

OTITA MEDIE ADEZIVĂ LA COPII: CORELAȚII CLINICO-FUNCȚIONALE ȘI MORFOPATOLOGICE

Ion Ababii, Svetlana Diacova, Diana Chirtoca, Anghelina Chiaburu, Serghei Parii
Catedra Otorinolaringologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Adhesive otitis media: correlations clinical, functional and morphopatological

We present the analysis of clinical manifestations, functional characteristics and surgical findings in children suffering from adhesive otitis media. We registered adhesive changes in tympanic cavity in 35 % of all OM cases. Age of child, age of onset, duration and expressivity of the disease are predisposing factors to adhesive otitis media. Stable abnormal results of impedance audiometry in dynamics, otomicroscopical picture during surgery, tympanic membrane and tympanic cavity morphological changes are the most important points for precise diagnosis. Diagnostic of adhesions is important for prognosis of the disease evolution and adequate treatment. Adenoidectomy alone or its combination with medical treatment do not prevent from retraction pockets formation. Complex treatment including tympanostomy and adenoidectomy decreases risk of adhesive and chronic otitis media formation.

Rezumat

Prezentăm o analiză a manifestărilor clinice, caracteristicilor funcționale și a modificărilor morfopatologice locale stabilite intraoperator la copiii cu otită medie adezivă. Am înregistrat schimbări adezive în cavitatea timpanică în 35 % din toate cazurile de OM. Vârsta copilului, vârsta de debut, durata și expresivitatea bolii sunt factori predispozanți pentru otită medie adezivă. Devierile stabile în rezultate impedansmetriei, imaginea microotoscopică intraoperatorie, schimbările morfologice a membranei timpanice și a cavității timpanice sunt cele mai importante indici pentru diagnosticul otitei medii adezive. Diagnostica adheziilor este importantă pentru prognozarea evoluției bolii și administrarea tratamentului adecvat. Numai adenotomia sau în combinație cu tratament medicamentos nu previne formarea pungilor de retracție. Tratamentul complex care include timpanostomia reduce riscul de dezvoltare a otitei medii adezive și a otitei medii cronice supurative.

Actualitatea problemei

Otita medie (OM) constituie una din cele mai răspândite afecțiuni ale copilăriei. Majoritatea copiilor (74 % copii) - au 3 și mai multe episoade de OM în anamneză [2]. Datorită particularităților anatomofiziologice ale organelor ORL și a întregului organism al copilului (fond alergic, imunitatea scăzută, etc.) otitele medii acute se pot transforma în forme exsudative și recidivante. Lipsa diagnosticului oportun și a tratamentului adecvat duce la scăderea stabilă a auzului, transformarea OM în otită medie adezivă, otite medii cronice supurate, la formarea colesteatomului și dezvoltarea complicațiilor intracraniene. Aceste patologii influențează dezvoltarea ulterioară a copilului și anume dezvoltarea psihoemoțională, formarea vorbirii și a intelectului. [2]

Otita medie adezivă se dezvoltă treptat la pacienții pe fond de otita medie exsudativă și recidivantă. Otita medie recidivantă (OMR) se caracterizează prin recidive ale otitelor medii acute cu trei sau mai multe epizode în timp de 6 luni, ori 4 epizode în timp de 12 luni. Otita medie exsudativă (OME) decurge relativ asimptomatic, se caracterizează prin dereglările auzului; mai mult de 60 la sută din pacienți se diagnostică întâmplător în timpul examenului profilactic. [2,3,4]

Scopul prezentei lucrări este analiza corelații clinico-funcționale și morfopatologice ale otitelor medii adezive la copii pe fond de otite medii exsudative și recidivante.

Materiale și metode

Sub supravegherea noastră în Clinica ORL Pediatrică s-au aflat copii cu diferite forme de otită medie. Diagnosticul definitiv a fost bazat pe cooptarea datelor clinico-funcționale și morfopatologice intraoperator. Ca rezultat, diagnosticul de otită medie adezivă (OMAd) a fost stabilit la 56 copii.

