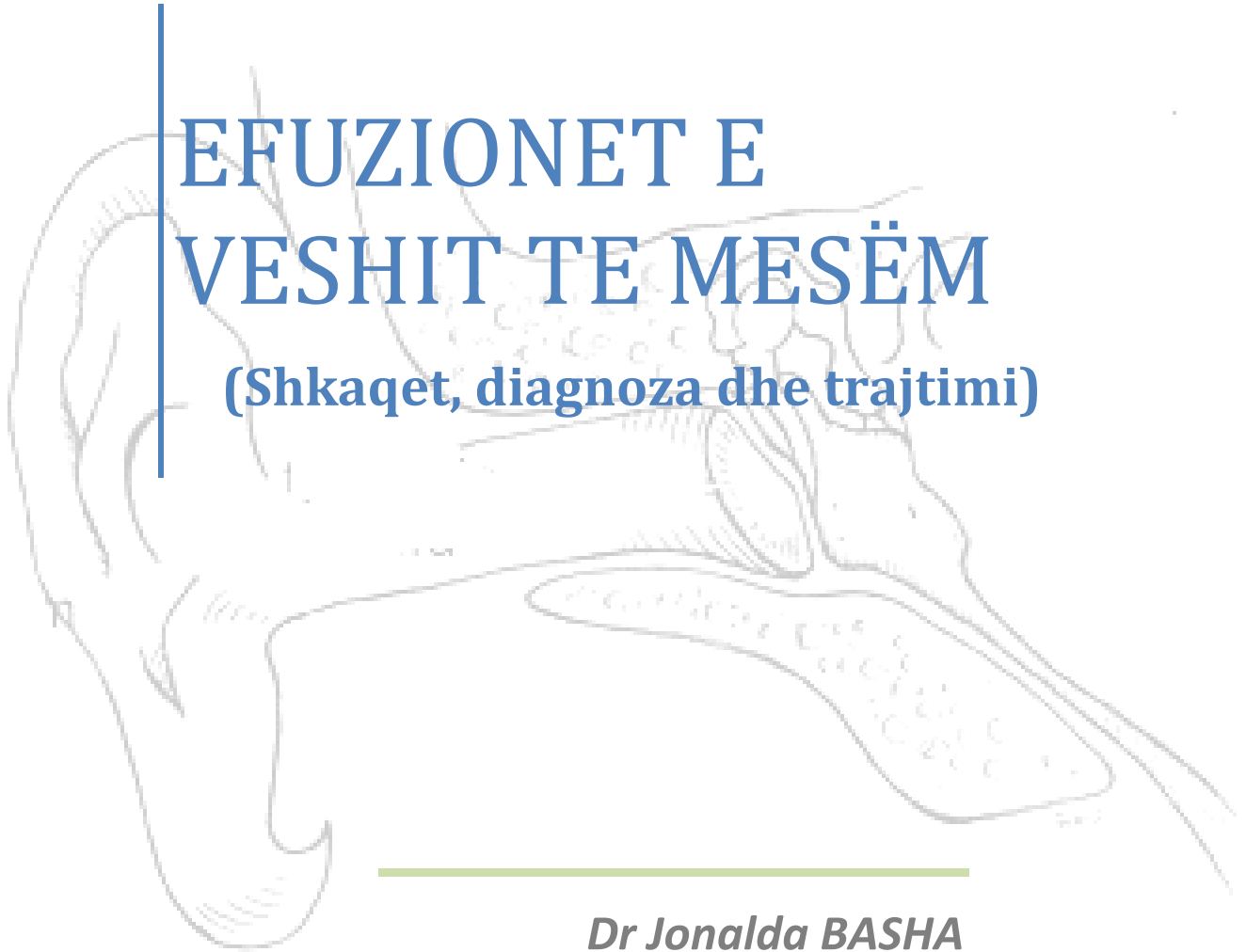




**SHOQATA
SHQIPTARE ORL**

EFUZIONET E VESHIT TE MESHËM

(Shkaqet, diagnoza dhe trajtimi)



Dr Jonalda BASHA

Dr. Shk. Mj. Jetmira FEJZA

KONFERENCA KOMBETARE E SHOQATËS SHQIPTARE ORL
TIRANE 21 NËNTOR 2015

Permbajtja

1. Hyrje	3
2. Anatomia e veshit te mesëm	3
3. Etiologjia e OME.....	4
3.1 Mikrobiologjia.....	5
3.2 Faktorët e riskut	5
4. Epidemiologjia.....	7
5. Fizpatologjia	7
5.1 Refluksi gastro-ezofageal (RGE).....	9
6. Diagnoza.....	10
6.1 Otokopia pneumatike	11
6.2 Tympanometria.....	11
6.3 Audiometria	13
6.4 Testimi i dëgjimit	13
6.5 Testimi i gjuhës.....	14
7. Trajtimi	14
7.1 Observimi	14
7.2 Ndërhyrja kirurgjikale.....	16
8. OME në Shqipëri	18
9. Konkluzionet	20

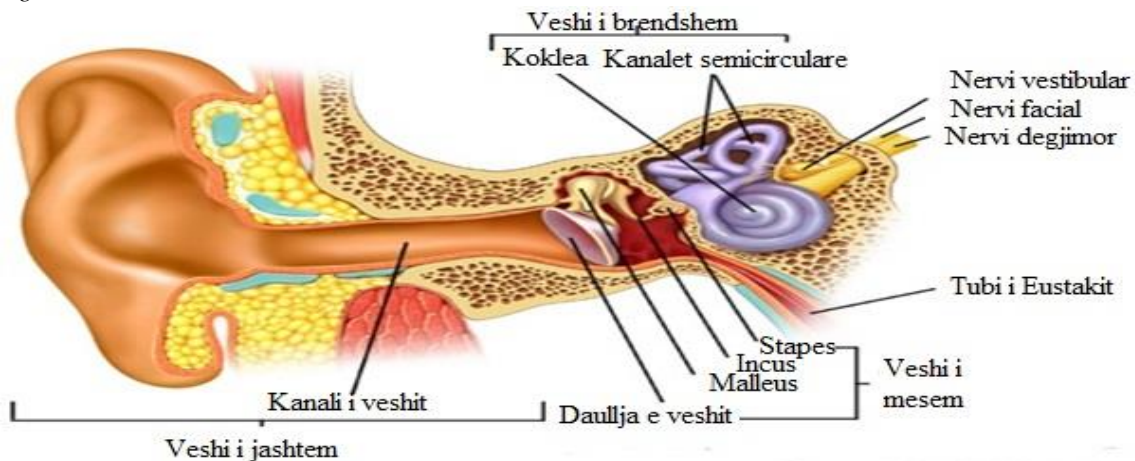
1. Hyrje

Otiti media me efuzion përkufizohet si prania e likuidit në veshin e mesëm, në mungesë të shenjave dhe simptomave të infeksionit akut të veshit. Në dallim nga OME, OMA karakterizohet nga vendosja e menjëhershme e shenjave dhe simptomave si: bombim, eriteme, perforacion akut i membranës timpanike apo simptomave si: temperaturë, otalgji, nervozizem¹. Prania e vazhdueshme e likidit në hapësirën e veshit të mesëm i cili konsiderohet steril “jopurulent” serioz ose mukoid e viskoz çon në ulje të mobilitetit të membranës timpanike dhe shërben si barrierë për përcjelljen e tingullit. Nëse procesi zgjat tre javë – tre muaj konsiderohet subakut, mbi tre muaj quhet kronik. Otiti media përbën një ndër infeksionet më të shpeshta tek fëmijët, pas infeksioneve virale të rrugëve të sipërme respiratore. OME mund të ndodhe spontanisht si rezultat i funksionit të dobët të tubit të Eustakit ose si një përgjigje inflamatore që pason OMA². Rreth 90% e fëmijëve në periudhën parashkollore kalojnë të paktën një episod OME, më shpesh në moshat 4 muajsh deri 6 vjeç. Disa episode rezorbohen spontanisht brenda 1-3 muajve, por rreth 30 - 40% e fëmijëve kanë OME rekurrente ku 5 -10 % e episodeve zgjat një vit ose më gjatë. OME përbën një ndër shkaktarët kryesor të humbjes konduktive të dëgjimit duke pasur efekte në të folur, kuptuar, inteligjence, probleme të sjelljes, pasoja psikologjike dhe cilësinë e jetës. Mesatarja e humbjes së dëgjimit është 20 dβ, por mund të shkojë deri në 50 dβ. E rëndësishme është vlerësimi i saktë i kohës së fillimit dhe rikuperimit të çdo episodi OME, pasi prevalenca e lartë e saj, vështirësitë e diagnostikimit, rreziku në rritje për humbje konduktive të dëgjimit, ndikimi i mundshëm në gjuhë dhe aftësitë konjitive, bëjnë që OME të vlerësohet, diagnostikohet dhe trajtohet me vëmendjen e duhur.

2. Anatomia e veshit të mesëm

Veshi i mesëm është një hapësirë në të cilën ndodhen tre kockat e dëgjimit: Malleus, Inkus dhe Stapes. Malleus (çekiçi) është i përbërë nga koka, qafa dhe doreza (caput, collum, manubrium) kudhra (incusi) përbëhet nga trupi (korpus incudis) dhe nga dy proceset (crus brevis et longus incudis). Malleus dhe incus janë të lidhura me njëra –tjetrën me anë të artikulationit inkudo-maleolar, që realizohet midis kokës së malleus dhe trupit të incus. Stapes përbëhet nga trupi (korpus incudis) dhe nga dy këmbëzat, njëra e përparme dhe tjetra e pasme (crus anterior et posterior stapedis) si dhe nga baza (basis stapedis) që mbyll në mënyrë hermetike dritaren vezake³.

