



REPUBLIKA E SHQIPËRISË

MINISTRIA E SHËNDETËSISË

**QENDRA KOMBËTARE E CILËSISË, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË INSTITUCIONEVE
SHËNDETËSORE (QKCSA-ISH)**



**Udherrefyesh Kombetar
I Praktikes me te Mire Klinike
per Otitin Ekstern,
Otitin Media Akut dhe,
Otitin me Efuzion**

Draft i pare

Shtator 2010

3. Pasqyra e lendes

Parathenie, Rendesia e problemit	4
Falenderime	5
Objektivat	5
Perdoruesit e ketij udherrefyesi	6
Ndertimi i udherrefyesit	6
Evidenca dhe bibliografia	42
Permbledhje e struktures	46
Metodologjia e vleresimit te udherrefyesit	49
Grupi i punes	49

4. Pasqyra e tabelave

Tabela 1 - Elementet e diagnozes se otitit ekstern difuz akut	6
Tabela 2 - Nderhyrjet qe duhen marre ne konsiderate ne udherrefyesin e OAE	8
Tabela 3 - Fillimi i menjehershem i shenjave dhe simptomave te inflamacionit dhe efuzionit ne veshin e mesem	18
Tabela 4- Trajtimi i dhimbjes ne OMA	20
Tabela 5 - Kriteret e zgjedhjes midis antibiotikoterapise dhe observimit	22
Tabela 6 - Kriteret per zgjedhjen e antibiotikoterapise apo observimit tek femijet ne gjendje jo te rende	29
Tabela 7- Faktoret e rrezikut qe cojne ne veshtiresi	32
Tabela 8- Strategjite per te krijuar ambjentin optimal per te degjuarit & mesuarit tek femijet me OME dhe humbje te degjimit.	39

5. Lista e akronimeve

OAE - otiti ekstern difuz

OMA- otit media akut

OME- otiti me efuzion

TV- tuba ventilimi

6. Parathenie: Rendesia e problemit

A) OAE eshte nje celulit i lekures se kanalit te jashtem te degjimit dhe shtreses subdermale, me shenjat e inflamacionit akut dhe me edeme variabile. Shkaktari patogen me i shpeshte eshte *Pseudomonas aeruginosa* (me prevalence 20% deri 60%) dhe *Staphylococcus aureus* (me prevalence 10% deri 70%), por shpesh gjendet si infeksion polimikrobik. Shkaktare te tjere patogene jane kryesisht mikroorganizmat gram negative, te cilet shkaktojne jo me shume se 2% deri 3% te rasteve klinike. Pjesemarrja e fungeve eshte pergjithesisht e rralle ne OAE primare, por ata mund te jene te zakonshem ne otitet eksterne kronike ose pas trajtimit te OAE me preparate me pika ne vesh dhe akoma me shume pas perdorimit te antibiotikeve sistemike.

OAE njihet ndryshe edhe si “veshi i notarit” ose “veshi tropikal” dhe eshte nje nga infeksionet me te shpeshta qe ndeshin mjeket. Incidenca vjetore e OAE eshte midis 1:100 dhe 1:250 ne popullaten e pergjithshme, me variacione regjionale te bazuara ne moshen dhe gjeografine.

B) OMA eshte infeksioni me i shpeshte per te cilin perdoren antibiotike tek femijet, ndaj diagnoza dhe trajtimi i kesaj patologjie ka rëndesi te vecante per shendetin e femijeve, koston e kujdesit shendetesor dhe per perdorimin e antibiotikeve ne pergjithesi. Semundja ka nje ndikim te rëndesishem dhe ne jeten sociale, dhe nje kosto indirekte per shkak te mungeses se detyruar ne shkollë dhe pune. Problem themelor per mjekun ngelet zgjedhja e antibiotikut per shkak te rritjes se rezistences se mikroorganizmave ndaj tyre dhe koston ne rritje te tyre

C) Otiti media me efuzion perkufizohet si prania e likidit ne veshin e mesem, ne mungese te shenjave dhe simptomave te infeksionit akut te veshit. OME dallohet nga OMA pasi ky i fundit karakterizohet nga vendosja e menjehershme e shenjave dhe simptomave, nga prania e likidit ne veshin e mesem si dhe prania e shenjave dhe simptomave te nje inflamacioni akut. Prania e vazhdueshme e likidit ne veshin e mesem ne OME con ne ulje te mobilitetit te MT dhe sherben si barriere per percjelljen e tingullit.

OME mund te ndodhe spontanisht si rezultat i funksionit te dobet te TE ose si nje pergjigje inflamatore qe pason OMA. Rreth 90% e femijeve kane OME ne periudhen parashkolllore, me shpesh ne moshat 4 muajsh-6 vjec. Ne vitet e para te jetes, mbi 90% e femijeve do te kene OME qe rritet ne me shume se 60% ne moshen mbi 20 vjec. Disa episode rezorbohen spontanisht brenda 3 muajve, por rreth 30-40% e femijeve kane OME rekurente dhe 5-10% e episodeve zgjat nje vit ose me gjate.

Pasojat me te rëndesishme qe trajtohen ne kete udherrefyese jane: humbjen e degjimit, efektet ne te folur, gjuhe dhe te mesuar, pasojat psikologjike, perdorimin e kujdesit shendetesor (mjekesor, kirurgjikal) dhe cilesine e jetes. Prevalenca e larte e OME, veshtiresite e diagnostikimit dhe vleresimi i kohezgjatjes, rreziku ne rritje per humbje

konduktive te degjimit, impakti i mundshem ne gjuhe dhe ne njohje e beje OME nje kusht te rendesishem per perdorimin e te dhenave te perditesuara ne udhezuesin praktik.

7. Falenderime: Profesor Pjerin Radovani per rishikimin sistematik te ketij udherrefyesi, Dr. Mirela Xhelili, Brunilda Guzi, Elona Kodra per ndihmen ne perkthimin e materialeve te mbledhura.

8. Objektivat;

A) Objektivi i ketij udherrefyesi klinik eshte te jape rekomandime te bazuara ne evidence per trajtimin e otitit ekstern, ky i fundit i perkufizuar si nje inflamacion i gjeneralizuar i kanalit te jashtem te degjimit, qe mund te perfshije dhe aurikulen apo membramen timpanike. Qellimi kryesor i udherrefyesit eshte te promovojte perdorimin e sakte te antibiotikeve topike dhe orale si dhe te nenvizojte nevojten per nje trajtim te pershtatshem me analgjezike.

B) Qellimi i ketij udherrefyesi eshte te vleresojte te dhenat egzistuese per historine natyrale dhe trajtimin e nje OMA te pakomplikuar dhe te jape rekomandime bazuar mbi keto te dhena. Ne fokus eshte dignostikimi dhe trajtimi i OMA te panderlikuar nga 2 muaj ne 12 vjec, te cilet nuk kane shenja apo simptoma te semundjeve te tjera sistemike, apo gjendje preegzistuese qe mund te alterojne historine natyrale te OMA. Te tilla gjendje mund te jene crregullime anatomike si palatoskizis, crregullime gjenetike si sindroma Down, imunodeficiencat e ndryshme dhe prezenca e implantit koklear. Gjithashtu perjashtohen edhe femijet qe kane rekurence te OMA brenda nje periudhe 30 ditore apo kur eshte OMA e vendosur mbi nje otit media kronik me efuzion.

C) Udhezuesi klinik praktik mbi otitin media me efuzion siguron rekomandime te bazuara ne fakte, ne diagnostikimin dhe trajtimin e OME ne femije. Ky udhezues perfshin femijet nga mosha 2 muaj-12 vjec me ose pa paaftesi te zhvillimit ose gjendje te cilat predispozojne OME dhe pasojat e tij.

Ky udhezues nuk perfshin femijet mbi 12 vjec pasi OME eshte e pazakonte dhe historia e natyrale e zhvillimit te semundjes dallon nga ajo e femijeve qe pesojne ndryshime ne rritje.

9. Perdoruesit e ketij udherrefyesi jane:

Mjeket ORL, mjeket e familjes, mjeket pediater, audiologjet, logopedistet personeli infermieror apo ai i urgjences.

10. Ndertimi i udherrefyesit:

A) **Otiti ekstern akut** (OAE) percaktohet si nje inflamacion difuz i kanalit te jashtem te degjimit, i cili mund te perfshije edhe llapen e veshit ose membranen timpanike. Diagnoza e otitit ekstern akut difuz nenkupton fillim te shpejte (pergjithesisht brenda 48 oreve) te simptomave dhe zgjatje te tyre apo te shenjave te inflamacionit te kanalit te jashtem te degjimit deri ne 3 jave (tabela 1)

Tabela 1

Elementet e diagnozes se otitit ekstern difuz akut	
1.	Fillimi i shpejte, pergjithesisht brenda 48 oreve dhe zgjatje deri ne 3 jave
2.	Shenjat e inflamacionit te kanalit te jashtem te degjimit qe perfshijne: <ul style="list-style-type: none">• Dhembje te veshit (shpesh e rende),te kruara, ndjenje e mbushjes se veshit• Pranine ose jo te uljes se degjimit ose dhembje ne artikulacionin temporomandibular, DHE
3.	Shenjat e inflamacionit te kanalit te jashtem te degjimit qe perfshijne: <ul style="list-style-type: none">• Dhembje gjate shtypjes ne tragus,ne llapen e veshit ose ne te dyja• Ose edeme difuze te kanalit te jashtem te degjimit,eriteme e tij, ose te dyja se bashku• Pranine ose jo te sekrecioneve nga veshi, limfadenit regjional, eriteme te membranës timpanike ose celulit te llapes se veshit dhe lekures perreth

Nje shenje dalluese e OAE difuz eshte ndjeshmeria e tragusit, llapes se veshit, ose te dyjave njekohesisht, e cila eshte shpesh e forte dhe ne disproporcion me ate c'ka shihet ne inspeksion.

Preparatet antimikrobiale me pika ne vesh jane te dobishem ne trajtimin e OAE, por antibiotiket orale kane dobi te kufizuar. Megjithate, rreth 20% deri 40% e pacienteve me OAE, marrin antibiotike orale si shtese te terapise topikale. Antibiotiket orale jane zakonisht inaktive ndaj P aeruginosa dhe S aureus,mund te kene efekte anesore dhe te sherbejne per krijimin e shtameve mikrobike rezistente kudo ne trup. Rezistenca bakteriale ka me pak lidhje me perdorimin topik te antibiotikeve, sepse perqendrimi i

larte i drogave ne kanal in e jashtem te degjimit, zhduk te gjith e organizmat e dyshuar, duke perfshire edhe ata qe jane zakonisht rezistente.

Patogeneza e OAE eshte multifaktoriale. Pastrimi i rregullt i kanalit te veshit heq dyllin, i cili eshte nje barriere e rendesishme ndaj lageshtise dhe infeksionit. Cerumeni krijon nje Ph lehtesisht acid qe frenon infeksionet (vecanerisht nga P aeruginosa), por qe mund te alterohet gjate ekspozimit ndaj ujit, pastrimit energjik, depozitimit te sapunit ose gjate perdorimit te preparateve alkaline me pika ne vesh. Grumbullimi ne kanal in e jashtem te degjimit i copezava te lekures per shkak te problemeve dermatologjike, mund te nxise gjithashtu infeksionin, ashtu sikurse trauma lokale gjate perpjekjeve per vetepastrim te veshit ose shpelarjet e tij. Po ashtu ne patogeneze, mund te perfshihen faktore te tjere sic jane te notuarit, alergjite dhe stresi.

OAE eshte me i shpeshte ne zonat me klime te nxehte dhe me lageshti te rritur si dhe ne rastet e ekspozimit te zgjatur ndaj ujit gjate te notuarit. Pjesa me e madhe e rasteve te studimit, por jo te gjitha, kane gjetur nje shoqerim te cilesise se ujit (rritje te ngarkeses bakteriale te ujit) me riskun per OAE. Mikroorganizmat shkaktare jane te pranishem ne pjesen me te madhe te pishinave, por jo te gjith e shkaktojne OAE. Disa individe duken me te prekshem nga OAE dhe kjo e bazuar genetikisht (ata me grupin A te gjakut) dhe disa subspecie te Pseudomonas shkaktojne OAE qe mund te jete i ndryshem nga disa infeksione te tjera te shkaktuara po nga Pseudomonas.

Strategjite e parandalimit te OAE kane si fillim parandalimin e grumbullimit te ujit ne kanal in e jashtem te degjimit dhe ruajtjen e nje lekure te shendetshme qe sherben si barriere ndaj infeksioneve. Rekomandimet per parandalimin e OAE perfshijne pastrimin e tapave te cerumenit qe bllokujne kanal in e jashtem te degjimit, perdorimin e pikave acidifikuese ne vesh pak para notit dhe pas tij, si dhe gjate kohes se gjumit, ose rregullisht 3 here ne dite gjate plazhit, perdorimin e nje thareseje per te larguar ujin nga kanali i jashtem i degjimit dhe tharjen e tij, perdorimin e tapava mbrojtese gjate te notuarit dhe parandalimin e traumave te kanalit te jashtem te degjimit.

Variacionet ne trajtimin e OAE dhe rendesia e nje diagnoze korrekte sugjeron nevojen e nje udherrefyesi. Deshtimi i dallimit te OAE nga rastet e tjera te “veshit qe kullon”,si psh. otiti ekstern kronik, otiti ekstern malinj, semundjet e veshit te mesem, mund te zgjasin semundjen ose te shkaktojne komplikacione serioze.

Terapia topike eshte efektive ndersa antibiotiket sistemike jane shpesh te panevojshem. Gjate perdorimit te terapise topikale, egziston nje konfuzion rreth faktit se kur do te perdoret nje antiseptik, nje antibiotik, kortikosteroid apo nje kombinim i tyre. Zgjedhja e nje antibiotiku krijon debat shtese, vecanerisht ne lidhje me rolin e quinoloneve me pika. Dhe se fundi, rendesi ka zgjedhja e metodese optimale per

pastrimin e kanalit të jashtëm të degjimit (tualeti aural). Si strategji të trajtimit të OAE duhet të konsiderohen minimizimi i përdorimit të trajtimeve inefektive, çrrenjosja e mikroorganizmave patogjene, minimizimi i rekurencave, kostos, komplikacioneve; përmirësimi në maksimum i cilësive së jetës të personave që vuajnë me OAE, rritja e kënaqësisë së pacientëve.

