Family Medicine & Primary Care Review 2013; 15, 3: 375–376 © Copyright by Wydawnictwo Continuo

PL ISSN 1734-3402

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zastosowanie przedłużonego drenażu wentylacyjnego jamy bębenkowej w leczeniu wysiękowego zapalenia ucha środkowego u dzieci

Prolonged ventilation tube treatment in otitis media with effusion in children

MAGDALENA PRAUZIŃSKA[B, D–F], JAROSŁAW SZYDŁOWSKI[A, D], BEATA PUCHER[B, D]

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Katedry Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Wysiękowe zapalenie ucha środkowego (OME) jest jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego. Przebiega z obecnością płynu w jamie bębenkowej i niedosłuchem przewodzeniowym. Podstawą leczenia jest drenaż wentylacyjny ucha środkowego z zastosowaniem drenów krótkoterminowych, które utrzymywane są około 6 miesięcy. Często po usunięciu drenów dochodzi do nawrotu choroby. Alternatywą dla wielokrotnego drenażu jamy bębenkowej jest drenaż przedłużony przy zastosowaniu drenów Armstronga lub drenów T.
Materiał i metody. Przeanalizowano dokumentację medyczną 5 dzieci, u których zastosowano przedłużony drenaż jamy bębenkowej.
Wyniki. Wszystkie dzieci były wcześniej leczone chirurgicznie. Zastosowano u nich drenaż za pomocą drenów Armstronga lub drenów T. U wszystkich pacjentów stwierdzono ustąpienie dolegliwości oraz poprawę słuchu.
Wnioski. Zastosowanie przedłużonego drenażu jamy bębenkowej jest skuteczną i korzystną alternatywą dla wielokrotnego drenażu.
Słowa kluczowe: wysiękowe zapalenie ucha środkowego, przedłużony drenaż jamy bębenkowej, dreny tympanostomijne.

Summary **Background.** Otitis media with effusion is common in childhood. It is defined as a presence of fluid in the middle ear which causes conductive hearing loss. The basic treatment is insertion of tympanostomy tubes for a period of 6 months. Many children have a recurrence of OME shortly after tube extrusion. An alternative for repeated tube insertion is prolonged ventilation tube treatment.
Material and methods. The medical charts of 5 children with prolonged ventilation tube treatment were analysed.
Results. All children underwent surgical treatment before. Armstrong or T-tubes were inserted. In all cases the relief of symptoms and improvement of hearing were observed.
Conclusions. Prolonged ventilation tube treatment is an effective and convenient alternative for repeated short term tube insertion.
Key words: otitis media with effusion, prolonged ventilation tube treatment, tympanostomy tube.

Wstęp

Wysiękowe zapalenie ucha środkowego (*otitis media with effusion* – OME) to jednostka chorobowa charakteryzująca się obecnością płynu w jamie bębenkowej przy braku cech ostrego zakażenia. Prowadzi to do upośledzenia ruchomości błony bębenkowej, co powoduje niedosłuch typu przewodzeniowego. OME jest jedną z najczęstszych chorób dzieci spotykanych w praktyce lekarza rodzinnego i pediatry. Około 90% dzieci do 6. roku życia ma za sobą przynajmniej jeden epizod OME, najczęściej między 6. miesiącem a 4. rokiem życia [1]. Szczyt zachorowalności przypada na miesiące zimowo-wiosenne. Zdecydowana większość OME ustępuje samoistnie w ciągu 3 miesięcy, ale około 30–40% dzieci cierpi na nawracające OME. W 5–10% przypadków wysięk trwa rok lub dłużej [1].

OME, szczególnie gdy towarzyszy mu utrwalony niedosłuch oraz inne objawy, zdecydowanie negatywnie wpływa na jakość życia dzieci i ich opiekunów [2]. Jest to związane nie tylko z fizycznym cierpieniem dziecka, ale także z zaburzeniami o charakterze emocjonalnym, trudnościami w nauce oraz obniżonym poziomem adaptacji psychospołecznej [3].

Patogeneza OME ma charakter wieloczynnikowy. U jej podstaw leży dysfunkcja trąbki Eustachiusza oraz czynnik infekcyjny.

Podstawową metodą leczenia OME jest leczenie chirurgiczne – drenaż wentylacyjny ucha środkowego. Polega na nacięciu błony bębenkowej, odessaniu zalegającej wydzieliny i przepłukaniu jamy bębenkowej oraz założeniu dreników tympanostomijnych, aby utrzymać perforację, która zapobiega gromadzeniu się wysięku. Najczęściej używane są dreniki typu „szpulka" („grommet" type) z dwoma kołnierzykami. Konstrukcja drenu oraz sposób gojenia błony bębenkowej sprawia, iż tego typu dreny wypadają samoistnie. Standardowo okres utrzymywania drenażu ucha środkowego wynosi około 6 miesięcy. W przypadku zmian strukturalnych błony bębenkowej towarzyszących OME często dochodzi do bardzo wczesnego wypadnięcia dreników, co jest zjawiskiem niekorzystnym. U wielu dzieci po wypadnięciu lub usunięciu drenów następuje szybki nawrót choroby i wymagają one ponownego drenażu ucha środkowego. Alternatywą dla przeprowadzania zabiegu wielokrotnego jest przedłużony (na okres powyżej 12 miesięcy) drenaż ucha środkowego przez zastosowanie transtympanalnych drenów Armstronga lub drenów T.

