

OTOLOGIE

INFLAMAȚIILE URECHII MEDII

- Inflamațiile urechii mijlocii - **otite medii**
- Evolutiv: **acute sau cronice**.
- **Otită medie acută** : inflamația acută, cu sau fără supurație a mucoasei cavității urechii mijlocii, produsă de o agresiune virală, sau bacteriană, ori asociată.
 - **otite acute cu timpan închis și**
 - **otite acute cu timpan deschis.**

OTITELE MEDII ACUTE CU TIMPAN ÎNCHIS

OTITA SEROASĂ ACUTĂ

- disfuncția trompei lui Eustachio cu perturbarea funcției echipresive și de drenaj.
- Alterarea acestor funcții tubare este realizată de o obstrucție nazală sau rinofaringiană, care antrenează o stare inflamatorie latentă a mucoasei trompei cu impermeabilizarea tubară.
- La copil, cauza principală de obstrucție tubară este reprezentată de vegetațiile adenoide sau de sinuzitele infantile (maxilară sau edmoidală).
- La adult, pe primul plan se situează sinuzitele apoi obstrucțiile nazale, prin deviații ale septului, hipertrofia cornetelor, polipul coanal, alergiile nazale sau nazosinuzale; **cancerul cavumului** este o altă cauză de otită seroasă acută, constituind adesea, prima lui manifestare.

- Mecanism.
 - congestie (catar tubotimpanic acut sau catar ototubar).
 - resorbția aerului
 - prin transudare -o serozitate aseptică în urechea medie.
- În otita seroasă acută epansamentul seros, cu vâscozitate slabă poate fi evacuat ușor de îndată ce trompa devine permeabilă.
- Dacă procesul se cronicizează, epansamentul devine vâscos și evacuarea lui prin trompă este mai dificil - otita seroasă cronică sau "glue ear".
- Otita seroasă acută de cele mai multe ori este bilaterală
- Clinic:

OTODINIE - VÂJÂITURI - SURDITATE.

● Otoscopia

Timpanul apare ușor rozat, cu desen vascular vizibil, mai marcat pe mânerul ciocanului și pe membrana Schrapnell, triunghiul luminos este alterat sau dispărut și se constată semnele de retracție - orizontalizarea mânerului ciocanului și proeminența scurtei apofize. Uneori, prin transparența timpanului, se observă un nivel de lichid în casă, care variază cu poziția capului și chiar bule de aer lipite pe fața internă a timpanului. Aceste modificări sunt mai evidente la otomicroscop. La examenul cu speculul Siegle, timpanul rămâne imobil.

- Acumetria și audiometria arată prezența **surdității de transmisie** cu **triada Bezold** (Rinne negativ, Schwabach prelungit, Weber lateralizat pe partea urechii bolnave). Audiograma arată **afectarea frecvențelor grave**.

OTITA BAROTRAUMATICĂ

- consecința variațiilor exagerate, peste limita fiziologicului, a presiunii atmosferice din mediul ambiant aerian (în aviație) sau lichidian (în mediul subacvatic).
- Este forma de otită medie acută întâlnită la aviatori și la cei ce lucrează sub apă (scafandri, chesonieri, scufundători). Cea mai frecvent semnalată este cea a aviatorilor, motiv pentru care se numește **aerootită**.
- Presiunea atmosferică se modifică la ridicare și la coborâre.
- **La ridicare**, presiunea atmosferică scade, se produce o variație de presiune negativă, care este resimțită de individ sub forma unei hiperpresiuni intraauriculare și a unei hiperacuzii ușoare.
- Otoscopia efectuată în acest moment arată o **bombare a timpanului**. Când diferența de presiune atinge un anumit prag, trompa este forțată și se aude un pocnet în ureche (un click) și echipresiunea este restabilită automat.

- **La coborâre**, presiunea atmosferică crește (variația de presiune pozitivă) și se realizează un blocaj al trompei. De data aceasta, deblocarea tubară nu mai poate fi făcută automat, de la sine, ci sunt necesare manevre de deschidere forțată, prin înghițiri succesive sau prin procedeele Valsalva. Dacă prin aceste procedee, deblocarea trompei nu poate fi obținută și dacă coborârea continuă, blocajul devine ireversibil și se instalează **aerootita** sau **otita seroasă prin mecanism barotraumatic**. Ea se manifestă prin durere vie în ureche însoțită de acufene, surditate și uneori de vertij.
- Otoscopia pune în evidență un **timpan retractat**, congestionat, prin transparența căruia se poate vedea un nivel de lichid, sau se poate deduce existența unui epansament aerogazos, prin prezența bulelor de aer caracteristice.
- Examenul funcțional pune în evidență prezența unei **surdități de transmisie cu deficit pe grave, frecvențele acute sunt normale**.
- Vindecarea se face fie spontan, fie după câteva **insuflații tubare**.
- Având în vedere cauza determinantă a otitelor seroase trebuie rezolvată deviația de sept, sinuzita, rinita cronică hipertrofică, vegetațiile adenoide.

OTITA ACUTĂ CONGESTIVĂ

- apare în cursul infecției virale a căilor respiratorii superioare (rinitele sau corizele acute) și reprezintă extensia inflamației mucoasei nazale către urechea medie prin intermediul trompei lui Eustachio, primul stadiu al unei otite medii acute supurate.
- Se întâlnesc mai frecvent la copiii adenoidieni.
- Clinic se manifestă prin dureri auriculare foarte vii, surditate ușoară.
- Examenul otoscopic remarcă timpanul congestionat, cu reliefurile anatomice șterse, dar fără bombare.
- În câteva zile, spontan sau sub influența tratamentului, simptomele dispar.

OTITELE MEDII ACUTE CU TIMPAN DESCHIS

- reprezintă stadii evolutive ale unor otite medii acute care, inițial, nu prezentau perforații timpanale.

OTITA MEDIE SUPURATĂ ACUTĂ

- Mai frecvent la copii, datorită hiperactivității țesutului limfoid.
- Prezența antibioticelor și utilizarea lor pe scară largă, a redus mult incidența supurației auriculare acute și implicit a complicațiilor, iar folosirea incorectă a antibioticelor a creat rezistența microbiană, cu apariția unor otite trenante și recidivante.
- Germenii microbieni implicați în declanșarea infecției auriculare sunt:
 - Streptococcus pneumoniae 35%;
 - Hemophilus influenzae 20%;
 - Streptococcus grup A 8%;
 - Branhamella catarrhalis 3%;
 - Staphylococcus aureus 2%.

- Cauzele favorizante ale otitei medii acute sunt locale și generale.
 - CAUZELE LOCALE :
 - adenoidita acută,
 - amigdalita acută,
 - sinuzita acută,
 - tumori nazofaringiene.
 - CAUZELE GENERALE :
 - virozele respiratorii,
 - boli infecto-contagioase,
 - alergia nazosinusală,
 - imunitate deficitară.
- În majoritatea cazurilor, 80%, infecția se produce prin intermediul trompei, rar pe cale hematogenă și pe cale externă.
- Modificările persistente în urechea medie, exudat, transudat, favorizează infecția cu germenii microbieni.
- Calea hematogenă apare în cadrul septicemiilor și în unele boli infecto-contagioase.
- Pe cale externă apare infecția în caz de perforație preexistentă a timpanului, când se face spălătura auriculară sau când se instilează în conduct soluții dezinfectante.

● Otita medie acută supurată evoluează în patru faze succesive:

- inflamație,
- supurație,
- complicație
- rezoluție.

