacienții au fost examinați corespunzător «Schemei examinării otologice a copilului», elaborate de noi, care include datele anamnezei minuțioase, otoscopiei optice, otoscopiei pneumatice, otomicroscopiei, timpanometriei și înregistrării reflexului stapedian, audiometriei, rezultatele investigațiilor intraoperatorii, rezultatele funcționale pe parcursul 5 ani. Majoritate pacienților au primit tratament, dar 30 din copii din diferite motive au suportat tratament chirurgical numai peste 3 – 5 ani. Comparând rezultate investigațiilor funcționale și descoperirile intraoperatorii concluzionăm că la pacienții care nu au primit tratament adecvat la timp proces patologic în urechea medie s-a transformat în forme mai severe. Diferite forme de otită medie interrelatează dinamic și în lipsa tratamentului adecvat se transformă din una în alta.

Actualitatea problemei

Otită medie (OM) constituie una din cele mai răspândite afecțiuni în copilărie cu excepția infecției virale a căilor respiratorii. Majoritatea copiilor (până la 90%) suferă de otita medie acută (OMA) o singură dată în viață, 74 % copii - de 3 și mai multe ori. Datorită particularităților anatomofiziologice ale organelor ORL și a întregului organism al copilului (fon alergic, scăderea imunității ș.a.) ca rezultat al otitelor medii acute se poate dezvolta hipoacuzie progresivă, care spre timp devine stabilă și ireversibilă. Lipsa diagnosticului oportun și tratamentului adecvat duce la otită medie exsudativă, otită medie recidivantă, otită medie adezivă, otite medii cronice supurative, influența cărora la viața socială a copilului (dezvoltarea psiho-emoțională, formarea vorbirii și a intelectului) este semnificativă. Auzul la copilul de vârstă precoce are o mare

importanța pentru dezvoltarea psiho-emoțională. Chiar și hipoacuzia ușoară poate influența negativ asupra formării vorbirii și a intelectului. Cauza cea mai frecventă a hipoacuziei la copiii sub 3 ani este otita medie exudativă (OME), care se definește ca o prezență a lichidului după membrana timpanică intactă, fără semne de inflamație acută (otalgie, febră, neliniștea copilului) [1]. Până la 60 % din copii de vârstă preșcolară suferă de OME iar din aceștia circa 30 % necesită tratament chirurgical, inclusiv timpanostomie [2].

Scopul

Scopul lucrării este analiza evoluției naturale a otitelor medii exudative la copii, care au fost sub supravegherea noastră pe parcursul 5 ani, dar din diferite motive nu au primit la timp tratament recomandat.

Materiale și metode

În anul 2004 sub supravegherea noastră s-au aflat 300 copii cu OME. Predominau copiii din grupa preșcolară (4 - 6 ani), - 173 copii, 96 copii au fost de vârstă precoce (sub 3 ani), 31 pacienți între 7 și 14 ani. Majoritatea pacienților au fost băieți.

Pacienții au fost examinați corespunzător «Schemei examinării otologice a copilului», elaborate de noi, care include datele anamnezei minuțioase, otoscopiei optice, otoscopiei pneumatice, otomicroscopiei, timpanometriei și înregistrării reflexului stapedian, audiometriei, rezultatele investigațiilor intraoperatorii, rezultatele funcționale pe parcursul 5 ani.

În raport cu tratamentul efectuat bolnavii au fost divizați în 4 loturi: I lot (115 copii), la care s-a efectuat numai adenotomia; lotul II (128 copii), la care adenotomia se îmbină cu tratamentul conservator și lotul III, care a inclus 47 copii (93 urechii) care au fost supuși timpanostomiei cu adenotomie. Lotul IV consta din 30 copii, care din diferite motive nu au primit la timp tratamentul propus.