În aspect de vârstă predominau copiii din grupa între 7 și 14 ani – 32 pacienți, din grupa preșcolară (4 - 6 ani) - 22 copii, 2 copii au fost de vârstă precoce (sub 3 ani). Copiii au fost examinați corespunzător «Schemei examinării otologice a copilului», elaborată de către noi, care include datele anamnezei minuțioase, otoscopiei optice, otoscopiei pneumatice, otomicroscopiei, timpanometriei și ale înregistrării reflexului stapedian, audiometriei, descoperirilor intraoperatorii, rezultatelor funcționale după tratamentul conservator și după tratamentul chirurgical. [4,5]

Retrospectiv am comparat aceste date cu rezultatele corespunzătoare la copii cu otită medie exsudativă și otită medie recidivantă, care au fost sub evidența noastră.

Deci, toți pacienții au fost divizați în 3 loturi. Copiii cu otită medie adezivă au constituit primul lot (56 copii – 108 urechi), copiii cu otită medie exsudativă (OME) au constituit al doilea lot (507 copii), iar cei cu otită medie recidivantă (OMR) – al treilea lot (234 copii).

Rezultate și discuții

Analizând vârsta copiilor în aceste loturi am notat că copiii din primul lot sunt mai mari decât copiii din loturile II și III. Vârstă medie la copiii cu OMAd constituie 7,2 ani (SD 2,5), vârstă medie la copiii cu OME - 3,2 ani (SD 1,6) și la copiii cu OMR - 2,5 (SD 1,5) corespunzător.

Vârstă medie a copilului când s-a început otita medie în toate 3 loturi a fost în limitele primilor 3 ani de viață: în primul lot vârstă medie a constituit 2,3 ani (SD 1,4), în lotul II – 2,3 ani (SD 1,6), în lotul III - 2,2 ani (SD 1,3). Durata medie a bolii la copiii din primul lot a constituit 3.1 ani (SD 2,1), din lotul II – 9 luni (SD 0,24), din lotul III – 4 luni (SD 0,2).

Acuze caracteristice (scăderea auzului, înfundarea urechii, senzație de lichid în ureche) au prezentat 50 % de pacienți din primul lot, dar din lotul II și III – numai 11.1 % și 14,2 % (tab.1). Părinții copiilor au remarcat scăderea auzului mai des în primul lot (67,9 %). Schimbările în sfera psihoneurologică (iritabilitate, comportament neadecvat, retard în dezvoltarea vorbirii, etc.) au fost prezente la majoritatea copiilor (71,4 %, 77,1 %, 82.9% corespunzător în loturile I, II și III).

Tabel 1

Datele anamnezei la copiii cu OM

Lotul	Afecțiunea	Nr. de bolnavi	Schimbări în auz constatate de către copil		Schimbări în auzul copilului semnate de către părinți		Schimbări în starea psihoneurologică	
			N (abs.)	%	N (abs.)	%	N (abs.)	%
I	OMAd	56	28	50	38	67,9	40	71,4
II	OME	507	72	14.2	105	20.7	391	77.1
III	OMR	234	26	11.1	41	17.5	194	82.9

Diverse manifestări alergice și afecțiunile inflamatorii acute repetate ale căilor respiratorii au fost remarcate în anamneză aproximativ la a treia parte din pacienți din toate loturi. (Tab.2)

Datele clinice la copiii cu OM

Afecțiunea	Nr. de boln.	Manifestări alergice		Afecțiunile inflamatorii ale căilor respiratorii		HVA și adenoidită		Amigdalită cronică		Sinusită	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OMAd	56	17	30,4	18	32,1	36	64,3	39	69,6	53	94,6
OME	507	162	31.9	131	25.8	395	77.9	131	25.8	38	7.5
OMR	234	78	33.3	82	35.0	154	65.8	43	18.4	7	3.0