● Stadiul de **inflamație** sau faza preperforativă

- caracterizat prin **hiperemie și edem al mucoperiostului** din urechea medie, cu formarea exudatului serofibrinos în decurs de **3-7 zile**.
- Exudatul crește în cutia timpanică, o umple și apasă asupra timpanului, ceea ce îl face să bombeze către conduct.
- Subiectiv, în această fază, bolnavul acuză **dureri violente în ureche (otodinie)**, care iradiază în tâmplă, mastoidă, orbită, maxilarul superior și ceafă, mai accentuate noaptea, însoțite de **hipoacuzie, vâjâituri și uneori amețeli, febră 38°-39°C**.

Obiectiv se constată timpanul congestionat difuz, cu dispariția reperelor anatomice, timpan care bombează cu precădere în cadranul postero-superior sau în jumătatea superioară.



● Stadiul de supurație

- În această fază mucoasa casei și a mastoidei se îngroașă, blochează celulele mastoidiene și aditus ad antrum și împiedică drenajul mastoidei.
- Exudatul sero-sangvinolent se transformă în exudat muco-purulent și purulent.
- Subiectiv, bolnavul acuză dureri pulsatile, care sunt mai intense noaptea, dureri ce determină insomnie și alterează starea generală, febră 39°-40°C, surditate accentuată, amețeli și vâjâituri puternice.
- Palparea mastoidei este dureroasă în cele trei puncte ale sale: antrul mastoidian, vârful apofizei mastoide și marginea posterioară a mastoidei.

- Obiectiv, timpanul se prezintă cu congestie difuză, cu dispariția reperelor anatomice și bombat. Către a 4-5-a zi apare perforația spontană la nivelul locului de bombare maximă, frecvent în cadrul antero-inferior.
- Este bine să nu se aștepte perforarea spontană ci să se practice **miringotomia**, când semnele de colectare sunt evidente.
- !!! Odată cu apariția perforației și scurgerii auriculare, durerea dispare și cu ea febra și starea toxicoseptică, precum și sensibilitatea dureroasă a mastoidei.

- La otoscopie se constată prezența **secreției mucopurulente pulsatile la nivelul perforației**, unde poate să **prolabeze o mucoasă roșie, edemațiată (perforația în "țâță de vacă")**.
- **Radiografia de mastoidă în incidența Schuller**, pune în evidență **voalarea sistemului celular de partea bolnavă**, semn al inflamației mucoasei și a acumulării de puroi în celulele mastoidiene.

● Stadiul de complicații

- apare când **mastoida se umple cu granulații ale mucoasei și cu puroi sub presiune**, prin lipsa de drenaj, la nivelul aditusului ad antrum.
- Acest stadiu poate să apară pe un organism tarat, când virulența germenilor este crescută.

● Stadiul de rezoluție

- se caracterizează prin **diminuarea secreției, revenirea auzului și vindecare și durează în medie o săptămână.**

● **TRATAMENTUL** otitei medii supurate acute este simptomatic și vizează **reducerea durerii și febrei.**

● Se administrează **antibiotice, antiinflamatorii** .

● Local se practică **timpanotomia** urmată de pansamente cu antibiotic sub formă de instilații auriculare.

● **Tratamentul durează 7-10 zile.**

OTITA MEDIE ACUTĂ A SUGARULUI

- Este destul de frecventă și poate trece neobservată. **Urechea trebuie examinată în orice sindrom febril.** Starea generală este profund alterată, cu vărsături, diaree, scădere ponderală, deshidratare, atrepsie.
- Examenul otoscopic relevă modificări ale timpanului, sub forma unei **congestii discrete.**
- Examenul trebuie să se repete zilnic.
- **De obicei, modificările patologice sunt bilaterale.**
- Diagnosticul se stabilește pe cele mai mici modificări patologice ale timpanului, pe alterarea antrului mastoidian la examenul radiologic, pe timpanotomie, care evacuează secreția sero-sangvinolentă și pe antrotomia exploratorie.
- **TRATAMENTUL** instituit la sugar trebuie să aibă în vedere starea generală. Se vor administra câte **2 antibiotice**: Ampicilină + Gentamicină. Se va aplica o **căldură uscată locală**, pe ureche, timpanotomie, **dezinfectante nazale**. Tratamentul antibiotic durează până la normalizarea aspectului timpanului, restabilirea funcțională și normalizarea stării generale.

● OTITA MEDIE ACUTĂ NECROZANTĂ

- diferă de cea banală sau simplă printr-o evoluție supraacută, cu distrugerii largi ale structurilor urechii medii (timpan, oscioare).
- apare la copii ca o complicație a pojarului, scarlatinei și gripei.
- Infecția este provocată de streptococul beta hemolitic, care produce o distrugere precoce a pars tensa a timpanului necroza mucoperiostului casei timpanului și lanțului oscicular.
- Procese rapide trombotice determină sechestre osoase în mastoidă și leziuni de osteomielită a structurilor celulare și a tablei interne mastoidiene.
- Extinderea procesului de necroză depinde de rezistența organismului și de virulența infecției. Cazurile mai puțin virulente sunt limitate numai la distrugerea timpanului.
- Simptomatologia este identică cu cea a otitei supurate simple, numai că manifestările sunt mai severe și mai rapide, iar primul simptom este scurgerea auriculară timpurie și net purulentă.

- Obiectiv: **timpan cu perforație centrală largă**, care se extinde rapid până la dispariția totală a pars tensa. Mucoasa casei prezintă granulații acoperite de secreții purulente murdare.
- Din punct de vedere evolutiv, otita acută necrozată are **tendința rapidă la cronicizare**, sau, dacă se vindecă, lasă **sechele cicatriceale postotitice**, cu **important deficit auditiv**.
- **TRATAMENTUL** care trebuie aplicat în această formă de otită constă din **antibiotice cu spectru larg și doze mari, parenteral**, iar local se folosește aceeași metodă ca în otitele supurate bacteriene.
- Datorită sechelelor de perforație timpanică acestea se vor repara ulterior prin **timpanoplastie**.

INFLAMAȚIILE CRONICE ALE URECHII MEDII

- Otitele medii cronice sunt expresii ale inflamației cronice dezvoltate în cavitatea urechii mijlocii, care se asociază și se intrică cu procese infecțioase, astfel încât pot sau nu pot să determine otoree. Prin cronicitate nu trebuie înțelese durata evoluției și alura dureroasă sau nedureroasă a bolii, ci **posibilitatea de reversibilitate sau ireversibilitate ale leziunilor**.
- Spre deosebire de otitele medii acute care se vindecă "restitutio ad integrum", otitele medii cronice se vindecă totdeauna prin **cicatrici**, lăsând sechele postotitice, sub forma **otitelor cicatriceale, adezive și fibroadezive**.
- Se deosebesc două categorii de otite medii cronice: **cu timpan închis și cu timpan deschis**.

OTITA CRONICĂ CU TIMPAN ÎNCHIS

- cuprinde trei forme anatomoclinice: otita seroasă cronică, otita adezivă și catarul tubotimpanic cronic.

OTITA SEROASĂ CRONICĂ

- secundară otitei seroase acute
- Conținutul din cutia timpanică este seromucos sau chiar mucos, vâscos, greu de eliminat.
- Bolnavii prezintă surditate și vâjâituri, cu senzație de plenitudine în ureche, fără să acuze dureri.
- Examenul obiectiv pune în evidență la otoscopie **timpan de culoare gălbuie sau albăstruie, imobil la examenul cu speculul Siegle**. Acumetric și audiometric se constată **surditate de transmisie pe toate frecvențele la conducerea aeriană, de cca. 30 dB**.
- Impedanțmetria stabilește existența conținutului din casă prin aspectul timpanogramei.
- **Evoluția otitei seromucoase netratată se face către otita adezivă**, cu retracție de timpan, care se lipește de peretele interior al casei și cu organizarea de aderențe în cutia timpanică și în jurul oscioarelor.