Tabela 2: Nderhyrjet që duhen marrë në konsideratë në udhërrëfyesin e OAE

1. Diagnoza:	Anamneza dhe ekzaminimi fizik
	Otoskopia Otoskopia pneumatike Otomikroskopia Studimet imazherike Audiometria (e përjashtuar nga udhërrëfytyrja)
2. Trajtimi:	Tualeti aural (me thithje, pastrim me shpëlarje, heqja e tapave të cerumenit ose të trupave të huaja në kanal të jashtëm të degjimit)
	Preparate joantibiotike me pika (antiseptik ose acidifikues) Antibiotike me pika Steroide me pika Antibiotike orale Analgjeticë Tampon veshi Biopsi (e përjashtuar nga guideline) Kirurgjia (e përjashtuar nga guideline)
3. Parandalimi:	Parandalimi i grumbullimit të ujërave në kanal të jashtëm të degjimit
	Përdorimi i pikave profilaktike në vesh Kontrolli i higjienës së mjedisit rrethues Shmangia e përdorimit të pikave alergjike në vesh

(psh. neomicina)

Shmangia e shkaktareve te dermatiteve

Masa specifike parandaluese per diabetiket dhe gjendjet e imunokompromentuara.

Diagnoza diferenciale: Diagnoza e OAE difuz kerkon fillim te shpejte dhe shenjat e simptomat e inflamacionit te kanalit te jashtem te degjimit (tabela 1). Simptomat e OAE perfshijne otalgjine (70%), te kruarat (60%), ose ndjenjen e mbushjes se veshit (22%), me ose pa humbje te degjimit (32%) ose dhembje te kanalit te veshit gjate pertypjes. Nje shenje e rendesishme dalluese e OAE eshte ndjeshmeria e tragusit gjate shtypjes, e llapes se veshit kur terhiqet lart dhe prapa, ose te dyja. Ndjeshmeria eshte shpesh intense dhe disproporcionale me ate c'ka shihet gjate inspeksionit. Otoskopia ve ne dukje edeme te kanalit, eriteme te tij, ose te dyja, me ose pa rrjedhje ne kanaline e jashtem te degjimit. Ne disa paciente mund te haset limfadenit regional ose celulit i llapes se veshit dhe lekures perreth tij. OAE mund te imitoje shfaqjen e nje otiti akut media sepse eritema mund te perfshije edhe membranen timpanike. Diferencimi i OMA nga OAE eshte i rendesishem sepse ky i fundit mund te kerkoje antibiotike sistemike. Otoskopia pneumatike do te tregojte levizshmeri te mire te membranen timpanike ne OAE dhe mungese ose kufizim te levizshmerise ne AOM te shoqeruar me efuzion ne veshin e mesem. Ne menyre te ngjashme, timpanograma ve ne dukje kurbe tip A ne OAE dhe kurbe tip B ne OMA.

Cdo demtim i epitelit te kanalit te jashtem te degjimit lejon invazionin bakterial duke shkaktuar OAE. Faktor predispozues per OAE jane lageshtia dhe ekspozimi i zgjatur ndaj ujit; gjendje te tilla dermatologjike si eczema, seborrheja, psoriaza; crregullime anatomike si psh. kanali i ngushte, exostoza; trauma e kanalit psh me mjete te forta gjate te kruarit ose perdorimi i kufjeve apo protezava te degjimit; dhe otorreja e pranishme ne semundjet e veshit te mesem. OAE mund te shfaqet gjithashtu si rezultat i bllokimit te veshit nga tapat e dyllit, trupat e huaj ne vesh, nga nje kist dermoid ose sebac. Rastet e tjera, vec OAE, qe shkaktojne dhembje te veshit, rrjedhje te tij dhe inflamacion, duhet te dallohen mire nga OAE sepse edhe trajtimi eshte i ndryshem.

Forunkuloza: eshte prania e nje folikuli te qimes te infektuar ne 1/3 e jashteme te kanalit te jashtem te degjimit, shpesh e njohur si otit extern i lokalizuar. Klinikisht shfaq dhembje te veshit, rrjedhje te tij dhe ndjeshmeri te lokalizuar. Trajtimi mund te perfshije procedura te ngrohta lokale, incizion dhe drenim te forunkulit, ose antibiotike sistemike qe mbulojne S Aureus, qe eshte agjenti shkaktar me i shpeshte.

Ekzema, seborrhea dhe dermatoza inflamatore te tjera qe perfshijne kanaline e jashtem te degjimit dhe shtresat perreth, mund te predispozojne infeksionin akut. Ne kontrast, dermatiti i kontaktit te kanalit te jashtem te degjimit, eshte nje reaksion alergjik ndaj antigjeneve te tille si metalet, psh. nikeli, kimikateve (preparative kozmetike, sapunit, detergjenteve, s hampove etj), lendeve plastike, lekurave etj. Nikeli tek vathet e vesheve eshte shkaktari me i shpeshte i dermatiteve te kontaktit tek femrat, rreth 10%. Dermatit kontakti shfaqet gjithashtu tek pacientet qe mbajne aparate degjimi, si nje reaksion kunder plastikes dhe kimikateve qe permbajne keto aparate

Sensibilizimi gjate trajtimit lokal (otit kontakti sekondar) mund te jete rezultat i trajtimit te zgjatur ose te perseritur me preparate antimikrobiale lokale. Shume preparate qe perdoren me pika ne vesh jane raportuar te shkaktojne sensibilizim. Neomicina eshte substanca qe shkakton me shpesh reaksione sensibilizimi, ne rreth 5% deri 15% te pacienteve me otit ekstern kronik. Testimet kane treguar se rreth 13% e vullnetareve normale jane hipersensitive ndaj neomicines. Klinikisht shprehet me shfaqjen e nje errupsioni makulopapular ne pjesen e perparme te konkes dhe ne kanaline e jashtem te degjimit, qe mund te shtrihet ne llapen e veshit dhe lekuren perreth. Trajtimi konsiston ne largimin e agjentit sensibilizues dhe perdorimin e nje steroidi lokal.

Infeksionet virale te kanalit te jashtem te degjimit, te shkaktuara nga varicela, fruthi, ose herpesviruset jane te rralla. Herpes zoster oticum (Ramsay Hunt syndrome), shkakton vezikula ne kanaline e jashtem te degjimit dhe faqen posteriore te aurikules duke shkaktuar dhembje veshi, pareze ose paralize faciale, humbje te ndjeshmerise ne 2/3 e perparme te gjuhes. Trajtimi perfshin terapine antivirale, me ose pa steroide sistemike.

Faktoret modifikues: Komponentet kryesore te historise klinike qe mund te modifikojne trajtimin e OAE difuz perfshijne: a) diabetin, infeksionin me HIV, ose gjendje te tjera te imunokompromentuar, b) historine e nje radioterapie dhe c) pranine e tubave te timpanostomise ose te membranave timpanike jointakte.

Otiti ekstern malinj eshte nje infeksion agresiv qe predominon tek pleqte, diabetiket, ose tek pacientet me gjendje te imunokompromentuar. P Aeruginosa eshte izoluar nga eksudati ne kanaline e veshit ne me shume se 90% te rasteve. Shenjat dhe simptomat fillestare jane ato te fillimit te OAE, por semundja e patrajtuar perparon ne osteomyelitis te bazes se kafkes qe mund te perfshije shtresen e bute, veshin e brendshem, ose trurin. Paraliza e nervit facial mund te jete nje shenje e hershme, me prekje te nervit glossopharyngeal dhe atij aksesor spinal ne me pak raste. Shtresa e granulacionit ne menyre klasike shtrihet ne dyshemene e kanalit dhe ne bashkimin kocko-kercor. Diagnoza klinike mund te konfirmohet me vleren e rritur te eritrosedimentit, plus anomalive te vena ne dukje ne CT-scan ose MRI.

Trajtimi perfshin antibiotike sistemike qe mbulojne infeksionet nga pseudomonas dhe stafilokoku, perfshire S aureus methicillin-rezistent. Biopsia mund te jete e nevojshme per te dalluar neoplazine ne rastet kur diagnoza e otitit ekstern malinj eshte e paqarte ose kur pergjigja ndaj terapise eshte jo e plote.

Oatomykoza, ose infeksioni mikotik i kanalit te veshit te jashtem, eshte me e shpeshte ne vendet tropikale, vendet me lageshtire te rritur, pas perdorimit te gjate te terapise topikale me antibiotike, ne personat diabetike, me HIV, ose tek personat me imunodeficiencie. Aspergillus (60%-90%) dhe Candida (10%-40%) jane shkaktaret me te shpeshte te ketyre infeksioneve. Simptomat perfshijne te kruara dhe sekrecione te trasha me ngjyre te zeze, gri, te kaltra, jeshile, te verdha ose te bardha. Otiti ekstern mikotik shihet mire me otomikroskop, ku shihen copeza te bardha duke dale nga kanali i jashtem i degjimit. Aspergilusi i zi shfaqet si nje tape e bardhe, e lagesht, me pika e copeza te zeza (si nje gazete e lagur). Trajtimi perfshin pastrimin e mykut dhe mjekimin me antimikotik lokal, sistemik,ose te dyja se bashku.

Radioterapia mund te demtoje veshin e jashtem duke shkaktuar reaksione akute ose te mevonshme, qe prekin llapen e veshit, kanalit e jashtem te degjimit dhe pjesen perreth veshit. Fenomenet akute perfshijne eritemen, deskuamimin ose ulceracionin e llapes se veshit dhe kanalit te jashtem te tij, duke shkaktuar dhembje dhe rrjedhje sekrecionesh. Demtimet e mevonshme te lekures perfshijne atrofine, nekrozen ose ulceracionet, otitin ekstern dhe stenozen e kanalit te jashtem te degjimit. Demtimi i epitelit te gjendrave te djerses dhe yndyres con ne pakesimin e sekrecioneve te dyllit. Trajtimi i OAE ne pacientet pas radioterapise mund te kerkoje perdorimin e antimikrobialeve sistemike.

Semundjet e veshit te mesem mund te modifikojne trajtimin e OAE. Pacientet me nje tub timpanostomie ose ata me demtim te membranës timpanike, mund te zhvillojne OAE difuz per shkak te sekrecioneve purulente qe kalojne nga veshi i mesem ne kanalit e jashtem te degjimit. Keto jane quajtur dermatite ekzematoide te infektuara sepse ndryshimet qe peson lekura i ngjajne ekzemes po aq sa edhe infeksionit. Kur membrama timpanike eshte e perforuar, mjeket duhet te rekomandojne nje preparat jo toksik. Trajtimi i semundjes baze te veshit te mesem mund te kerkoje antimikrobiale sistemik, studime imazherike ose trajtim kirurgjikal.

Trajtimi i dhembjes: Trajtimi i OAE difuz duhet te perfshije kontrollin e dhembjes. Mjeku duhet te rekomandoje trajtimin me analgjezike ne varesi te intensitetit te dhembjes. Perdorimi i shpeshte i analgjezikeve eshte shpesh i nevojshem gjate OAE difuz per t'u lejuar pacienteve rehati, pushim dhe rinisjen e aktiviteteve normale. Nderkohe vleresimi

i intensitetit të dhembjes është thelbesor për trajtimin e duhur. Vezhgimi i mirë i shprehjes së fytyrës ndihmon në përcaktimin e intensitetit të dhembjes, sidomos tek femijet. Kontrolli i përshtatshëm i dhembjes kërkon njohuri për dozën, mënyrën e administrimit, rruget e shpërndarjes dhe efektet anësore të mundshme të analgjezikut. Dhembjet e lehta dhe ato të mesme zakonisht i përgjigjen mirë trajtimit me paracetamol ose antiinflamatorë josteroidë, të dhëna vetëm ose të kombinuara me opioid (psh. paracetamol me kodeinë, oxycodone, hydrocodone; ibuprofen me oxycodone). Administrimi i antiinflamatorëve josteroidë gjatë fazës akute të OAE difuz ul në mënyrë të konsiderueshme dhembjen. Komoditeti, lehtësia e përdorimit dhe kostoja e ulët, e bëjnë administrimin oral të analgjezikeve rrugën e preferuar të marrjes së tyre. Rrallë mund të jetë e nevojshme marrja parenterale e analgjezikeve për të arritur lehtësimin e dhembjes në një kohë të shkurtër. Në të gjitha rastet duhet të mbahet parasysh fakti që dhembja është më e lehtë të parandalohet se sa të trajtohet. Për këto arsye dhënia e një doze fillestare analgjezike është gjithmone e këshillueshme gjatë OAE difuz. Pasi vendoset kontrolli i dhembjes, dhënia e analgjezikeve me orarë fikse është me efektive. Procedura jofarmakologjike sic janë të nxehtat, të ftohtat etj. nuk janë të studiuara, por i kanë qëndruar kohës. Analgjezia e shpejtë dhe procedurat shoqëruese të qetesimit të pacientit mund të jenë të domosdoshme gjatë pastrimit të veshit në pacientet me inflamacion të rëndë dhe ndjeshmëri të lartë të kanalit. Një krem me analgjezik mund të përdoret për lyerjen e kanalit të jashtëm të degjimit tek të rriturit ose femijet në rastet kur membrama timpanike është intakte. Opioidet të tilla si fentanyl citrate, morfin sulphate dhe hydromorphone hydrochloride indikohen për qetesimin e dhembjeve me të rëndë e sidomos dhembjeve gjatë natës. Solucione otike me benzocaine me ose pa antipyrine, është e vlefshme për anestezinë topikale të kanalit të veshit të jashtëm. Nuk ka studime klinike që të tregojnë efikasitetin e përdorimit të këtyre preparative në trajtimin e OAE dhe përdorimi i tyre shpesh maskon përparimin e sëmundjes, ndërkohë që dhembja është e shtuar. Përdorimi lokal i benzokainës mund të shkaktojë dermatit kontakti dhe të zgjase dekursin e OAE. Në qoftë se një anestetik topik me pika është dhënë për qetesimin e dhembjes, pacienti duhet të ri-egzaminohet brenda 48 orëve për t'u siguruar për efikasitetin e terapise fillestare. Shtimi i një preparati steroid topik ka treguar përmirësim të shenjave klinike në disa raste dhe asnjë përfitim në disa të tjera.

Terapia fillestare: Mjeket duhet të rekomandojnë përdorimin e preparative lokale si terapi fillestare për trajtimin e OAE difuz të pakomplikuara. Terapia sistematike antimikrobiale nuk duhet të përdoret për aq kohë sa nuk ka shtrirje të inflamacionit jashtë kanalit të jashtëm të degjimit apo prani të faktorëve specifikë që kërkojnë nevojën e fillimit të terapise sistematike. Terapise lokale mund t'i shtohen antibiotike sistematike në rastet kur ka faktorë specifikë shtesë si prania e diabetit, infeksionet HIV/AIDS, gjendje të tjera me imundeficence; në qoftë se infeksioni përhapet jashtë kanalit të jashtëm të degjimit në llapën e veshit, lekuren e qafes ose të fytyrës ose në shtresat më të thella

sic ndodh ne otitin ekstern malinj; ne qofte se OAE komplikohet nga osteitis, absese, semundje te veshit te mesem ose episode rekurente te infeksionit dhe ne rastet kur mjekimi lokal nuk jep efikasitetin e duhur.