Figura 1: Anatomia e veshit te mesëm



Veshi i mesëm lidhet me nazofaringun nëpërmjet tubit të Eustakit dhe prapa me procesin mastoid nëpërmjet aditus ad antrum mastoideum. Hapësira e veshit të mesëm e cila ka formën e një kubi të çrregullt me vëllim 1 – 2 cm ndodhet midis membranës timpanike dhe murit të jashtëm të veshit të brendshëm dhe përmban ajër që vjen nëpërmjet tubit të Eustakit. Cavum timpani ndahet në tre kate: epitympanum, mezotympanum, hypotympanum. Muskujt e dëgjimit janë dy: muskuli stapedian dhe muskuli tensor tympani. Procesi mastoid është një formacion kockor i kockës temporale që përbëhet nga një sistem qelizash kockore të ajrosura, më e madhja e të cilave quhet antrum mastoideum dhe nëpërmjet një kanali të shkurtër lidhet me pjesën e sipërme të veshit të mesëm. Vala e tingullit për të arritur në veshin e brendshëm i duhet të përballë me mjedisin ajër, mjedis të ngurtë dhe të lëngshëm. Përcjellja e tingullit nga mjedisi ajër në atë të lëngshëm është relativisht e pamundur, pra duket se energjia do të humbasë. Kjo nuk ndodh në vesh sepse ai vë në funksionim “parimin levë” dhe “parimin hidraulik” që lejojnë transferimin e energjisë kinetike.

Vaskularizimi i veshit të mesëm kryhet nga degët e arteries karotide të brendshme dhe të jashtme. Enët limfatike zbrazen në gjëndrat limfatike retro-faringeale dhe në sistemin e gjëndrave limfatike të thella të qafës. Gjaku venoz mblidhet në pleksin pterigoid, në bulbin e venës jugulare dhe në venën marginale të mesme. Inervimi ndjesor i veshit të mesëm bëhet nga degët e nervit glosfaringeal dhe atij trigeminal.

3. Etiologjia e OME

Etiologjia e OME paraqitet multifaktoriale, me ndikim të faktorëve gjenetik dhe ambiental. Etiologjinë e sëmundjes do e studiojmë duke u bazuar në mikrobiologjinë e sëmundjes dhe në faktorët e saj të riskut.

3.1 Mikrobiologjia

Flora bakteriale e cila është e pranishme në OMA zakonisht izolohet edhe në OME, por duke qenë se procesi inflamator ka përfunduar, ngarkesa bakteriale paraqitet më e ulët.

- Haemophilus influenza (8 – 20 % e pranishme në kulturat bakteriale), 25 – 45 % të rasteve prodhohet enzima β – laktamazë përgjegjëse për rezistencën antimikrobiale;
- Streptococcus pneumoniae (4 – 10 % e pranishme në kulturat bakteriale), stereotipet më të shpeshta janë 19, 23, 6, 14 dhe 3;
- Moraxella catarrhalis (2 – 8 % e pranishme në kulturat bakteriale), e aftë të prodhojë enzimin β – laktamazë, e cila haset më shpesh në stinën e vjeshtës dhe të dimrit.

Krahas tyre ndër patogjenët e tjerë renditen: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, baktere gram-negative dhe anaerobe, virusi respirator sincicial, influenzavirus, adenovirus, parainfluenza virus, rhinovirus. Nëse efuzioni është i pranishëm në më shumë se tre muaj shkaktari predominues është Pseudomonas aeruginosa⁴.

Fillimi i përdorimit të vaksinës së konjuguar shtatëvalente pneumokoksike PREVNAR (PCV7) tek fëmijët, e licensuar në SHBA në vitin 2000 do të conte në rënien të nivelit të sëmundshmërisë. Një grup i ngritur posaçërisht për studimin e efektshmërisë së PCV7 krahasoi të dhënat e nxjerra nga ndjekja e fëmijëve të diagnostikuar me AOM nga viti 2001 – 2003 me ata nga 1995 – 2000, ku rezultoi një rënie prej 24% e AOM persistent. Gjithashtu hyrja në qarkullim e vaksinës së re PCV13 pneumokoksike e cila zëvendësoi atë shtatëvalente shënoi një rënie të komplikacioneve pasuese të otitit media. Këto të dhëna tregojnë rolin e mikroorganizmave patogjen në formimin e efuzioneve të veshit të mesëm. Gjithsesi studimet e kohëve të fundit kanë provuar praninë e “biofilm”-ave bakteriale të izoluar në efuzionet e veshit të mesëm. Biofilm-at janë agregate mikroorganizmash të aderuara me njëra-tjetrën dhe sipërfaqen ku vendosen me anën e një substance polimerike të prodhuar prej tyre. Në 48% të fëmijëve bartës të tubave të tympanostomisë me OME kronik, tek të cilët materiali i marrë më timpanocentezë rezultoi kulturë negativ me anën e metodave të biologjisë molekulare si PCR është arritur të identifikohet prania e biofilm-ave bakterial. Pra studiuesit mbështesin hipotezën se efuzionet e veshit të mesëm bazohen në praninë e biofilm-ave bakterial ku mikroorganizmat mbizotërues janë Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis. Agregatë bakterial janë identifikuar edhe në nazofaring që mendohet se shërbejnë si burim i patogjenëve rezistentë ndaj antimikrobialëve⁵.

3.2 Faktorët e riskut

Faktorët e riskut ndahen në faktor e lidhur me individin dhe faktorët ambiental⁶.

Faktorët e lidhur me individin

Mosha: Incidenca më e lartë e OME zhvillohet në grupmoshat 6 – 11 muaj pasi në këto mosha tubi i Eustakit është më i shkurtër, më i drejtë dhe horizontal. Fëmijët që në dy muajt e parë të jetës kalojnë episodin e parë të efuzionit të veshit të mesëm janë më të riskuar që gjatë vitit të parë të jetës së tyre të kenë të pranishëm efuzion persistent sesa ata që e kanë këtë episod më vonë.

Gjinia: është me i shpeshte ne meshkujt se ne femrat.

Rraca: mendohet se fëmijët me ngjyrë kanë predispozitë më të ulët për të pësuar OME se popullsia e bardhë.

Alergjia/komprometimi i sistemit inumitar: Nga studimet e kryera tek fëmijët që kanë kryer miringotomi me vendosje të tubave të timpanostomisë, vihet re një shpeshtësi më e lartë e fenomeneve alergjike shoqëruese se tek fëmijët e së njëjtës moshë në popullatën e përgjithshme. Gjithashtu konstatohet një frekuencë më e lartë e OME në fëmijët alergjik. Procesi inflamator në mukozën e veshit të mesëm inicohet nga faktorët primar si: infeksion bakterial ose viral, reaksionet lokale alergjike apo refleksi që përbajnë bazën e patogenezës së OME. Por një përgjigje e pamjaftueshme ose e dëmtuar imune con në një proces inflamator kronik dhe për pasojë në kronicizimin e efuzioneve të veshit të mesëm. Citokinat që ndërmjetësojnë inflamacionin akut në kronik përgjigjëse për ndryshimet histopatologjike në OME janë imunorregullatore: IL – 2, IL – 10, TGF – β dhe të lidhura me alergjinë: IL – 4, IL – 5; GMC – SF. Gjithashtu mendohet se një reaksion i ndërmjetësuar kryesisht nga IG-E përbënë bazën fispatologjike të otitit media kronik me efuzion. Fëmijët me imunodeficienca si: defekt në funksionin fagocitar, imunitetin humoral apo lokal, me ulje të nivelit të IgA, IgG sidomos IgG2, agama- globulinimie apo hypogama- globulinimie janë më të predispozuar për të zhvilluar OME.

Keqformimet gjenetike (palatum skiza, anomali kranio-faciale): Otiti media konsiderohet “universal” në fëmijët me palatum skizum nën moshën dy vjeçare. Pas trajtimit kirurgjikal të palatom skizum si rezultat i përmirësimit të funksionit të tubit të Eustakit këta pacient nuk pësojnë më infeksione të veshit të mesëm. Si rezultat i rritjes së përqendrimit të elastinës së torus tubarius dhe funksionim i dobët i muskulit veli tensor palatini, vështirësohet hapja e TE. Fëmijët më keqformime kranie-faciale ose sindrom Down janë të predispozuar për të zhvilluar otite media si rezultat i cregullimeve anatomike apo funksionale të tubit të Eustakit, që favorizon refleksin e sekrecioneve nazofaringeale në kavitetin e veshit të mesëm. Veç kësaj pastrimi i ulur mukociliar dhe viskoziteti i larte i mukusit janë hipoteza për një prevalence te larte ne këta paciente.

Predispozita gjenetike: Efuzionet e VM dhe episodet rekurente të otitit media mund të kenë për bazë një komponent gjenetik. Studimet e kryera në binjak apo trinjak kanë arritur të identifikojnë regjionet kromozomike në 19q dhe 10q që kontribuojnë në sensitivitetin e OME kronik dhe AOM rekurent.

Prematuriteti: Disa studime flasin për një lidhje midis peshës së ulët në lindje dhe episodeve të otiti media.

Faktorët mjedisor

Infeksionet e rrugëve të sipërme respiratore/faktori stinor: Të dhënat epidemiologjike dhe eksperiencia klinike sugjerojnë për lidhjen e OM me URI, ku OM shfaqet si komplikacion i URI. Njëlloj si në URI, incidenca më e lartë e OMA vihet re në stinën e vjeshtës dhe të dimrit.

Rritja në ambient kolektiv: Qendrat kolektive të kujdesit për fëmijën përbëjnë një faktor të rëndësishëm risku për zhvillimin e OM. Prevalenca e fëmijëve që paraqiten me tip B të timpanogramës që tregon për MEE është më e lartë tek fëmijët që rriten në kopshte, mesatare tek fëmijët që rriten në shtëpi me fëmijë të tjera, dhe e ulët tek fëmijët e vetëm.

Ekspozimi ndaj tymit të duhanit: Ekziston një lidhje ndërmjet ekspozimit pasiv ndaj tymit të duhanit dhe otitit media gjë e cila është provuar tek fëmijët me tuba ventilimi, ku në fëmijët e ekspozuar ndaj tymit të duhanit qëndrueshmëria e tubave është më e ulët se tek fëmijët që nuk ishin të ekspozuar ndaj tymit të duhanit.

Ushqyerja me gji: Rekomandohet të paktën 6 muajt e parë të jetës pasi përbën një faktor të rëndësishëm mbrojtës.

Statusi socio-ekonomik dhe kushtet higjienik sanitare ndikojnë në incidencën e OM.