OTITA ADEZIVĂ SAU FIBROADEZIVĂ

- poate să apară după o otită acută virală sau după o otită medie acută supurată neperforată, care în urma tratamentului antibiotic efectuat a dus la rezoluția puroiului, dar și la formarea de **aderențe cicatriceale cu blocarea oscioarelor și ferestrelor**.
- Ea poate fi rezultatul și a otitei seromucoase cronice a cărei evoluție îndelungată permite **fibrozarea epanșamentului vâscos și nedrenat din cutia timpanului**.
- Obstrucția tubară repetată, de origine mecanică sau inflamatorie produce cu timpul o **reacție fibroasă, cu aderențe și procese adezive între timpan și peretele intern al casei**.
- Simptomele constau din surditate și acufene cu caracter grav, supărătoare pentru bolnav.
- Otoscopia constată un **timpan retractat, scleros, cu mânerul ciocanului orizontalizat și cu scurta apofiză mai proeminentă**.

CATARUL TUBOTIMPANIC CRONIC

- se datorează **obstrucției cronice a tubei**
- în casă se formează aderențe care înglobează și blochează lanțul oscicular, realizând **timpanoscleroza**.
- Tratament
 - înlăturarea factorilor cauzali
 - restabilirea permeabilității tubare și ventilația cutiei timpanice.
 - insuflație tubară cu sonda Itard,
 - injecții transtimpanice cu hidroclorid de cortizon,
 - miringotomia cu aspirația mucusului vâscos și
 - drenajul permanent al casei cu aerotor de plastic.

OTITE CRONICE CU TIMPAN DESCHIS

- Se prezintă în două forme, după cum există sau nu scurgerea auriculară.
- Când scurgerea auriculară e prezentă este vorba de **otita cronică evolutivă**, iar când lipsește, termenul folosit este de **otită cicatriceală**, termen impropriu, care trebuie înlocuit cu cel de **sechelă postotitică**.

OTITELE CRONICE EVOLUTIVE

- se caracterizează prin **scurgerea purulentă** permanentă sau intermitentă cu **debut de 3 luni** și **prezența unei perforații timpanice**.
- Sunt descrise două forme de otită evolutivă: otita medie supurată simplă (mezotimpanita) și otita medie cronică supurată colestomatatoasă (epitimpanita).

MEZOTIMPANITA sau otita medie cronică supurată

- se prezintă cu otoree mucoasă sau mucopurulentă sau tubară unde leziunile interesează numai mucoasa urechii medii, sunt benigne și nu duc la complicații grave.

- **ANATOMIA PATOLOGICĂ** pune în evidență mucoasa urechii medii tumefiate, roșie ce secretă mucus filant. Timpanul prezintă perforație situată în cadranul antero-inferior, de mărime variabilă, iar timpanul restant este îngroșat.

- **ETIOPATOGENIE**

Cauza inițială a acestor otite acute banale, care se transformă în otoree mucoasă tubară este o **infecție rinofaringiană** și frecvent se întâlnesc la copiii cu vegetații adenoide infectate, iar la adult, o sinuzită cronică, cozi de cornet, igiena defectuoasă a nasului. Infecția rinofaringiană, prin intermediul trompei întreține și agravează otoreea mucoasă.

● SIMPTOMATOLOGIE

1. **Scurgerea** se aseamănă cu secrețiile rinofaringiene. Este mucoasă, opalescentă, putând deveni mucopurulentă, gălbuie, dar totdeauna este filantă și nu se disociază în apa de spălătură. E foarte abundentă, dar variază de la o zi la alta, în raport cu starea rinofaringelui. Nu este fetidă, dar dacă devine rău mirositoare, este datorită stăgnării saprofiților și cedează la tratament, spre deosebire de forma osteitică, unde fetiditatea se menține cu tot tratamentul instituit.

2. **Hipoacuzia** este foarte variabilă, vocea șoptită putând fi auzită la distanță de câțiva cm. Acesta depinde de perforație, jena produsă în mișcarea lanțului oscicular și de blocajul regiunii ferestrelor. Bolnavii spun că aud mai bine în timpul călduros și uscat, iar alții aud mai bine în momentul exagerării scurgerii.

- Examenul obiectiv al urechii bolnave pune în evidență **perforația în cadranul antero-inferior, largă, ovalară**. Marginile au, fie un aspect cicatriceal, fie ușor infiltrate, roșiatice.

- **Polipii** - rari, au câteva caractere care-i deosebesc de polipul unei otorei purulente: **e mic, pediculat, cu implantare pe marginea perforației și are o foarte slabă tendință la recidivă**.

- Examenul radiologic - nu sunt modificări ale mastoidei în sensul reducerii pneumatizării

- **EVOLUȚIE**. Otoreea mucoasă, de obicei, nu duce la complicații grave. Se poate semnala totuși o **otită externă** circumscrisă sau difuză dezvoltată sub influența macerării pielii conductului de către secreții.

- Prognosticul, în general benign, dar în timp poate duce la o scădere pronunțată de auz, prin **aderențe secundare** și scleroză.

TRATAMENT

- Patogenic - interesează **cauzele rinofaringiene**.
 - La copil - adenoidectomie.
 - La adult - rezecția septului nazal, ablația cozilor de cornete, tratamentul sinuzitelor.
- Simptomatic - pentru otoree - băi auriculare cu apă oxigenată 4%, instilații auriculare cu antibiotice, antiinflamatorii, ablația polipului - dacă există.
- Tratamentul general: vitaminoterapie, cure climatice, cure termale sulfuroase.
- Acest tratament complet local, regional și general poate fi suficient pentru vindecare. Rămân însă sechele, în special perforația. Pentru aceasta este necesară restabilirea funcției aparatului timpano-osicular- timpanoplastic.

EPITIMPANITA SAU OTITA MEDIE CRONICĂ SUPURATĂ COLESTEATOMATOASĂ

- caracterizată prin dezvoltarea, în cavitatea urechii medii, a unui epiteliu malpighian keratinizat și descuamat, denumit colestatom.
- **Colesteatomul** este o formațiune epidermică, cu aspect tumoral, albă, strălucitoare, perlata, constituită din lamelele epiteliale suprapuse concentric (ca foile de ceapă), cu creștere extensivă, continuă, ce provoacă procese de resorbție osoasă (prin acțiune enzimatică, litică probabil) sau de erodare a structurilor osoase din jur.

ETIOLOGIE

- **Cauze locale** - neglijarea unei otite acute banale, o terapie defectuoasă și neglijarea infecției cauzale, un drenaj insuficient, cu perforație mică și înaltă, otitele necrozante în diferite boli infecțioase (rujeola, scarlatina, difteria, febra tifoidă).
- **Cauze generale** - starea generală deficitară, subnutriție, lipsa de igienă, diabet, TBC, lues.

ANATOMIE PATOLOGICĂ

- Colesteatomul veritabil este peritemporal și de origine meningeală: este vorba de o tumoră embrionară, cu punct de plecare elementele ectodermice.
- Colesteatomul urechii medii este de fapt un pseudocolesteatom, el provine din invadarea urechii medii de către epidermul conductului auditiv extern.
- Sunt multe teorii care încearcă să explice formarea colesteatomului:
 - fie migrarea pielii conductului prin perforația postero-superioară, ajunge în atică și se formează chistul colesteatomatos;
 - altă teorie patogenică ar consta din hiperproducția cutanată a feței profunde a epiteliului membranei Schrapnell, cu formarea de burjoni epiteliali, care stau la originea chistelor colesteatomatoase.

SIMPTOMATOLOGIE

- **Otoreea purulentă** - puroi bine legat, puroi seros, cu striatii de sânge sau puroi brun. Scurgerea este **fetidă**. Fetiditatea este rebelă la tratamentele banale.
- Prezența sângelui în puroi arată existența **polipilor**.
- Otoreea variază în cantitate: uneori minimă, alteori abundentă, dar nu se poate stabili nici un raport între cantitatea puroiului și gravitatea afecțiunii.
- **Surditatea**, de obicei, este de transmisie pură.
- În supurațiile vechi se asociază adesea și o ușoară participare a aparatului de percepție prin scleroză ducând la surditate maximă.



