

ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΩΤΙΤΙΔΑ

Ορισμός - Επιδημιολογία

Εκκριτική ωτίτιδα είναι η συλλογή άσηπτου υγρού στην κοιλότητα του μέσου ωτός (μια μικρή αεροφόρο κοιλότητα πίσω από το τύμπανο, που περιλαμβάνει τα τρία μικρά ακουστικά οστά ενωμένα μεταξύ τους σαν αλυσίδα), λόγω κακής λειτουργίας της ευσταχιανής σάλπιγγας, με αποτέλεσμα παροδική κατά κανόνα βαρηκοΐα, μετρίου βαθμού. Ο μόνος τρόπος επικοινωνίας του μέσου ωτός με το περιβάλλον είναι μέσα από την ευσταχιανή σάλπιγγα, ένα μικρό σωλήνα, που καταλήγει στο πίσω τμήμα της μύτης δίπλα από τα κρεατάκια, εξασφαλίζει τον καλό αερισμό του αυτιού, απομακρύνει τις φυσιολογικές εκκρίσεις αυτού και ανοίγει κυρίως κατά την μάσηση, την κατάποση και το χασμουρητό.

Είναι μία πολύ συχνή νόσος, ιδίως στην παιδική και στην προσχολική ηλικία. Το 20% των παιδιών παρουσιάζουν κάποτε για κάποιο διάστημα συλλογή υγρού στο μέσο αυτί. Η νόσος παρουσιάζεται σε παιδιά σε ποσοστό 70 έως 80%, αλλά μπορεί να παρουσιαστεί και σε οποιαδήποτε ηλικία. Εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια και συνήθως κατά τους χειμερινούς και όχι τους θερινούς μήνες.

Αίτια	και	παράγοντες	κινδύνου
<p>Η ευσταχιανή σάλπιγγα στα παιδιά κάτω των 6 ετών είναι πιο μικρή σε μήκος, βρίσκεται σε οριζόντια θέση, με πιο ευρύ στόμιο και ως αποτέλεσμα είναι πιο εύκολα διαπερατή από μικρόβια. Η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια), τα συχνά κρυολογήματα, η αλλεργία και ορισμένες σπάνιες παθήσεις όπως σύνδρομο Down, λαγώχειλο ή λυκόστομα, αποτελούν προδιαθετικούς παράγοντες για την εκκριτική ωτίτιδα.</p>			

Οι βασικές αιτίες για την εκκριτική ωτίτιδα είναι:

- Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (ρινίτιδες, λοιμώξεις από τα κρεατάκια, αμυγδαλίτιδες).
- Υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων.
- Υποτροπιάζουσες οξείες ωτίτιδες (μικροβιακές ή ιογενείς).
- Απόφραξη της ευσταχιανής από κύστη ή όγκο ρινοφάρυγγα, πολύποδες ρινός.
- Ανώμαλη ή ατελής ανάπτυξη της ευσταχιανής σάλπιγγας.
- Ακτινοθεραπεία

- Αυξομειώσεις της ατμοσφαιρικής πίεσης (απογείωση και κυρίως προγείωση με αεροπλάνο, καταδύσεις).

Τέλος, το παθητικό κάπνισμα στο σπίτι και η παρουσία πολλών παιδιών στον ίδιο χώρο, όπως συμβαίνει σε παιδικούς σταθμούς και σχολεία, φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης υγρού στο αυτί.

Κλινική εικόνα

Το **αίσθημα πληρότητας** (βούλωμα) - **βαρηκοΐας** είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα στην εκκριτική ωτίτιδα. Αποτελεί την πιο συχνή αιτία βαρηκοΐας κατά την παιδική ηλικία. Η βαρηκοΐα ποικίλλει, ακόμα και από μέρα σε μέρα και μπορεί για μεγάλα διαστήματα να παραμείνει αδιάγνωστη, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά. Η βαρηκοΐα αγωγής είναι μικρού προς μετρίου βαθμού (15 – 35 db) και μπορεί να συνοδεύεται, στους ενήλικες, από **εμβοές** διαφορετικής συχνότητας και έντασης, μερικές φορές και από **ύλιγγο**, λόγω πίεσης του υγρού στην ωοειδή ή στρογγυλή θυρίδα. Σπανίως η εκκριτική ωτίτιδα μπορεί να προκαλεί **πόνο**, ο οποίος είναι παροδικός και τις περισσότερες φορές εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της νύχτας. Τέλος να τονισθεί ότι δεν προκαλεί ποτέ πυρετό, εκτός αν συνδυάζεται με λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος.

Επιπλοκές

Εάν εκλείψει η αιτία που προκαλεί την εκκριτική ωτίτιδα, η νόσος ιάται σε διάστημα 10-20 ημερών σε ποσοστό 90%. Στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων το μέσο αυτί καθαρίζει από μόνο του μέσα σε 4 - 6 εβδομάδες περίπου.

Κάποιες φορές το υγρό παραμένει για μεγαλύτερα διαστήματα. Τότε γίνεται παχύρρευστο και κολλώδες (glue ear). Παρατεταμένη παραμονή αυτού μπορεί να οδηγήσει σε :

- Μόνιμες παραμορφώσεις των οσταρίων του μέσου αυτιού - συμφύσεις και τελικά μόνιμη δυσλειτουργία του, που μπορεί να απαιτήσουν στο μέλλον πολύ λεπτές επεμβάσεις.
- Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας η ελάττωση της ακοής μπορεί να δράσει ανασταλτικά στην ανάπτυξη της ομιλίας τους. Είναι επίσης δυνατόν να επηρεαστεί η συμπεριφορά τους κάνοντας τα δύστροπα.
- Τα παιδιά σχολικής ηλικίας μένουν πίσω στα μαθήματα, αφού με δυσκολία συνήθως παρακολουθούν στην τάξη. Η συμπεριφορά τους επηρεάζεται αφού αισθάνονται μειονεκτικά και εμφανίζουν τάσεις απομονωτισμού.