Rezultate și discuții

Majoritatea cazurilor de OME au fost diagnosticate în timpul examenului profilactic la copiii cu dereglări ale vorbirii și schimbări în statutul neurologic. Acuze caracteristice (scăderea auzului, înfundarea urechii, senzație de lichid în ureche) au prezentat numai 32 pacienți. În 138 cazuri lipseau plângerile caracteristice pentru OME din partea părinților cu copii mici. Dar la toți pacienți au fost notate schimbări în sfera psihoneurologică (iritabilitate, comportament inadecvat, etc.).

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

Patologia nazofaringelui a fost depistată la majoritatea pacienților. Hipertrofia vegetațiilor adenoide de gradele II - III s-a stabilit în 68 % din cazuri, iar la jumătate din 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 % din copiii examinați au fost supuși adenotomiei și amigdalectomiei, 66 % au suportat otite, inclusiv în jumătate de cazuri s-au înregistrat otite repetate, 12 copii au fost tratați de otită medie acută recidivantă.

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

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

Timpanograma de tip B a fost înregistrată în 86 % din cazuri, în alte 14 % - tip C cu indicii complianței scăzuți. Pentru copiii sub 3 ani a fost caracteristică simetria schimbărilor funcționale ale urechii în 78 %. Cu vârsta frecvența simetriei scade până la 27 % la copiii adolescenți.

Metodele efectuate de tratament au fost următoarele: la 115 copii s-a efectuat numai adenotomia; la 128 copii adenotomia se îmbină cu tratamentul conservator, la 47 copii (93 urechii), au fost supuși timpanostomiei cu adenotomie. 30 copii din diferite motive nu au primit la timp tratamentul propus.

Metode de tratament

Adenotomia se efectuează cu anestezia generală (endotraheală - Narcotan + O₂) și sub control optic practic la toți bolnavii.

Tratamentul conservator prezintă un complex de tratament antibacterian, antialergic, proceduri, având ca scop recuperarea funcției trompei auditive (terapie inhalatoare cu aerosoli disperse de antibiotice, corticosteroizi, vasoconstrictoare, la necesitate - administrare de fermenți sau introducerea transtubară a soluțiilor medicamentoase; insuflarea trompei auditive; electroforeză cu fermenți și antiinflamatoare endoural; pneumo-masajul 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 exudatului se instilează soluții de antibiotic și corticosteroizi, se fixează tuba timpanostomică, care rămâne în cavitatea timpanică 6 - 14 luni.

Otoscoopia 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, 5 ani după tratament. La toți copiii cu membrana timpanică întregă examinarea a inclus și impedansmetria.

Pentru majoritatea bolnavilor din primul lot a fost caracteristică dinamica treptată ondulată a datelor otoscopice și a indicilor audiometrici cu îmbunătățirea sau normalizarea lor după 1 și 3 luni. În 23,6 % (53 urechi) din cazuri schimbări remarcabile ale stării funcționale a urechii medii nu s-au constatat. Supravegherea ulterioară a evidențiat nivelarea dinamicii pozitive în mai mult de jumătate din cazuri (52,6 %) la a 6-a lună după adenotomie. În răutățirea stării funcționale care s-a manifestat prin scăderea auzului și revenirea curbei timpanometrice spre tip B sau C s-a constatat în 118 urechi, din ele în 71 cazuri s-a diagnosticat acumularea exudatului, în 23 - diferite stadii de manifestări ale tubotimpanitei. Peste 6 - 24 luni la 68 urechi din această grupă s-a confirmat persistența otitei medii: la 48 - otită medie exudativă, la 6 - otită medie recidivantă, la 16 - otită medie adezivă, ca urmare a fost efectuată timpanostomia. În timpul operației cavitatea timpanică a fost examinată sub microscop. Schimbările morfologice în cavitatea timpanică au fost pronunțate: în 38 cazuri s-au depistat eliminări mucoase, în 12 - mucopurulente, în 2 - seroase; în 19 urechi au fost notate granulații în cavitate timpanică, în 22 - schimbări adezive, cicatrizante în cavitatea timpanică și membrana timpanică, în 10 din aceste cazuri membrana timpanică a fost plasată pe promontorium.