EXAMENUL OBIECTIV

● Otoscopia

- puroi fetid în conduct sau un terci de celule necrozate, care se recoltează pentru identificarea bacteriologică și antibiogramă, alteori se constată prezența unui polip roșu în fundul conductului sau a unor granulații localizate în regiunea aticală, în jurul perforației sau pe marginea inferioară a peretelui atical.
- Perforația poate fi minusculă, uneori mușcată de o mică crustă galben-brună, situată în membrana Schrapnell sau poate fi marginală, postero-superioară, interesând cadrul osos timpanal sau chiar zidul atical, lăsând să se vadă lamele epidermice sau magma centrală a colestatomului. Când perforația este largă, colestatomul este descoperit pe o suprafață întinsă la nivelul zidului atical, sub forma unei "guri de cuptor" sau a unei "aticostomii spontane". Restul timpanului, adică pars tensa, este de aspect normal sau poate să fie retractat.

● Audiograma indică o surditate de transmisie.

● Radiografia otomastoidiană (incidențele Schüller, Chausse III), tomografia - evidențiază focare de osteită și prezența colestatomului, prin imagini de distrucție osoasă, cu margini și contururi nete.

● Examenul vestibular este obligatoriu în cazul otitelor cronice supurate colestatomatoase; este necesară căutarea semnului fistulei.

EVOLUȚIE. PROGNOSTIC

Există trei posibilități de evoluție:

1. Otoreea purulentă se vindecă spontan - este foarte rară;
2. Otoreea purulentă durează infinit, fără a da complicații;
3. Otoreea purulentă duce la complicații după un puseu acut sau subacut, sau fără nici un simptom premergător.

- Otita colestomatatoasă e considerată cea mai gravă formă, cu cele mai multe complicații. Puseele de reîncălzire sau retenția puroiului sunt factori care determină în ultimă instanță complicațiile.
- O ureche nu e considerată vindecată decât după un lung control, o atentă și permanentă supraveghere (dispensarizare). După vindecare, aceasta lasă cicatrici importante ale timpanului și duce la entitatea de otită cicatricială.

OTITELE CRONICE CICATRICEALE (SECHELE POSTOTITICE)

- leziunile cicatriceale rămase în cavitățile urechii medii, după otitele supurate,
- simptomul dominant -surditatea, la care se adaugă acufenele.
- Surditatea îmbracă aspect de transmisie pură sau poate fi mixtă, după cum nu există sau există atingere labirintică asociată.
- Otoscopic : perforații timpanice cicatriceale, alături de îngroșarea și retractorul resturilor de timpan sau de prezența unor depozite calcare pe porțiunea de timpan fără perforație.
- Ceea ce atrage atenția este lipsa totală de secreții în conduct și în casa timpanului, absență remarcată timp îndelungat, prin controalele repetate

Tratament.

- Dacă trompa Eustachio este obstruată, nu se poate face decât o **proteză electroacustică**.
- Dacă ea este funcțională, chirurgia poate permite ameliorarea audii acestor bolnavi - este vorba de **timpanoplastie**.
- Aceasta poate îmbrăca mai multe aspecte:
 - dacă există numai o perforație de timpan, se va efectua o **mingoplastie (timpanoplastie)**.
 - dacă este o reconstituire parțială a lanțului osicular cu o scăriță integrală, plus un alt oscior - este vorba de o **timpanoplastie tip II**.
 - dacă reconstituirea osciculară nu se poate efectua, neexistând decât un singur oscior în contact cu platina scăriței, este vorba de o **timpanoplastie tip III**.

COMPLICAȚIILE OTITELOR MEDII SUPURATE

- Complicațiile otitelor medii supurate pot apărea după otitele medii acute, virulente mai rar și mult mai frecvente după supurațiile cronice auriculare.
- Frecvența acestor complicații aparține meningitelor (25%), abceselor encefalice (25%), labirintelor și paraliziei faciale (12%) precum și trombozele de sinus venos lateral (10%).
- Clasificare:
 1. **complicații endotemporale** (dezvoltate între cele două table osoase): mastoidita, paralizia facială, labirintita;
 2. **complicații craniene** (dezvoltate în afara tablei externe osoase): exteriorizări mastoidiene, osteomielita temporooccipitală;
 3. **complicații endocraniene** (dezvoltate înăuntrul tablei osoase interne): abcesul extradural, abcesul subdural, meningita otogenă, tromboza sinuzală, abcesul encefalic;
 4. **complicațiile generale și la distanță**: septicopioemie otică.

COMPLICAȚIILE ENDOTEMPORALE

1. **Otomastoidita** - osteita apofizei mastoidei,

- Atunci când drenajul timpanic este insuficient, inflamația de la nivelul mucoasei celulelor mastoidiene din cadrul otitelor acute (reacția mastoidiană) se extinde la pereții osoși celulari, determinând leziuni de osteită mastoidiană, cu distrugerea septurilor intercelulare, și formarea unui abces endomastoidian (mastoidita acută). Leziunile osteitice pot să progreseze spre tabla externă a mastoidei (mastoidita exteriorizată) sau către cea internă spre endocraniu (complicații endocraniene) fie spre casele vecine (osteomielita occipitalului, temporalului sau a stâncii - petrozita).
- Mai frecvent, osteita mastoidiană evoluează către cronicizare (otomastoidita cronică).

● Mastoidita acută

Subiectiv:

- dureri spontane retroauriculare cu iradieri în hemicraniul omolateral.
- simptome generale ca: febra, anorexia.

La palpare se constată punctele mastoidiene dureroase (zona antrului, marginea posterioară a mastoidei și vârful apofizei mastoidiene).

- Otoscopia pune în evidență abundența și caracterul pulsatil al puroiului care se reface rapid după aspirație, prăbușirea peretelui postero-superior al conductului, prezența perforației și bombarea timpanului în partea postero-superioară ca o "țâță de vacă", semn de retenție. În situații particulare supurația auriculară lipsește prin închiderea perforației și simptomatologia clinică se exacerbează.

- Examenul funcțional al auzului stabilește prezența surdității de transmisie (triada Bezold).

● Examenenele paraclinice

- hematologice arată hiperleucocitoza cu neutrofilie, VSH cu valori crescute.
- Radiografia mastoidei pune în evidență voalarea mastoidei cu dispariția septurilor celulare.

- La diagnosticul de mastoidă acută ne gândim către a 3-a săptămână de la debutul otitei acute, uneori poate apare în prima săptămână (mastoidita precoce), sau mai târziu, după o lună de la debutul otitei (mastoidita tardivă).

● Evoluția mastoidei acute poate să fie nefavorabilă, ducând la exteriorizare, în diverse direcții

- - **prin tabla osoasă externă** determinând **abcesul subperiostal sau cutanat**, cu localizare retroauriculară, unde există bombare fluctuantă cu împingerea pavilionului înainte și în afară - se diferențiază de limfadenita retroauriculară prin păstrarea șanțului retroauricular, uneori chiar accentuarea acestuia;
- - **prin porțiunea anterosuperioară** a mastoidei determinând **forma temporo-zigomatică** care se prezintă cu tumefiere la nivelul fosei temporale, edem palpebral și împingerea pavilionului în jos și în afară;
- - **prin porțiunea postero-superioară** a mastoidei, ceea ce duce la **exteriorizarea occipitală** care determină edem occipitoparietal;
- - **prin vârful apofizei mastoide** colecția purulentă se exteriorizează fie **sub mușchiul sternocleidomastoidian (mastoidita Bezold)** determinând torticolis și împăstare postero-sternocleidomastoidiană, fie **de-a lungul mușchiului digastric (mastoidita jugodigastică Mouret)** care prezintă tulburări la deglutiție simulând un abces laterofaringian;
- - **prin peretele anterior al mastoidei**, când secreția purulentă se elimină **prin conductul auditiv, se constituie fistula Gelle**, în apropierea timpanului - se diferențiază de furuncul prin faptul că acesta din urmă se dezvoltă pe conductul membranos (care are foliculi piloși) și de osteita benignă a conductului care are sediul pe peretele inferior al acestuia.