Materiał i metody

Na potrzeby pracy przeanalizowano dokumentację medyczną 5 dzieci, u których zastosowano przedłużony drenaż ucha środkowego, zwracając szczególną uwagę na poprzednie leczenie, występowanie zauważalnego niedosłuchu oraz wyniki audiometrii tonalnej. Płeć i wiek pacjentów oraz poprzednie leczenie przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Płeć i wiek pacjentów oraz poprzednie leczenie

Nr	Inicjały	Płeć	Wiek	Poprzednie leczenie
1	P.D.	ch	8 lat 8 miesięcy	adenotomia, readenotomia+drenaż
2	G.B.	ch	6 lat 3 miesiące	adenotomia+drenaż, readenotomia+drenaż
3	W.B.	dz	10 lat 9 miesięcy	adenotomia+drenaż, readenotomia+drenaż
4	M.C.	ch	11 lat 9 miesięcy	adenotomia+drenaż, readenotomia+drenaż 2 x
5	M.S.	ch	12 lat 10 miesięcy	adenotomia+drenaż, readenotomia+drenaż 2 x

Tabela 2. Średni poziom niedosłuchu (dB) przed i po zabiegu operacyjnym oraz ich różnica

Nr	Przed zabiegiem		Po zabiegu		Różnica	
	UP	UL	UP	UL	UP	UL
1	16	39	10	12	6	27
2	41	17	13	13	28	4
3	40	50	30	28	10	22
4	35	46	22	24	13	22
5	58	60	37	39	21	21

UP – ucho prawe, UL – ucho lewe.

Wyniki

U wszystkich dzieci przed zabiegiem operacyjnym występował różnego stopnia jedno- lub obustronny niedosłuch, co potwierdzały wyniki badań audiometrii tonalnej. U dzieci zastosowano leczenie chirurgiczne przez założenie transtympanalnych drenów Armstronga (3 przypadki) lub drenów T (2 przypadki). Przebieg pooperacyjny był we wszystkich przypadkach niepowikłany. Wszystkie dzieci pozostają pod opieką Poradni Przyklinicznej z utrzymanym drenażem (obecnie okres utrzymywania drenażu wynosi od 2 do 24 miesięcy), bez dolegliwości. Tabela 2 przedstawia wyniki audiometrii tonalnej dla przewodnictwa powietrznego (w dB, średnia dla 500, 1000 i 2000 Hz) wykonanej przed oraz po (1 doba–6 miesięcy) zabiegu.

Wnioski

We wszystkich przypadkach uzyskano subiektywną i obiektywną poprawę w zakresie słuchu oraz dolegliwości związanych z OME. Przedłużony drenaż ucha środkowego jest skuteczny oraz pozwala uniknąć ryzyka i uciążliwości wielokrotnych hospitalizacji i zabiegów w znieczuleniu ogólnym. Dodatkową korzyścią jest możliwość zastosowania i utrzymania tego typu drenów przy zmianach strukturalnych błony bębenkowej, często obecnych przy długo trwającym OME. U dzieci, u których stosowano transtympanalny drenaż ucha środkowego, obserwuje się zmiany o typie miejscowej atrofii błony bębenkowej, myringosklerozy, kieszonek retrakcyjnych czy przetrwałej perforacji [4, 5]. Przedłużanie drenażu teoretycznie zwiększa ryzyko powstania tych następstw, jednak nie ma dowodów na istnienie takiej zależności. Niektórzy autorzy zauważają, iż tego typu zmiany występują także u nieleczonych dzieci i nie wiadomo, czy są skutkiem leczenia, czy samej choroby [6].

Według autorów przedłużony drenaż wentylacyjny przez zastosowanie drenów Armstronga lub drenów T jest korzystną alternatywą dla wielokrotnych zabiegów drenażu za pomocą drenów typu „szpulka" oraz postępowaniem z wyboru w przypadkach zmian strukturalnych błony bębenkowej.

Piśmiennictwo

1. Rosenfeld RM, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130(5 Suppl.): S95–S118.
2. Brouwer CN, Maillé AR, Rovers MM, et al. Health-related quality of life in children with otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; 69(8): 1031–1041. Epub 2005 Apr 20.
3. Bellussi L, Mandalŕ M, Passŕli FM, et al. Quality of life and psycho-social development in children with otitis media with effusion. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005; 25(6): 359–364.
4. Hassmann-Poznańska E, Goździewski A, Piszcz M, et al. Long term sequelae of otitis media with effusion during childhood. *Otolaryngol Pol* 2010; 64(4): 234–239. doi: 10.1016/S0030-6657(10)70022-6.
5. Zielnik-Jurkiewicz B, Olszewska-Sosińska O, Rakowska M. Results of treatment with tympanostomy tubes in children with otitis media with effusion. *Otolaryngol Pol* 2006; 60(2): 181–185.
6. Valtonen HJ, Qvarnberg YH, Nuutinen J. Otological and audiological outcomes five years after tympanostomy in early childhood. *Laryngoscope* 2002; 112(4): 669–675.

Adres do korespondencji:
Dr hab. n. med. Jarosław Szydłowski
Klinika Otolaryngologii Dziecięcej UM
ul. Szpitalna 27/33
60-572 Poznań
Tel.: 61 849-13-63
E-mail: szydlowski@ump.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.02.2013 r.
Po recenzji: 25.03.2013 r.
Zaakceptowano do druku: 10.04.2013 r.