

OTITELE MEDII EXSUDATIVE ȘI RECIDIVANTE LA COPII

Ion Ababii, dr. h. în medicină, prof. univ., academician,
Svetlana Diacova, dr., conf. univ., **Anghelina Chiaburu**, dr., asistent universitar,
catedra de Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Otita medie (OM) constituie una dintre cele mai răspândite afecțiuni caracteristice copiilor. Majoritatea copiilor (74 % copii) au 3 și mai multe episoade de OM în viață [2]. Datorită particularităților anatomofiziologice ale organelor ORL și a întregului organism al copilului (fond alergic, imunitate scăzută, etc.), otitele medii acute se pot transforma în forme exsudativă și recidivantă. 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 recidivantă (OMR) se caracterizează prin recidive ale otitelor medii acute cu trei sau mai multe episoade în timp de 6 luni ori 4 episoade în timp de 12 luni. Otita medie exsudativă (OME) decurge relativ asimptomatic, caracterizându-se prin dereglări ale auzului; mai mult de 60 la sută din pacienți se diagnostică întâmplător în timpul examenului profilactic. [2,3,4]

Scopul prezentei lucrări este analiza manifestărilor comune și distinctive ale otitelor medii exsudative și recidivante la copii.

Materiale și metode. Sub supravegherea noastră în Clinica ORL Pediatrică s-au aflat 741 de copii cu otită medie. Primul lot – 507 copii îl constituie bolnavii cu otită medie exsudativă (OME) fără episoade de otită medie acută în anamneză. Lotul doi – bolnavii, care sufereau de otită medie recidivantă (OMR) – 234 de copii.

În aspect de vârstă predominau copiii din grupa preșcolară (4 – 6 ani) – 431 de copii, 295 de copii au fost de vârstă precoce (sub 3 ani), 15 pacienți între 7 și 14 ani. Copiii au fost examinați corespunzător „Schemei examinării otologice a copilului”, elaborate 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]

Rezultate și discuții. Acuze caracteristice ca scăderea auzului, înfundarea urechii, senzația de lichid în ureche au prezentat 98 de pacienți – 13,2 %. (tab.1). În 146 de cazuri părinții copiilor mici au remarcat că necesită repetare în timpul comunicării. La 79 % de copii au fost notate schimbări în sfera psihoneurologică (iritabilitate, comportament neadecvat, retard în dezvoltarea vorbirii etc.).

Tabelul 1

Datele anamnezei la copiii cu OME și OMR

Boala	Nr. de bolnavi	Schimbări în auz constatate de către copil		Schimbări în auzul copilului semnate de către părinți		Schimbări în statusul psihoneurologic	
		N	%	N	%	N	%
OME	507	72	14,2	105	20,7	391	77,1
OMR	234	26	11,1	41	17,5	194	82,9
Total	741	98	13,2	146	19,7	585	78,9

Diverse manifestări alergice în timpul examinării au fost remarcate în anamneză – la 32 %. (tab.2) A treia grupă (29 %) de copii au avut afecțiuni inflamatorii acute repetate ale căilor respiratorii. Patologia nazofaringelui a fost depistată la majoritatea pacienților. Hipertrofia vegetațiilor adenoide (HVA) de gradele II-III s-a stabilit în 74 % din cazuri, 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 23,5 % din cazuri. Inflamația sinusurilor maxilare și etmoidale a fost depistată la 45 de copii.

Tabelul 2

Datele clinice la copiii cu OME și OMR

Boala	Nr. de boln.	Manifestări alergice		Afecțiuni inflamatorii ale căilor respiratorii		HVA și adenoidită		Amigdalită cronică		Sinusită	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
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
Total	741	240	32,3	213	28,7	549	74,1	174	23,5	45	6,1

Datele otomicroscopiei au fost diverse. În grupa OME membrana timpanică a fost cenușie sau cenușie-roză, cu vascularizație pronunțată, des retractată; conusul de lumină a fost lărgit sau șters. Dar în 135 de cazuri (26,6 %) aceste semne au fost nu prea pronunțate și rezultatele evaluării au fost dubioase. În unele cazuri (48 – 9,5 %) după membrana timpanică au fost marcate bule de „lichid – aer” sau nivel de lichid. Otoscopia pneumatică a demonstrat sensibilitate mare – la toți pacienții a fost remarcată imobilitatea membranei timpanice.

În grupa OMR schimbări otoscopice au fost diferite în timp de acutizare și în timp de remisie. În timpul acutizării tabloul otoscopic reflecta stadiile otitei (preperforativă, perforativă sau postperforativă).