● **TRATAMENTUL** mastoiditelor acute constă :

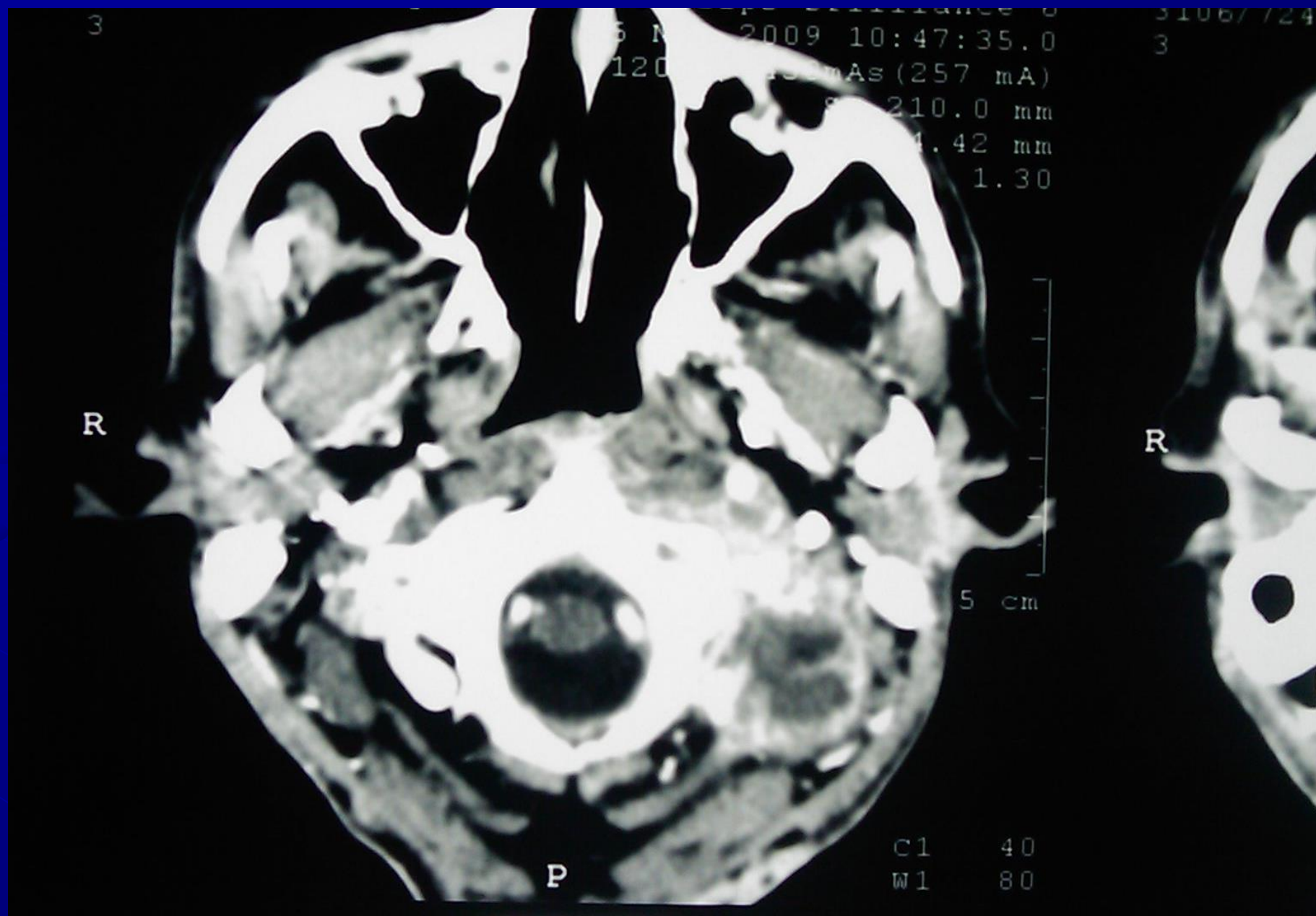
- tratament medicamentos antibiotic pe cale generală
- tratament chirurgical, care are ca obiectiv îndepărtarea leziunilor osteitice până în țesut prin trepanarea mastoidei (mastoidectomie) și evacuarea colecției supurate.

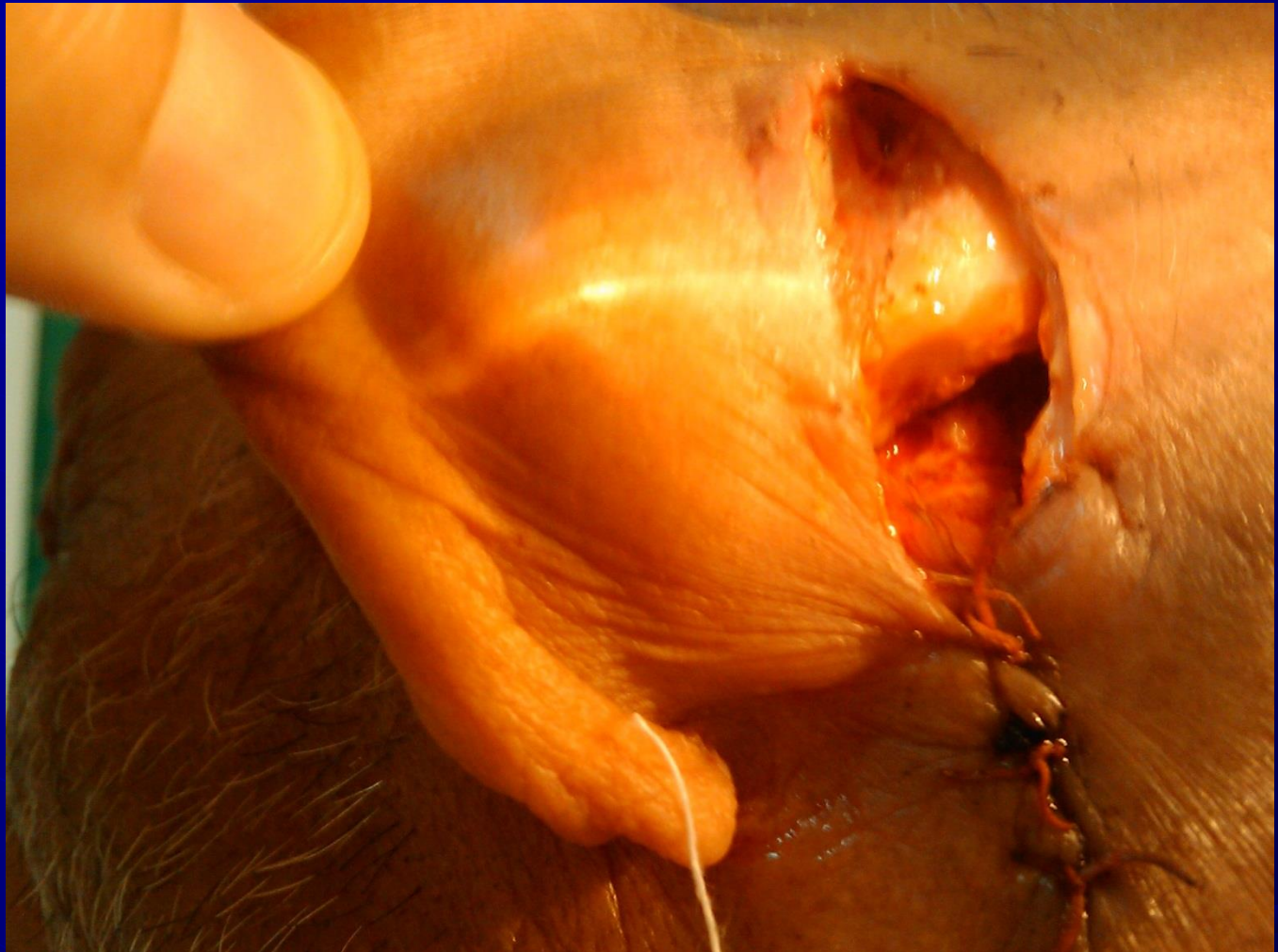
- **Mastoidita cronică** este consecutivă otitei medii cronice supurate - forma epitimpanală sau poate fi continuarea mastoiditei acute neoperate sau incomplet operate și tratată incorect postoperator.