Preparatet lokale rekomandohen si trajtim fillestar i nje OAE difuz te pakomplikuar. Nuk ka te dhena qe te flasin per efikasitetin e perdorimit te antibiotikeve sistemike. Per me teper perdorimi oral i antibiotikeve mund te shfaqe efekte te padeshiruara si rash kutan, te perziera e te vjella, diarre,reaksione alergjike, alterim te flores bakteriale nazofaringeale dhe zhvillimin e shtameve barteriale rezistente. Gjithashtu shume nga antibiotiket orale te marre jane inaktiv ndaj P aeruginosa dhe S aureus qe jane patogenet me te shpeshte te identifikuar si shkaktare te OAE. Per me teper, trajtimi me peniciline, makrolide ose cephalosporina rrit persistencen e semundjes dhe trajtimi me cephalosporina gjithashtu rrit rekurencen. Ne nje studim shtese eshte vene re se grupi i pacienteve qe mjekoheshin me nje pomade lokale plus antibiotike oral nuk kishte asnje diference te dukshme ne permiresim ne krahasim me grupin e pacienteve qe trajtoheshin vetem me pomade topikale. Pomada permbante nje antifungal, nje antibiotic aktiv kunder mikroorganizmave gram-negativ, nje antibiotik aktiv kunder mikroorganizmave gram-pozitiv dhe nje steroid.

Fillimisht rekomandohet perdorimi i preparateve lokale qe nuk permbajne antibiotike si psh. nje antiseptic me ph acid si acidi acetic, acidi boric, acetati i aluminit, silver nitrate dhe antiseptike si N-chlorotaurina. Steroidet lokale jane gjithashtu efektive, si nje agjent i vetem ose i kombinuar me acid acetic ose nje preparat antifungal. Ky steroid mund te jete psh.hydrocortison ose dexamethason. Me pas mund te shtohet nje preparat qe permban antibiotike lokale, aktive ndaj P aeruginosa dhe S aureus, qe mund te jete nje aminoglukozid, polymixina B, nje quinolon, ose nje kombinim i ketyre agjenteve.

Avantazhet e terapise topikale qendrojne ne perqendrimin e larte te principit antimikrobial qe perhapet ne gjithe shtresen e infektuar, qe shpesh eshte 100 deri 1000 here me e larte se perqendrimi qe mund te arrihet nga terapia sistemike. Per shembull, nje solucion 0.3 % antibiotiku lokal (qe eshte zakonisht perqendrimi i preparative otike qe perdoren) ka nje perqendrim prej 3000 mcg/ml. Cdo agjent mikrobik, i njohur si shkaktar i OAE, madje edhe ata te kondideruar si "rezistent", nuk do te mbijetonin dot ne nje perqendrim te tille antibiotiku. Cdo 1 ml solucion permban rreth 10 deri 20 pika, ne vartesi te natyres se solucionit (solucion apo suspension, viskozitetit etj.), cdo doze prej 3-5 pika permban rreth 0.5-1.5 mg antibiotik.

Terapia lokale shmang zgjatjen e kohes se ekspozimit te baktereve ndaj dozave subterapeutike te perqendrimin te antibiotikeve, qe con ne lindjen e shtameve bakteriale rezistente. Lindja e shtameve bakteriale rezistente eshte me e shprehur gjate trajtimit me antibiotike sistemik. Kufizimi i perdorimit te antibiotikeve orale gjate trajtimit te OAE

eshte i rendesishem per shkak te rezistences se rritur ndaj shkaktareve patogene te OAE, vecanerisht S aureus dhe Paeruginosa. Krahas trajtimit me preparate otike lokale, mjeku duhet te porosite te semurin te shmange traumat e kanalit te jashtem te degjimit nga kruarja e veshit apo futja e kufjeve apo aparateve te degjimit. Duhet te shmangjet lagja e veshit dhe grumbullimi i ujit ne te, duke perdorur tapat mbrojtese gjate te notuarit apo banjave dhe te sigurohet nje tharje e mire e kanalit me ane te nje thareseje. Pacientet me OAE do te ishte mire te linin menjane sportet e ujit per nje periudhe 7 deri 10 ditore gjate trajtimit. Pacientet me aparate degjimit duhet te kufizojne perdorimin e tyre derisa dhembja dhe ndryshimet e tjera te zhduken.

Efektet e padeshiruara, ndjekja e terapise dhe kostoja : Preparaetet e perdorura per trajtimin e OAE mund te shfaqin efekte te padeshiruara. Me te shpeshta jane pruriti (rreth 7 % e rasteve) dhe reaksionet lokale (5% e rasteve). Efekte te tjera te padeshirueshme, me nje incidence me te vogel se 2% perfshijne rash kutan, diskomfort, dhembje veshi, marrje mendsh, mbiinfeksion, ulje te degjimit. Asnje studim i randomizuar nuk ka raportuar otomykoze pas perdorimit te antibiotikeve lokale, megjithese otomykoza eshte pare te shfaqet pas perdorimit te ofloxacines topikale gjate OAE. Gjate nje studimi qe krahason efikasitetin e quinoloneve me neomycinen, eshte gjetur se vetem 1.1 % e pacienteve kishin nderprere mjekimin per shkak te infeksionit, nauzese ose te vjellave.

Dermatiti i kontaktit eshte nje tjetere pasoj e potenciale e mjekimit lokal me antimikrobike ose steroide, por qe eshte e rralle pas nje periudhe te vetme perdorimi gjate terapise se OAE difuz. Disa studime kane krahasuar quinolonet me pika ne vesh me preparaetet me pika qe permbajne neomycin-polymixin B –hydrocortison dhe nuk kane vene re diferenca sinjifikante persa i perket efekteve te padeshiruara. Nderkohe qe rreth 30% deri 60% e pacienteve me otit ekstern ekzematoz ose kronik zhvillojne nje dermatit kontakti, me shpesh ndaj aminoglykozideve sic jane neomycina dhe framycetina.

Faktore te tjere qe duhet te merren ne konsiderate gjate dhenies se terapise lokale jane zbatimi i terapise dhe kostoja e saj. Zbatimi i terapise dhe sadisfaksioni i pacientit jane me te mira kur pikat jane te lehta per t'u administruar, kohezgjatje e terapise eshte e shkurter dhe frekuenca e marrjes se preparatit sa me e vogel. Nuk ka studime te mirefillta,por marrja e preparateve 4 here ne dite mund te jete me pak e pranueshme nga disa paciente. Per keta paciente rekomandohet dhenia e quinoloneve 2 here ne dite dhe ky regjim doze eshte i mjaftueshem. Disa studime kane treguar rezultate klinike te mira kur ofloxacina jepet nje here ne dite. Zgjatja e terapise varion nga pak dite deri ne disa jave. Studimet e fundit kane treguar se 7 dite mjekim jane te mjaftueshme, se paku per quinolonet.

Kostoja e terapise varion gjeresisht ne varesi te llojit te preparatit otik te zgjedhur per mjekim. Ajo varion nga pak dollar per preparatet antiseptike ose produktet xhenerike (psh. neomycin, polimycin B, hydrocortisone) ne me shume se 100\$ per quinolonet, me ose pa steroide.

Terapi komplementare dhe alternative: Nuk ka studime te mirefillta per rolin e terapise komplementare dhe alternative ne trajtimin e OAE. Isopropyl alcohol dhe acidi acetic 5% plus pjese te barabarta te isopropyl alcohol ose uje, i kane rezistuar kohes duke u quajtur "mjekim shtepie". Ngjashmeria e ketyre produkteve me disa agjent antiseptike dhe acidifikues te studiuar tregojne se ata mund te jene efektive. Per shembull, pjesa me e madhe e preparative te acidit acetic kane nje perqendrim 2.5%, qe eshte i njejte me hollimin 50% te uthulles se bardhe. Perhapja e medikamenteve: Mjeket duhet te informojne pacientet si te administrojne pikat ne vesh. Kur kanali i jashtem i degjimit eshte i bllokuar, shperndarja e preparateve duhet te ndihmohet nga tualeti i veshit, vendosja e nje fitili ne vesh, ose te dyja.

Qe trajtimi lokal te jete efektiv duhet qe preparati te shperndahet mire ne te gjitheshtresen e infektuar. Per kete arsye disa paciente kerkojne trajtime shtese per te siguruar shperndarjen e duhur te preparatit. Keshtu ne disa raste eshte e nevojshme heqja e trupave te huaj nga kanali i jashtem i degjimit, tualeti aural per largimin e copezave te lekures qe krijojne obstrukcion te kanalit, vendosjen e nje tamponi per te lejuar shperndarjen e preparatit ne te gjitheshtresen e kanalit te jashtem te degjimit, ose te treja procedurat se bashku.

Shperndarja e preparatit mund te dobsohet nga zbatimi jo korrekt i terapise, aplikimi i keq i preparatit, nga mbushja e kanalit me copeza lekure ose nga edema qe mbyll kanalin e jashtem te degjimit. Vetadministrimi i pikave eshte i veshtire, prandaj eshte e keshillueshme qe ato te aplikohen nga dikush tjeter, nderkohe qe pacienti qendron i shtrire me veshin e semure siper. Pikat hidhen ne faqet e kanalit te jashtem te degjimit dhe i semuri qendron keshtu rreth 3-5 minuta. Perdorimi i nje ore per te matur kohen eshte i rekomanduar sidomos tek femijet. Pas marrjes se pikave eshte mire qe kanali te mbahet i hapur qe te thahet per te parandaluar grumbullimin e copezave te infektuara te lekures. Kanali duhet te mbahet i pastruar nga copezat e lekures, dylli bllokues ose ndonje trup i huaj. Tualeti aural behet me uje ne temperature e trupit dhe jotraumatik ose me peroksid hidrogjeni. Metoda alternative te tualetit aural jane aspirimi apo pastrimi me portkoton ne te thate. Tualeti aural me uje nuk eshte i rekomanduar tek diabetiket dhe pacientet me imunodeficiencence me OAE, sepse akuzohet si nje faktor kontribues ne otitin extern malinj.

Ne rastet kur ka edeme te kanalit te jashtem te degjimit qe mbyll kanalin eshte e keshillueshme vendosja ne kanal e nje tamponi qe lejon shperndarjen e preparateve ne

te gjithë kanalën. Tamponi është i nevojshëm derisa edema të ulet që ndodh zakonisht pas 24 orëve ose në pak ditë gjatë mjekimit me preparate topikale. Pas largimit të tij pikat hidhen direkt në kanal.

Membrana timpanike jointakte: Kur pacienti ka të vendosur tubat e timpanostomise ose kur ka një perforacion të njohur të membranës timpanike, mjeku duhet të përshkruajë një preparat otik lokal jotoksik.

Një vlerësim i vecantë duhet të bëhet për personat që kanë një perforacion të njohur ose të dyshuar të membranës timpanike. Kanali i jashtëm i degjimit përfshirë edhe membranën timpanike, janë të mbuluar me epitel skuamoz të keratinizuar, ndërsa veshi i mesëm është i veshur me mukoze. Kjo mukoze formon murin lateral të membranës së dritares rrethore, e cila ndan hapësirën e veshit të mesëm nga lengjet e veshit të brendshëm. Antibiotiket e pranishëm në veshin e mesëm mund të kalojnë përmes membranës së dritares rrethore dhe të arrijnë në veshin e brendshëm. Antibiotiket ototoksike shkaktojnë shpesh humbje të degjimit dhe demtim të organit të Cortit. Eksperiencat klinike me antibiotiket lokale ototoksike në pacientet me perforacion të membranës timpanike, ka treguar që humbja e degjimit nuk shfaqet pas një terapie të shkurtër, megjithatë, shpesh humbja e degjimit shfaqet pas përdorimit të zgjatur dhe të tepruar të antibiotikeve ototoksike lokale. Ekzaminimi i kujdesshëm i membranës timpanike mund të zbulojë një perforacion të membranës timpanike në disa raste me OAE. Kanali i jashtëm i degjimit dhe aurikula mund të jenë të enjtura dhe të ndjeshme dhe membrane timpanike nuk vizualizohet dot ose kjo bëhet përmes dhembjes dhe diskomfortit. Në këto raste na vjen në ndihmë tympanometria e cila zbulon praninë e perforacionit. Duhet të kërkohet gjithmone në anamnezë për mundësinë e historive të mëparshme të demtimit të membranës timpanike. Fëmijet me tuba të timpanostomise janë një kategori e rëndësishme e këtij kontigjenti. Shumica e tubave të timpanostomise qendrojnë në membrane timpanike për rreth 6-12 muaj. Pas kësaj periudhe fëmija duhet të ekzaminohet për të dokumentuar nxjerrjen e tubit dhe mbylljen e membranës timpanike. Në qoftë se është i ditur ose i dyshuar perforacioni i membranës timpanike, pikat në vesh që përmbajnë alkool, ato që kanë pH të ulet (acidifikuesit, antiseptiket), ose të dyja duhet të shmangen për shkak të dhembjes dhe ototoksicitetit. Substancat me ototoksicitet potencial (aminoglikozidet, alkooli) nuk duhet të përdoren kur membrane timpanike është e perforuar dhe hapësira e veshit të mesëm është e hapur për shkak të riskut të lartë për ototoksicitet dhe duhet të zëvendësohen nga antimikrobiale jotoksike. Antimikrobiale lokale të vetëm të lejueshëm për këto rast janë ofloxacin dhe ciprofloxacina/dexamethasone.

Neomicina mund të shkaktojë humbje permanente sensoroneurale të degjimit si rezultat i demtimit koklear, nga destruksioni i qelizave me cilie në organin e Cortit. Risku është më i madh me zgjatjen e përdorimit. Pacientet e trajtuar me preparate me pika në vesh

qe permbajne neomycin duhet te mbahen ne observacion klinik. Cortisporin Otic Suspension nuk duhet te perdoret ne asnje pacient me perforacion te membranës timpanike.

OAE mund te jete sekondar gjate nje AOM. Sekretionet mukopurulente qe rrjedhin permes nje perforacioni akut te membranës timpanike nga veshi i mesem mund te infektojne shtresat e kanalit te jashtem te degjimit duke dhene nje otit ekstern sekondar. Ne raste me te rralla mund te zhvillohet ne menyre te pavarur nje OAE ne nje vesh me AOM. Kur AOM ekziston se bashku me OAE, AOM duhet te trajtohet si nje semundje e pavarur.