Patologia nazofaringelui a fost depistată la majoritatea pacienților. Hipertrofia vegetațiilor adenoide (HVA) de gradele II - III s-a stabilit cu incidența practic egală la toți pacienții (64,3%, 77,9 %, 65,8 % corespunzător în loturile I, II și III). Incidența amigdalitei cronice și a sinusitei prevalează semnificativ la copiii din lotul I. Amigdalita cronică s-a depistat în 69,6 % de cazuri din lotul I și 25.8 % , 18.4 % corespunzător în loturile II și III. Sinusită s-a diagnosticat practic la toți copiii din primul lot (94,6 %) și la 7.5 % și 3.0 % de copiii din lotul II și III.

Proces adeziv la copiii din primul lot s-a dezvoltat pe fond de OME în 30 cazuri, pe fond de OMR – în 26 cazuri.

Majoritatea copiilor din primul lot înainte de examinarea noastră au urmat diferite cure de tratament conservator: fizioterapie – iradiere UV, laserului, electroforeză cu diferite substanțe medicamentoase – 42 copii, insuflarea tubelor auditive – 46 copii, cateterizarea tubei auditive - 12, pneumomasaj – 42 copii, adenotomia – 46 copii, etc.. Copiii din lotul II și III au primit preventiv numai cure de tratament medicamentos.

Datele otoscopiei optice au fost practic egali la toți pacienți: membrana timpanică de culoarea sură-roză, mată, uneori retrasă, cu punctele de reper nu clare, triunghiul luminos șters sau lărgit. Otoscopia pneumatică, fiind o metodă foarte sensibilă, a demonstrat că la toți pacienții a fost prezentă imobilitatea membranei timpanice.

Rezultatele impedansmetriei la copiii din primul lot au fost diferite: tip B al timpanogramei am înregistrat în 73 urechi – 67,6 % , tip C₂ – în 35 urechi – 32,4 % .

În lotul II - tip "B" al timpanogramei s-a înregistrat în 87 %, din toate cazuri, tip C₂ - în 13 %. Reflexul acustic lipsea la toți copiii. Cercetarea rezistenței electroacustice în lotul III în timpul acutizării a fost posibilă în faza preperforativă; la toți copiii s-a înregistrat tip "B" al timpanogramei și lipsa reflexului stapedian. În timpul remisiei tip "A" și "C₁" al timpanogramei cu indicii complianței normali și a reflexului acustic în limitele normei s-a înregistrat în 65 cazuri (27,8 %). Tip "A" și "C₁" al timpanogramei cu indicii complianței scăzuți și lipsa reflexului stapedian au fost depistate la 37 pacienți (15,8 %). Tip "B" și lipsa reflexului stapedian au fost înregistrate în 56,4 % (132 cazuri).

Examinarea auzului a constatat o hipoacuzie tip transmisie, forma ușoară la majoritatea din toți copiii (82 %); la 18% surditatea a avut caracter mixt. Prezența componentului neurosensorial practic nu depindea de forma otitei.

Tratamentul chirurgical - timpanostomia [1] sau miringotomia - a fost efectuată la 56 copiii din primul lot (108 urechi), 226 copiii din lotul II (447 urechi) și 94 copiii din lotul III (188 urechi).

În timpul operației vizualizarea membranelor timpanice se efectua prin microscop. La copiii din primul lot membrana timpanică a fost sură, sură-roză, retractată, cu punge de retracție, triunghiul de lumină lărgit sau șters. În unele cazuri (12,1 % din urechi) după membrana timpanică au fost marcate bule de „lichid – aer”.

În lotul II - membrana timpanică a fost sură sau sură-roză cu vascularizație pronunțată, des retractată; triunghiul de lumină a fost lărgit sau șters.

În lotul III - schimbările otoscopice au fost diferite în timpul de acutizare și în timpul de remisie. În timpul acutizării tabloul otoscopic reflecta stadiile otitei (preperforativă, perforativă sau postperforativă). În timpul de remisie la o parte din copii (76 - 32,5 %) membrana timpanică a fost practic normală - sură, cu punctele de reper clare, triunghiul de lumină vizibil.