● DIAGNOSTICUL

- simptomatologia subiectivă a bolnavului care prezintă cefalee temporoparietală, cu caracter de hemicranie nocturnă și otoree fetidă.
- Obiectiv se constată otoree fetidă, existența perforației epitimpanale și hipoacuzia de transmisie.
- Radiografia mastoidei (incidența Schuller, Chausse III) pune în evidență leziunile osteitice, colesteatomul și condensarea osoasă.

- **TRATAMENTUL** efectuat este **strict chirurgical**, care poate fi **radical** (evidare petromastoidiană totală), **conservator** (evidări parțiale) ori **reconstructive** (timpanoplastie).









2. Paralizia facială periferică

- Paralizia facială de natură otică este tip periferic și se întâlnește mai frecvent în cursul otitelor cronice.
- Paralizia facială periferică din cadrul otitei medii supurate acute apare atunci când există **dehiscente osoase ale canalului Fallope și puroiul vine în contact cu teaca nervului.**

Clinic:

- **pierderea mobilității hemifetei corespunzătoare.** Pentru mișcările voluntare, bolnavul prezintă o față absolut inertă: nu poate râde, nu poate fluiera, când arată dinții, **gura deviază de partea sănătoasă și comisura bucală este căzută de partea bolnavă;** nu poate închide ochii - pleoapele lasă ochiul descoperit parțial (**lagoftalmie**), imposibilitatea încrețirii frunții de partea bolnavă și, deci, absența pliurilor frontale.

Tratament

- În paraliziile faciale produse în contextul unor supurații auriculare cronice se recomandă intervenția chirurgicală de urgență, la care se adaugă postoperator, tratament cu corticoizi, trofice nervoase.
- În paraliziile faciale apărute în otitele medii acute supurate se practică o timpanotomie largă, antibiotice, corticoizi.

2. Paralizia facială periferică

- Paralizia facială de natură otică este tip periferic și se întâlnește mai frecvent în cursul otitelor cronice.
- Din punct de vedere clinic, bolnavul prezintă **pierderea mobilității hemifeței corespunzătoare**. Pentru mișcările voluntare, bolnavul prezintă o față absolut inertă: nu poate râde, nu poate fluiera, când arată dinții, **gura deviază de partea sănătoasă și comisura bucală este căzută de partea bolnavă**; nu poate închide ochii - pleoapele lasă ochiul descoperit parțial (**lagoftalmie**), imposibilitatea încrețirii frunții de partea bolnavă și, deci, absența pliurilor frontale.
- În paraliziile faciale produse în contextul unor supurații auriculare cronice se recomandă intervenția chirurgicală de urgență, la care se adaugă postoperator, tratament cu corticoizi, trofice nervoase.
- În paraliziile faciale apărute în otitele medii acute supurate se practică o timpanotomie largă, antibiotice, corticoizi.

3. Labirintita otitică

- Labirintita este excepțională la ora actuală, ea poate fi complicația otitelor medii acute sau cronice.
- În cursul otitelor acute putem întâlni **labirintite localizate la nivelul vestibulului sau canalelor semicirculare și labirintite difuze, complete**. Aceste leziuni pot fi seroase sau serofibrinoase (de tipul edemului cu hidropsie labirintică) sau supurate sau labirintite necrozante.
- Otita cronică colestomatatoasă prin osteită de vecinătate antrenează fie labirintite localizate, forma de debut cea mai frecventă fiind **fistula labirintică**, fie labirintite numite cronice difuze a căror evoluție se face spre distrucții anatomice și funcționale a labirintului în totalitate.

- **SIMPTOMATOLOGIA** este variabilă, după cum procesul inflamator este difuz sau localizat.

***Labirintita difuză**

- Semne cohleare: acufenele devin intense și capătă un caracter acut. Surditatea se instalează rapid, este vorba de o surditate de percepție profundă; uneori afectarea este parțială.
- Semne vestibulare: bolnavul prezintă adesea vertij intens cu grețuri și vărsături, nistagmusul bate inițial de partea bolnavă (iritație) apoi de partea opusă (distrucție); alteori sindromul este frust (vagi vertije) dar constituie o alarmă.
- Semne generale - este vorba de o otită medie acută sau de o reîncălzire a unei otite cronice: semnele generale sunt importante (temperatură ridicată și chiar sindrom meningeal).
- Labirintele evoluează adesea spre meningită, puncția lombară sau suboccipitală fiind necesare.

Labirintita localizată

- **fistula labirintică întâlnită în cadrul colesteatomului:** vertijele sunt variabile, uneori inexistente. La examinarea cu speculul Siegle, presiunea sau aspirația provoacă **senzații vertijinoase și nistagmus (semnul fistulei)**, atingerea cu stiletul putând provoca aceleași manifestări.
- Radiografiile (Chausse III și, mai ales, Guillen) pun în evidență fistula, situată, în general, pe canalul semicircular extern.
- **EVOLUȚIA** este variabilă și se poate face spre alte complicații: paralizie facială, petrozită, complicații endocraniene, mai ales meningita.

TRATAMENTUL

- Atât în cazul unei otite acute cât și în cel al unei otite cronice, apariția semnelor labirintice indică necesitatea **intervenției chirurgicale**; antibioticele (alese de preferință după antibiogramă) și antiinflamatoarele sunt necesare simultan.
- Dacă există o labirintă supurată trebuie făcută o labirintotomie largă pentru a facilita drenajul.

4. **Petrozita** sau osteita stâncii

- persistă **supurația auriculară** după trepanarea chirurgicală a mastoidei
- **dureri nevralgice trigeminale,**
- **paralizia mușchiului oculomotor extern (strabism intern și diplopie).**

● Această triadă simptomatică realizează **sindromul lui Gradenigo**, caracteristic pentru supurația vârfului stâncii (apexită).

● **TRATAMENTUL** constă din trepanarea vârfului stâncii până la apex, sub antibioterapie masivă.

5. Osteomielita temporală și occipitală apare în extensia leziunilor osteitice mastoidiene la scuama osului temporal și la osul occipital. Focarele de țesut osos ramolit și sechestre osoase produc, în regiunile respective:

- dureri violente,
- infiltrație edematoasă sau flegmazăică,
- fistule
- favorizează apariția de tromboflebite, meningite sau abcese encefalice.

● Se tratează **chirurgical** (chiuretarea cu ablația sechestrelor) și cu antibiotice, masiv și prelungit.