Vleresimi perfundimtar: Ne qofte se pacienti nuk i pergjigjet terapise fillestare brenda 48-72 oresh, mjeku duhet te rivleresoje pacientin per te komfirmuar diagnozen e OAE difuz dhe per te perjashtuar semundje te tjera. Nje mjekim i mire i OAE i pakomplikuuar sjell permiresim te kuadrit klinik brenda 48-72 oresh (dhembja e veshit, te kruarat, ndjenja e mbushjes se veshit). Studimet klinike kane treguar se nje mjekim i duhur sjell ulje sinjifikante te dhembjes pas 1 dite dhe pjesa me e madhe e dhembjes zhduket brenda 4-7 ditesh. Deshtimi i trajtimit fillestar te OAE difuz mund te vije si pasoje e bllokimit te kanalit te veshit te jashtem, nga zbatimi i keq i terapise, keqdiagnostikimi, nga faktore mikrobiologjike, faktore risku shtese, ose nga sensitiviteti, ndjeshmeria e kontaktit ndaj pikave ne vesh. Mjeku duhet te beje rivleresimin e pacientit per t'u siguruar qe edema apo prania e grumbullimeve te coperave te lekure nuk pengon perhapjen e pikave ne vesh. Pas ketij rivleresimi mund te behet tualeti aural ose vendosja e nje tamponi ne varesi te rastit. Ne.q.se obstrukcioni nuk zhduket, mund te fillohet terapia me antibiotik oral qe mbulojne P aeruginosa dhe S aureus. Duhet te vleresohet gjithashtu marrja e rregullt e terapise. Pacientet jane te prirur te marrin me teper pika ne vesh kur dhembja eshte e madhe dhe me pak kur dhembje fillon te zhduket. Deshtimi i terapise ne disa raste (rreth 3%) vjen si pasoje e ekzistences se nje infeksioni fungal shoqerues i OAE. Nje kulture e sekrecioneve nga kanali mund te identifikojë funget, rezistencen bakteriale dhe te ndihmoje ne zgjedhjen e antibiotikeve te duhur.

Deshtimi i terapise qe nuk vjen si pasoje e keqshperndarjes se pikave ose nga faktore mikrobiologjike mund te vije si pasoje e nje semundjeje bashkekzistuese ose si pasoje e keqdiagnostikimit. Persistenca e simptomave mund te vije nga crregullime dermatologjike qe perfshijne dermatitet (atopic, seborroik, te kontaktit), psoriazen, dermatomykozen, ose akne qe shtrihen ne kanalin e jashtem te degjimit. Kanali i jashtem i degjimit dhe membrane timpanike duhet te riegzaminohen per te zbuluar pranine e ndonje trupi te huaj ne kanal ose pranine e ndonje perforacioni te membranës timpanike apo te ndonje patologjie te veshit te mesem. Pacientet me simptoma

refraktare duhet te rivleresohen per otit ekstern malinj ose per karcinome te kanalit te jashtem te degjimit, vecanerisht kur shtresa e granulacionit eshte prezente.

Dermatiti i kontaktit te kanalit te jashtem te degjimit mund te jape deshtim te mjekimit te OAE. Reaksionet e hipersensibilitetit te vonuar nga antiseptiket otik lokale karakterizohet nga pruriti, inflamacioni i lekures, edema e kanalit te jashtem te degjimit dhe prezenca e otorrhese; fluskat dhe vezikulat mund te jene te pranishme. Reaksioni alergjik mund te shtrihet edhe ne lekuren jashte kanalit te jashtem te degjimit dhe ne qafe. Pikat qe permbajne neomicine jane shkaktaret me te shpeshte te ketyre reaksioneve(13%-30 %). Dermatit kontakti mund te shkaktojne edhe antimikrobialet lokale otike (bacitracin, quinolones, gentian violet, polymycin B sulfate), preparatet steroid loakle (hydrocortison, triamcinolon) ose anestetiket lokale (benzocain vetem ose e kombinuar me dibucain dhe tetracain-caine mix). Dermatit kontakti mund te shkaktojne gjithashtu kufjet dhe aparatet e degjimit qe permbajne silicon ose methyl-methacrylate.

B) Otiti Media Akut Rekomandimi 1

Per te vendosur diagnozen e nje OMA mjeku duhet te konfirmoje: historine e fillimit akut te semundjes; pranine e efuzionit ne veshin e mesem; pranine e shenjave dhe simptomave te inflamacionit ne veshin e mesem. (Ky rekomandim bazohet ne studime vezhguese dhe studime krahasuese midis riskut dhe perfitimit).

Fillimi i menjehershem i shenjave dhe simptomave te inflamacionit dhe efuzionit ne veshin e mesem
--

Prania e efuzionit ne veshin e mesem vleresohet permes:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) bombimit te membranesh timpanike2) kufizimi ose mungesa e levizshmerise se saj3) niveli ajer-leng pas membranesh timpanike4) rrjedhja nga veshi |
|---|

Shenjat dhe simptomat e inflamacionit te veshit mesem jane:

- 1) eritema (skuqja) e membranës timpanike
- 2) otalgjia (gjendje diskomforti e lidhur me veshet qe pengon gjumin

Tabela 1 - Elementet e perkufizimit te OMA

Femijet me OMA zakonisht paraqiten me nje histori te fillimit te menjehershem te shenjave dhe simptomave si dhembja e veshit, gjendje e irrituar, rrjedhje nga veshi dhe/ose temperature. Keto shenja pervec otorrhese jane jo-specifike dhe zakonisht i mbivendosen nje infeksioni viral te pakomplikuar te rrugeve te sipërme respiratore. Simptoma te tjera si kolla, rrjedhje hundesh apo bllokim i saj mund te paraprijne ose shoqerone OMA por jane gjithashtu jo-specifike.

Prania e efuzionit ne veshin e mesem evidentohet permes otoskopise pneumatike dhe mund te plotesohet me timpanometri dhe matjen e reflekseve akustike. Demonstrimi ne menyre direkte behet permes timpanocentezes ose prezences se likidit ne kanaline jashtem te degjimit si rezultat i perforimit te membranës timpanike. Per te pare membranen timpanike dhe efuzionin e inflamacionit (pusin) nevojitet pastrimi i kanalit te jashtem te degjimit nga cerumeni dhe ndricimi adekuat. Per otoskopine pneumatike nevojitet dhe nje spekulum me forme dhe diameter te pershtatshem per t'u vendosur ne kanaline jashtem te degjimit. Shenjat qe presim te gjejme ne otoskopi jane bombimi i membranës timpanike qe tregon per pranine e lengut ne veshin e mesem dhe kur kjo shoqerohet me ndryshim te ngjyres dhe levizshmerise se membranës timpanike eshte treguesi me i mire i OMA. Opacifikimi i membranës timpanike eshte shenje e shpeshte qe vjen si pasoje e edemes se saj. Skuqja nga inflamacioni duhet dalluar nga skuqja qe vjen nga te qarat dhe nga temperatura e larte e cila eshte me pak intense dhe kalon pasi femija qetesohet. Kur prania e likidit ne veshin e mesem eshte e veshtire per t'u dalluar (psh ne miringitin buloz, qe ka filluska ne membranen timpanike) duhet perdorur timpanometria apo matja e reflekseve akustike. Sfide per mjekun mbetet diferencimi i OMA nga OME , i cili eshte me i shpeshte, mund te paraprije OMA ose te jete nje sekuele e tij. Kur keto ngaterrohen mund te merren ne menyre te panevojshme antibiotiket. Mjeku duhet te perpiqet te evitoje diagnozen falls positive tek femijet me crregullim te veshit te mesem te shkaktuar nga disfunksioni i tubit te Eustakut, retraksioni i membranës timpanike ose kur nje infeksion viral respirator vendoset mbi nje OME pre-egzistues.

Diagnoza e OMA tek femijet shoqerohet me nje shkalle pasigurie e lidhur kjo me faktore te ndryshem si: kanali i jashtem i degjimit i ngushte, pamundesia per te pastruar

ate, pamundësia për ta vëlosur si duhet për kryerjen e otoskopisë pneumatike apo timpanometrise, paafësia për të evidentuar praninë e efuzionit në veshin e mesëm. Në këto raste mund të përdoret matja e refleksëve akustike (kur është e mundur të realizohet), e cila nuk kërkon vëlosje të kanalit të jashtëm të degjimit, dhe mund të përcaktojë praninë e likidit në veshin e mesëm vetëm përmes një hapjeje të vogël në cerumen. Megjithatë përpjekjet dhe përdorimin e këtyre mjeteve pasiguria mbetet në një pjesë të rasteve ndaj duhen bërë përpjekje për edukimin në vazhdim të mjekëve, për rritjen e aftësive të tyre diagnostikuese në mënyrë që të minimizohen rastet e diagnozave të pasigurta. Mjeku duhet të zgjedhë trajtimin bazuar në shkallën e sigurisë së diagnozës dhe këtu duhet të bisedojë edhe me prindërit.

Rekomandimi 2

Trajtimi i OMA duhet të përfshijë edhe trajtimin e dhembjes kur ajo është e pranishme (ky është një rekomandim i fortë i bazuar në studime rastesore të kufizuara dhe në studime mbi raportin risk/perfitim).

Megjithatë dhembja është prezente në një pjesë të mirë të episodeve të OMA mjekët zakonisht e shohin si një problem jothemelor që nuk kërkon vëmendje direkte. Akademia amerikane e pediatrie ka publikuar një deklaratë mbi vlerësimin dhe trajtimin e dhembjes tek të porsalindurit, fëmijet dhe adoleshentët, për të ndihmuar mjekët në vlerësimin e saj në kontekstin e gjere të sëmundjes. Trajtimi i dhembjes duhet bërë vecanerisht në 24 orët e para të OMA pavarësisht fillimit ose jo të antibiotikut. Janë përdorur disa mënyra për trajtimin e dhembjes por asnjera nuk është e studiuar mirë, ndaj zgjedhja e mjekut duhet bazuar në raportin risk/perfitim dhe kur është e mundur të marrë parasysh preferencën e pacientit ose prindërve.(tab 4)

Tabela 4 - Trajtimi i dhimbjes në OMA

Menyra	Komentet
Acetaminophen, ibuprofen	Analgjëzi efektive për dhembje të lehta deri në të moderuara; lehtësisht e gjetshme dhe e përdorshme; mënyra kryesore e trajtimit të dhembjes në OMA.
Trajtime shtëpiake (nuk ka studime të kontrolluara për efektivitetin e tyre) si distraksioni, aplikimi i te ngrohtëve .	Mund të kenë efektivitet të kufizuar.

<p>Agjente topike</p> <p>-benzocaine (auralgan, americanne otic)</p> <p>-agjente natyropatike (solucion otikon, otic)</p>	<p>-mund te jene plotesuese por jane me pak efikase se acetaminopheni tek femijet mbi 5 vjet.</p> <p>-te krahasueshme me pikat me ametocaine phenazone(anestetik) tek pacientet mbi 5 vjet</p>
<p>Agjente homeopatike</p>	<p>Nuk ka studime te kontrolluara per dhembjen</p>
<p>Analgjezi narkotike me kodeine dhe te ngjashem me te</p>	<p>Eshte efektive per dhembje te moderuara deri ne te forta; kerkon pershkrim mjekesor; ka rrezikun e depresionit respirator; alterim te statusit mental; crregullime gastrointestinale</p>
<p>Timpanostomia / miringotomia</p>	<p>Kerkon njohuri te caktuara dhe permban risk potencial.</p>

Rekomandimi 3A

Mbajtja ne observacion pa perdorur antibiotike ne nje femije me OMA te pakomplikuar eshte nje opsion per femije te zgjedhur ne baze te sigurise se diagnozes, moshes, rendeses se semundjes dhe sigurise per mundesine e ndjekjes ne vazhdimesi. (ky opsion bazohet ne studime kontrolli rastesore te kufizuara dhe ne studimet e raportit perfitim / risk)

Observimi ne OMA konsiston ne mosperdorimin e antibiotikut ne 48- 72 oret e para dhe vetem ne trajtim simptomatik. Zgjedhja e opsionit te observimit bazohet ne moshen e femijes, sigurine e diagnozes, gjendjen e semundjes, gatishmerine e prinderve per te komunikuar me mjekun dhe mundesine e ardhjes tek mjeku per rivleresimin e femijes. Ky opsion duhet rezervuar per femije te shendetshem nga 6 muaj ne 2 vjet me simptoma jo te renda ne momentin e paraqitjes dhe diagnoze jo te sigurt ; per femijet mbi 2 vjet pa simptoma te renda ne momentin e paraqitjes ose me diagnoze jo te sigurt. Ne keto situata observimi krijon mundesine e permiresimit klinik pa perdorur antibiotikoterapi. Risku i rritur per deshtim te opsionit prites tek femijet nen 2 vjet dhe

reziku per infeksione serioze tek femijet nen 6 muaj ndikojne ne vendimin per antibiotikoterapi te menjehershme. Prandaj rekomandimet jane qe vendimet te merren ne baze te meshes dhe sigurise diagnostike.(tabela 5)

Tabela 5 – kriteret e zgjedhjes midis antibiotikoterapise dhe observimit

Mosha	Diagnoza e sigurt	Diagnoze jo e sigurt
Nen 6 muaj	Antibiotikoterapi	Antibiotikoterapi
Nga 6 muaj ne 2 vjet	Antibiotikoterapi	Antibiotikoterapi nqs sem eshte me simptoma te renda; nqs jo zgjidhet observimi
Mbi 2 vjet	Antibiotikoterapi nqs sem eshte me simptoma te renda; nqs jo zgjidhet observimi	Observim

Studimet e kontrollit placebo te OMA ne 30 vitet e fundit kane treguar qe shumica e femijeve behen mire dhe jane pa sekuela edhe pa antibiotikoterapi. Per 24 ore 61 % e tyre kane lehtesim te simptomave si me placebo dhe antibiotike, dhe pas 7 ditesh 75 % kane zgjidhje te plote te simptomave. Perdorimi i ketij udherrefyesi kerkon mundesine e aksesit mjekesor per ndjekje ne vazhdim dhe pranine e nje te rrituri qe te mund te monitoroje gjendjen e femijes.

