

OTITA MEDIE ACUTĂ LA COPIII PRIMULUI AN DE VIAȚĂ
Svetlana Diacova, Eleonora Antohi, Tatiana Macaleț, Ala Jivalcovsci, Marina Palic
Catedra Otorinolaringologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”

Summary

Acute otitis media in children of the first year of life

The aim of the work was evaluation of risk factors and analyses of acute otitis media particularities in children of the first year of life. The study involved 63 patients at the age of the first year of life. Schema of examination included: anamnesis, general clinic exam, ENT exam, optic otoscopy, screening impedance audiometry. Among the most important risk factors we found gastro-intestinal or respiratory tract pathology, horizontal position during feeding, smoke influence in pre- and post- natal period, positive allergic anamnesis. Acute otitis media has silent, unspecific evolution. The most frequent symptoms were: anxiety, anorexia, crying, nasal congestion, normal or subfebrile temperature. Management of acute otitis media in children of the first year of life requires application otoscopy and impedance audiometry.

Rezumat

Scopul lucrării: evaluarea factorilor de risc și analiza particularităților tabloului clinic al otitei medii acute la copiii primului an de viață. În studiu au fost incluși 63 de pacienți cu vârstă de până la un an. Schema examinării clinico-funcționale: anamneza; examenul clinic general; examenul otorinolaringologic; otoscopia optică; impedansmetria. Dintre factorii de risc cei mai importanți au fost: stările morbide a sistemului gastro-intestinal sau respirator, alimentație în poziția orizontală, influența fumatului în perioadele pre- și postnatală, anamneză alergologică pozitivă. Evoluția otitei medii acute are un caracter latent, nespecific. Simptomele clinice frecvent întâlnite fiind: neliniște, refuzul mâncării, țipăt, nas înfundat, temperatura normală sau subfebrilă. Managementul otitelor medii acute la copiii primului an de viață necesită aplicarea metodelor speciale – otoscopia optică și impedansmetria.

Actualitatea

Majoritatea copiilor (până la 90%) suportă otita medie acută (OMA) cel puțin o dată în viață. Până la 60-80% de copii suportă minim un episod de OMA pe parcursul primului an de viață. Cea mai mare incidență se atestă între 6-24 luni de viață [1]. Datorită particularităților anatomofiziologice ale urechii medii și ale întregului organism, inflamația urechii medii la copii în primii 3 ani de viață decurge relativ latent, îndeosebi pe fonul maladiilor intercurente trenante, tratate îndelungat cu antibiotice, și deseori rămâne neobservată sau insuficient tratată. [2]. Acest focar de infecție persistă și poate provoca apariția diferitor complicații septice (bronhopneumonie, mastoidită, meningită, abces cerebral). Posibilitatea dezvoltării hipoacuziei tranzitorii după OMA, merită o atenție deosebită la copiii până la un an, deoarece această perioadă este critică (perioada dezvoltării emoționale și intelectuale). În prezent este demonstrat că surditatea, chiar și de grad ușor, influențează dezvoltarea emoțională și a intelectului [3]. Prin urmare, această afecțiune prezintă interes nu numai medical, dar și psihosocial.

Scopul

Evaluarea factorilor de risc și analiza particularităților tabloului clinic al otitei medii acute la copiii primului an de viață.

Materiale și metode

În acest studiu clinic au fost incluși 63 de pacienți în vârstă până la un an care au fost internați în Spitalul Clinic Republican “Emilian Coțaga” secția Malnutriției, pe parcursul anilor 2011-2012. La toți copii a fost stabilit diagnosticul de OMA bilaterală. Examinarea clinico-funcțională a pacienților s-a efectuat conform unei fișe de examinare elaborată la începutul

studiului, care a inclus: studierea anamnezei; examenul clinic general; examenul otorinolaringologic; otoscopia optică; impedansmetria.

Au fost colectate următoarele acuze (de la părinți): neliniște; capriciozitate; dereglări de respirație nazală; refuzul mâncării și prezența eliminărilor din ureche. S-au precizat durata bolii, cauzele și circumstanțele apariției OMA, frecvența recidivelor OMA, tratamentul primit anterior, antecedentele personale și familiare și anamneza alergologică.