În timpul remisiei la o parte din copii (76 – 32,5 %) membrana timpanică a fost, practic, normală - cenușie, cu punctele de reper clare, conusul de lumină vizibil. Otoscopia pneumatică a confirmat însănătoșire la 68 de copii (29,1 %). În celelalte cazuri (67,5 %) datele otomicroscopiei și otoscopiei pneumatice au fost identice cu rezultatele examinării în grupa OME, descrise mai sus. Rezultatele impedansmetriei în grupa OME au fost de bază în diagnosticul otitei medii. Tipul “B” al timpanogramei s-a înregistrat în 87 %, tipul C₂ – în 13%. Reflexul acustic lipsea la toți copii.

Cercetarea rezistenței electroacustice în grupa OMR în timpul acutizării a fost posibilă în faza preperforativă; la toți copiii s-a înregistrat tipul “B” al timpanogramei și lipsa reflexului stapedian.

În timpul remisiei tipurile “A” și “C” ale timpanogramei cu indicii complianței normali și reflexul acustic în limitele normei s-au înregistrat în 65 de cazuri (27,8%). Tipurile “A” și “C” ale timpanogramei cu indicii complianței scăzuți și lipsa reflexului stapedian au fost depistate la 37 de pacienți (15,8%). Tipul “B” și lipsa reflexului stapedian au fost înregistrate în (132 de cazuri), 56,4%.

Examinarea auzului a constatat hipoacuzie de tip transmisie la toți pacienții din grupa OME. La copiii din grupa OMR s-a observat dinamică pozitivă până la normalizarea auzului (în timpul remisiei) în 87 de cazuri (37,2 %). Ameliorare neînsemnată sau lipsa dinamicii în starea auzului s-a constatat la 147 de copii (62,8%).

Tratamentul chirurgical - timpanostomia [1] sau miringotomia – a fost efectuat la 226 de copii (447 urechi) cu OME cronică și 94 de copii (188 urechi) cu OMR.

În timpul operației în primul lot s-a depistat exsudat mucos în 402 urechi, seros – în 28 urechi, muco-purulent în 12 urechi (tab. 3). Mucoasa urechii medii era patologic modificată în toate cazurile (447), depistându-se: edem în 283 urechi, hiperplazie moderată – în 132, granulații și polipi – în 32 urechi. Membrana timpanică a fost foarte subțire cu elasticitate scăzută în 48 de cazuri. În 18 urechi membrana timpanică a fost plasată pe promontoriu, conținea numai un strat.

În lotul OMR exsudat mucos s-a aspirat din 108 urechi, seros - din 25 urechi, muco-purulent – din 14 urechi. Edem al mucoasei a fost atestat notat în 56 urechi, hiperplazia mucoasei în 59 urechi.

Tabelul 3

Conținutul urechii medii intraoperator

Tipul otitei medii	Nr. urechi	Exsudat mucos		Exsudat seros		Exsudat muco-purul.		Edem al mucoasei		Hiperplazia mucoasei	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OME	447	402	89,9	28	6,3	12	2,7	283	63,3	164	36,7
OMR	188	108	57,4	25	13,3	14	7,4	56	29,8	59	31,4
Total	635	510	80,3	53	8,3	26	4,1	339	53,4	223	35,1

Așadar, 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 microotoscopiei și pneumotoscopiei, care au evidențiat micșorarea mobilității membranei timpanice, devieri în culoare și transparență etc. Toți copiii au fost supuși supravegherii postoperatorii timp de un an, cu efectuarea otomicroscopiei, examenului audiometric în funcție 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 majoritatea pacienților. La copiii mici a fost înregistrată normalizarea somnului și a comportării.

Din lotul OME peste o lună la toți copiii 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 a fost atestat. Din lotul OMR peste o lună la toți copiii, de asemenea, s-a constatat normalizarea datelor otoscopice și îmbunătățirea datelor audiometrice. Otoreea precoce a fost depistată la 4 pacienți. Pe parcursul anului de supraveghere la 39 de pacienți s-a diagnosticat recidive de otită medie (otoree tardivă). Aceste recidive, în comparație cu cele anterioare timpanostomiei, se deosebeau considerabil, starea generală a copilului era la nivelul relativ satisfăcător, lipsa febra, dureri și alte semne de inflamație acută. Pentru tratamentul recidivelor nu a fost necesară antibioterapia generală. În concluzie, recidivele OMR după timpanostomie sunt mai rare și decurg clinic mai ușor.

Concluzii

1. Otita medie exsudativă și otita medie recidivantă sunt diferite stadii ale otitei medii și pot evolua de la una la alta.
2. Scăderea de auz (permanentă sau episodică) este caracteristică pentru OME și OMR, dar în majoritatea cazurilor nu este percepută de către copil și părinți.
3. Otagia periodică și supurația sunt specifice pentru OMR, dar nu pentru OME.
4. La majoritatea copiilor cu OME și OMR s-au înregistrat schimbări în statusul psihoneurologic (iritabilitate, comportament inadecvat, retardul dezvoltării vorbirii etc.).
5. Schimbările patologice în cavitatea timpanică sunt diverse și condiționate de dezvoltarea și evoluția procesului, transformarea din forme precoce în cele tardive. În OME mai frecvent se înregistrează exsudat mucos, foarte rar și exsudat seros.
6. Din lotul OME peste o lună la toți copiii s-au 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. Recidivele OMR după timpanostomie sunt rare și decurg mai ușor.