Obeziteti: Ekziston një lidhje midis BMI dhe OM, mekanizmat e të cilit nuk janë ende shumë të qartë, por mendohet se ndryshimet inflamatore në veshin e mesëm çojnë ndryshime objektive të shijes.

4. Epidemiologjia

OME përbën një ndër faktorët kryesor për rënien e dëgjimit dhe një nga sëmundjet më të shpeshta të veshit në fëmijëri. Deri në moshën 10 vjeç, 80% e fëmijëve kanë kaluar të paktën një episod të kësaj sëmundjeje, me pjesën më të madhe të rasteve në fëmijët nën moshën 3 vjeç. Për sa i përket kohëzgjatjes është provuar se episodet e efuzioneve unilaterale dhe bilaterale rekuperohen përkatësisht brenda 5 dhe 6- 10 javëve⁷.

Prevalenca është rreth 20% në moshën 2 vjeç dhe kjo prevalencë ka dy nivele maksimale: e para në moshën 2 vjeç dhe e dyta në moshën 5 vjeç, të dy kufijtë e së cilës përputhen me moshën e kopshtit dhe fillimin e shkollës fillore. Prevalenca ulët në 8% në moshën 8 vjeç. Ekzistojnë diferenca domethënëse sezonale në nivelin e prevalencës, ajo mund të dyfishohet gjatë periudhës së dimrit në hemisferën veriore. Më shumë se gjysma e këtyre rasteve paraprihen nga një episod AOM, ndërsa fëmijët që kanë kaluar efuzione të veshit të mesëm janë 5 herë më të predispozuar për AOM.

Megenëse OME është asimptomatike atëherë është e vështirë të përcaktohet incidenca e saktë. Shumë studime përcaktojnë praninë e efuzioneve të veshit të mesëm pa diferencuar AOM nga OME. Duke qenë se rreth 65% e episodeve të OME në fëmijët 2 – 6 vjeç përfundojnë brenda një muaji është i domosdoshëm një vlerësim i saktë brenda një kohe të shkurtër i momentit të fillimit të efuzioneve dhe rezorbimit të tij.

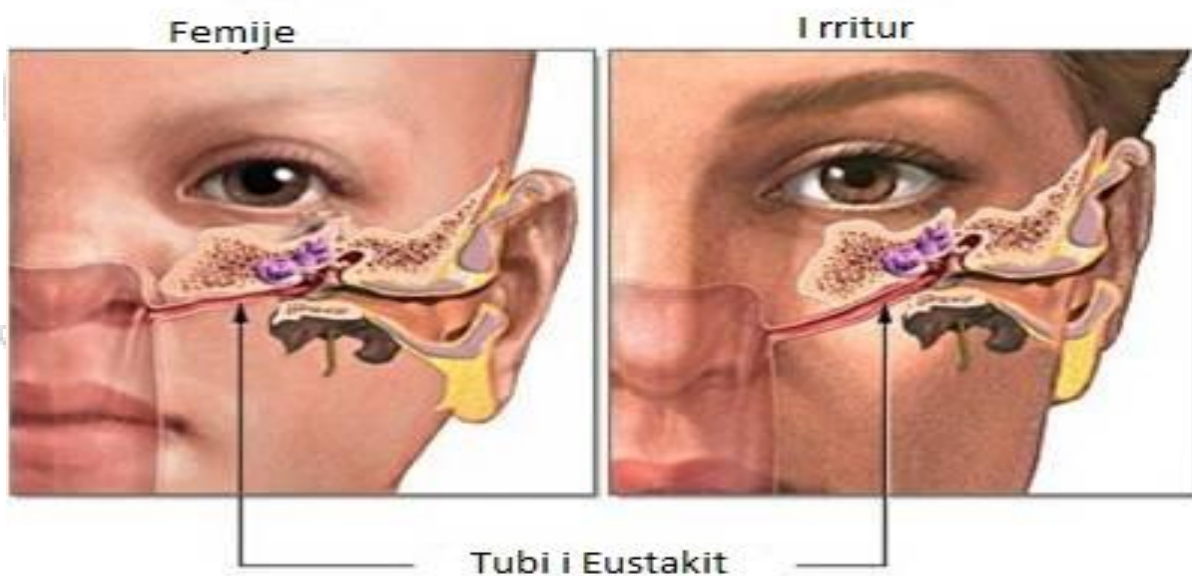
5. Fizpatologjia

OME është i lidhur ngushte me:

1. Funkcionimin e dobët të tubit të Eustakit në fëmijë të vegjël
2. sezoni i pranverës dhe dimrit
3. historia e mëparshme me AOM
4. prania e baktereve ose produkteve bakteriale

Disfunksioni i tubit të Eustakit është thajse universal në OME. Tubi i Eustakit përbën një pjesë të rëndësishme anatomike që lidh nazofaringun me kavitetin timpanik. Ky tub përbëhet nga pjesa kockore ose timpanike dhe pjesa kërcore ose faringeale e veshur me epitel respirator me cilie, me qeliza sekretore dhe e pasur me gjëndra submukoze. Qelizat me cilie lëvizin në drejtim të nazofaringut duke drenuar sekrecionet e veshit të mesëm në nazofaring. Tek fëmijët anatomia e tubit të Eustakit ndryshon nga ajo e të rriturve, morfologjia normale e së cilës arrihet në moshën 7 – 10 vjeç. Tubi i Eustakit është më i shkurtër (13 – 18 milimetra), më horizontal (këndi 10 gradë), pjesa kockore është më e gjatë dhe e gjerë se tek të rriturit⁸.

Figura 2: Anatomia e Tubit të Eustakit



Normalisht tubi i Eustakit qëndron i mbyllur dhe hapet periodikisht në sajë të tre muskujve: tensor veli palatini, elevator veli palatini, salpingo faringeus.

Tre funksionet kryesore të tubit të Eustakit janë: 1) ventilimi/rregullimi i presionit të ajrit, 2) mbrojtës, 3) drenim i sekrecioneve.

1. TE hapet periodikisht për të ekuilibruar presionin atmosferik me atë të veshit të mesëm. Normalisht presionet në të dy anët e membranës timpanike janë të barabarta, por një çrregullim në funksionimin normal të TE çon në ndryshimin e presioneve dhe shërben si barrierë për përcjelljen e tingullit. Ky është funksioni më i rëndësishëm i TE i cili lejon kalimin e ajrit nga mezotimpani në attic, aditus, antrum dhe qelizat ajrore mastoide.

2. TE duke qëndruar i mbyllur mbron veshin e mesëm ndaj presioneve jo normale/ të larta të tingullit, presione të cilat nëse transmetohen në veshin e mesëm mund të vështirësojnë dëgjimin normal. Një TE funksional mbron veshin e mesëm nga refluksi i sekrecioneve nazofaringale.
3. Mukoza e TE dhe pjesë anteriore të veshit të mesëm janë të veshura me epitel respirator ciliar, i cili copëzon dhe drenon sekrecionet në nazofaring. Ky funksion përforcohet edhe nga hapja dhe mbyllja aktive e TE⁹.

Shenja dalluese e obstrukcionit të tubit të Eustakit janë efuzionet e veshit të mesëm. Shkaqet kryesore të obstrukcionit ndahen në dy grupe:

a) *mekanike*

- *intrinseke* (URI; Alergji; sinusit; barotrauma)
- *ekstrinsike* (adenoid i inflamuar; masa/tumore nazofaringale; deviacion i septiumit nazal; polipe nazale)

b) *funkcionale*

- Dobësimi i muskulit tensor veli palatini dëmton hapjen aktive të TE, rritje e kompliancës së pjesës fibroartilaginoze si rezultat rritje e rezistencave të hapjes së TE.

TE hapet periodikisht gjatë gëlltitjes, lëvizjes së nofullave me anën e kontraksionit aktiv të muskulit tensor veli palatini. Ajri (përzierje e oksigjenit, dyoksidit të karbonit, nitrogen dhe avujve të ujit) mbush hapësirat e veshit të mesëm dhe mastoidit. Nëse TE mbetet i bllokuar për një kohë të gjatë fillimisht oksigjeni e më pas gazrat e tjerë difuzojnë në gjak dhe krijojnë presion negativ në hapësirën e veshit të mesëm i cili çon në retraksion të membranës timpanike dhe një transudat nga mukoza duke çuar në akumulimin e mundshëm të një serumi. Meqenëse mukoza e veshit të mesëm ndikohet nga furnizimi i vazhdueshëm me ajër nëpërmjet TE ndërprerja e ventilimit shkakton një proces inflamator që çon në metaplazi të epitelit respirator me cilie, proliferim të qelizave sekretore dhe gjendrave mukoze, hipersekrecion mukosi e rritje të prodhimit të mucinës dhe për pasojë efuzion në hapësirën e veshit të mesëm.