Complicații endocraniene

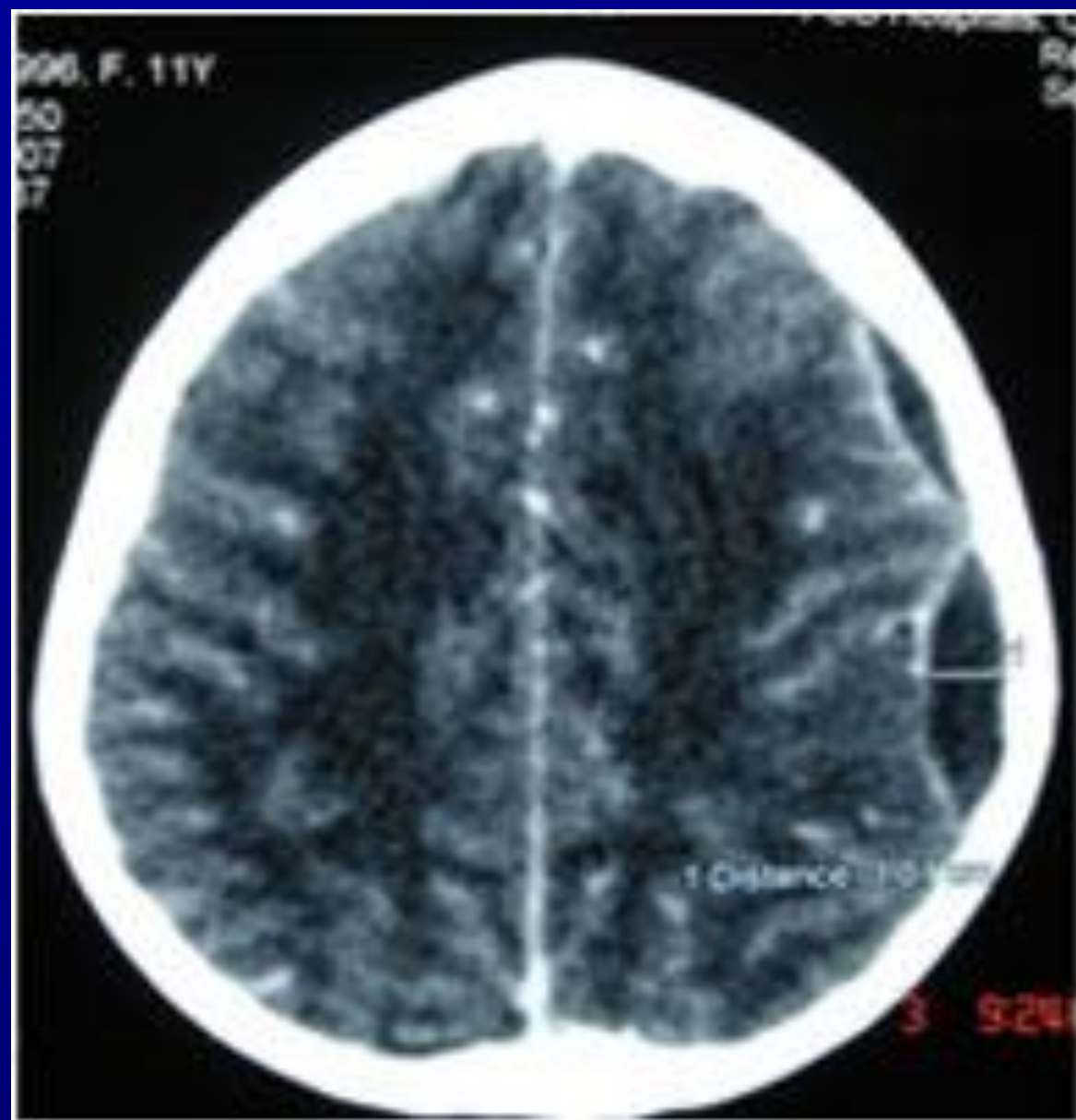
Complicațiile endocraniene sunt extrem de rare astăzi.

Indiferent care sunt cavitățile responsabile, infecția se poate propaga spre endocraniu în mai multe moduri:

- **prin dehiscențe sau canale normale**, căi anatomice preformate conjunctivo-flegmonul căilor preformate (Mouret);
- **prin vene sau artere (căi vasculare)**: leziune de flebită;
- **prin leziuni de osteită sau necroză** ce se întind din aproape în aproape: calea osoasă.

Odată ajunsă la nivelul feței externe sau al durei mater, se pot produce mai multe situații:

- infecția este de virulență medie, dura mater rezistă, colecția rămâne în afară și formează **abcesul extradural**;
- **infecția cuprinde sistemul venos al sinusului lateral: este vorba de tromboflebita acestuia**;
- infecția este mai agresivă, bariera meningeală este depășită și nu-și poate organiza apărarea: apare astfel **leptomeningita otogenă difuză**;
- meningele se poate organiza și limita infecția prin aderențele celor două foițe ale piei mater: se formează o **meningită localizată**;
- datorită acestei capacități de apărare a meningelui, infecția nu difuzează la nivelul său ci afectează encefalul: este vorba de **abcesul encefalic otogen**.



6. Abcesul extradural

- Colecția este localizată între tăblia internă și dura mater.
- Are sediul fie la nivelul fosei cerebrale mijlocii, fie la nivelul fosei cerebeloase.

SIMPTOME

- **semne de compresie:** cefalee unilaterală moderată dar persistentă chiar și după operație (este simptomul principal); torpoare, bradicardie, edemul papilar sunt rare
- **semne de supurație**, discrete
- **manifestări de localizare**, adesea absente

În cursul intervenției chirurgicale, vom fi conduși, din aproape în aproape spre abcesul extradural.

- Puncția lombară este negativă, de obicei; rar, poate fi discret modificată (limfocitoză, câteva polinucleare). Arteriografia nu arată modificări decât dacă abcesul este suficient de voluminos și situat la nivelul fosei cerebrale mijlocii.
- DIAGNOSTICUL nu poate fi suspicionat decât pe persistența anormală a cefaleei posterioare sau temporale și pe unele semne fruste de hipertensiune intracraniană. Scannerul este esențial.
- TRATAMENTUL este **chirurgical (drenaj) și medical, local și general (antibiotice, antiinflamatoare).**

7. Tromboflebita sinuso-jugulară

- Sub acest nume desemnăm inflamația diferitelor tunici ale axului venos constituit de către sinusul venos lateral și vena jugulară internă.
- În funcție de importanța leziunilor, întâlnim **periflebita, flebita parietală, tromboflebita, tromboflebita supurată, necroza**.

Tromboza sinuzală sau tromboflebita sinuso-jugulară e cea mai frecventă complicație după meningită.

- La început se formează o tromboză parietală, care se dezvoltă treptat până la completa trombozare a sinusului.
- Dacă trombusul e neinfectat (aseptic), boala e asimptomatică, fiind descoperită ocazional în cursul chirurgiei mastoidiene.
- Dacă este infectat, trombosul supurează determinând bacteriemie sau septicemie.

Infecția poate fi limitată doar la sinusul lateral sau poate prinde și golful jugularei, vena jugulară sau chiar sinusul cavernos. În forma de tromboză septică:

- Tabloul clinic e cel de septicemie cu **frisoane, febră în "dinți de fierăstrău", facies teros, paloare, spleno-hepatomegalie, cefalee, hiperleucocitoză și hemocultură pozitivă**.
- La examenul local, mastoida e dureroasă și împăstată pe marginea posterioară, iar la gât se palpează un cordon indurat și dureros în șanțul jugulo-carotidian.
- Puncția lombară și măsurarea presiunii l.c.r. cu manometrul Claude pune în evidență semnul lui **Queckenstedt-Stookey** (presiunea pe jugulara bolnavă nu modifică presiunea l.c.r.).

Tratamentul chirurgical asanează focarul mastoidian, descoperă și puncționează explorator sinusul lateral, face excluderea, incizarea și îndepărtarea trombosului infectat și, în cazul persistenței septicemiei, după acest tratament, se face ligatura venei jugulare interne. Se asociază tratament intensiv antibiotic și de susținere a stării generale.