Caracteristicile membranei timpanice și a cavității timpanice stau la baza diagnosticului de otită medie adezivă și au fost condiția principală pentru includerea în primul lot. Membrana timpanică în toate 108 cazuri a fost foarte subțire, cu elasticitatea scăzută, pungi de retracție în *pars flaccida* s-au constatat în 69 urechi, în cadranel postero-superior – în 15 cazuri, în 18 urechi membrana timpanică a fost plasată pe promontoriu, conținea numai un strat, cicatricii postotice a membranei timpanice s-au depistat în 17 cazuri. În 24 urechi cu otită adezivă au fost vizibile aderențele în cavitatea timpanică, care au fost caracteristice numai pentru copiii din primul lot.

S-a analizat conținutul urechii medii. În primul lot relativ mai des s-a depistat exsudat seros (20,4 % urechi) și muco-purulent (17,6 % urechi) și, deasemenea, hiperplazia mucoasei (72,2%). (Tab. 3).

Tabel 3

Conținutul urechii medii (intraoperator)

Lotul	Nr. urechi	Exsudat mucos		Exsudat seros		Exsudat muco-purulent		Edem al mucoasei		Hiperplazia mucoasei	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	108	65	60,2	22	20,4	19	17,6	47	43,5	78	72,2
II	447	402	89,9	28	6,3	12	2,7	283	63,3	164	36,7
III	188	108	57,4	25	13,3	14	7,4	56	29,8	59	31,4

Așa dar, schimbările patologice în cavitatea timpanică sunt diverse și condiționate de dezvoltarea și evoluția procesului patologic, de transformarea din forme precoce în cele tardive. Aceste modificări corelau cu datele micro-otoscopice și pneumo-otoscopice care au evidențiat micșorarea mobilității membranei timpanice, devieri în culoare și transparență, etc.

Rezultatele otomicroscopiei și a examinării cavității timpanice au fost analizate și confruntate cu anamneza, datele otoscopiei convenționale, impedansmetriei și audiometriei.

Toți copii au fost supuși supravegherii postoperatorii în timp de un an cu efectuarea otomicroscopiei, examenului audiometric în dependență de vârsta copilului. Examinările au fost repetate periodic, o dată la 2 - 3 luni.

Ameliorarea auzului s-a constatat (subiectiv) începând de la 2-3 zile după timpanostomie la toți pacienți. La copii mici au fost notate normalizarea somnului și comportării copilului. Peste o lună la toți copii s-a constatat normalizarea datelor otoscopice și îmbunătățirea datelor audiometrice, care au fost stabile pe parcursul anului de supraveghere. Nici un caz de otoree precoce sau tardivă nu s-a înregistrat.

Otoreea precoce (în primele zile după operația) a fost depistată la 4 pacienți. Pe parcursul anului de supraveghere la 39 pacienți s-au diagnosticat recidive de otită medie (otoree tardivă). Toate cazurile acestea au fost caracteristice pentru copiii din lotul III. Aceste recidive, în comparație cu cele de mai înainte de timpanostomie, s-au deosebit prin păstrarea stării generale a copilului la un nivel relativ satisfăcător, lipsa febrei, durerilor și a altor semne de inflamație acută. Pentru tratamentul recidivelor nu a fost necesară antibioterapia generală. Am concluzionat, că recidivele OMR după timpanostomie sunt mai rare și decurg cu o clinică mai ușoară.

Înlăturarea tubelor timpanostomice cu examinarea cavității timpanice și prelucrarea marginilor perforației s-a efectuat peste 12 – 18 luni după timpanostomie. În majoritatea cazurilor s-a constatat ameliorarea stării membranei timpanice și mucoasei cavității timpanice. La copiii din primul lot proces cicatrizant nu s-a dezvoltat mai departe, în 58 urechi a fost notată normalizarea completă a stării membranei timpanice și a mucoasei cavității timpanice.