5.1 Refluksi gastro-ezofageal (RGE)

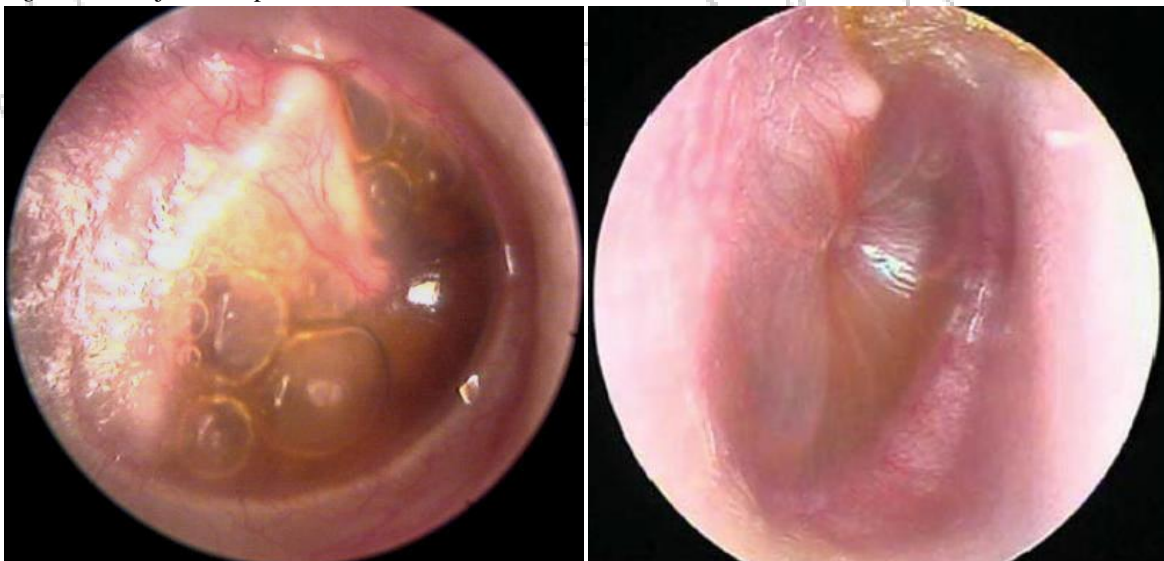
RGE njihet si një faktor i rëndësishëm etiologjik në rregullime respiratore dhe otolaringeale në të rritur dhe fëmijë. Studime të ndryshme tregojnë se RGE është i përfshirë në patogjenezat e sinuziteve, rinosinuziteve kronike, vegetatio adenoid, laringomalacia dhe OME. Që të ketë një lidhje shkak pasojë ndërmjet RGE dhe OME duhet patjetër që përmbajtja gastrike të arrijë në veshin e mesëm e të prekë mukozën. Meqenëse RGE tek të porsalindurit dhe gjatë vitit të parë të jetës është një proces fiziologjik dhe morfologjia e TE është ende e paformuar mirë, refluksi gastrik nga nazofaringu mund të arrijë hapësirën e veshit të mesëm. Normalisht refluksi ka një përmbajtje gastrike acide, në këto kushte ekspozimi i vazhdueshëm i TE ndaj një mjedisi acid me vlera pH < 4 dhe pepsinës mund të

shkaktojë paralizë të qelizave me cilie gjë që kontribuon në dëmtim të clearancës mukociliare. Duke i përmbledhur mund të themi se refluksi arrin në hapësirën e veshit të mesëm dhe përmbajtja gastrike shkakton disfunkcion të TE që përbën mekanizimin bazë fizpatologjik. Disa studime kanë gjetur një prevalencë të lartë të refleksit gastroezofageal ose laringofaringeal tek fëmijët më OME gjë që tregon një lidhje të mundshme midis tyre. Për më tepër përmirësimi i simptomave dhe gjetjeve të çrregullimeve ORL në pacient të trajtuar me preparate anti-refluks sugjeron që RGE luan rol në OME. Por duhet theksuar se ende nuk është provuar tërësisht lidhja shkak pasojë në këtë rast¹⁰.

6. Diagnoza

Diagnostikimi i saktë i OME është thelbësor për vetë trajtimin e tij. OME duhet të dallohet nga OMA për të parandaluar trajtimin e panevojshëm me preparate antimikrobial. Siç edhe është cituar edhe më sipër OME është përkufizuar si grumbullim i likuidit në veshin e mesëm në mungesë të shenjave dhe simptomave akute të infeksionit të veshit. Membrana timpanike paraqitet e mjegulluar me humbje të pikave orientuese, me dëmtim të dukshëm të lëvizshmërisë dhe nivele hidor-aerike apo fluska sic duket edhe në figurat me poshte. Ndërsa OMA kërkon praninë e shenjave dhe simptomave akute të inflamacionit si dhe efuzion të veshit të mesëm¹¹.

Figura 3: Pamje otoskopike e OME



Pacientët me OME shpesh nuk kanë simptoma të dukshme, ato janë të lehta ose minimale, bilaterale e rrallë unilaterale. Simptomat më të shpeshta janë: humbje dëgjimi, ndjenja e mbushjes së veshit, humbje ekuilibri, dhimbje e lehtë e vazhdueshme veshi, nervozizëm i tepruar, autofoni, moskthim në drejtim të burimit të zhurmës. Në fëmijë vihen re ndryshime në sjellje (nuk i përgjigjet në mënyrë të përshtatshme ndaj zërave, zhurmave apo fjalëve në nivel normal bisede) irritabilitet i tepërt dhe çrregullime të gjumit, probleme me mbarëvajtjen në shkollë, mungesa e vëmendjes, ngathtësi e pashpjegueshme, zhvillim i vonuar motor, zhvillim i vonuar i të folurit dhe gjuhës. Egzaminimi fizik kërkon një vëmendje të veçantë në

identifikimin e kushteve që predispozojnë për sëmundje të veshit. Testi Weber: lateralizohet në veshin e sëmurë, ose në veshin më të sëmurë kur efuzioni është bilateral. Testi Rinne: përçueshmëria kockore do të jetë e barabartë ose më e madhe se ajo e ajrit. E rëndësishme është të përcaktohet nëse ka episode të përsëritura të OMA dhe të dokumentohet kohëzgjatja e efuzionit (unilateral, bilateral) si dhe ashpërsia e simptomave të lidhura me këtë gjendje¹².

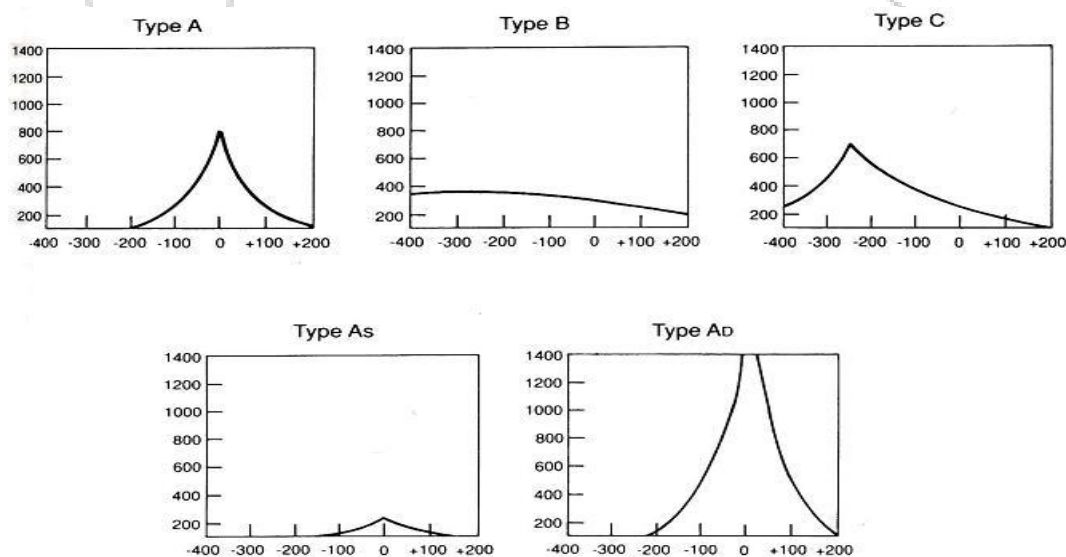
6.1 Otokopia pneumatike

Otokopia pneumatike përbënë metodën më të mira efektive e të saktë të diagnostikimit të OME pasi paraqet raportin më të mirë sensitivitet/specificitet. Nëpërmjet saj vlerësohet gjendja e veshit të mesëm sepse ekzaminon lëvizshmërinë e membranës timpanike. Mungesa e lëvizshmërisë ose një lëvizshmëri e reduktuar e MT tregon për humbje të compliancës së MT si rezultat i pranisë së efuzionit në hapësirën e veshit të mesit apo ngurtësimi i saj nga rritja e trashësisë. MT e retraktuar tregon për presion negativ në veshin e mesëm dhe praninë e efuzionit, ajo mund të jetë në ngjyrë rozë, gri ose e verdhë, pa lëvizshmëri ose me lëvizshmëri të reduktuar. Otokopia e thjeshtë nuk rekomandohet në diagnozën primare.

6.2 Tympanometria

Mund të përdoret për të konfirmuar diagnozën. Ndhmon në diagnozë sidomos në fëmijë në moshë më të vogël se 6 muaj kur vlerësimi otoskopik është i vështirë. Ajo mund të përdoret për të konfirmuar diagnozën OME sidomos nëse kjo diagnozë është e paqartë, si ndihmëse e otoskopisë pneumatike. Ajo realizohet me një sondë standarde prej 226 Hz. Tympanograma përftohet si rezultat i energjisë akustike të matur nga frekuenca që emetohet në veshin e mesëm nëpërmjet kanalit të jashtëm të dëgjimit që varion nga -400 deri +200 daPa. Në një vesh normal, me presione të barabarta të ajrit në të dy anët e MT kufiri maksimal i tympanogramës është 0 daPa.

Figura 4: Tipet e tympanogramës



Tipi A i tympanogramës përfaqëson një funksionim normal të veshit të mesëm. Kurba e tipit A ka një lëvizshmëri dhe presion normale dhe tipizon një dëgjim normal dhe humbje të dëgjimit neurosensorial me funksionim normal të sistemit të veshit të mesëm.

Tipi B përfaqëson lëvizshmëri të kufizuar dhe retraksion të MT. Kurba e tipit B paraqet kompliancë të ulët pa kufij maksimal të MT. Kjo kurbë është tipike e një sistemi të ngurtësuar të veshit të mesëm, tipike për otitis media.

Tipi C përfaqëson presion negativ domethënës në kavitetin e veshit të mesëm. Kurbat e tipit C kanë lëvizshmëri normale dhe presion negativ në pikën maksimale të kompliancës.

Tipi As përfaqëson kompliancë të reduktuar me presione normale, që tregon për lëvizshmëri të reduktuar të membranës timpanike dhe strukturës së veshit të mesëm tipike në rastet kur zinxhiri kockor është i fiksuar.

Tipi Ad përfaqëson presione normale por lëvizshmëri të lartë. Ky model tregon për një MT të dobët për shkak të dëmtimit të zinxhirit kockor ose atrofi e pjeshme e MT.