Bibliografie selectivă

1. I. S.Ababii, A.Diacova, Chiaburu, *Tratamentul chirurgical al otitelor medii la copii* în „Buletin de Perinatologie”, nr.1, 2002, p. 46-48.
2. D.Chalmers, I.Stewart, Ph.Silva, A.Mulvena, *Otitis media with effusion in children. The du-nedin study*, în Mac Keith Press, London, 1989, p. 1-167.

3. Van Cauwenberge P, Watelet J, Dhooge I., *Uncommon and unusual complications of otitis media with effusion*. în „Int J Pediatr Otorhinolaryngol”, nr.49, 1999, Suppl 1:119-25.

4. S.Diacova, I.Ababii, *Our experience in diagnosis, treatment and follow up of otitis media with effusions in infancy*. în „6th International Conference on Physiology and Pathology of Hearing”. September 14-16, 1999, Mikolajki, Poland. Abstracts, p. 125-126.

5. S.Diacova, T.McDonald, Ch. Beatty, J. Wei, *Ear drops in preventing otorrhea associated with tympanostomy tubes insertion in children*, în 4th „European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery”, May 13-18, 2000. ICC Berlin, Germany. Abstracts, p. 56.

Rezumat

Se efectuează o analiza comparativă a manifestărilor clinice și a modificărilor locale stabilite intraoperator la copiii cu otită medie exsudativă și recidivantă. Aceste forme reprezintă diferite stadii de otită medie și au multe particularități comune. Diagnosticul se bazează pe datele anamnezei minuțioase și impedansmetriei în dinamică. Datele otoscopiei nu sunt clare. Modificările locale în majoritatea cazurilor sunt, practic, identice.

Summary

We present a comparative analysis of the clinical manifestations and surgical findings in children suffering from otitis media with effusion and recurrent otitis media. These forms represent different stages of otitis media and have many common features. Diagnosis is based on detailed anamnesis and impedance audiometer in dynamics. Otoscopy data are often doubtful. The surgical findings are practically identical in the majority of cases.

PROCEDEUL LICHTENSTEIN – AVANTAJE ȘI PERSPECTIVE ÎN TRATAMENTUL FORMELOR COMPLICATE DE HERNII INGHINALE

Constantin Țîbîrnă¹, dr. h. în medicină, prof. univ., membru corespondent,

Vasile Ceauș², medic chirurg, **Oleg Crudu¹**, dr., cercetător științific,

Alexandru Musteață¹, rezident,

catedra Chirurgie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”¹, clinica Chirurgie SCM „Sfânta Treime”²

Frecvența herniilor inghinale constituie 4,9% și se întâlnesc, în majoritate, la persoanele de sex masculin. Ele reprezintă 80% din totalul herniilor (I. Ioffe, 1978). Pentru tratamentul herniei inghinale la 3% din populația adultă se intervine chirurgical (Devlin H.B., 1993).

Contingentul pacienților cu hernie inghinală în secțiile de chirurgie generală îl alcătuiesc, în majoritate, bărbații cu vârsta de la 30 de ani și mai mult. Rata recidivelor în hernia inghinală după hernioplastiile tradiționale rămâne înaltă și constituie 8% (Iu. A. Nesterenco, 1980) sau 10-15% (I.L. Lichtenstein, 1993; I.M. Rutkov, 1993).

Metodele tradiționale de plastie a canalului inghinal uneori se asociază cu traumatizarea n. *ilioinguinalis*, *iliohipogastricus* și *genitofemoralis*, nu rareori se traumatizează vasele arteriale și venoase ale funiculului spermatic. Din metodele tradiționale chirurgicale de tratament al herniilor inghinale, reconstrucția pe straturi după Shouldice, datorită ratei scăzute a recidivelor, aproximativ 1%, în herniologia modernă, reprezintă un standart cu care putem compara rezultatele metodelor noi.

Un loc aparte îl ocupă pacienții cu hernii inghinale recidivante, la care este schimbată anatomia canalului inghinal și există un deficit de țesuturi proprii pentru a putea efectua plastia canalului inghinal cu țesuturi proprii. În asemenea cazuri, tratamentul chirurgical prin metode tradiționale de plastie cu țesuturi proprii se transformă într-o operație traumatică pentru pacient și tehnic este mai greu de efectuat, în multe cazuri necesitând anestezie generală și uneori se poate complica cu complicații nu