A fost apreciată starea generală a copiilor examinați și prezența patologiilor concomitente ale sistemelor gastro-intestinal și respirator.

Otoscopia optică s-a efectuat la toți copiii cu ajutorul aparatului "Heine" produs de firma "Karl Storz". Rezultatele examinării au fost analizate conform schemei studierii otomicroscopice la copiii de vârstă respectivă, elaborate de către Catedra Otorinolaringologie a Spitalului Clinic Republican pentru Copii "Em. Coțaga".[10] Aceasta schemă include gradarea celor mai importante caracteristici ale membranei timpanice (culoarea, poziția membranei timpanice, vascularizarea, transparența, strălucirea, poziția și forma triunghiului luminos, prezența retractării sau bombării locale sau totale, poziția și gradul de adâncime a retractării, mobilitatea membranei timpanice, etc).

Starea funcțională a sistemului urechii medii s-a explorat cu screening impedansmetru "MT 10". Criteriile diagnostice ale impedansmetriei pentru OMA a copiilor primului an de viață care au fost elaborate de către Catedra Otorinolaringologie a Spitalului Clinic Republican pentru Copii "Em. Coțaga" sunt următoarele: presiunea < -80 mm H₂O; gradientul absolut <0,06 cm³; gradientul relativ < 0,25 [10].

Rezultatele și discuții

La momentul examinării, pacienții suportau diferite forme a OMA: forme latente ale inflamației urechii medii- 24 pacienți (38,2%); forma manifestată de OMA - 21 pacienți (33,3%); OMA subacută (prelungită)- 15 pacienți (23,8%) și OMA recidivantă- 3 pacienți (4,7%). Starea generală a copiilor a fost în majoritatea cazurilor de gravitate medie - 74% (n=47), gravă în 10% (n=6) și ușoară în 16% (n=10).

Factorii de risc: poziționarea copilului în timpul alimentației. Noi am cercetat influența acestui factor în dezvoltarea OMA la sugari, și am obținut că în 57,20% (n=36) cazuri copiii au fost alimentați preponderent în poziție culcată, în 23,80% (n=15) – poziția varia în timpul alimentației, și numai în 19,00% (n=12) de cazuri alimentația a avut loc doar în poziție semiverticală ceea ce confirmă importanța factorului pozițional.

În literatură se discută activ factorul postural în dezvoltarea OMA. Autorii presupun, că în poziția culcată pe spate, în timpul alimentației, laptele și secrețiile nasofaringiene pot nimeri în orificiul nasofaringian al trompei lui Eustache, astfel, provocând obstrucție și inflamație. În afară de poziția în timpul alimentației, poziția orizontală (culcat pe spate), în general, facilitează pătrunderea agenților patogeni din nasofaringe în cavitatea timpanică. Ipoteza dată a fost susținută după prezentarea datelor despre incidența crescută a OMA la copiii alimentați culcat.[8] Majoritatea pacienților noștri (57 %) au fost alimentați în poziție preponderent orizontală, 24 % dintre copii – în poziție variată și numai 15 % - în poziția semiverticală. (Fig. 1)

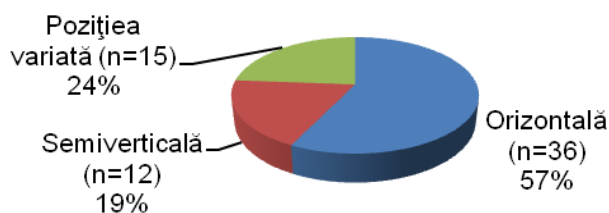


Fig.1. Poziționarea copiilor în timpul alimentației

Factorul alergic. Influența statusului imun alterat a fost determinată în mai multe studii. Aceste surse susțin că, alergia este o problemă răspândită la copii mici. Rolul alergiei în dezvoltarea OMA se explică prin următorul fapt, că urechea medie este ca un “organ de șoc”, care reacționează la o excitare cu alergenul prin edem inflamator, obstrucția trompei lui Eustachio și obstrucția secundară din cauza edemului mucoasei nazale [8]. Datele obținute în studiul nostru susțin această ipoteză, având în vedere faptul că mai mult de jumătate (61,9%) din copiii incluși în studiu au avut o anamneză alergologică agravată. (Fig. 2)

