

Complianța electroacustică a sistemului urechii medii este unul din cei mai sensibili indici și permite depistarea chiar și a reacțiilor inflamatorii minime. Astfel, la copiii primilor ani de viață timpanometria este mult mai informativă decât otomicroscopia.

Concluzii

1. La copiii primilor ani de viață otita medie decurge relativ latent în majoritatea cazurilor.
2. Diagnosticul otitelor medii la copiii primilor ani de viață se bazează pe datele anamnezei, otoscopiei pneumatice și impedansmetriei.
3. Analiza complianței electroacustice este cea mai sensibilă și permite depistarea chiar și a reacțiilor inflamatorii minime în urechea medie.
4. Aplicarea metodei noastre de interpretare a rezultatelor timpanometriei ne permite să precizăm unile particularități patogenetice ale otitelor medii la copiii mici.

Bibliografie

1. Ababii I., Diacova S. Managementul otitei medii acute la copiii de vîrstă precoce. // Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", 2002, ediția III, v. 3, p. 196 - 200.
2. 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.
3. S.Diacova, T.McDonald, Ch. Beatty, J. Wei - 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.
4. S.Diacova, I.Ababii, A.Chiaburu – Tratatamentul chirurgical al otitelor medii la copii // Buletin de Perinatologie, N 1, 2002, p. 46 – 48.

IMPORTANȚA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL OTITELOR MEDII EXSUDATIVE LA COPII

Svetlana Diacova

Catedra Otorinolaringologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Importance of the surgical treatment of chronic otitis media with effusion in children

We presented the description and analysis of the results of treatment of otitis media with effusion (OME). Three groups of children suffering from OME were managed by different methods of treatment. The first group underwent adenoidectomy, II - adenoidectomy and conservative treatment and III - tympanostomy and adenoidectomy. Otoscopy, audiometry and impedance audiometry examination revealed undulating dynamic of the middle ear status in the first two groups. We observed gradual improvement (first 2 - 3 months) and progressive worsening of the middle ear status in both groups. The most positive and stable results were registered after tympanostomy with adenoidectomy.

Rezumat

Prezentăm descriere și analiza a rezultatelor tratamentului al otitei medii exsudative (OME) la copii. Trei grupe de copiii care sufereau de OME a fost tratați prin diferite scheme de tratament. La copiii din primul lot a fost efectuată adenotomia; în lotul II adenotomia se îmbină cu tratamentul conservator și lotul III - includea copii, care au fost supuși timpanostomiei cu adenotomie. Otoscopia, audiometria și impedansmetria a demonstrat dinamica undulată a

funcției urechii medii în grupe I și a II. Rezultatele pozitive și stabile am registrat după tratament chirurgical – tympanostomia și adenotomia.

Actualitatea temei

Auzul la copilul de vârstă precoce are o mare importanță pentru dezvoltarea psiho-emoțională a acestuia. Chiar hipoacuzia ușoară poate influența negativ asupra formării vorbirii și a intelectului său. Cauza cea mai frecventă a hipoacuziei la copiii sub 3 ani este otita medie exsudativă (OME), care se definește ca o prezență a lichidului după membrana timpanică intactă, fără semne de inflamație acută (otalgie, febră, neliniștea copilului). [1] Între 25 și 60 % din copii de vârstă preșcolară suferă de OME iar din aceștia circa 30 % necesită tratament chirurgical, inclusiv tympanostomie. [2]

În majoritatea cazurilor OME decurge relativ asimptomatic. Până în prezent în republică nu este pus la punct sistemul de screening al auzului în instituțiile preșcolare, astfel încât mai mult de 60 la sută din pacienți se diagnostică întâmplător în timpul examenului profilactic. Diagnosticul tardiv al acestei patologii face ca în majoritatea cazurilor afecțiunea să fie depistată în stadii avansate, atunci când, otita medie exsudativă evoluează în forme cronice. [1] Diversele metode de tratament (conservator și chirurgical), utilizate la această categorie de bolnavi, asigură rezultate funcționale variabile.

Scopul lucrării a fost descrierea și analiza rezultatelor tratamentului chirurgical în comparație cu alte metode de tratament al OME la copii.