Perdorimi rutine i antibiotikeve ne trajtimin e OMA eshte cilesuar si faktori qe ka ndikuar ne uljen e incidences se mastoiditit pas viteve 1950. Raporti i te dhenave mbi OMA-ne i AHRQ konkludoi qe incidenca e masoiditit nuk eshte rritur edhe kur femijet jane mbajtur fillimisht ne observacion dhe antibiotiket jane filluar vetem kur nuk eshte vene re permiresim. Te dhenat e 6 studimeve rastesore dhe 2 studimeve kohorte treguan qe incidenca e mastoiditit ishte pothuajse e njejten e grupin qe mori antibiotike dhe ata qe mbajten ne observacion apo ata qe moren placebo. Gjithsesi vlera e ketij studimi eshte e kufizuar sepse ne te nuk moren pjese femijet shume te vegjel dhe ata me semundje te rende. Te dhenat e publikuara kohet e fundit treguan qe antibiotikoterapia rutine nuk eshte mjet shume i sigurt per te evituar komplikacionet, pasi shumica e rasteve me mastoidit kishin marre paraprakisht antibiotike. Ne nje studim krahasues mbi incidencen e mastoiditit, midis vendeve qe perdorin qe ne fillim antibiotike dhe atyre qe ndjekin taktiken pritese, te shtrire ne vitet 1991 – 1998, rezultoi

qe nuk kishte diferenca te medha ndermjet tyre. Keshtu qe nuk duket te kete nje risk te rritur per mastoidit tek femijet me OMA qe trajtohen fillimisht vetem me simptomatike. Mjeket duhet te kene parasysh qe antibiotikoterapia mund te maskoje shenjat e mastoiditit dhe te vonoje diagnozen. Megjithese bakteremia mund te shoqeroje OMA, vecanerisht ne rastet me temperature mbi 39°C, ne literature ka pak te dhena ne lidhje me faktin qe trajtimi me antibiotike do te parandalonte zhvillimin e meningitit. Studimet krahasuese kane treguar qe incidenca e tij ne pacientet me OMA nuk ndikohet nga trajtimi paraprak me antibiotike. Incidenca e zhvillimit te semundjes pneumokoksike invazive ka rene ndjeshem qe me futjen ne perdorim te vaksines PPV7. Bazuar ne keto te dhena mjeku duhet te zgjedhe si trajtim fillestar observacionin dhe medikamente simptomatike, te bisedoje me prinderit per nivelin e sigurise se diagnozes dhe te marre parasysh preferencen e tyre. I rrituri qe rri me femijen duhet te jete ne gjendje te njohe shenjat e rendimit te semundjes, dhe te siguroje kontaktin me mjekun nese permiresimi nuk ndodh. Nese ka perkeqesim, apo permiresimi nuk ndodh per 48-72 ore mjeku duhet te marre ne konsiderate fillimin e antibiotikeve. Gjithsesi zgjedhja duhet bere gjithnje bazuar ne shenjat dhe simptomat fillestare te semundjes; mundesine e nje te rrituri per te realizuar observacionin e femijes dhe mundesine e ardhjes serish tek mjeku per ndjekje ne vazhdim.

Rekomandimi 3B

Nqs vendoset te trajtohet me antibiotike mjeku duhet te rekomandoje amoxicilinen per shumicen e femijeve me doza 80-90 mg/kg ne dite. (ky rekomandim bazohet ne studime studime rastesore te kufizuara dhe ne nje krahasim te perfitimit me riskun)

Zgjedhja e antibiotikut behet bazuar ne mikroorganizmat me te shpeshte shkaktare te OMA. Amoxicilina eshte zgjedhur si linje e pare per shkak te efektivitetit te saj kur perdoret ne doza te mjaftueshme ndaj pneumokokut rezistent, sigurise se saj, kosos se ulet, shijes se pranueshme dhe spektrit te ngushte mikrobiologjik. Ne pacientet qe kane gjendje te renduar te semundjes (dhembje veshi te moderuar deri ne te forte dhe temp> 39) dhe ne ato raste kur nevojitet te mbulohet spektri i mikroorganizmave B-laktamaze pozitiv, terapia fillohet me doza te larta te amoxicillin-clavulanate (90mg/kg amoxicilin me 6.4 mg/kg clavulanate ne dite). E meta e shume studimeve qe kane krahasuar efektivitetin e antibiotikeve ne OMA, eshte se nuk kane percaktuar si duhet kriteret per diagnozen e OMA dhe per permiresimin dhe ndjekjen ne vazhdim. Patogenet me te shpeshte ne OMA jane; pneumokoku i pa-tipizuar (25-50%), hemofilus influenzae (15-30%), m. catarralis(3-20%). Keto te dhena kane ndryshuar pas futjes ne perdorim te vaksines heptavalente antipneumokoksike; vihet re rritje e rasteve me h. influenzae dhe

pakesim i atyre me pneumokok. Viruset si VRS, rinoviruset, coronaviruset, viruset e parainfluenca, adenoviruset, enteroviruset jane gjetur ne sekrecionet respiratore e/o efuzionin e veshit te mesem ne 40-75% te rasteve, madje edhe pa pranine e baktereve ne 5-22% te rasteve dhe ky mund te jete shkaku i deshtimeve ne terapine me antibiotike. Ne 16-25% te rasteve mund te mos gjendet asnje shkaktar viral apo bakterial ne likidin e veshit te mesem. Rreth 50% e rasteve me H. influenza dhe 100% e rasteve me M. catarralis vijne nga infeksionet e traktit te siperm respirator dhe jane B-laktamaze pozitive. Rreth 30% e rasteve me pneumokok jane jo te ndjeshem ndaj penicilines dhe kjo nuk lidhet me prodhimin e B-laktamazes por me nje alterim te proteinave lidhese te penicilines. Te gjitha keto cojne ne nje rezistence ndaj penicilines dhe cefalosporinave.

Faktore qe sugjerojne per rezistence ndaj amoxicilines jane femije qe u mungon kujdesi, kur kane marre antibiotike ne 30 ditet e fundit, me te vegjel se 2 vjet. Ne pacientet alergjike ndaj penicillin's, por kur reaksioni nuk ka qene i tipit te pare (urtikarie, anafilaksi) mund te perdoren cefdinir (14mg/kg ne dite, ne nje ose dy doza); cefuroksime (30mg/kg/dite ne 2 doza); cefpodoxime (10mg/kg/dite ne nje doze). Ne rastet qe kane kaluar reaksion te tipit te pare, jepet azitromicina 10 mg/kg/dite per ditet e pare dhe me pas 5mg/kg/dite per 4 dite. Alternativa te tjera mund te jene eritromicin-sulfisoxazole, sulfametoxazole-trimetoprim, clindamicine (30-40mg/kg/dite e ndare ne 3 doza). Ne pacientet qe jane me te vjella ose qe nuk mund te marrin mjekimin nga goja, perdoret nje doze e vetme ceftriaxone 50mg/kg parenteral. Ne lidhje me kohezgjatjen e terapise jane bere studime te ndryshme qe kane arritur ne perfundimin qe, per femijet e vegjel dhe ata me simptoma te renda te semundjes, trajtimi duhet te jete 10 dite, ndersa per femijet mbi 6 vjet dhe me simptoma te lehta deri ne te moderuara trajtimi eshte 5-7 dite.

Rekomandimi 4

Nese 48-72 ore pas trajtimit fillestar nuk verehet permiresim klinik, mjeku duhet te rivleresoje pacientin per te konfirmuar OMA dhe per te perjashtuar shkaqe te tjera te semundjes. Nese rikonfirmohet OMA dhe trajtimi fillestar ka qene observimi, mjeku duhet te filloje trajtimin me antibiotike; nese ka qene me antibiotike duhet ndryshuar lloji i tij (ky studim bazohet ne studime vezhguese dhe krahasuese te riskut dhe perfitimit).

Nese per trajtimin e OMA eshte pershkruar nje antibiotik, pergjigjja klinike zgjat 48-72 ore. Me pak perjashtime, 24 oret e para jane oret e stabilizimit te gjendjes. Heret ne kete periudhe mund te ndodhe edhe nje keqesim i lehte i gjendjes. Ne 24 oret pasuese fillon permiresimi i shenjave, te bjere temperatura, femija s'duhet te jete me i irrituar, duhet te normalizohet ushqyerja dhe gjumi. Nese pacienti nuk permiresohet brenda 48-72 oreve, atehere kemi te bejme me nje patologji tjeter ose zgjedhja e

antibiotikut nuk eshte e duhura. Pacientet qe vendoset te mbahen ne observacion duhen udhezuar mbi vleresimin e gjendjes dhe kontaktin me mjekun kur simptomat rendohen. Zgjedhja e antibiotikut pas deshtimit te observacionit apo trajtimit fillestar me antibiotike, duhet bazuar ne pervojen klinike. Ne pacientet qe kane qene pa antibiotike duhet filluar amoxicilina 80-90mg/kg/dite. Per pacientet qe jane me simptome te renda, kur nevojitet mbulimi i mikroorganizmave B-laktamaze pozitive ose kur ka deshtuar terapia me amoxiciline, fillohet amoxiciline-clavulanate (90+6.4mg/kg/dite) ne 2 doza ose alternativat e tjera te permendura me lart nese pacienti ka fenomene alergjike ndaj penicilines. Ne pacientet qe jane me te vjella, qe nuk mund te marrin mjekim per os, ose qe kane deshtuar ne trajtimin me amoxiciline-clavulanate, perdoret trajtim 3 ditor me ceftriaxone 50mg/kg/dite parenteral. Neqoftese OMA persiston, indikohet kryerja e timpanocentezes per te realizuar diagnozen bakteriologjike. Kur kjo eshte e pamundur, provohet nje trajtim me klimndamicine per pneumokokun rezistent ndaj penicilines. Likidi i nxjerre nga timpanocenteza ngjyroset sipas Gramit dhe shoqerohet me antibiogram. Kur fillon permiresimi klinik pacienti ndiqet ne vazhdimesi. Ngulmimi i efuzionit nuk perben indikacion per terapi aktive, 60-70% e femijeve kane efuzion 2 jave pas nje episodi te OMA, kjo bie ne 40% pas nje muaji dhe 10-25% pas 3 muajsh. OME duhet diferencuar nga OMA pasi ai kerkon monitorim por jo terapi aktive me antibiotike. Vleresimi dhe siguria qe OME ka kaluar, eshte vecanerisht i rendesishem tek femijet me crregullime te rritjes dhe zhvillimit pasi renia e perkohshme e degjimit mud te ndikojte negativisht tek ata.

Rekomandimi 5

Mjeku duhet te perpiqet te parandaloje zhvillimin e OMA permes reduktimit te faktoreve te riskut (ky rekomandim bazohet ne studime te forta vezhguese dhe krahasuese midis riskut dhe perfitimit)

Nje numer faktoresh te lidhur me zhvillimin e OMA jane te pandryshueshem, si predispozita gjenetike, lindja premature, seksi mashkull, perkatesia etnike, historia familjare per OMA, statusi i ulet socio-ekonomik. Parandalimi i episodeve te infeksioneve virale te traktit te siperm respirator ne femijerine e hershme ndikon ne reduktimin e OMA. Te rendesishme jane ushqyerja me gji per te pakten 6 muaj, evitimi i ushqyerjes me biberon ne pozicion shtrire, dhe i perdorimit te biberonit genjeshter ne 6 muajt e dyta, evitimi i ekspozimit ndaj tymit te duhanit. Gjithsesi efikasiteti i ketyre

elementeve mbetet i paqarte. Immunoprofilaksia me vaksina te dobesuara apo te ngordhura intranazale te influences ka treguar rreth 30% efikasitet per parandalimin e OMA ne stinen qe shoqerohet me semundje respiratore. Vaksina ndaj pneumokokut eshte efektive ne parandalimin e OMA se shkaktuar nga serotipi i pneumokokut te aplikuar, por perfitimi i pergjithshem eshte i vogel me nje reduktim vetem 6% te incidences se OMA. Vaksinat ndaj VRS , virusit te parainflences dhe adenoviruseve qe jane duke u pergatitur premtojne per nje hap te madh ne parandalimin e infeksioneve te veshit.

Tabelat e meposhtme jane tabela permbledhese mbi diagnostikimin dhe menaxhimin e OMA;

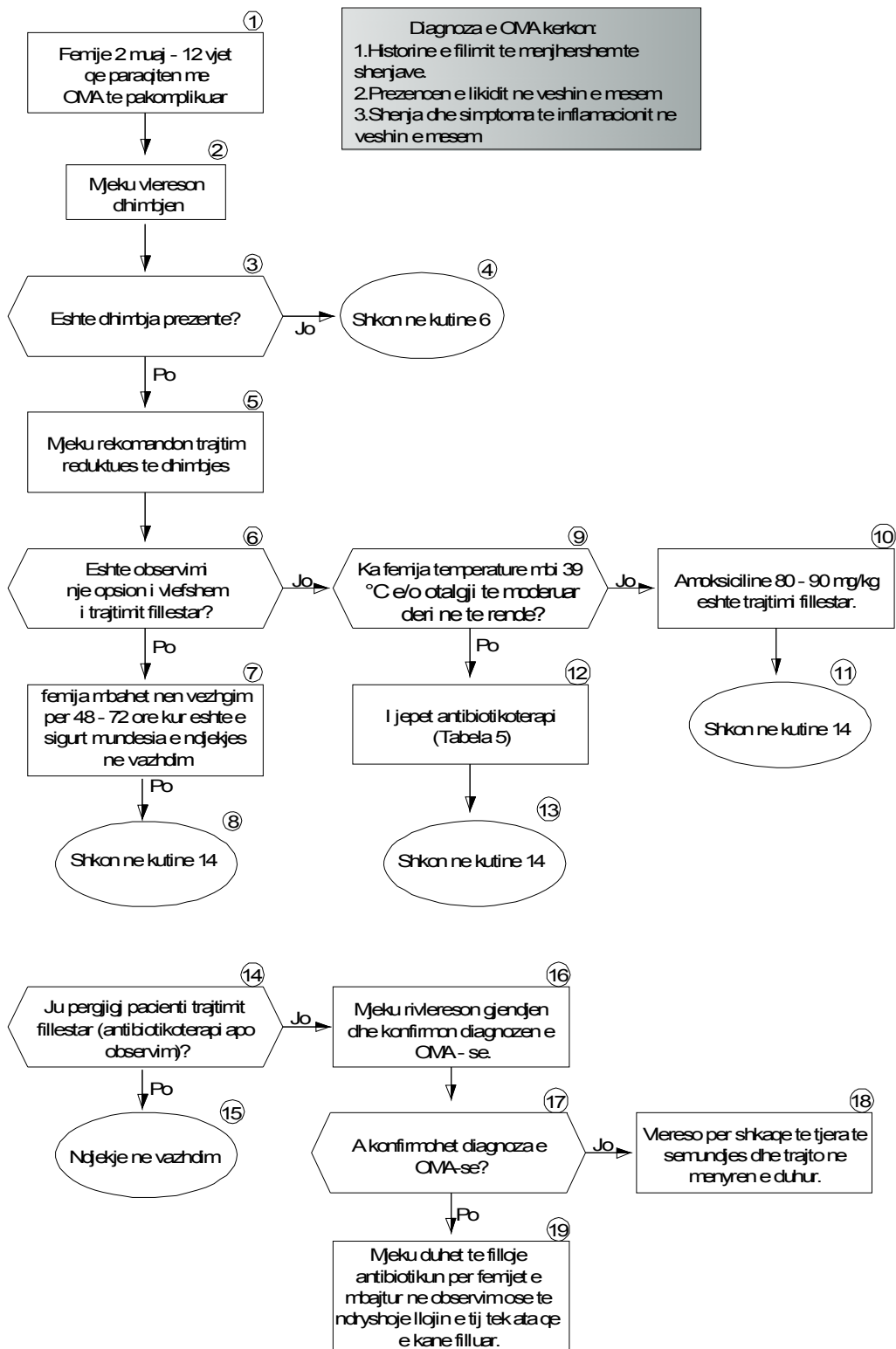


Tabela 6. Kriteret per zgjedhjen e antibiotikoterapise apo observimit tek femijet ne gjendje jo te rende

Kriteret per zgjedhjen e antibiotikoterapise apo observimit, tek femijet ne gjendje jo te rende.

