

Algorytm postępowania w przewlekłym wysiękowym zapaleniu ucha środkowego (OMS)

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński

Wprowadzenie

Przeprowadzone po raz pierwszy na skalę ogólnopolską badania epidemiologiczne wykazały, że wśród dzieci w wieku szkolnym co piąte ma problemy ze słuchem. W tej licznej grupie aż 70% dzieci ma zmiany w obrębie ucha środkowego będące następstwem przebytych infekcji górnych dróg oddechowych.

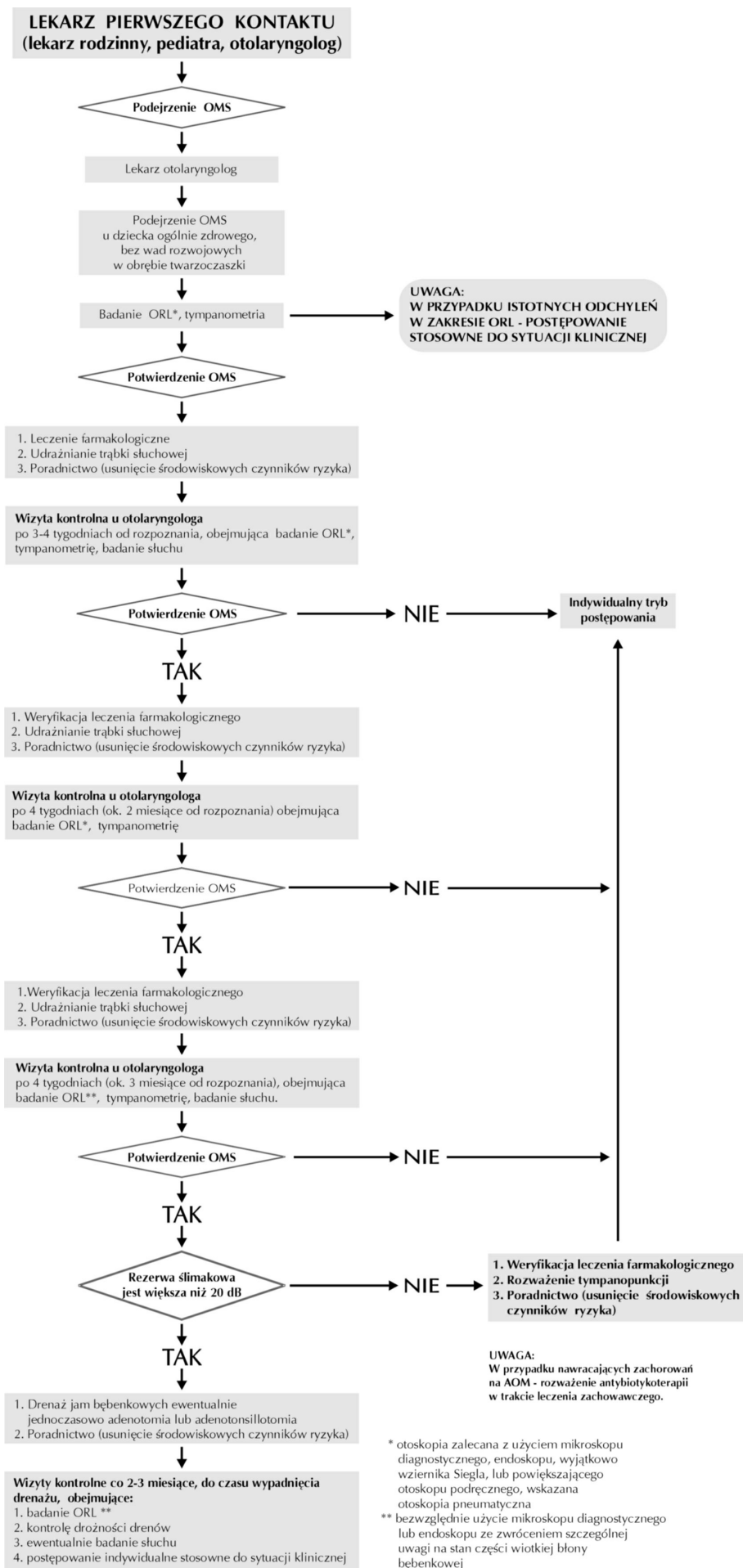
Blisko połowa dzieci z tej grupy ma zmiany wysiękowe lub bardziej zaawansowane – zarostowe, które są przyczyną postępującego niedosłuchu. Wczesne rozpoznanie tych zmian, usunięcie wysięku i/lub zarostów pozwala na przerwanie procesu zarastania ucha, przywraca słuch do granic normy oraz obniża lub wyklucza późniejsze koszty medyczne związane z chorobą z tego powodu.

Tak częste zjawisko, jakim jest przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego (OMS), niesie ze sobą określone problemy zdrowotne oraz społeczne i ekonomiczne. Opracowanie optymalnego sposobu postępowania w tak często występującej jednostce chorobowej jest więc niezbędne do racjonalnego uzyskania efektu zdrowotnego przy obecnie ponoszonych kosztach.