Materiale și metode

În timp de 15 ani (1994 – 2009) sub supravegherea noastră s-au aflat 1740 copii cu OME. Predominau copiii din grupa preșcolară (4 - 6 ani), - 1012 copii, 592 copii erau de vârstă precoce (sub 3 ani), 136 pacienți între 7 și 14 ani. Majoritatea pacienților erau băieți. Pacienții au fost examinați corespunzător «Schemei examinării otologice a copilului», elaborată de noi, care include datele anamnezei minuțioase, otoscopiei optice, otoscopiei pneumatice, otomicroscopiei, timpanometriei și înregistrării reflexului stapedian, audiometriei, rezultatele investigațiilor intraoperatorii, rezultatelor funcționale după tratamentul conservator și după tratamentul chirurgical, rezultate examinării otologice în dinamică (odată în an pe parcursul primelor 5 ani).

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 192 pacienți. În 828 cazuri lipseau plângerile caracteristice pentru OME din partea părinților cu copiii mici (întârziere la adresare părinților, neatenție, etc.) Dar la toți pacienții 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 erau 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 repetat. 72 copii au fost tratați de otită medie recidivantă.

Forma cronică a OME a fost constatată la 857 copii, în 91 % din cazuri afecțiunea fiind bilaterală, la 67 copii - unilaterală (1627 urechi). În toate cazurile erau prezente semnele otoscopice caracteristice: dereglări ale transparenței în 73 %, retractia 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 tip de transmisie la 88 % urechi, mixtă - la 12 % 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 era caracteristică simetria schimbărilor funcționale ale urechii în 78 %. Cu vârsta frecvența simetriei scade până la 27 %.

Alegerea metodei de tratament depinde de manifestările clinice și funcționale ale patologiei urechii medii și nazofaringelui și de decizia părinților. În raport de tratamentul efectuat bolnavii au fost repartizați în 3 loturi: I lot (312 copii), la care s-a efectuat numai adenotomia; lot II (342 copii), la care adenotomia se îmbină cu tratamentul conservator și lot III, care includea 203 copii (394 urechii), care au fost supuși timpanostomiei cu adenotomie.

Adenotomia se efectuează cu anestezia generală (endotraheală - Narcotan + O₂) și sub control optic. În caz de hipertrofie a amigdalelor tubare s-a recurs la înlăturarea lor.

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 exsudatului și spălare cavității timpanice cu soluție fiziologică se instilă soluții de antibiotic și steroid, se fixează tuba timpanostomică, care rămâne în cavitatea timpanică 6 - 16 luni.

Otoscopia optică și examinarea funcțională au fost efectuate în dinamică la intervale de o săptămână, o lună, 3, 6, 12 luni, 3 ani după tratament.

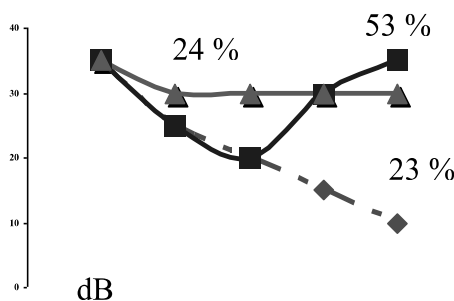


Fig. 1. Dinamica auzului la copiii din lotul I.

Pentru majoritatea bolnavilor din primul lot a fost caracteristică dinamica treptată ondulantă a datelor otoscopice și a indicilor audiometrici cu îmbunătățirea sau normalizarea lor după 1 și 3 luni. (Fig.1) În 24 % 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 de cazuri (52,6 %) la a 6-a lună după adenotomie. Înrautățirea stării funcționale care se manifestat prin scăderea auzului și revenirea curbei timpanometrice spre tip B sau C s-a constatat în 58 % din cazuri, din ele în 63 % din urechi s-a diagnosticat acumularea exsudatului, în 27 % - diferite stadii de manifestări ale tubotimpanitei.