- 1) < 6 muaj antibiotikoterapi
- 2) 6 muaj – 2 vjec antibiotikoterapi nese diagnoza eshte e sigurt ose gjendja e rende; observim kur diagnoza nuk eshte esigurt ose gjendja eshte jo e rende
- 3) > 2 vjec antibiotikoterapi nese gjendja eshte e rende; observim ne rastet jo te renda me diagnoze te sigurt; observim ne raster me diagnoze jo te sigurt.

C) Otiti media me efuzion

1A. Otoscopia pneumatike; mjeku duhet te perdore otoscopine pneumatike si metoden kryesore te diagnostikimit te OME. OME duhet te diferencohet nga OMA. Rekomandim i forte

1B. Timpanometria; Timpanometria mud te perdoret per te konfirmuar diagnozen e OME. Opsion

Diagnostikimi i sakte i OME eshte thelbesor per vete trajtimin e tij. OME duhet te diferencohet nga OMA per te parandaluar trajtimin e panevojshem me antimikrobiale.

OME eshte perkufizuar si grumbullim i likidit ne ne veshin e mesem, ne mungese te shenjave dhe simptomave akute te infeksionit te veshit. Ne veshin e mesem mund te vihet re membrane timpanike shpesh e mjegulluar, me mobilitet te demtuar dukshem dhe nivel hidro-aerik ose flluska. Ne te kundert, diagnostikimi i OMA kerkon pranine e shenjave dhe simptomave akute te inflamacionit si dhe efuzion te veshit mesem.

Dallimi kryesor pra eshte se vetem OMA ka pranine e shenjave dhe simptomave te inflamacionit.

Skuqja e membrames timpanike nuk duhet te jete nje kriter per pershkrimin e antibiotikoterapise sepse ka pak vlera ne OMA dhe eshte e pranishme ne rreth 5% te vesheve me OME.

Otoskopia pneumatike ka raportin me te mire midis sensitivitetit dhe specificitetit. Si e tille otoskopia pneumatike duhet te mbetet metoda primare e diagnostikimit te OME sepse mjeti eshte lehtesisht i disponueshem ne ambjentin e punes, efektiv dhe i sakte. Otoskopia jo-pneumatike nuk sugjerohet ne diagnozen primare. Saktesia e otoskopise pneumatike ne rutinen klinike mund te jete me e vogel se ajo e treguar ne rezultatet e publikuara, pasi mjeket kane kualifikime dhe eksperienca te ndryshme. Ne rast se diagnoza e OME eshte e paqarte, duhet te konsiderohet tympanometria ose reflektometria akustike si ndihmese te otoskopise pneumatike. Tympanometria me sonden standarte 226 Hz eshte e pershtatshme per femijet e moshes 4 vjec dhe pak me te rritur. Ndersa femijet me te vegjel kerkojne nje ekip te specializuar dhe hetimin me frekuence me te larte. Tympanometria ka kosto me te larte qe lidhet me blerjen e instrumentit dhe kalibrimin e pervitshem.

Nderkohe nuk ekziston asnje studim qe te tregoje se egzaminimi pneumatik mund te shkaktoje diskomfort. Ekspertet sugjerojne se ky egzaminim s'ka pse te jete i dhimbshem sidomos kur mungojne simptomat e infeksionit akut (OMA). Nje egzaminim jo-traumatik lehtesohet duke perdorur nje prekje te lehte,duke mbajtur femijen nen kontroll kur eshte e nevojshme dhe futjen e spekulumit vetem ne 1\3 e jashtme (porcionin kartilagjinoz) te kanalit te jashtem te veshit.

1C. SCREENING: Programet egzaminuese per OME nuk jane te rekomanduara te behen tek femije te shendetshem dhe asimptomatike.

Ky rekomandim merr parasysh programet e egzaminimit te kryera tek popullata femijesh ne nje komunitet ose shkolle pa marre ne konsiderate ndonje histori semundje ose shenja pre-egzistuese. Ky rekomandim nuk adreson degjimin, egzaminimin ose monitorimin e femijeve te vecante qe kane kaluar OME ose jane te semure ne momentin e studimit.

OME ka prevalence te larte ne femijet e vegjel. Egzaminimet vezhguese te femijeve te shendoshe, qe variojne ne moshe nga foshnje deri ne moshen 5 vjec, tregojne nje shkalle prevalence 15-40% te otitit media me efuzion. Ndermjet femijeve te egzaminuar ne intervale te rregullta kohore ne nje periudhe prej nje viti, rreth 50%-60% e femijeve qe shkojne ne kopshte dhe 25% e femijeve te moshes shkollore jane gjetur

te kene efuzion te veshit te mesem, ne nje prej egzaminimeve, me incidencen me te madhe gjate muajve te dimrit.

Depistimet e popullates jane te pershtatshme per patologji qe jane te zakonshme, qe mund te zbulohet nga nje test i ndjeshem dhe specifik dhe qe perfiton nga zbulimi i hershem dhe trajtimi. OME permbush dy kushtet e para, OME-ja prek 80% te femijeve qe hyjne ne shkolle dhe mund te egzaminohet lehte me timpanometri (shiko rekomandimin 1 B). Zbulimi dhe trajtimi i hershem i OME i identifikuar nga depistimi, gjithsesi, nuk ka treguar te coje ne rritje te inteligjences, perceptimit te gjuhes ose shprehjes se saj. Keshtu qe depistimet e popullates per zbulimin e hershem te OME ne femijet asimptomatike, nuk ka treguar permiresim te rezultateve dhe nuk eshte i rekomanduar.

2.DOKUMENTIMI: Mjeket duhet te bejne paraqitjen dokumentuese per cdo vleresim te nje femije me efuzion ne lidhje me kohezgjatjen e efuzionit dhe pranine dhe ashpersine e simptomave te lidhura me te.

Dokumentimi i te dheneva mjekesore e lehteson diagnozen dhe trajtimin dhe siguron informacion te qendrueshem per mjeket e tjere, per te siguruar pacientet dhe per te minimizuar gabimet mjekesore. Zgjedhja e trajtimit perfundimtar ne nje femije me OME, eshte e lidhur me kohezgjatjen e efuzionit si dhe me natyren dhe ashpersine e simptomave te lidhura me te. Ne kete menyre, te tera keto hollesi duhet te dokumentohen ne cdo vleresim te OME.

Teorikisht, koha e fillimit te OME mund te percaktohet permes diagnozes se nje OMA te meparshme, nje historie fillimi akut te shenjave dhe simptomave qe referojne per likid ne veshin e mesem, ose nje audiogramme dhe timpanogramme anormale pas nje testi normal. Fatkeqesisht keto gjendje shpesh mungojne dhe mjeket jane te sforcuar te spekullojne me kohen e fillimit dhe zgjatjen e grumbullimit te likidit ne veshin e mesem ne nje femije qe eshte diagnostikuar me OME ne nje vizite rutine ose ne nje ekzaminim audiometrik qe eshte bere ne shkolle.

Ne rreth 40-50% te rasteve me OME, asnje nga prinderit ose ata qe kujdesen per femijet e prekur, nuk kane vene re ankesa te cilat referojne per efuzion te veshit mesem. Ne disa femije gjithsesi mund te kete shenja dhe simptoma te nje inflamacioni ne prani te likidit ne veshin e mesem (jo OMA) si me poshte, qe duhet te dokumentohet:

- Dhimbje e lehte e vazhdueshme, ndjenja e mbushjes se veshit
- Manifestimet dytesore te dhimbjes se veshit ne femijet mund te perfshijne skuqjen e veshit, iritabilitetin e tepert dhe crregullime te gjumit.
- Deshtim i femijes per t'ju pergjigjur ne menyre te pershtatshme zerave ose zhurmave te ambientit, si p.sh. moskthyerja e kokes nga burimi i tingullit.

- Humbje degjimi, edhe pse nuk specifikohet si e tille nga femija, qe dysohet nga mungesa e vemendjes, ndryshime te sjelljes, mos pergjigje normale ndaj bisedave, ose nevojës per te ngritur zerin kur degjon radio ose shikon TV.
- Episode te perseritura te OMA me OME te pranishme ndermjet episodeve.
- Probleme me mbarevajtjen ne shkolle.
- Probleme me ekuilibrin, ngathtesi e pashpjeguar, ose zhvillim i vonuar motor.
- Zhvillim i vonuar te folurit dhe gjuhes.

Ne cdo vizite kontrolli te femijes me OME duhet te dokumentohen kohezgjatje e efuzionit (unilateral, bilateral) si dhe ashpersia e simptomave te lidhura me kete gjendje.

3. FEMIJE NE RREZIK: Mjeket duhet te dallojne femijen me OME, i cili eshte ne rrezik per zhvillimin e te folurit, gjuhes, ose me probleme te te mesuarit, nga femijet e tjere te cilet kane OME, dhe ne ta duhet te vleresojne me shpejt dhe rigorozisht degjimin, te foluren, gjuhen dhe nevojën per nderhyrje.

Udherrefyesi perkufizon femije ne rrezik, ate i cili eshte me risk ne rritje per zhvillimin e veshtiresive (ngadalesim ose crregullime) si shkak te faktoreve sensore, fizike, kognjitive ose te sjelljes te dhena ne tab.3.

Tab 7- Faktoret e rrezikut qe cojne ne veshtiresi

Humbje e degjimit permanente e pavarur nga otiti media me efuzion

Dyshimi ose diagnostikimi i crregullimit ose ngadalesimit ne te folur dhe gjuhe

Autizem ose dhe crregullime te tjera te zhvillimit

Sindromat (si Down) ose crregullimet kraniofaciale qe perfshijne ngadalesim kognjitiv, te te folurit dhe te gjuhes

Verberia ose demtimi i pakorrigjueshem i shikimit

Palatoskiza me ose pa sindromat qe e shoqerojne

Vonese ne zhvillim.

Udhezuesit e hershem per menaxhimin e OME jane perdorur vetem tek femije te shendetshem dhe pa mangesi ne zhvillim. Studimet e lidhjes midis OME dhe humbjes se degjimit ose zhvillimit te te folurit/gjuhes, ne menyre tipike perjashtojne femijet me

anomali kraniofaciale, sindromat gjenetike dhe crregullimet e tjera te zhvillimit. Pra, literatura ne dispozicion lidhet me femije te shendetshem qe ju permbahen kritereve te perfshirjes ne studime te randomizuara dhe te kontrolluara. Shume pak studime egzistuese qe merren me sekelat e OME mund te kene vlere per femijet ne risk.

Femijet ne risk, ka shume te ngjare, qe te preken me teper nga humbja e degjimit si pasoje e OME edhe pse studimet definitive jane te mangeta. Si shembull, studimet e vogla krahasuese te femijeve dhe adoleshenteve me sindrome Down ose paralize cerebrale, treguan artikulim dhe gjuhe me te varfer ne rastet me nje histori te hershme te otitit media. Studimet te gjera, veshtire se disponohen, per shkak te veshtiresive metodologjike dhe etike te lidhura me studimin e femijeve te cilet jane te vonuar ose ne risk per vonim te metejshem. Ne kete menyre, mjeket qe trajtojne femijet me OME, duhet te percaktojne nese bashkegzistojne gjendje te tjera, te cilat e vendosin femijen me risk per zhvillim te vonuar (tab 3) dhe duhet t'i marrin ne kosiderate keto keto gjendje kur planifikojne vleresimin dhe trajtimin.

Femijet me anomali kraniofaciale (palatoskize, sindroma Down, Robin, CHARGE) kane nje prevalence me te larte per OME kronik, humbje te degjimit (konduktive dhe neurosensoriale) dhe mangesi ne te folur dhe gjuhe sesa femijet pa keto anomali. Femije te tjere mund te mos jene te prirur per te bere OME, por kane mundesi te kene crregullime te te folurit dhe te gjuhes sic jane femijet me humbje degjimi te perhershme te pavarur nga OME, ata me demtim specifik te gjuhes, me autizem, ose me sindroma qe prekin zhvillimin kognjitiv dhe linguistik. Disa studime retrospektive kane gjetur se humbja e degjimit e shkaktuar nga OME ne femijet me mangesi kognjitive, si ne sindromen Down, eshte shoqeruar me nivele te ulta zhvillimi linguistik. Femijet me vonese ne te folur ose me histori te OME kane rezultate me te ulta se femijet normale ne testet e perceptimit lingusitik.

Femijet me demtim te rende te shikimit mund te jene me te prekshem nga efektet e OME sepse ata varen me shume nga degjimi sesa femijet me shikim normal. Cdo renie ne shqisen me te rendesishme te mbetur per te marre informacion ghuhesor, mund te kompromentoje zhvillimin e te folurit si dhe aftesine per te ndervepruar dhe komunikuar me te tjeret.