Kriteret në vijim përdorin TW (gradientin) dhe otoskopinë për të karakterizuar gjendjen e veshit të mesëm:

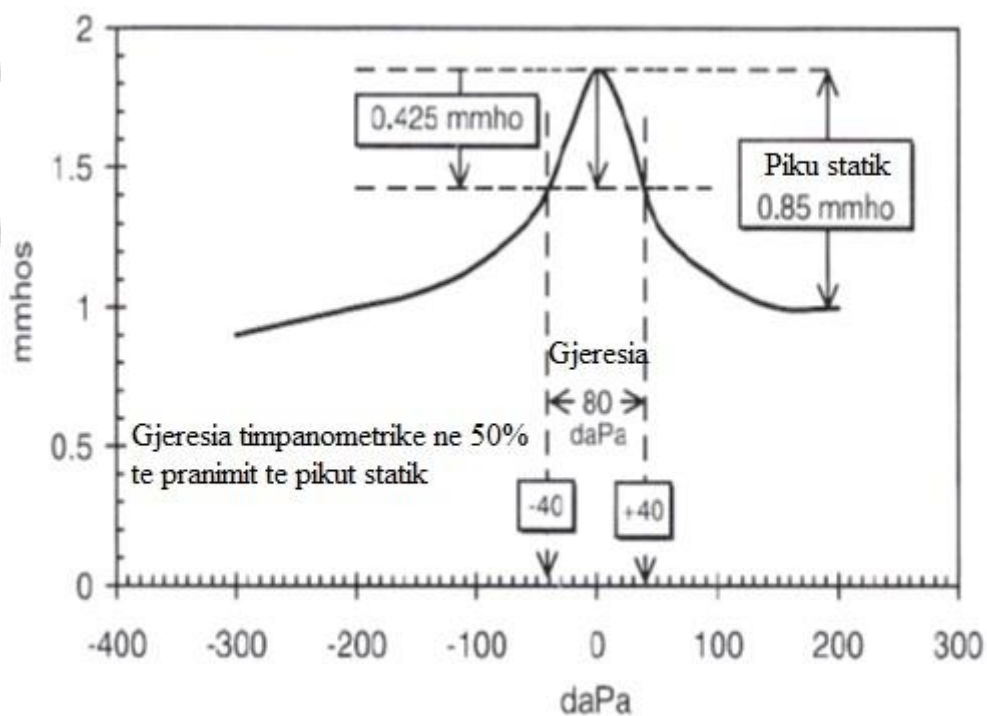
kur TW < 150 daPa = jo OME

kur TW > 350 daPa = OME

kur TW 150 – 350 daPa = prania ose mungesa e OME duhet të përcaktohet me otoskopi¹³.

TW (tympanogram width) përcaktohet sipas metodës së përcaktuar në foton në vijim.

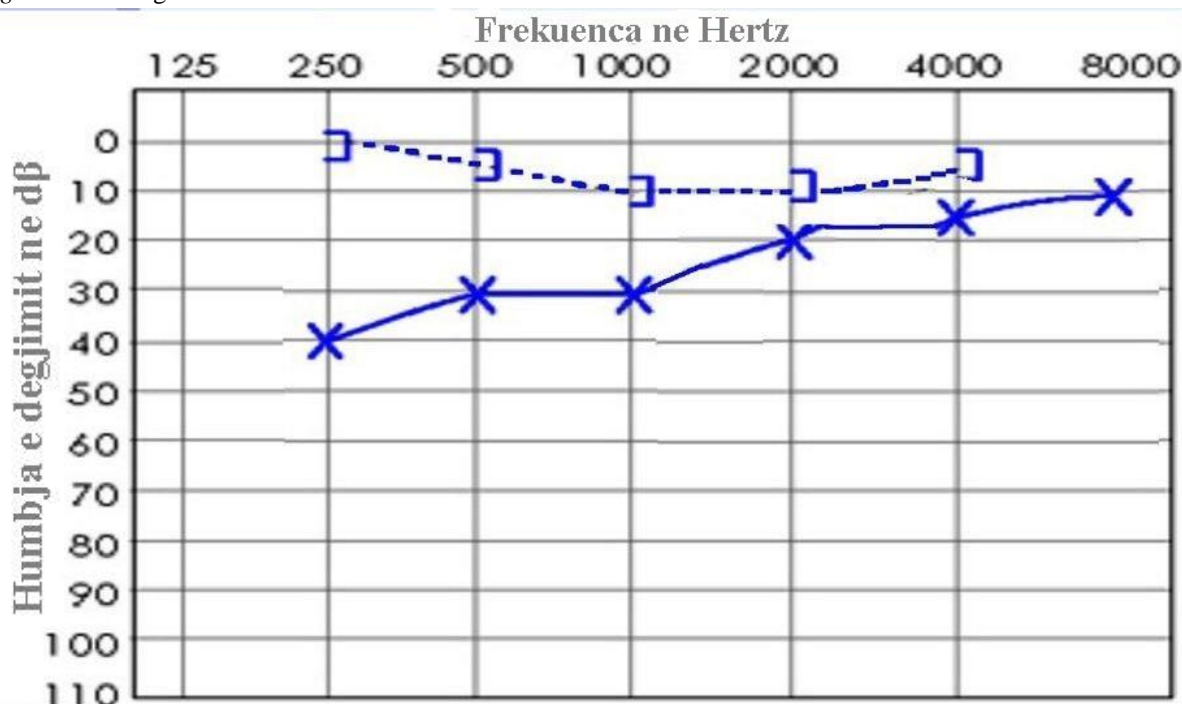
Figura 5. Gjerësia e tympanogramës



6.3 Audiometria

Audiometria ka një sensitivitet 92% dhe siguron një vlerësim të ashpërsisë së sëmundjes dhe përdoret si një metodë e cila monitoron progresin dhe efektet e trajtimit. Një humbje 20-40 Db është e zakonshme në OME. Efuzionet e veshit të mesëm shoqërohen me një rënie mesatare në të moderuar konduktive të dëgjimit, prandaj vlerësimi i të dëgjuarit është i rëndësishëm pasi dëmtimi i tij përbënë rrezik për zhvillimin e të folurit ose problemeve të të mësuarit¹⁴.

Figura 6: Audiograme në OME



6.4 Testimi i dëgjimit

Testimi i dëgjimit rekomandohet kur OME persiston për tre muaj ose më gjatë ose në çdo kohe kur tek një fëmijë me OME dyshohet vonësë e të folurit probleme të të mësuarit ose një humbje domethënëse e dëgjimit. Humbja konduktive e dëgjimit shpesh shoqëron OME dhe në mënyrë të pafavorshme mund të dëmtojë lokalizimin e tingullit dhe perceptimin e të folurit në zhurmë. Sipas studimeve mesatarja e pragjeve të dëgjimit në testin me tone të pastra në katër frekuencat (500, 1000, 2000, 4000 Hz) varion nga normal në humbje të moderuar të dëgjimit (0-55 dB). Testi duhet të zhvillohet në një ambient të qetë, të izoluar nga zhurmat e të krijuar posaçërisht për këtë qëllim. Audiometria bëhet nëse ka një rënie të dëgjimit > 20 Db në një ose më shumë frekuenca (500, 1000, 2000, 4000 Hz). Një vlerësim audiologjik i detajuar është i domosdoshëm për fëmijët që nuk e kalojnë këtë testim të parë, kur mjedisi është i papërshtatshëm apo në fëmijë më të vegjël se 4 vjeç. Ai përfshin vlerësimin e pragut kockor dhe ajror për tonet e pastër dhe teste të pragut të gjuhës. Metodatat e vlerësimit varen nga mosha e zhvillimit të fëmijës dhe janë:

- “Behavioral audiometry” kërkon bashkëpunim të fëmijës dhe testimi përshtatet sipas moshës. “Visual reinforcement audiometry” përdoret në grupmoshat 6 muaj – 2 vjeç ku si rezultat i një stimuli akustik mbikëqyret reagimi/kthimi i kokës së fëmijës.
- “Play audiometry” përdoret në fëmijët më të mëdhenj se dy vjeç.
- “Conventional audiometry” përdoret tek fëmijët më të mëdhenj se pesë vjeç.

6.5 Testimi i gjuhës

Testi i gjuhës duhet të bëhet tek fëmijët me rënie të dëgjimit. Ata që kalojnë episode të përsëritura e të përhershme të OME dhe humbje të dëgjimit të lidhura me OME gjatë fëmijërisë së hershme mund të kenë vështirësi në të folur, gjuhë dhe mësim pasi komunikimi është i integruar në të gjitha aspektet e komunikimit njerëzor. Të folurit dhe gjuha mund të testohen tek fëmijët nga 6 muaj- 3 vjeç nga takimi direkt i fëmijëve apo prindërve e kujdestareve mbi çështje specifike për sa i përket zhvillimit gjuhësor të fëmijëve.

CT-scan është shumë i ndjeshëm por jo i nevojshëm në diagnozë megjithatë është i rëndësishëm në OME unilaterale kur përjashtohet masë në tubin e Eustakit dhe masë nazofaringeale.

MRI është i dobishëm në masat e buta të indeve që kontribuojnë në efuzionin e veshit të mesëm.

7. Trajtimi

Zgjedhja e trajtimit përfundimtar në një fëmijë me OME është e lidhur me kohëzgjatjen e efuzionit si dhe me natyrën e ashpërsinë e simptomave të lidhura me të, detaje të cilat duhet të dokumentohen gjatë vlerësimit në çdo OME. Koha e fillimit të OME mund të përcaktohet përmes diagnozës së një OMA të mëparshëm, një audiogramë e timpanograme anormale pas një egzaminimi normal, një historie fillimi akut të simptomave dhe shenjave që sugjerojnë për likid në hapësirën e veshit të mesëm. Por këto të dhëna shpesh mungojnë dhe mjekët janë të detyruar të spekulojnë me kohën e fillimit dhe zgjatjen e grumbullimit të likidit¹⁵.

7.1 Observimi

Fëmija me OME që nuk është në rrezik, duhet të menaxhohet me një vëzhgim të kujdesshëm nga data e fillimit të efuzionit ose nga data e diagnozës (nëse fillimi është i panjohur) rreth 75% nga 90% të pacienteve me OME pas një episodi AOM zgjidhet në mënyrë spontane brenda tre muajve. Pra, pjesa më e madhe e OME kanë natyrë vetë-kufizuese gjë që varet nga shkaqet dhe zgjatja e efuzionit. Në këto raste duhet të informohen prindërit apo kujdestari se fëmija mund të pësojë ulje të dëgjimit deri në rezorbim të efuzionit sidomos nëse është

bilateral, ndaj këshillohen të mbajnë fëmijën përballë duke i folur qartë, duke i përsëritur frazat që nuk kuptohen dhe duke i siguruar një vend të përshtatshëm për tu ulur në shkollë.