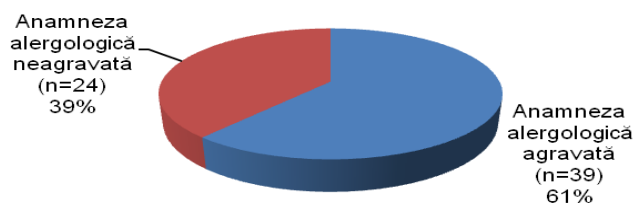


Fig.2 Anamneza alergologică

Fumatul pasiv. Un alt factor nociv semnificativ este fumatul pasiv în perioada ante - și postnatală precoce. În lotul pacienților examinați 52,3 % -33 copii au fost supuși influenței nocive a fumatului, indirect în perioada antenatală. La momentul examinării, în familia copiilor care suferau de OMA, au fost prezenți fumători în 66,6% cazuri, dintre care în 52,4 % (33 cazuri) fumători erau tații și în 14,2 % (9 cazuri) - mamele. Restul 34,4 % (21 copii) dintre cazuri nu au avut influența acestui factor.

Cercetătorul norvegian Siri E. Haberg, a demonstrat că în familiile unde mamele au fumat în ultimul trimestru de sarcină, morbiditatea copiilor de până la 18 luni a fost mai mare decât la copiii care nu au fost expuși, cu incidența cea mai mare la vârsta de până la 6 luni. Incidența de la 0 la 6 luni a fost de 4,7% la copiii neexpuși și 6,0% la copiii expuși, atât prenatal cât și postnatal.

Boli concomitente. La majoritatea pacienților OMA a evoluat în contextul unor infecții respiratorii acute (52,3%), dereglări ale funcției sistemului digestiv (61,4%), și alte boli (metabolice; carentiale - anemie hipocromă, rahitism, malnutriție; genetice) (33,3%) care au avut un impact negativ asupra manifestărilor clinice ale bolii, dintr-o parte agravând considerabil starea pacienților, din altă parte mascând manifestările clinice ale otitei.

Vârsta. Repartizarea copiilor după vârstă demonstrează incidența crescută a OMA pe parcursul primilor trei luni (25 cazuri) și la vârsta de șapte luni. Vârsta medie a copiilor incluși în lotul de studiu a fost de $6,12 \pm 3,63$ luni ($\delta=0,79$).

Vârsta gestațională. Termenii de naștere în 62,0% (n=39) dintre cazuri au fost fiziologici (de la 38 până la 42 săptămâni). Prematuritatea a fost înregistrată la 33,3% (n=21) copii din studiu, cu masa la naștere mai mică de 2,500. La termen mai mare de 42 de săptămâni au fost născuți 4.7% (n=3) copii.

Tabloul clinic. Aspectul clinic și simptomele prezentate de copiii cu OMA se manifestă și se combină diferit. Febra, fiind un semn obiectiv important în tabloul clinic al OMA, la copiii de până la un an a fost prezentă numai în 57,1% (n=36) cazuri, comparativ cu datele din literatură (66%) [9] și 1/3 dintre cazuri [5] fiind febrilă la 14,2% copii, și în 42,9% cazuri- subfebrilă. (Fig 3.)