Tratamentul complex, care a inclus adenotomia și măsuri conservatoare (lotul II), a influențat în mod esențial asupra dinamicii auzului. (Fig. 2)

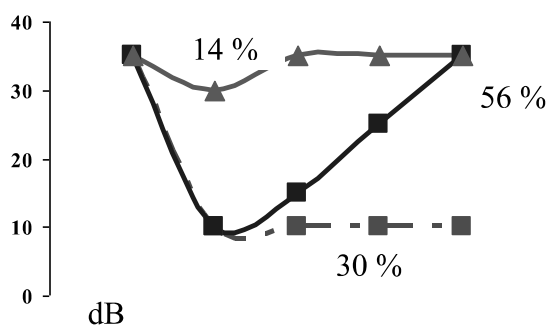


Fig. 2. Dinamica auzului la copiii din lotul II.

La marea majoritate de cazuri (85,5 %) ameliorarea maximă s-a observat spre sfârșitul curei de tratament. Dar la o treime din cazuri (36 %) la trei luni după operație s-a înregistrat o înrăutățire a indicilor audiometrici și timpanometrici. La expirarea a 6 luni erau prezente schimbări, caracteristice pentru exsudat în 43,8 % de cazuri, în 12 % din urechi - semne ale tubootitei.

În lotul III (394 urechi) îmbunătățirea auzului s-a înregistrat, începând de la prima săptămână după operație (fig. 3), fapt remarcat, 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) pe parcursul primului an, legate cu infecții respiratorii intercurrente, care au fost observate la 22 urechi nu au agravat auzul.

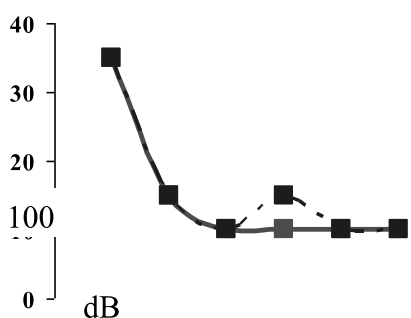


Fig. 3. Dinamica auzului la copiii din lotul III.

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 cu întârziere la medic, când procesul cronic la nivelul urechii medii este deja format.

Patologia nazofaringelui (hipertrofia vegetațiilor adenoide, adenoidita, sinusita, amigdalita și a.), care joacă un rol important în patogenia bolii, dar care 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. Otită medie exsudativă are un caracter evolutiv care necesită diverse scheme de tratament în dependența de schimbările patomorfologice ale urechii medii.
2. Durata lungă ale OME cu schimbări cronice din partea urechii medii sunt indicație pentru timpanostomie.
3. Datele prezentate demonstrează eficacitatea tratamentului chirurgical al otitelor medii cronice exsudative la copii.

Bibliografie

1. Ababii I., Diacova S. Evoluția otitelor medii la copii. Buletin de perinatologie, Chișinău, 2001, Nr 2, p. 37 –40.
2. Bluestone, CD, Klein, JO (Eds), BC Decker, Hamilton. Otitis Media in Infants and Children, 4th ed, Ontario 2007.
3. Diacova S. McDonald T.J. A comparison of outcomes following tympanostomy tube placement or conservative measures for management of otitis media with effusion.// ENT – Ear, Nose and Throat Journal. Philadelphia, PA, USA, 2007, vol. 96, No 9, p. 552 – 555.
4. 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.
5. 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.
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. 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.

IMPACTUL REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN ÎN PATOGENIA AFECȚIUNILOR LARINGIENE

Vasile Cabac, Lilia Scutelnic, Ala Istratenco

Catedra Otorinolaringologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

The impact of gastroesophageal reflux in the pathogenicity of laryngeal diseases

Anatomico-pathological peculiarities of the larynx and proximal esophagus make this area rather vulnerable to injury. This is particularly true for the gastroesophageal reflux (GER). Chronical laryngeal signs and the GER-associated symptoms are defined as reflux laryngitis or laryngopharyngeal reflux (LPR) and are characterized by hoarseness, sorethroat and chronic cough.

LPR is usually diagnosed on the basis of the developed symptoms and associated signs, these including laryngeal edema and erythema, but also on a number of paraclinical instrumental diagnostic procedures. The treatment varies with the severity of the disease, lifestyle, food regimens, medicinal treatment with H₂-, H₁-blockers and prokinetics. Still, surgical treatment is only indicated in life-threatening cases such as laryngeal stenosis and paroxysmal laryngospasm.

The main factors that made the 2 entities associate were: etiology absence of chronical laryngeal symptoms and alleviation, even disappearance, of laryngeal disturbances as a result of the antireflux treatment applied.