Algorytm postępowania w przewlekłym wysiękowym zapaleniu ucha środkowego

Lekarz otolaryngolog prowadzący diagnostykę uwzględni wszelkie istotne odchylenia w zakresie badania ORL i decyduje, czy konieczne jest postępowanie dotyczące innych schorzeń mogących mieć wpływ na OMS. Na tym etapie wskazane jest wykonanie badania tympanometrycznego, potwierdzającego obecność wysięku w uchu środkowym. Przez pierwsze trzy miesiące przewidywane jest postępowanie zachowawcze. Zalecane leczenie farmakologiczne stosowane w tym okresie obejmuje leki antyhistaminowe, mukolityki, leki anemizujące błonę śluzową. O wyborze leku, dawkach, trybie stosowania decyduje lekarz otolaryngolog prowadzący leczenie. W uzasadnionych przypadkach, takich jak nawracające incydenty ostrego zapalenia ucha środkowego, zwłaszcza podczas okresu ujętego w algorytmie, rozważyć należy antybiotykoterapię doustną. Podjęcie leczenia immunomodulującego zależy również od indywidualnych uwarunkowań. Wybór rodzaju zabiegów udrażniających trąbkę słuchową związany jest z wiekiem dziecka, umiejętnością współpracy oraz innymi uwarunkowaniami, które uwzględni lekarz otolaryngolog. Decyduje on, czy udrażnianie trąbki będzie odbywało się przy wyłącznym zaangażowaniu dziecka – z wykorzystaniem np. prób Valsalvy i Toynbyego lub z użyciem materiałów pomocniczych takich jak balon do autoinflacji, czy też konieczny będzie udział lekarza, jak to ma miejsce przy stosowaniu metody Politzera. W ostatnim przypadku proponuje się serię zabiegów pod kontrolą lekarza otolaryngologa lub audiologa.

Poradnictwo dotyczące usunięcia środowiskowych czynników ryzyka to kolejny element obowiązkowych wizyt u otolaryngologa. Polega ono na przekazaniu opiekunom chorego dziecka informacji o czynnikach ryzyka w przewlekłym wysiękowym zapaleniu ucha środkowego, jak np.: narażenie na dym tytoniowy.



Badanie słuchu u dziecka współpracującego obejmuje wykonanie audiometrii tonalnej, natomiast u dziecka małego oraz w uzasadnionych sytuacjach zalecane jest badanie elektrofizjologiczne – rejestracja potencjałów wywołanych z pnia mózgu (ABR).

Decyzja o wykonaniu drenażu ucha środkowego powinna być podejmowana po okresie około trzech miesięcy od rozpoczęcia leczenia zachowawczego – w przypadku, gdy jest ono nieskuteczne. Wartością graniczną jest wartość rezerwy ślimakowej wynosząca 20 dB (lub więcej). Gdy rezerwa jest mniejsza, raz jeszcze należy rozważyć leczenie farmakologiczne oraz wykonanie tympanopunkcji.

Dodatkowo należy uwzględnić możliwość wpływu wspomnianych czynników ryzyka.

Kwalifikacja dziecka do drenażu wiąże się z możliwością jednoczesnego wykonania adenotomii lub adenotonsillotomii, o ile istnieje taka potrzeba. Wizyty kontrolne po zabiegu powinny odbywać się co 2–3 miesiące, aż do momentu wypadnięcia drenów. Obowiązujące pełne badanie otolaryngologiczne, zarówno podczas kwalifikacji do drenażu, jak i po jego wykonaniu, obejmuje otoskopię z użyciem mikroskopu diagnostycznego lub endoskopu, ze zwróceniem szczególnej uwagi na stan części wiotkiej błony bębenkowej oraz na drożność drenów. O ewentualnej potrzebie wykonania badania słuchu decyduje lekarz otolaryngolog, audiolog czy foniatra, który może nadzorować proces leczenia. Należy również dokonać oceny – jak długo i jak głębokie upośledzenie słuchu miało dziecko wskutek OMS i wziąć pod uwagę ten fakt przy analizie i ocenie późniejszych trudności dziecka w nauce, nawet w szkole średniej lub wyższej (LDS – learning disability syndrome).

Wnioski

1. Obserwacja dziecka z nawracającymi infekcjami górnych dróg oddechowych musi obejmować postępowanie diagnostyczne w kierunku wykluczenia zaburzeń słuchu.
2. Pierwsza faza leczenia OMS ma charakter zachowawczy i powinna uwzględniać przyczyny nie tylko z zakresu otolaryngologii i audiologii.
3. Stwierdzenie zmian wysiękowych i/lub zarostowych powinno być bezwzględnym wskazaniem do wykonania zabiegu operacyjnego, którego celem jest ich usunięcie oraz poprawa słuchu.
- 4 Opracowany algorytm postępowania w OMS odzwierciedla doświadczenia w leczeniu kilku tysięcy pacjentów, u których stwierdzono i leczono zmiany w obrębie ucha środkowego w ostatnich 3 latach.