Fëmijët me OME persistent, të cilët nuk janë në rrezik duhet të rivlerësohen në intervale 3-6 muaj derisa efuzioni të mos jetë më i pranishëm, të mos identifikohen humbje domethënëse të dëgjimit apo të mos dyshohen dëmtime strukturore të membranës timpanike ose veshit të mesëm. Nëse OME është asimptomatike dhe ka tendence të zgjidhet spontanisht ndërhyrja është e panevojshme dhe nëse persiston për më tepër se tre muaj duhet të përcaktohet nëse ekzistojnë faktorë rrisht që do të predispozojnë pasoja të padëshirueshme ose parashikojnë moszgjidhjen e efuzionit. Për sa kohe zgjat efuzioni fëmija është në rrezik për sekela dhe duhet të vlerësohet periodikisht me qëllim që të ndërhyhet në kohë. OME që nuk shfaq simptoma zakonisht shërohet spontanisht. Por ndër faktorët që ulin shkallën e shërimit spontan përfshijnë: prania e adenoideve të inflamuar, humbja e dëgjimit më madhe se 30 Db në veshin me nivel më të lartë dëgjimi, historia e mëparshme e tubave të ventilimit, fillimi i OME në stinën e verës ose të vjeshtës. Fëmijët me OME kronike rrezikojnë një dëmtim struktural të membranës timpanike. Kjo për arsye se efuzioni përmban disa mediatore të inflamacionit akut përgjegjëse për ndryshimet reaktive që ndodhin në membranën timpanike e në shtresën mukoze të saj. Rezultat i presionit negativ nga ulja e ventilimit formohen xhepa retraksioni, atelektaze e membranës dhe erozion osikular me kolesteatome. Observimi i vazhdueshëm është i detyrueshëm tek ata fëmijë që paraqesin këto kushte të membranës timpanike pavarësisht kohëzgjatjes së OME pasi përhapja e dëmtimeve strukturale rritet me zgjatjen e efuzionit. Tek fëmijët me OME persistent për tre muaj ose më gjatë duhet të bëhet një vlerësim audiologjik i plotë. Ekzistojnë tre mundësi veprimi bazuar në rezultatet e përfutuara:

1. Nëse niveli i dëgjimit > 40 Db (humbje dëgjimi e moderuar) dhe persiston në këtë nivel rekomandohet kirurgjia sepse kjo humbje e dëgjimit me karakter të përhershëm ka treguar te preke te folurën dhe gjuhën.
2. Nëse niveli i dëgjimit 21-39 dB (humbje dëgjimi mesatare) ndikon në vështirësi në të folur, gjuhë dhe performancën në shkollë. Ndaj menaxhimi i mëtejshëm përfshin strategji për të përmirësuar dëgjimin e të mësuarin (shikoje fëmijën në fytyrë dhe fol qartësisht duke përdorur gjuhën joverbale për të ndihmuar të folurën, afrohu rreth 90 cm pranë fëmijës para se të flasësh, elimino tingujt e panevojshëm të ambientit si pajisjet televizive, përsërit fjalë, fraza dhe pyetje kur ai keqkupton, caktoji vend të favorshëm ulje në klasë) ose kirurgji, gjë që bazohet nga ashpërsia e humbjes së dëgjimit dhe kohëzgjatja e efuzionit. Nëse OME persiston kur nuk është ndërhyrë me kirurgji ripërsëritja e testit të dëgjimit duhet të bëhet çdo 3-6 muaj.
3. Nëse niveli i dëgjimit < 20 Db (dëgjim normal) duhet një vlerësim i mëvonshëm ku nëse OME vazhdon të persistojë ripërsëritja e testit të dëgjimit duhet të bëhet në 3-6 muaj.

E rëndësishme është të dallohen fëmijët me OME që janë në rrezik për zhvillimin të folurit, gjuhës ose me probleme të të mësuarit nga fëmijët e tjerë të cilët kanë OME, dhe në ta duhet të vlerësojnë më shpejt e rigorozisht dëgjimin të folurën gjuhën e nevojën për ndërhyrje. Faktorët e rrisht të cilët predispozojnë zhvillimin e vështirësive renditen si me poshtë:

1. Sindromi Down apo anomali kraniofaciale që përfshijnë ngadalësim kognjitiv, të të folurit apo gjuhës;
2. Autizëm apo çrregullime të tjera të zhvillimit;
3. Humbje e dëgjimit e përkohshme e pavarur nga OME;
4. Palatoskiza me ose pa simptomat që shoqërojnë;
5. Verbëria apo dëmtim i parikthyeshëm i shikimit.

Menaxhimi i këtyre fëmijëve me risk të rritur për zhvillim të vonuar duhet të përfshijë testin e dëgjimit dhe vlerësimin e të folurit dhe bashkë me trajtimin e OME mund të kërkojë logopedi, protezim akustik ose pajisje shtesë amplifikuese ose timpanostomi me vendosje të tubave të ventilimit.

Antihistaminiket dhe dekonjestionantet nuk rekomandohen në trajtimin e OME. Antibiotiket dhe kortikosteroidet nuk përdoren si trajtim rutine pasi nuk kanë efikasitet nëse përdoren për një kohë të gjatë. Trajtimi me antimikrobikë i shoqëruar ose jo me asteroide nuk ka treguar të jetë efektiv për një kohë të gjatë në rezolucionin e OME, por në disa raste kjo terapi konsiderohet si opsion për shkak të përfitimeve afatshkurtra që tregohen në kontrollet e randomizuara të rasteve kur prindërit apo kujdestarët kundërshtojnë kirurgjinë. Në këto raste mund të përdoret një kurë e vetëm terapie prej 10-14 ditësh por ka shumë pak mundësi që OME të shërohet përfundimisht me këtë regjim. Përfitimet e hershme dy javë pas terapisë bëhen të parëndësishme. Alternativa të tjera jokirurgjikale përfshijnë autoinflacionin e tubit të Eustakit, përdorim oral të mukolitikeve dhe përdorimin sistematik të agjentëve të tjerë farmakologjike përveç antibiotikeve, steroideve, antihistaminikeve dhe dekonjestionanteve¹⁶.

7.2 Ndërrhyrja kirurgjikale

Ky trajtim ka për qëllim largimin e efuzionit nga hapësira e veshit të mesëm dhe rivendosjen e kalueshmërisë së tubit të Eustakit. Kur një fëmijë behet kandidat për ndërhyrje kirurgjikale, vendosja e tubit të timpanostomisë (TV) është procedura e preferuar e fillimit; adenotomia nuk duhet të kryhet nëse nuk ekziston një tregues i qartë (obstruksion nazal, adenonoidit kronik). Të qënurit kandidat për ndërhyrje kirurgjikale për OME varet në një shkallë të madhe nga statusi i të dëgjuarit, simptomat bashkëshoqëruese, rreziku për zhvillimin e fëmijës dhe mundësia për shërim spontan të efuzionit. Vendosja e tubave të timpanostomisë është metoda e preferuar kirurgjikale, kandidatë të së cilës janë pacientët të cilët 1) shfaqin simptoma të qëndrueshme për një periudhë 4 ose më shumë muaj dhe që kanë një humbje të dëgjimit; 2) pacientë më OME rekurent ose të qëndrueshëm të shoqëruar me vonësë në rritje pavarësisht statusit të dëgjimit dhe 3) pacient me OME me dëmtime strukturore të membranës timpanike ose veshit të mesëm.

Kandidatë për ndërhyrje kirurgjikale përfshijnë fëmijët me OME uni ose bilateral që zgjat katër ose më shumë muaj, me simptoma tipike për OME dhe vështirësi/probleme të dokumentuara me dëgjimin, probleme vestibulare, performancë e dobët në shkollë, çrregullime të sjelljes, reduktim i cilësisë së jetës dhe OME me dëmtim struktural të membranës timpanike ose veshit të mesëm. Fëmijët me OME në risk pavarësisht nga kohëzgjatja e OME janë kandidatë për ndërhyrjen kirurgjikale të hershme, gjithashtu TV

vendosen tek një fëmijë në risk me OME uni ose bilateral që nuk ka gjasa të zgjidhet (siç mund të sugjerohet nga tympanograma tip B, apo persistenca e efuzionit për tre ose me shumë muaj).

TV rekomandohen për ndërhyrjen kirurgjikale primare sepse kontrollet e randomizuara tregojnë për një zbritje relative prej 62% të prevalences së efuzionit, niveli i dëgjimit përmirësohet në një mesatare që varion nga 6 deri në 12 Db për sa kohe tubat qëndrojnë të pastër gjithashtu ata sigurojnë një ventilim të veshit të mesëm në një mesatare nga 12 – 14 muaj. Ndërhyrja e përsëritur konsiston në adenotomi plus miringotomi me ose pa TV. Adenotomia plus miringotomia pa futje tubash ka efikasitet të krahasueshëm tek fëmijët mbi katër vjeç por është më invazive e me rreziqe të anestezisë dhe operacionit. Si pasojë, adenotomia nuk rekomandohet si operacion fillestar tek OME nëse nuk ekziston një tregues i dukshëm për adenoid të inflamuar, obstrukcion postnazal apo sinuzit kronik. Miringotomia e cila konsiston në një incizion të membranës timpanike me qëllim drenimin e efuzionit kryhet në të njëjtën kohë me adenotomine, e janë efektive në fëmijë mbi katër vjeç, por për fëmijë më të vegjël është e këshillueshme futja e tubave kur duhet të kufizohet mundësia e përsëritjes së efuzionit (p.sh. fëmijët në risk) ose kur vërehet prania e ndonjë inflamacioni të membranës timpanike apo e mukozës së veshit të mesëm. Rreth 20-50 % e fëmijëve që kanë pasur TV kanë përsëritje të OME pas nxjerrjes së tubave që mund të kërkojë operacion tjetër. Në këtë rast rekomandohet të bëhet adenotomi (nëse fëmija nuk ka palatoskizë) sepse kjo redukton në masën 50% nevojën për operacione të ardhshme. Përfitimet e adenotomisë janë më të dukshme në moshën 2 vjeç, më të mëdha në moshën tre vjeç e sipër¹⁷.