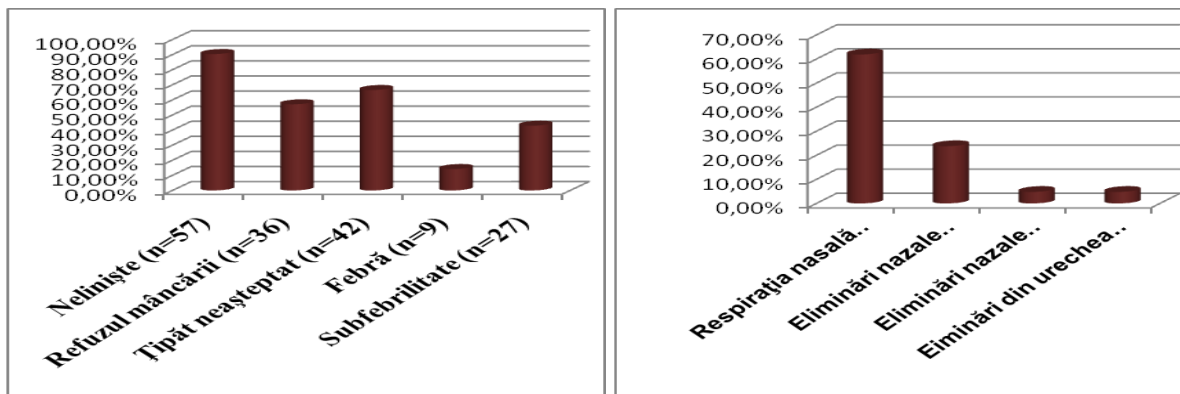


Fig. 3. Semne clinice

Copiii, din spusele părinților, erau neliniștiți în 90,4% cazuri. Țipăt neașteptat s-a determinat la 66,6% copii. În literatura de specialitate neliniștea, agitația și țipătul excesiv au fost observate în 75% dintre cazuri [5]. În 57,1% cazuri mamele au menționat că copiii lor au început să mănânce mai rău comparativ cu perioada anterioară.

La copiii examinați au fost depistate următoarele semne clinice otolaringologice care indică sediul infecției: respirația nazală dificilă în 61,9% cazuri (asociată cu eliminări mucoase în 23,8% cazuri și cu eliminări muco-purulente sau purulente în 4,8% cazuri) și eliminări din urechea bolnavă în 4,8% cazuri.

Otoscopia optică. Noi am examinat 126 urechi. La analiza datelor otoscopiei optice am primit următoarele rezultate. În 16,2% culoarea MT era hiperemiată, ce corespunde cu datele din literatura de specialitate [4]. La trei copii cavitatea timpanică a fost drenată în exterior prin orificiul format, în restul cazurilor (97,2%) perforația ei nu a avut loc, MT la acești copii fiind mai groasă comparativ cu adulții. În 97,2% examinări, poziția MT era obișnuită, în comparație cu 88% cazuri prezentate în literatura de specialitate [11]. În 54,0% dintre cazuri membrana timpanică avea matitate ușoară iar mată în 37,8% dintre cazuri. Contururile ei erau șterse în 56,8% dintre cazuri, în 21,6% nu se evidențiau. Conul de lumină lipsea în 81,0% dintre cazuri și era șters în 13,6%.

Impedansmetria a fost efectuată la toți copiii, datele ei fiind considerate fundamentale în stabilirea diagnosticului. (Fig. 4.) În total au fost efectuate 126 de examinări, dintre care la 74% (n=93) s-a determinat timpanograma de Tip As, timpanograma de Tip B în 20% (n=25), în 4% (n=5) timpanograma de Tip C, și perforație în 2% (n=3).