Te gjitha femijet te cilet kane demtime te renda te shikimit, duhen te konsiderohen me te prekshem nga OME dhe pasojat e tij, sidomos ne sferen e ekuilibrit, lokalizimit te tingullit dhe te komunikimit. Menaxhimi i ketyre femijeve me risk te rritur per zhvillim te vonuar, duhet te perfshije testin e degjimit dhe vleresimin e te folurit, dhe bashke me trajtimin e OME mund te kerkoje logopedi, protezim akustik ose pajisje shtese amplifikuese (psh FM) ose timpanostomi; dhe kontroll te degjimit pas

pastrimit të OMS pasi kjo e fundit mund të maskojë një humbje të përhershme të degjimit.

4. VEZHGIM I KUJDESSHEM: Femijen me OME që nuk është në rrezik, mëkët duhet të menaxhohet me një vëzhgim të kujdeshem për tre muaj nga data e fillimit të efuzionit (nese dihet data), ose nga data e diagnozës (nese fillimi është i panjohur).

Ky rekomandim është bazuar në natyrën vetë-kufizuese të pjesës më të madhe të OME, që ka qenë e mirë dokumentuar në studimet kohorte dhe në grupet e kontrollit të studimeve të randomizuara.

Gjasat e zgjidhjes spontane të OME varen nga shkakët dhe zgjatja e efuzionit. Psh, rreth 75% nga 90% e të mbeturve me OME pas një episodi AOM, zgjidhet në mënyrë spontane brenda tre muajve.

Një tjetër situatë e favorshme është përmirësimi (jo zgjidhja) e një OME të sapodiktuar, e përcaktuar kjo si ndryshim nga timpanograma e tipit B (kurbe e sheshtë) tek jo-B (çdo formë përveç kurbes së sheshtë). Rreth 55% e femijeve të perkufizuar në këtë mënyrë, përmirësohen për 3 muaj, ndërsa 1/3 do të ketë ripërsëritje të OME brenda 3 muajve të tjera. Megjithatë timpanogrami tipi B është një tregues jo i përfekt i OME (81% ndjeshmëri dhe 74% specifikitet kundrejt myringotomisë), ai është treguesi më i përhapur i raportuar.

Rreth 25% e OME të zbuluar rishtazi, me kohezgjatje të panjohur, tek femijet 2-4 vjeç, zgjidhet brenda 3 muajsh kur me zgjidhje nenkuptojmë një ndryshim në timpanogramë nga tipi B në tipin A/C1 (presioni max > 200 daPa). Shkalla e zgjidhjes mund të jetë më e lartë tek foshnjat dhe femijet e vegjël, tek të cilët zgjatja paraegzistuese e efuzionit është në përgjithësi e shkurter. OME bilateral për 3 muaj ose më gjatë, kalon spontanisht pas 6-12 muaj në rreth 30% të femijeve të moshës më pak se dy vjeç apo më shumë.

Cdo ndërhyrje për OME (medikamentozë ose kirurgjikale), ndryshe nga vëzhgimet, mbart disa të keqija të pandara. Një periudhë e caktuar vëzhgimi në një femijë, që nuk janë në rrezik për të folur, ose probleme të mesuarit ka pak dëm. Kur observohet femija me OME, mëkët duhet të informojnë prinderit ose kujdestarin që femija mund të pesojë ulje të degjimit deri në rezorbimin e efuzionit, sidomos nese është bilateral. Mëkët mund të diskutojnë strategji për të optimizuar të degjuarit dhe mjedisin mesimor deri sa të rezorbohet efuzioni. Këto strategji përfshijnë të folur nga distanca të afërta, duke e mbajtur femijen përballë dhe duke i folur qartë, duke i përsëritur frazat kur nuk kuptohen dhe duke i siguruar një vend të përshtatshëm për t'u ulur në shkollë.

5.MJEKIMI: Antihistaminiket dhe dekongjestionantet jane jo-efektive ne trajtimin e OME ndaj nuk rekomandohen. Antimikrobiket dhe kortikosteroidet nuk kane efikasitet kur perdoren per nje kohe te gjate dhe nuk perdoren si trajtim rutine.

Terapia ne OME eshte e pershtatshme vetem nese eshte e vazhdueshme dhe nese perfitimet klinike arrihen perpara rezolucionit spontan. Udhezuesi i meparshem klinik nuk ka gjetur te dhena per sa i perket kombinimit antihistaminike-dekongjestionant ne trajtimin e OME. Meta-analiza e kater studimeve te randomizuara nuk gjeti perfitime te ketij kombinimi krahasuar me placebo. Nuk jane publikuar studime shtese qe prej vitit 1994 per te ndryshuar kete rekomandim.

Efektet anesore te antihistaminikeve dhe dekongjestionanteve perfshijne pagjumesine, hiperaktivitetin, pergjumjen, ndryshime te sjelljes dhe crregullime te presionit te gjakut. Perfitimet afatgjata te terapise antimikrobiale ne OME jane te pavartetuara pavaresisht nga perfitimet afatshkurtra prej 2-8 javesh ne kontrollet e rastesishme. Perfitimet e hershme, 2 jave pas ndalimit te terapise, behen te parendesishme. Efektet anesore te antimikrobialeve jane te rendesishme dhe mund te perfshijne rash, te vjella, diarre, reaksione alergjike, alterim te flores mikrobiale nazofaringeale te femijeve, zhvillimin e rezistences bakteriale dhe koston. Pasojat sociale perfshijne transmetimin direkt te patogjeneve bakteriale rezistente ne shtepi dhe ne qendrat e kujdesit te femijeve.

Udhezuesi i meparshem i OME nuk rekomandon perdorimin e steroideve orale ne trajtimin e otitit media me efuzion.

Steroidet orale mund te japin ndryshime ne sjellje, rritje te oreksit dhe rritje ne peshe. Efektet anesore mund te perfshijne frenim te surenales, infeksion fatal te variceles, nekroze vaskulare te kokes se femurit. Gjithashtu steroidet intranazale kane disa efekte anesore.

Trajtimi me antimikrobike i shoqeruar me ose jo steroide nuk ka treguar te jeteektiv per nje kohe te gjate ne rezolucionin e OME, por ne disa raste kjo terapi konsiderohet si opsion per shkak te perfitimeve afatshkurtera, qe tregohen ne kontrollet e randomizuara te rasteve kur prinderit ose kujdestaret kundershtojne kirurgjine. Ne keto rrethana mund te perdoret nje kurs i vetem terapie prej 10-14 ditesh. Ka pak gjasa qe OME te sherohet perfundimisht me kete regjim, por perdorimi i terapive te perseritura me keto dy klasa nuk rekomandohet. Alternativa te tjera jokirurgjikale perfshijne autoinflacionin e TE, perdorimin oral te mukolitikeve dhe perdorimin sistemik te agjenteve te tjere farmakologjike pervec antimikrobikeve, steroideve, dekongjestionanteve dhe antihistaminikeve.

6. DEGJIMI dhe GJUHA: Testimi i degjimit eshte i rekomanduar kur OME persiston per tre muaj ose me gjate, ose ne cdo kohe kur tek nje femije me OME dyshohet vonese e te folurit, probleme te te mesuarit, ose nje humbje domethenese e degjimit. Ne femijet me humbje te degjimit duhen bere teste gjuhesore.

Testi i degjimit: Ky test rekomandohet kur OME persiston per tre muaj ose ne cdo kohe kur dyshohet vonese e te folurit, probleme ne te mesuar ose humbje degjimi e konsiderueshme. Humbja e degjimit konduktive shpesh shoqeron OME dhe ne menyre te pafavorshme mund te demtoje procesimin binaural, lokalizimin e tingullit dhe perceptimin e te folurit ne zhurme. Humbja e degjimit e shkaktuar nga OME mund te demtoje pervesimin e hershem te te folurit, por ambienti i shtepise se femijes ka nje impakt me te madh ne rezultate.

Studimet, qe egzaminojne ndjeshmerine e degjimit tek femijet me OME, raportojne qe mesatarja e pragjeve te degjimit ne testin me tone te pastra ne 4 frekuenca (500,1000,2000,4000 Hz,) varion nga normal ne humbje te moderuar e degjimit, (0-55 dB). Percentilja 50% eshte rreth 25 dB HL dhe rreth 20 % e vesheve e tejkalojne 35 dB HL. OME- te e njeanshme me humbje te degjimit rezultojne ne degjim binaural per te dobet ne pergjithesi, krahasuar me ate te femijeve me vesh te mesem normal. Testi fillestar i degjimit per femijet e moshes 4 vjec ose me shume mund te behet ne mjediset e kujdesit primar. Testi duhet te zhvillohet ne nje ambient te qete, mundesisht te izoluar nga zhurmat dhe te ndertuar posacerisht per kete qellim. Audiometria tradicionale me kufje behet kur ka renie degjimi >20 dB HL ne nje ose me shume frekuenca (500,1000,2000,4000 Hz) ne secilin vesh. Nuk rekomandohet zevendesimi i ketij testi me timpanometrine, otoskopine pneumatike, kamertonat, ose observimin e sjelljes.

Vleresimi audiologjik i hollesishem rekomandohet per femije te cilet nuk e kalojne kete test te pare te kujdesit paresor, kur jane me te vegjel se 4 vjec, ose qe nuk mund te testohen ne mjedisin e kujdesit paresor.

Vleresimi audiologjik perfshin vleresimin e pragut kockor dhe ajror te degjimit per tonet e paster, teste te pragut te gjuhes dhe teste te njohjes se saj nese eshte e mundur.

Metodat e vleresimit varen nga mosha e zhvillimit te femijes dhe mund te perfshijne perforcimin viziv per femijet 6-24 muaj, audiometrine me lodra per femijet 24-48 muaj ose audiometrine screening konvencionale per femije mbi 4 vjec. ABR dhe otoemisionet jane teste te integritetit struktural te rrugeve auditive jo te degjimit dhe nuk duhet te zevendesojne ato.

Testi i gjuhes

Testi i gjuhes duhet te behet per femije me ulje te degjimit (PTA.20 dB). Testi per vonesen e gjuhes eshte i rendesishem pasi komunikimi eshte i integruar ne te gjitha aspektet e funksionimit njerezor. Femijet e vegjel me vonese ne te folur dhe ne gjuhe, gjate viteve parashkollore jane ne rrezik per probleme te komunikimit ne vazhdim dhe per vonese te te lexuarit dhe te shkruarit te mevonshem. Ne nje studim 6-8% e femijeve te moshes 3 vjec dhe 12-13% e femijeve te kopshtit kane demtime te gjuhes.

Femijet, te cilet kalojne episode te perseritura dhe te perhershme te OME dhe humbje te degjimit te lidhura me OME gjate femijerise se hershme, mund te kene veshtiresi ne mesimin e te folurit dhe gjuhes. Ndonese Shekelle dhe AI konkluduan se nuk kishte te dhena te mjaftueshme per te mbeshtetur ceshtjen qe OME gjate 3 viteve te para te jetes te jete e lidhur me perceptimin dhe shprehjen e vonuar te gjuhes, kjo analize duhet te interpretohet me kujdes pasi ajo nuk egzaminon sferat specifike te gjuhes, si fjalorin, dhe per shkak se variabili i pavarur eshte OME dhe jo humbja e degjimit. Klinikistet duhet te pyesin prinderit ose kujdestaret mbi ceshtjet specifike per sa i perket zhvillimit gjuhesor te femijes tyre. Te folurit dhe gjuha mund te testohen ne moshat 6-36 muaj nga takimi direkt i femijeve dhe intervistimi i prinderve duke perdorur shkallen kilometrike gjuhesore te hershme.

7.MBIKEQYERJA: Femijet me OME persistent, te cilet nuk jane ne rrezik, duhet te ri-egzaminohen ne intervale 3-6 muaj derisa efuzioni te mos jete me i pranishem, te mos identifikohen ulje degjimi te rendesishme, ose te mos dyshohen anomali strukturale te daulles veshit ose veshit te mesem.

Nese OME eshte asimptomatike dhe ka gjasa te zgjidhet spontanisht; nderhyrja eshte e panevojshme dhe nese OME persiston per me teper se tre muaj. Klinikistet duhet te percaktojne nese ekzistojne faktore risku qe do te predispozojne pasoja te padeshirueshme ose parashikojne moszgjidhjen e efuzionit.

Per sa kohe zgjat efuzioni, femija eshte ne rrezik per sekela dhe duhet te rivleresohet periodikisht per faktore qe tregojne nevojën e nderhyrjes.

OME qe nuk shfaq simptoma zakonisht sherohet spontanisht, por shkalla e sherimit ulet ne varesi te kohezgjatjes se efuzionit, dhe rikthimi eshte i zakonshem. Faktoret e rrezikut qe e ulin shkallen e sherimit spontan perfshijne:

- Fillimin e OME ne stinen e veres ose te vjeshtes.

- Humbja e degjimit me e madhe se 30 dB HL ne veshin me nivel me te larte degjimi.
- Historia e meparshme e tubave timpanostomik.
- Prania e adenoideve

Femijet me OME kronike rrezikojne nje demtim struktural te membranës timpanike pasi efuzioni permban leukotriene, prostaglandina, dhe metabolite te acidit arakidonik qe sjellin nje inflamacion lokal. Ndryshimet reaktive mund te ndodhin ne membranën timpanike te aferme dhe ne shtresen mokoze te saj. Ulja e ventilimit ne veshin e mesem prodhon nje presion negativ qe predispozon xhepa retraksion, atelektaze te membranës timpanike dhe kolesteatome.

Integriteti struktural vleresohet nga nje egzaminim i kujdesshem i te gjithë membranës timpanike, e cila ne shume raste, mund te kryhet nga mjeku i kujdesit paresor duke perdorur nje otoskop dore pneumatik. Duhet kerkuar per xhepat e retraksionit, errozion osikular, dhe zona te atelektazes ose atrofise. Nese ka pasiguri ne lidhje me normalitetin e strukturave te vezhguara, pacienti duhet egzaminuar me otomikroskop. Te gjithë femijet qe paraqesin keto kushte te membranës timpanike, pavaresisht kohezgjatjes se OME, duhet te bejne nje vleresim audiologjik te plote.

Gjendjet e membranës timpanike qe kerkojne vendosjen e tubave te ventilimit jane: xhepa retraksioni postsuperiore, errozion osikular, atelektaza adezive dhe xhepa retraksioni qe grumbullojne mbeturina keratinoze. Mbikeqyrja e vazhdueshme eshte e detyrueshme sepse perhapja e demit struktural rritet me zgjatjen e efuzionit. Sic u theksua ne rekomandimin numer 6, femijet me OME persistente per 3 muaj ose me gjate duhet t'u nenshtrohen testeve te degjimit. Bazuar ne keto rezultate, klinicistet mund te identifikojne 3 mundesi veprimi bazuar mbi nivelet e degjimit te perftuara nga veshi qe degjon me mire duke perdorur kufje ose ne fushe te lire duke perdorur altoparlante.