Figura 7: Tub ventilimi në OME



Tonsilektomi ose miringotomi si procedura të veçara (pa adenotomi) nuk rekomandohen për të trajtuar OME. Miringotomia si procedurë e veçuar pa TV ose adenotomi është joefektive për OME persistent sepse incizioni mbyllet brenda disa ditësh. Gjithashtu për sa kohë nuk ka

indikacione të mjaftueshme për tonsilektomi, komplikacionet shoqëruese e tejkalojnë masën e ndonjë përfitimi të mundshëm në trajtimin e OME.

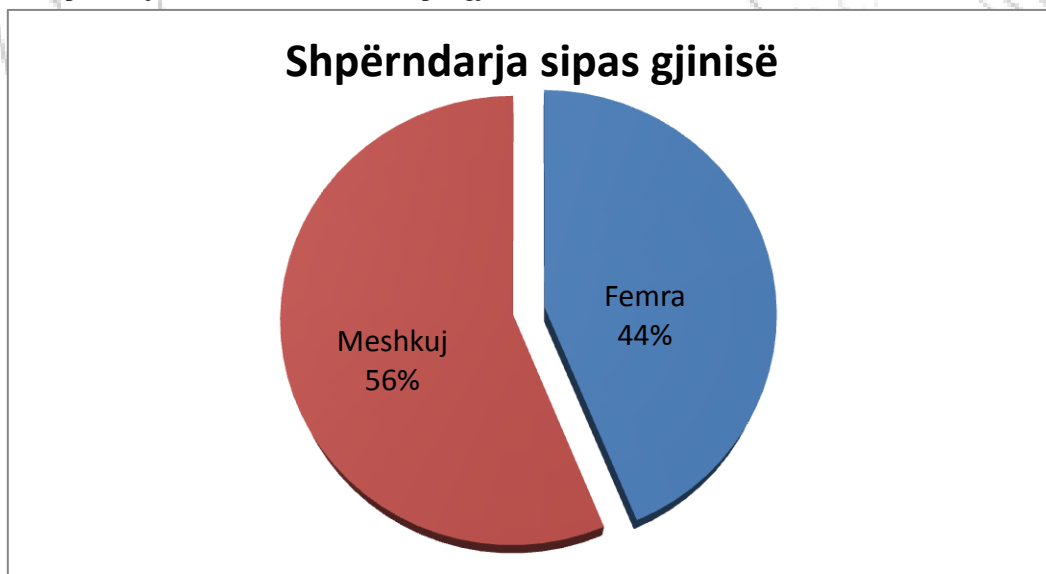
Ndër skelat më të zakonshme të vendosjes së tubave t β ventilimit janë: otorrea, timpanoskleroza, xhepat e retraksionit, perforacioni persistent i membranës timpanike, kolesteatoma, zhvendosje e tubit në kavitetin timpanik, bllokim i tubave, dalje e hershme e tubit por në përgjithësi janë të përkohshme dhe nuk e prekin funksionin. Perforacionet e membranës timpanike që mund të kërkojnë riparim janë vërejtur në 2% të fëmijëve pas vendosjes së tubave afat – shkurtër dhe në 17% pas vendosjes së tubave afatgjatë. Së fundi, rekomandimi për ndërhyrje kirurgjikale duhet të personalizohet bazuar në përfitimet e kësaj ndërhyrje me konsensusin e prindërve, mjekut, apo kujdestarit.

8. OME në Shqipëri

Në përfundim të këtij materiali do të përpiqemi që të bëjmë një përshkrim të shkurtër të rasteve me OME më Shërbimin ORL të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, tirane, në periudhën Janar 2014 – Nëntor 2015. Janë marrë në studim kartelat mjekësore të pacientëve me vegetatio adenoid të shoqëruar ose jo më tonsillitis chronic dmth, hipertrofi tonsilare dhe OME me synim që të përcaktohet niveli i incidencës së OME në totalin rasteve me patologjitë e cituara më sipër. Gjatë periudhës së marrë në studim janë konstatuar në total 676 raste me diagnozat e cituara më sipër, të cilat janë trajtuar në të gjitha rastet me ndërhyrje kirurgjikale. Theksojmë se rastet në studim i përkasin atyre pacientëve trajtimi përfundimtar i të cilëve konsiston në ndërhyrje kirurgjikale.

Në grafikun në vijim paraqitet shpërndarja e rasteve e marrë në studim sipas gjinisë.

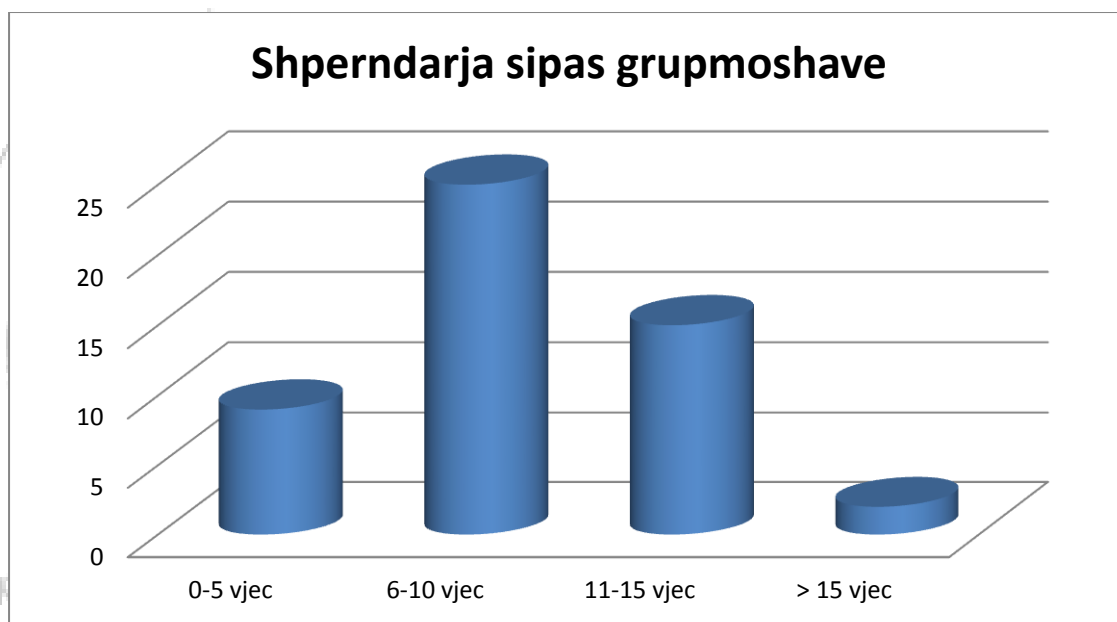
Figura 8: Shpërndarja e rasteve të studiuara sipas gjinisë



Siç shihet nga grafiku 44% e rasteve kanë qenë femra dhe 56% e rasteve janë meshkuj. Gjithsesi në totalin e 676 rasteve të marra në studim rezultoi se vetëm 51 prej tyre ose e thënë ndryshe vetëm 7.5% e totalit të rasteve të marra në studim kanë pasur OME. Dhe nga ky total prej 51 rastesh vetëm në 9 raste kanë rezultuar vetëm me OME pa patologji të tjera shoqëruese. Pjesa tjetër prej 42 rastesh janë shoqëruar kryesisht me vegetatio adenoidea dhe në disa raste edhe me tonsillitis chronica.

Nëse do të referohemi moshës së pacientëve të trajtuar ndarja do të paraqitet sipas grafikut në vijim.

Figura 9. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshave



Pra siç shihet nga grafiku grupmosha më e prekur nga OME është ajo 6 - 10 vjeç dhe me një dominancë të moshës 8-9 vjeç. Duhet theksuar se nga 51 raste me OME 25 raste janë të grupmoshës 6 – 10 vjeç, e ndjekur nga grupmosha 11-15 vjeç e cila ka 15 raste dhe mbi moshën 15 janë regjistruar vetëm 2 raste.

Për sa i përket uljes së dëgjimit në këta paciente duhet theksuar se kjo ulje ka qenë thuajse në të gjitha rastet bilaterale, me vetëm dy raste unilaterale. Ndërsa për sa i përket diagnozës ndarja jepet në tabelën në vijim.

Figura 10. Ndarja e rasteve sipas diagnozës shoqëruese

Diagnoza	Veg. adenoide	Veg. adenoid +TC	Veg. adenoide+OME	OME	OME+Veg.+TC	Veg. + hipertrofi tons.	Totali
Nr. Rasteve	283	334	40	9	2	8	676
Perqindja ndaj totalit	41,9	49,4	5,9	1,3	0,3	1,2	100,0

Nga tabela vihet re se OME është një sëmundje e shoqëruar me patologji të tjera si vegetacion adenoid, tonsilit kronik dhe hipertrofi tonsilare. Nga të dhënat e studimit mund të konkludojmë OME shoqërohet kryesisht me vegetatio adenoid, të cilat mund të shkaktojnë

obstruksion të nazofaringut bllokim të tubit të Eustakit dhe dëmtim të ventilimit të veshit të mesëm dhe sistemit mastoid. Gjithashtu kolonizimi bakterial i tyre predisponon për infeksione rekurrente të veshit të mesëm. Eliminimi mekanik i adenoidit çon në përmirësim dhe rezolucion të OME, efektet e adenoidektomisë janë të pavarura nga madhësia e adenoidit.

9. Konkluzionet

Otiti media me efuzion përkufizohet si prania e likuidit në veshin e mesëm, në mungesë të shenjave dhe simptomave të infeksionit akut të veshit. Otiti media përbën një ndër infeksionet më të shpeshta tek fëmijët, pas infeksioneve virale të rrugëve të sipërme respiratore. OME mund të ndodhe spontanisht si rezultat i funksionit të dobët të tubit të Eustakit ose si një përgjigje inflamatore që pason OMA. Etiologjinë e OME studiohet duke u bazuar në mikrobiologjinë e sëmundjes dhe në faktorët e saj të riskut. Studiuesit mbështesin hipotezën se efuzionet e veshit të mesëm bazohen në praninë e biofilm-ave bakterial ku mikroorganizmat mbizotërues janë *Haemophilus influenza*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*. Agregatë bakterial janë identifikuar edhe në nazofaring që mendohet se shërbejnë si burim i patogjenëve rezistentë ndaj antimikrobialëve. Ndërkohë që faktorët e riskut ndahen në faktor e lidhur me vetë individin dhe faktorët që lidhen me ambientin që rrethon individin.