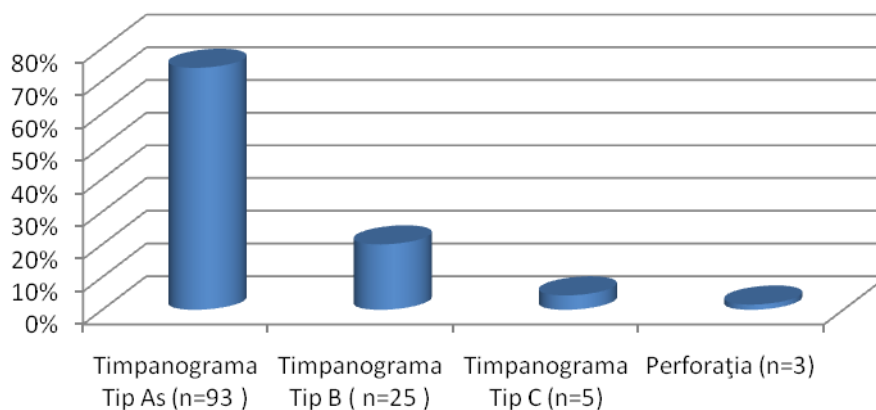


Fig.4 Tipurile de timpanograme

Durata bolii în toate cazurile a fost mai mare de 10 zile, nici un pacient nu a suportat complicații ale OMA. Durata antibioticoterapiei la toți copiii examinați a fost de 10 zile, la toți pacienții indicându-se consultația otorinolaringologului și a pediatrului la un interval de o lună și 3 luni. La toți pacienții, la externare, starea a fost apreciată ca satisfăcătoare, determinându-se însănătoșire clinică.

Reieșind din datele obținute putem concluziona că:

1. Copiii cu diferite stări morbide legate de sistemul gastro-intestinal sau respirator, alimentați în poziția orizontală, copiii care au fost supuși influenței nocive a fumăturii în perioadele pre-și postnatală și cei cu anamneză alergologică agravată pot fi considerați grupa de risc pentru dezvoltarea OMA.

2. La copiii de vârstă dată (<1 an) evoluția OMA are un caracter latent, oligosimptomatic, nespecific, simptomele clinice frecvent întâlnite fiind: neliniște, refuzul mîncării, țipăt neașteptat, nas înfundat, temperatura normală sau subfebrilă.

3. Caracteristicile membranei timpanice la copiii primului an de viață sunt nespecifice pentru OMA. Cele mai semnificative dintre ele sunt: transparența scăzută a MT, lipsa sau ștergerea conturilor, lipsa sau ștergerea conului de lumină.

4. Impedansmetria cu caracteristicile timpanogramei este metoda de bază în diagnosticul OMA la copiii primului an de viață și este necesară pentru confirmarea acestora.

Concluzie generală

Diagnosticul OMA la copiii primului an de viață, îndeosebi a formei latente este foarte dificil și pentru stabilirea acestuia trebuie să fie luată în considerare toată gama datelor anamnestic, examenului otoscopic și funcțional.

Bibliografie

- 1 Ababii I, Maniuc M, Diacova S, Maximenco E Protocolul Clinic Național „Otita Medie Acută la copil”, Chiș. 2011
- 2 Brauer Michael, Gehring Ulrike, Brunekreef Bert, Johan de Jongste, Jorrit Gerritsen Traffic-Related Air Pollution and Otitis Media. // Environmental Health Perspectives, Nr. 9, September 2006.
- 3 Diacova S. Chiburu A. Otitele medii la copii // Buletin de perinatologie, 2005, Nr. 4, p. 8-9.
- 4 Diacova S. Particularitățile otitelor medii a copii în primii ani de viață // Anale științifice ale USMF “N. Testemițanu” 2010 p. 354-357.
- 5 Diacova S., Ababii I. Particularitățile clinico-patogenetice ale otitelor medii la copiii cu boli infecțioase în primul an de viață. // Conferința a infecționiștilor 2001 p. 189-191.
- 6 Diacova S. Posibilitățile impedansmetriei în diagnosticul otitelor medii la copii // Buletin de perinatologie, 2011, Nr. 5, p. 15-17.
- 7 Diacova S., Antohii E., Mahaleț T., Jivalovschi A. Particularitățile clinico-patologice ale otitelor medii la copiii cu vârsta sub 1 an cu boli infecțioase intestinale // Buletin de perinatologie, 2005, Nr. 4, p. 11-12.
- 8 Paradise Jack L. Otitis Media In Infants and Children. <http://www.pediatrics.org>
- 9 Waheeb Sakran, Hassan Makary, Raul Colodner Acute Otitis Media less than three months of age: clinical presentation, etiologi and concomitant diseases // International Journal of Pediatric Otorinolaringology 2006, p. 613-617.
- 10 Дьякова С. А. Неинвазивные методы диагностики латентных воспалительных заболеваний среднего уха у детей первого года жизни. Автореф. к. м. н., Кишинев, 1993
- 11 Чистякова В. Р. Отоантрит у новорожденных и детей. Москва 2004, с. 6, 102-109.