Îmbunătățirea considerabilă (normalizarea cavității timpanice și dispăriția pungilor de retracție, îngroșarea relativă a membranei timpanice) a fost evidentă în 36 urechi. În 14 urechi cavitatea timpanică s-a îmbunătățit considerabil, dar membrana timpanică a rămas subțire, pungile de retracție s-au micșorat. Aceste date corelau cu vârsta copiilor și durata bolii. Schimbările membranei timpanice și a cavității timpanice au fost în majoritatea cazurilor ireversibile la copii de la 7 ani cu durata bolii mai mult de 3 ani.

Majoritatea copiilor cu schimbări adezive în urechea medie au fost de 5 ani și mai mari. Procesele adezive în membrana timpanică și cavitatea timpanică s-au dezvoltat treptat pe fond de otită medie exsudativă sau otită medie adezivă pe parcursul la mai mult de 12 luni. Scăderea de auz a fost observată de către copil și părinții lui. Procesul adeziv nu influențează evident rezultatele funcționale în comparație cu alte forme de otită medie. Majoritatea copiilor au primit tratament fizioterapeutic cu insufierea tubei auditive, adenotomie, etc. Manifestările otoscopice și audiometrice nu elucidează dezvoltarea procesului adeziv. Timpanometria în dinamică este stabilă – tip B sau C₂. Schimbările adezive ale membranei timpanice și a cavității timpanice se evidențiază și precizează mai des numai prin otomicroscopia membranei timpanice și a cavității timpanice în timpul tratamentului chirurgical. Rezultatele tratamentului chirurgical și prognosticul patologiei depinde de durata afecțiunii și schimbările morfopatologice în membrana timpanică și cavitatea timpanică.

Concluzii

1. Otită medie adezivă se dezvoltă pe fond de otită medie exsudativă și otită medie recidivantă cu durata bolii mai mult de 12 luni.
2. Scăderea de auz relativ permanentă este caracteristică pentru toate formele otitei medii. Perceperea surdității depinde de vârstă copilului și atenția părinților.
3. Stabilirea diagnosticului de otită medie adezivă este posibilă pe baza analizei datelor otomicroscopiei membranei timpanice și cavității timpanice.
4. Tratamentul fizioterapeutic și tratamentul local (însuflarea, cateterizarea tubei auditive) nu stopează formarea cicatricilor, aderenților, pungilor de retracție la copiii cu otită medie.
5. Tratamentul chirurgical (timpanostomia) este cel mai efektiv în prevenirea și tratarea procesului adeziv la copii.
6. Rezultatele tratamentului chirurgical și prognosticul patologiei depinde de durata afecțiunii și schimbările morfopatologice în membrana timpanică și cavitatea timpanică.

Bibliografie

1. Ababii I., Diacova S., Chiaburu A. Tratamentul chirurgical al otitelor medii la copii // Buletin de Perinatologie, N 1, 2002, p. 46 - 48.
2. Chalmers D., Stewart I., Silva Ph., Mulvena A. - Otitis media with effusion in children. The dunedin study. // *Mac Keith Press. London.* 1989, P. 1 - 167.
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. Diacova S., Ababii I. - Our experience in diagnosis, treatment and follow up of otitis media with effusions in infancy. // *6th International Conference on Physiology and Pathology of Hearing.* September 14-16, 1999, Mikolajki, Poland. Abstracts. P. 125 - 126.
5. Diacova S., McDonald T., Beatty Ch., Wei J. - Ear drops in preventing otorrhea associated with tympanostomy tubes insertion in children // *4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery.* May 13 - 18, 2000. ICC Berlin, Germany. Abstracts. P. 56.
6. Diacova S., McDonald T. A comparison of outcomes following tympanostomy tube placement or conservative measures for management of otitis media with effusion // *Ear Nose Throat J* 2008, V.86:552-4