Διάγνωση

Η διάγνωση είναι κλινική.

- Ωτοσκοπικά ευρήματα : θολερότητα του τυμπανικού υμένα, εισολκή της

λαβής της σφύρας, φυσαλλίδες αέρα ή υδραερικό επίπεδο.

- Εργαστηριακός έλεγχος με τυμπανόγραμμα τύπου B (παθολογική εικόνα επίπεδης γραμμής) επιβεβαιώνει την συλλογή υγρού στο μέσο αυτί.
- Ενδοσκοπήση ρινός και ρινοφάρυγγα πρέπει να γίνεται σε ενήλικες για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο της ύπαρξης ενός καλοήθου ή κακοήθου όγκου.
- Αν κρίνεται απαραίτητο γίνεται απεικονιστικός έλεγχος με CT ή MRI ρινοφάρυγγα.

Αντιμετώπιση

Οι **ρινοπλύσεις** με φυσιολογικό ορό/διαλύματα θαλασσινού νερού (με το κεφάλι σε όρθια θέση και λίγο σκυμμένο προς τα μπροστά) πρέπει να αποτελούν την καθημερινή περιποίηση της μύτης. Τα θαλασσινά μπάνια (με το κεφάλι μέσα στο νερό) βοηθούν στη θεραπεία της νόσου.

Σημαντική θέση στη θεραπευτική αγωγή κατέχουν οι **αναπνευστικές ασκήσεις**. Το μάσημα τσίχλας, το φούσκωμα μπαλονιών, η χρήση μιας ειδικής συσκευής (μπαλόνη που φουσκώνεται με τη μύτη) και η εξίσωση (για τα μεγαλύτερα παιδιά) αρκούν σε αρκετές περιπτώσεις για τη θεραπεία της νόσου.

Η **φαρμακευτική αντιμετώπιση** συνίσταται στη χορήγηση τοπικών αντισηπτικών ή/και αντιβιοτικών σταγόνων στη μύτη, αποσυμφορητικών σπρέυ, ενώ χρήσιμη είναι και η χορήγηση κορτιζόνης σε σπρέυ ή per os. Η αντιβιοτική αγωγή έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει σε μεγάλο ποσοστό στην ίαση της νόσου. Σημαντικό είναι να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση αντισταμινικών, εκτός αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη για να χορηγηθούν (αποδεδειγμένη αλλεργική ρινίτιδα).

Χειρουργική αντιμετώπιση

Παρουσία υγρού στην κοιλότητα του μέσου ωτός για χρονικό διάστημα άνω των δύο-τριών μηνών αποτελεί ένδειξη για παρακέντηση του τυμπανικού υμένα (**μυριγγοτομή**) και αναρρόφηση του υγρού, προκειμένου να αποφευχθεί η δημιουργία συμφύσεων ανάμεσα στα οστάρια και στα τοιχώματα του μέσου ωτός, καθώς και η μετάπλαση του επιθηλίου του μέσου ωτός σε εκκριτικό, το οποίο είναι τελικά και το καλύτερο κριτήριο για την **τοποθέτηση** ή μη **σωληνίσκων αερισμού**. Στα παιδιά πάντα η επέμβαση συνοδεύεται από **αδενοτομή** (αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων).

Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία, διαρκεί περίπου 20 λεπτά και συνίσταται στην, υπό το μικροσκόπιο, παρακέντηση του τυμπανικού υμένα, αναρρόφηση του υγρού και τοποθέτηση μικρού σωληνίσκου αερισμού πάνω στο τύμπανο ώστε να έλθει σε μόνιμη επικοινωνία το μέσο αυτί με τον αέρα. Έτσι επιτυγχάνονται και η απομάκρυνση του υγρού και ο καλός αερισμός του. Πρόκειται για μια ανώδυνη ασφαλή επέμβαση, που απαιτεί παραμονή στο νοσοκομείο μόνο για λίγες ώρες. Παρά τις αντικρουόμενες απόψεις, μετά την τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού καλό είναι να υπάρχει προφύλαξη από το νερό κατά το λούσιμο, στη θάλασσα και στη πισίνα. Το ταξίδι με αεροπλάνο δεν απαγορεύεται. Οι σωληνίσκοι

αερισμού αποβάλλονται αυτόματα από το ίδιο το αυτί σε διάστημα 6-12 μηνών, αφήνοντας μια ανεπαίσθητη ουλή.

Πάνω από το 90% των παιδιών απαντούν θετικά στη χειρουργική θεραπεία. Όμως το υπόλοιπο ποσοστό μπορεί να αναπτύξει ξανά εκκριτική ωτίτιδα μετά την απομάκρυνση των σωληνίσκων και να χρειαστεί πάλι να τοποθετηθούν νέοι. Ευτυχώς οι υποτροπές αυτές είναι σπάνιες και αφορούν συνήθως παιδιά με σοβαρή αλλεργία, σύνδρομο Down ή λυκόστομα.