8. Meningita otogenă

Orice reacție inflamatorie a tunicilor meningeale în cursul unei afecțiuni otitice constituie o formă de meningită otogenă.

Indiferent de modul de propagare a infecției, meningele poate reacționa în diferite moduri:

- *reacție meningeală aseptică care poate fi seroasă (edem) sau puriformă (polinucleare neutrofile nealterate și nedeformate);
- *reacție meningeală septică (polinucleare neutrofile alterate, germeni);
- *hidrocefalie prin hiperproducție de LCR și blocaj;
- *meningite localizate prin circumscrierea procesului: adevărate abcese meningeale.

Sindromul meningeal poate fi asociat fie leziunilor originale (flebită parietală, tromboflebită, labirintită, empiem mastoidian etc.), fie unor leziuni mai profunde el fiind, în acest caz, un element premergător (abces cerebelos, abces cerebral).

- Germenii cei mai frecvenți sunt streptococul hemolitic, pneumococul, stafilococul, bacilul Friedlander.
- Este vorba, adesea, de pacienți carențați (hipovitaminozici, diabetici etc.).
- Punctul de plecare este fie o otită sau o otomastoidită.

● Debutează prin ascensiune termică, cefalee puternică, rahialgii, hiperiritabilitate, hipersensibilitate la zgomot și lumină (fotofobie), jenă la flectarea gâtului, durere la apăsarea pe regiunea retromandibulară (semnul lui Knick) și pe mușchiul cefei (semnul lui Kulemkampf), hiperestezia conductului la otoscopie (semnul lui Jenkins).

● În perioada de stare a bolii există: triada simpatică (cefalee, vărsături, constipație), intensificarea semnelor generale, tulburări motorii (trismus, redoarea cefei, poziția bolnavului în "cocoș de pușcă" sau poziția "fetală", semnul Kernig și Brudzinski, exagerarea reflexelor osteotendinoase și cutanate), tulburări senzitive (hiperestezie cutanată), tulburări senzoriale (vizuale, acustice, vestibulare), tulburări vasomotorii (dunga meningitică a lui Trousseau pe abdomen), tulburări psihice (obnubilare, agitație, delir).

- Puncția lombară și ex. l.c.r. precizează tipul anatomoclinic de meningită (seroasă, puriformă, septică sau aseptică). În forma puriformă aseptică există o creștere a leucocitelor în lichid (1000 sau peste 1000/ml), iar în cea puriformă septică l.c.r. are aspect purulent, cu germeni prezenți în lichid și cu reducerea clorurilor și a glucozei (care e consumată de bacterii).

În perioada terminală hiperiritabilitatea se transformă în somnolență și comă, apar paralizii de nervi cranieni, incontinența sfincterelor și moarte.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL :

- Otita este necunoscută: diagnosticul diferențial este cel al meningitei: meningite tuberculoase sau meningite determinate de alte localizări. În fața oricărei meningite trebuie examinate foarte atent urechile.
- Otita este cunoscută. Diagnosticul este pus pe semnele meningeale și pe puncția lombară. Trebuie eliminat abcesul cerebral (prin tomodesitometrie, fund de ochi, semne de compresiune), tromboflebita (semne venoase) etc.

TRATAMENTUL este dublu:

- - trebuie tratat chirurgical, cât mai repede, focarul otogen: **mastoidectomie largă** (în cazul otomastoiditei acute), **evitare petromastoidiană** (într-o otită colesteatomatoasă) cu labirintotomie dacă există și o labirintită supurată. Se fixează drenuri ce permit spălături antibiotice locale.
- - tratamentul medicamentos al complicației endocraniene: antibiotice, antiinflamatorii, atât local, intraauricular cât și pe cale generală.

PROGNOSTICUL - după apariția antibioticelor s-a îmbunătățit foarte mult. Afecțiunile otice ating foarte rar stadiul de meningită dar, o otită complicată cu meningită poate fi mortală în cazul în care există un interval prea lung între debutul otitei și diagnosticul otologic.

9. Abcesul encefalic otogen

- Este vorba de o colecție supurată dezvoltată în interiorul țesutului cerebral, cerebelos sau protuberențial .

Abcesele encefalice reprezintă invadarea țesutului encefalic de către infecția otomastoidiană și constau din focare de necroză și lichefiere a substanței albe cerebrale sau cerebeloase, înconjurate de zone de edem și encefalită extensivă, care poate cauza moartea mai mult decât abcesul însăși.

- În câteva zile apare procesul de încapsulare . Odată cu formarea capsulei edemul și encefalita perifocală cedează, instalându-se o perioadă clinică de liniște. Rareori capsula abcesului se calcifică cu vindecare completă consecutivă. De obicei, abcesul încapsulat se poate rupe, formând unul sau mai multe abcese satelite. Dacă ruptura are loc în ventricul se instalează o meningită rapid mortală. În unele cazuri abcesul drenează intermitent în spațiile subarahnoidiene explicând unele meningite recidivante, sau în cavitatea mastoidiană (abces cu peduncul). În aceste cazuri simptomatologia abceselor a intermitentă.

- În faza de constituire (de encefalită nesupurată) apare **cefalee, grețuri, vărsături și somnolență**. Copiii nu prezintă, de obicei, cefalee, ci la ei predomină **starea febrilă continuă și semnele de toxemie profundă**. Alături de somnolență, ca semne caracteristice sunt prezente **confuzia și halucinațiile**. În funcție de gradul de edem și encefalită se poate ajunge la **stupoare și comă**.
- După 10-14 zile, când începe încapsularea, simptomatologia se reduce datorită scăderii edemului și encefalitei. Această fază de latență durează **5-6 săptămâni** sau câteva luni, în care timp atrag atenția **slăbirea progresivă și unele tulburări de atenție și afectivitate**.
- În faza de stare există:
 - **semnele de hipertensiune intracraniană** (**cefalee** accentuată prin tuse, efort și percuția craniului, **vărsături directe**, fără grețuri, **bradicardie și bradipnee**),
 - **semne de supurație** (febră, **scădere ponderală rapidă**, **hiperleucocitoză cu polinucleoză**) și
 - **semne de localizare** (dacă e prins lobul temporal - abces cerebral -; afazie, hemianopsie omonimă, semne piramidale, pareze și paralizii de nervi oculomotori, hemiplegii; dacă e interesat cerebelul: nistagmus, incoordonare, pierderea tonusului muscular ipsilateral, disdiadocochinezie, dismetrie, asinergie, mers ebrios cu lărgirea bazei de susținere).

- **puncția lombară** : creșterea ușoară a presiunii l.c.r. cu elementele și proteinele nemodificate,
- **electroencefalogramă**, care pune în evidență semne de focar,
- **radiografii craniene, arteriografii, tomografii axiale, ventriculografii, encefalografii gazoase.**

Prognosticul este fatal dacă nu se intervine la timp.

Tratamentul constă din instituirea rapidă și în doze mari a antibioticelor.

- Tratamentul antibiotic e îngreunat de străbaterea dificilă a barierei hemato-encefalice.
- Neurochirurgical - extirparea abcesului cerebral se face prin volet temporal, iar a celui cerebelos pe cale transoccipitală.
- otochirurgical : eradicarea focarului otomastoidian.

10. Septicopioemia otică

Accidentele septicopioemice pot surveni în cursul unei tromboflebite de sinus lateral sau independent de orice afectare clinică a acestui vas.

Din punct de vedere simptomatic :

- temperatură ridicată de tip paludic, frison, transpirații;
- metastaze infecțioase (forma pioemică) cu localizare variabilă periarticulară, mușchi, țesut subcutanat, plămân, pleură.

● DIAGNOSTICUL este pus pe prezența otitei inițiale și pe hemocultură.

● TRATAMENTUL :

- tratamentul medical al septicemiei
- tratamentul chirurgical al focarului infecțios otic.