OME përbën një ndër faktorët kryesor për rënien e dëgjimit dhe një nga sëmundjet më të shpeshta të veshit në fëmijëri. Prevalenca e patologjisë është rreth 20% në moshën 2 vjeç dhe kjo prevalencë ka dy nivele maksimale: e para në moshën 2 vjeç dhe e dyta në moshën 5 vjeç, të dy kufijtë e së cilës përputhen me moshën e kopshtit dhe fillimin e shkollës fillore. Prevalenca ulet në 8% në moshën 8 vjeç. Ekzistojnë diferenca domethënëse sezonale në nivelin e prevalencës, ajo mund të dyfishohet gjatë periudhës së dimrit në hemisferën veriore. Për sa i përket incidencës duhet theksuar se meqenëse OME është asimptomatike atëherë është e vështirë të përcaktohet incidenca e saktë saj.

Disfunksioni i tubit të Eustakit është thujse universal në OME. Tubi i Eustakit përbën një pjesë të rëndësishme anatomike që lidh nazofaringun me kavitetin timpanik. Tre funksionet kryesore të tubit të Eustakit janë: 1) *ventilimi/rregullimi i presionit të ajrit*, 2) *mbrojtës*, 3) *drenim i sekrecioneve*. Shenja dalluese e obstruksionit të tubit të Eustakit janë efuzionet e veshit të mesëm. Shkaqet kryesore të obstruksionit ndahen në mekanike dhe funksionale TE hapet periodikisht gjatë gëlltitjes, lëvizjes së nofullave me anën e kontraksionit aktiv të muskulit tensor vali palatini. Ajri (përzierje e oksigjenit, dyoksidit të karbonit, nitrogen dhe avujve të ujit) mbush hapësirat e veshit të mesëm dhe mastoidit. Nëse TE mbetet i bllokuar për një kohë të gjatë fillimisht oksigjeni e më pas gazrat e tjerë difuzojnë në gjak dhe krijojnë presion negativ në hapësirën e veshit të mesëm i cili çon në retraksion të membranës timpanike dhe një transudat nga mukoza duke çuar në akumulimin e mundshëm të një serumi. Meqenëse mukoza e veshit të mesëm ndikohet nga furnizimi i vazhdueshëm me ajër nëpërmjet TE ndërprerja e ventilimit shkakton një proces inflamator që çon në metaplazi të epitelit respirator me cilie, proliferim të qelizave sekretore dhe gjëndrave mukoze,

hipersekrecon mukusi e rritje të prodhimit të mucinës dhe për pasojë efuzion në hapësirën e veshit të mesëm.

RGE njihet si një faktor i rëndësishëm etiologjik në rregullime respiratore dhe otolaringeale në të rritur dhe fëmijë. Disa studime kanë gjetur një prevalencë të lartë të refleksit gastroezofageal ose laringofaringeal tek fëmijët me OME gjë që tregon një lidhje të mundshme midis tyre. Por duhet theksuar se ende nuk është provuar tërësisht lidhja shkak pasojë në këtë rast.

Diagnostikimi i saktë i OME është thelbësor për vetë trajtimin e tij. OME duhet të dallohet nga OMA për të parandaluar trajtimin e panevojshëm me preparate antimikrobial. Pacientët me OME shpesh nuk kanë simptoma të dukshme, ato janë të lehta ose minimale, bilaterale e rrallë unilaterale. Simptomat më të shpeshta janë: humbje dëgjimi, ndjenja e mbushjes së veshit, humbje ekuilibri, dhimbje e lehtë e vazhdueshme veshi, nervozizëm i tepruar, autofoni, moskthim në drejtim të burimit të zhurmës. Në fëmijë vihen re ndryshime në sjellje (nuk i përgjigjet në mënyrë të përshtatshme ndaj zërave, zhurmave apo fjalëve në nivel normal bisede) irritabilitet i tepërt dhe çrregullime të gjumit, probleme me mbarëvajtjen në shkollë, mungesa e vëmendjes, ngathtësi e pashpjegueshme, zhvillim i vonuar motor, zhvillim i vonuar i të folurit dhe gjuhës. Metodat e përdorura për diagnostikimin përfshijnë otoskopinë pneumatike, tymnometria, audiometria, testimi i dëgjimit dhe testimi i gjuhës.

Zgjedhja e trajtimit përfundimtar në një fëmijë me OME është e lidhur me kohëzgjatjen e efuzionit si dhe me natyrën e ashpërsinë e simptomave të lidhura me të. Fëmija me OME që nuk është në rrezik, duhet të menaxhohet me një vëzhgim të kujdesshëm nga data e fillimit të efuzionit ose nga data e diagnozës (nëse fillimi është i panjohur) rreth 75% nga 90% të pacienteve me OME pas një episodi AOM zgjidhet në mënyrë spontane brenda tre muajve. Pra, pjesa më e madhe e OME kanë natyrë vetë-kufizuese gjë që varet nga shkaqet dhe zgjatja e efuzionit. Në këto raste duhet të informohen prindërit apo kujdestari se fëmija mund të pësojë ulje të dëgjimit deri në rezorbim të efuzionit sidomos nëse është bilateral, ndaj këshillohen të mbajnë fëmijën përballë duke i folur qartë, duke i përsëritur frazat që nuk kuptohen dhe duke i siguruar një vend të përshtatshëm për tu ulur në shkollë. Kur një fëmijë behet kandidat për ndërhyrje kirurgjikale, vendosja e tubit të timpanostomisë (TV) është procedura e preferuar e fillimit; adenotomia nuk duhet të kryhet nëse nuk ekziston një tregues i qartë (obstruksion nazal, adenonoidit kronik). Të qënurit kandidat për ndërhyrje kirurgjikale për OME varet në një shkallë të madhe nga statusi i të dëgjuarit, simptomat bashkëshoqëruese, rreziku për zhvillimin e fëmijës dhe mundësia për shërim spontan të efuzionit. Vendosja e tubave të timpanostomisë është metoda e preferuar kirurgjikale, kandidatë të së cilës janë pacientët të cilët 1) shfaqin simptoma të qëndrueshme për një periudhë 4 ose më shumë muaj dhe që kanë një humbje të dëgjimit; 2) pacientë më OME rekurent ose të qëndrueshëm të shoqëruar me vonesë në rritje pavarësisht statusit të dëgjimit dhe 3) pacient me OME me dëmtime strukturore të membranës timpanike ose veshit të mesëm.

1. Nga një kampion prej 676 rastesh nga regjistrat e Shërbimit ORL në QSUT rezultoi se thuhetse 50% e rasteve me OME i korrespondon grupmoshës 6-10 vjeç. Një tjetër e

dhënë që del nga këto regjistra ka të bëjë më faktin se mbi 80% e rasteve me OME shoqërohet edhe me një ose më shumë patologji të tjera si vegetacion adenoid, tonsilit kronik dhe hipertrofi tonsilare.

¹ Otolaringologjia e Cumming, Kirurgjia e Kokes dhe Qafes, Volumi i Pare, Botimi i Gjashte, Elsevier 2015

² Kirurgjia e Kokes dhe e Qafes e Bailey, Otolaringologji, Volumi i Pare, Botimi i Botimi i Peste, Wolters Klower 2014

³ Atlas me Ngjyra i Anatomise se Kokes dhe Qafes, Bari M. Logan, Patricia A. Reynolds, Ralph T. Huchings, Botimi I Trete, Mobsy 2004

⁴ Otolaringologjia e Cumming, Kirurgjia e Kokes dhe Qafes, Volumi i Pare, Botimi i Gjashte, Elsevier 2015

⁵ Sëmundjet e Veshit, Hundës dhe Fytit: Kirurgjia e Kokës dhe Qafës. Mohan Bansal. Jaypee Brothers Medical Publishers 2013.

⁶ Kirurgjia e Kokes dhe e Qafes-Otolaringologji, Volumi i Pare, Botimi i Botimi i Peste, Wolters Klower 2014

⁷ Veshi i Mesem.. Arritjet, Konceptet dhe Trajtimi. Edituar nga Diego Preciado, Springer 2015

⁸ Otolaringologji, Kirurgjia e Kokes dhe e Qafes, Udhezues i References Klinike, R. Pasha, Singular 2011

⁹ Zhvillimet e fundit ne Otolaringologji, David Moffat, James Keir, Holger Sudhof, Royal Society of Medicine Press 2008

¹⁰ Roli i Refluksit Laringofaringal ne Pategjenezen e Veshit te mesem me Efuzion, Mehmet Dođru, Gokhan Kuran, Suheyl Haytođlu, Ramazan Dengiz, Osman Kurşat Arıkan, The Journal of International Advanced Otolaryngology 2015

¹¹ Sëmundjet e Veshit, Hundës dhe Fytit. PL Dhingra, Edicioni i Katërt. Elsevier 2007

¹² Diagnoza dhe Trajtimi aktual ne Otolaringologji- Kirurgjia e Kokes dhe Qafes, Botimi i Trete, Anil K. Lalwani McGraw Hill 2012

¹³ Otolaringologjia e Cumming, Kirurgjia e Kokes dhe Qafes, Volumi i Pare, Botimi i Gjashte, Elsevier 2015

¹⁴ Audiologjia Klinike-Nje Hyrje, Botimi I Dyte, Bred A. Stack, Delmar 2010

¹⁵ Efuzioni i Veshit të Mesem: Udhëzues i Praktikës Klinike. Akademia Amerikane e Pediatriisë 2004.

¹⁶ Kujdesi Parësor, Otolaringologji. Edicioni i Tretë 2011, Akademia Amerikane e Otolaringologjisë.

¹⁷ Otolaringologjia Pediatrike: Principet dhe Metodatat Praktike. R. Eëtmore, H. R Muntz, T. McGill, Thieme 2012.