Tratamentul complex, care a inclus adenotomia și măsuri conservative, (lotul II), a influențat în mod esențial asupra dinamicii auzului. La marea majoritate din cazuri (219 urechi - 85,5 %) ameliorarea maximă s-a observat spre sfârșitul curei de tratament. Dar la o treime din cazuri (92 urechii - 36 %) la trei luni după operație s-a înregistrat o înrăutățire a indicilor audiometrici și timpanometrici. La expirarea a 6 luni au fost prezente schimbări, caracteristice pentru exudat la 112 urechii (43,8 %), la 12 urechi - semne ale tubootitei. Peste 6 - 24 luni la 42 urechi din această grupă s-a confirmat persistența otitei medii: la 37 - otită medie exudativă, la 3 - otită medie recidivantă, la 2 - otită medie adezivă, ca urmare a fost efectuată timpanostomia. În timpul operației cavitatea timpanică a fost examinată sub microscop. Schimbările morfologice în cavitatea timpanică au fost pronunțate: în 32 cazuri s-au depistat eliminări mucoase, în 2 - mucopurulente, în 8 - seroase; în 6 urechi au fost notate granulații în cavitate timpanică, în 6 - schimbări adezive, cicatrizante în cavitate timpanică și membrana timpanică, în 2 din aceste cazuri membrana timpanică a fost plasată pe promontorium.

În lotul III (timpanostomia + adenotomia - 93 urechi) îmbunătățirea auzului s-a înregistrat, începând de la prima săptămână după operație, fapt remarcabil, în primul rând, de către copii și de părinții lor. Examinările audiometrice, efectuate în dinamică după 1, 3 și 6 luni au confirmat îmbunătățirea stabilă a auzului practic în toate cazurile. Eliminările din urechi de

scurtă durată (3 - 4 zile), legate cu infecții respiratorii intercurrente, care au fost observate la 21 urechi nu au agravat 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 pentru otita medie recidivantă și adezivă nu au fost depistate.

În lotul IV (fără tratament) investigații funcționale în dinamică au fost posibile numai peste 2 – 5 ani după stabilirea diagnosticului. Din 30 de pacienți, care nu au primit tratament, practic la toți s-a constatat progresarea patologiei urechii medii. Forma exsudativă a rămas la 5 copii (10 urechi), la 18 copii s-a înregistrat otita medie recidivantă (34 urechi), în 5 cazuri (7 urechi) s-au înregistrat poșete de retracție (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 la 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 pedagogii din instituțiile preșcolare este neadecvată. Toate acestea sunt cauzele adresării tardive la medic, când procesul cronic la nivelul urechii medii este deja format. Patologia nazofaringelui (hipertrofia vegetațiilor adenoide, adenoidita, sinusita, amigdalita și a.) joacă 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. Diferite metode de tratament intrerup această evoluție. Timpanostomia asigură ameliorarea relativ stabilă a stării urechii medii. 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. Lipsa tratamentului adecvat la timp duce la avansarea procesului patologic în urechea medie și agravarea stării copilului.

Concluzii

1. Este necesară elaborarea unui sistem de screening al auzului la copii de vârstă preșcolară.
2. Otita medie exsudativă are un caracter evolutiv care necesită diverse scheme de tratament în dependența de schimbările patomorfologice ale urechii medii.
3. Durata lungă ale OME cu schimbările cronice din partea urechii medii 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. Diacova S. Consecințele precoce ale otitei medii acute la copii // Materialele conferinței anuale a USMF "N.Testemițanu" Chișinău, 2001, p. 222 - 225.
3. 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.
4. Bluestone, CD, Klein, JO (Eds), BC Decker, Hamilton. Otitis Media in Infants and Children, 4th ed, Ontario 2007.
5. Teele, DW, Klein, JO, Rosner, BA, 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.
6. Rosenfeld R. Comprehensive management of otitis media with effusion. // The Otolaryngologic Clinics of North America. Volume 27, N 3, June 1994, p. 443 - 456.
7. 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.