1. Niveli i degjimit ≥ 40 dB (se paku nje humbje degjimi e moderuar). Indikohet vleresimi audiologjik i plote nese nuk eshte bere me pare. Nese evidentohet nje humbje e moderuar e degjimit dhe persiston ne kete nivel, rekomandohet kirurgjia sepse kjo humbje e degjimit persistente dhe me karakter te perhershëm ka treguar te preke te foluren dhe gjuhen.

Tab.8 Strategjite per te krijuar ambjentin optimal per te degjuarit & mesuarit tek femijet me OME dhe humbje te degjimit.

<p>Afrohu tre kembe (90 cm) prane femijes para se te flasesh.</p> <p>Elimino tingujt audio te panevojshem te ambjentit, te tilla si zeri i TV apo pajisjeve muzikore.</p> <p>Shikoje femijen ne fytyre dhe flit qartesisht, duke perdorur gjuhen joverbale (duart, vizatimet) per te ndihmuar te folurin.</p> <p>Ngadaleso shpejtesine e te folurit, rrit nivelin e zerit, dhe shqiptoje te foluren drejtuar tek femija.</p> <p>Lexoji femijes ose lexo bashke me te, duke i shpjeguar vizatimet dhe duke i bere pyetje.</p> <p>Perserit fjale, fraza, dhe pyetje kur ai keqkupton.</p> <p>Caktoji vend te favorshem uljeje ne klase prane mesuesit.</p> <p>Perdor nje frekuence personale te modeluar ose sistem amplifikimi zeri ne klase.</p>
--

2.Niveli i degjimit 21-39 dB (humbje degjimi mesatare). Nese nuk eshte bere me pare keshillohet vleresimi audiologjik i plote. Humbja e degjimit neurosensoriale mesatare eshte e lidhur me veshtiresi ne te folur, gjuhe dhe performancen akademike ne shkolle, dhe humbja degjimit mesatare konduktive ne OME mund te kete te njejtin impakt. Menaxhimi i metejshem duhet te bazohet ne kohezgjatjen e efuzionit, ashpersia e humbjes degjimit dhe sipas preferences se prinderve dhe kujdestarit, dhe mund te perfshije strategji per te permiresuar degjimin dhe te mesuarit (tab 4) ose kirurgji. Nese persiston OME riperseritja e testit te degjimit duhet te behet ne cdo 3-6 muaj apo kur nuk eshte bere timpanostomia.

3.Niveli i degjimit ≤ 20 dB (degjim normal). Nese ne vleresimin e mevonshme OME vazhdon te persistoje riperseritja e testit te degjimit duhet te behet ne 3-6 muaj.

Perveç humbjes se degjimit dhe voneses ne te folur dhe gjuhe, ka dhe faktore te tjere qe mund te influencojne ne vendimin per te nderhyre ne OME persistente.

Faktoret e riskut per vonesen e zhvillimit te te folurit dhe gjuhes shkaktuar nga nje ambjent qe ofron pak perkujdesje, perfshinte nivel te ulet edukimi prej nenes, ambjent te pafavorshem per kujdes ndaj femijes, dhe statusin e ulet socialo-ekonomik. Ne te tilla

raste, keta faktore mund t'i shtohen humbjes se degjimit dhe te ndikojne ne uljen e mbarevajtjes ne shkolle dhe probleme te sjelljes ne klase.

OME-ja persistente mund te shoqerohet me simptoma fizike dhe te sjelljes, qe perfshijne hiperaktivitetin, vemendjen e pakot dhe probleme te sjelljes ne disa studime, si dhe ulje te cilesise se jetes se femijes. Funkzioni vestibular, sjellja dhe cilesia e jetes mund te permiresohen pas vendosjes se tubit te timpanostomise. Simptoma te tjera te OME qe, nese jane prezente dhe persistente, mund te perligjin nderhyrjen kirurgjikale perfshijne, dhimbjen e veshit shqetesime te pashpjegueshme te gjumit dhe AOM e perseritur bashkegzistuese. Tubat reduktojne incidencen absolute te AOM ne rreth 1 episod per femije ne vit, por reduktimi i rrezikut te relativ eshte 56%.

Rreziku i vezhgimit te vazhdueshem te femijeve me OME duhet te balancohet perkunder rrezikut te nderhyrjes kirurgjikale. Femijet me OME persistente te egzaminuar rregullisht ne intervale 3-6 mujore, ose edhe me te shpeshta nese zhvillohen simptomat e lidhura me OME, kane me pak risqe per pasoja fizike, te sjelljes apo te zhvillimit. Anasjelltas, vezhgimi i zgjatur i OME nuk eshte e pershtatshme kur vizitat e rregullta jane te pamundura ose kur femija eshte ne rrezik per pasoja ne zhvillim te OME per shkak te gjendjeve te tjera shoqeruese (tabela 3). Per keta femije, rreziku i anestezise dhe nderhyrjes kirurgjikale (shiko rekomandimin 8) eshte me i vogel se ai i observimit te vazhdueshem.

8. NDERHYRJA KIRURGJIKALE: Kur nje femije behet kandidat per nderhyrje kirurgjikale, vendosja e tubit te timpanostomise (TV) eshte procedura e preferuar e fillimit; adenoidektomia nuk duhet te kryhet nese nuk egziston nje tregues i qarte (obstruksion nazal, adenoitid kronik). Nderhyrja e perseritur konsiston ne adenoidektomi plus mirongotomi, me ose pa TV. Per te trajtuar OME nuk duhet te perdoret vetem miringotomi ose vetem tonsilektomi. *Rekomandimi i bazuar ne teste te randomizuara kontrole te rastesishme me mbizoterim te perfitimit mbi demin.*

Te qenurit kandidat per nderhyrje kirurgjikale per OME varet ne nje shkalle te madhe nga statusi i te degjuarit, simptomat bashkeshoqeruese, rreziku per zhvillimin e femijes (tabela 3) dhe gjasat per sherim spontan te efuzionit. Kandidatet per nderhyrje kirurgjikale perfshijne femijet me OME qe zgjat 4 muaj e siper me humbje degjimi persistente dhe shenja e simptoma te tjera, OME e perseritur ose persistente tek femijet ne rrezik pavaresisht nga gjendja e te degjuarit, dhe OME me demtim struktural te membranës timpanike ose veshit te mesem. Se fundi, rekomandimi per nderhyrje kirurgjikale duhet te personalizohet, bazuar ne nje konsensus mes mjekut te kujdesit

paresor, otorinolaringologut, dhe prindit ose te kujdestarit qe femija te perfitoje nga kjo nderhyrje. Femijet me OME ne risk, pavaresisht nga kohezgjatja e OME, jane kandidate per nje nderhyrje kirurgjikale te hershme.

TV rekomandohen per nderhyrjen kirurgjikale primare sepse kontrollet e randomizuara tregojne nje zbritje relative prej rreth 62% te prevalences se efuzionit dhe nje zbitje absolute prej 128 ditesh me efuzion/ per femije gjate vitit ne vazhdim.

Niveli i te degjuarit permiresohet ne nje mesatare qe varion nga 6 deri 12 dB per sa kohe tubat qendrojne te paster. Adenodektomia plus miringotomine (pa futje tubash) ka efikasitet te krahasueshem tek femijet 4 vjec e siper, por eshte me invazive me rreziqe te shtuara te operacionit dhe anestezise. Po keshtu, rreziku i shtuar i adenoidektomise tejkalon perfitimin afatshkurter e te kufizuar per femijet mbi tre vjec apo me te rritur pa vendosje te meparshme te TV. Si pasoje, adenoidektomia nuk rekomandohet si operacion fillestar te OME nese nuk egziston nje tregues i dukshem per adenoidit, obstruksioni postnazal, apo sinuziti kronik.

Rreth 20% e 50% te femijeve qe kane pasur TV kane perseritje te OME pas nxjerrjeve te tubave qe mund te kerkoje operacion tjeter. Kur nje femije ka nevojte per operacion tjeter per OME, rekomandohet te behet adenoidektomi (nese femija nuk ka palatoschize) sepse kjo redukton ne masen 50% nevojten per operacione te ardhshme. Perfitimet e adenoidektomise jane te dukshme ne moshen 2 vjec, me te medha ne moshen 3 vjec e siper dhe nuk varen nga madhesia e adenoidit. Miringotomia kryhet ne te njejten kohe me adenoidektomine. Miringotomi plus adenoidektomi eshte efektive tek femijet 4 vjec e siper, por per femije me te vegjel eshte e keshilluar futja e tubave, kur duhet te minimizohet mundesia per perseritjen e efuzionit (psh, femijet ne risk), ose kur verehet prania e ndonje inflamacioni te membranës timpanike apo e mukozes se veshit te mesem.

Tonsilektomi ose miringotomi si procedure te vecuara (pa adenoidektomi) nuk rekomandohen per te trajtuar OME. Persa kohe nuk ka indikacione per tonsilektomi, meqe tonsilektomia eshte ose pa efekt ose me efikasitet te kufizuar, rreziku i hemorragjise (rreth 2%) dhe komplikacionet te tjera hospitalore tejkalojne masen e ndonje perfitimi te mundshem. Miringotomia si procedure e vecuar, pa TV ose adenoidektomi, eshte joefektive per OME kronike sepse incizioni mbyllet brenda disa ditesh. Ne kontrast, TV e ventilojne veshin e mesem per nje mesatare prej 12 deri ne 14 muaj.

Mortaliteti gjate anestezise eshte raportuar 1:50,000 per kirurgjiine ambulatorore por shkalla e mortalitetit aktual mund te jete me e ulet. Laringospazma dhe bronkospazma ndodhin me shpesh ne femijet sesa adultet qe marrin anestezi. Sekelat

e TV janë të zakonshme, por në përgjithësi janë të perkohshme (otorrhea) ose nuk e prekin funksionin (timpanoskleroza, atrofia fokale, ose xhepa retraksioni të ceket).

Perforacionet e membranës timpanike, që mund të kërkojë riparim, janë verejtur në 2% të fëmijëve pas vendosjes së tubave afat-shkurter (të tipit grommet) dhe 17% pas vendosjes së tubave të afat-gjate. Në 0,2% - 0,5% të rasteve, adenoidektomi shoqërohet me hemorragji dhe në 2% me insuficiencë velofaringeale të perkohshme. Rreziqe të tjera potenciale të adenodektomisë, të tilla si stenoza nazofaringeale dhe insuficienca velofaringeale persistente, mund të minimizohen me seleksionimin e pershtatshëm të pacientëve dhe teknikave kirurgjikale.

Kur merret në konsideratë impakti i kirurgjisë në prevalencën e OME, statusin e degjimit, incidencën e OMA pasuese, dhe nevojën për rioperim pas adenoidektomisë, vërehet një epërsi e dukshme e përfitimit mbi demin. Informacioni rreth adenoidektomisë në fëmijet më të vegjël se 4 vjeç, sidoqoftë mbetet i limituar.

9. Menaxhimi i alergjisë: Nuk janë bërë rekomandime persa i përket manaxhimit të alergjisë si një trajtim për OME. *Asnjë rekomandim nuk bazohet në të dhëna të pamjaftueshme për efikasitetin e terapise ose në marrëdhënie shkakore mes alergjisë dhe OME.*

11. Evidenca dhe bibliografia

Metoda e përdorura për të analizuar të dhënat është rishikimi sistematik i literatures.

C) Metodën e përgjithshme dhe kerkimet e literatures

Kerkimet janë zhvilluar në MEDLINE, EMBASE dhe Libraria Conchrane.

Tabela 1, Perkufizimi i rekomandimeve

Rekom. i forte	Perfitimet jane shume me te medha se demet. Evidenca ku mbeshtetet ky rekomandim eshte Grade A ose B. Mjeku duhet ta ndjeke kete rekomandim, me perjashtim te rasteve kur ka nje arsye te forte per te ndjekur nje trajtim tjetet.
Rekomandim	Perfitimet jane shume me te medha se demet. Por evidenca ku mbeshtetet ky rekomandim eshte Grade B ose C. Mjeku pergjithesisht duhet ta ndjeke nje rekomandim, por duhet te jete i vemendshem nese ka informacione te reja qe lidhen me pacientin dhe preferencat e tij.
Opsioni	Opsion do te thote qe cilesia e te dhenave qe egzistojne eshte e dyshimte (grade D), ose qe studimet e mira (grade A ose B) tregojne pak ndryshime midis dy metodave. Mjeku duhet te jete fleksibel ne marrjen e vendimeve; preferencat e pacientit duhet te merren ne konsiderate fuqishem.
Asnje rekomandim	Kjo do te thote qe ose ka mungese te te dhenave (grade D) te plota dhe mungon balanca midis perfitimeve dhe risqeve. Mjeku eshte i kufizuar ne marrjen e vendimeve dhe duhet te jete i vemendshem ndaj te dhenave te reja qe mund te dalin ne literature. Preferencat e pacientit jane kryesoret.

Tabela 2 Gradet e evidences

A prova ose studime klinike te randomizuara, te ndertuara mire, te zbatuara mbi popullata te ngjashme me ate te perfshire ne udherrefyes

- B kontrolle klinike apo studime te randomizuara me disa problem minore; por qe permbajne evidence konsistente nga observimet klinike
- C studime observuese (kohorte dhe raste-kontroll)
- D opinion i nje eksperti, raportime rastesh etj
-

1. Guthrie RM. Diagnosis and treatment of acute otitis externa: an interdisciplinary update. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999;17:2–23.
2. Rowlands S, Devalia H, Smith C, et al. Otitis externa in UK general practice: a survey using the UK General Practice Research Database. *Br J Gen Pract* 2001;51:533–8.
3. Raza SA, Denholm SW, Wong JC. An audit of the management of otitis externa in an ENT casualty clinic. *J Laryngol Otol* 1995;109:130–3.
4. Roland PS, Stroman DW. Microbiology of acute otitis externa. *Laryngoscope* 2002;112:1166–77.
5. Dibb WL. Microbial aetiology of otitis externa. *J Infect* 1991;22: 233–9.
6. Agius AM, Pickles JM, Burch KL. A prospective study of otitis externa. *Clin Otolaryngol* 1992;17:150–4.
7. Cassisi N, Cohn A, Davidson T, et al. Diffuse otitis externa: clinical and microbiologic findings in the course of a multicenter study on a new otic solution. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997;86(Suppl 39):1–16.
8. Clark WB, Brook I, Bianki D, et al. Microbiology of otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;116:23–5.
9. Jones RN, Milazzo J, Seidlin M. Ofloxacin otic solution for treatment of otitis externa in children and adults. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:1193–200.
10. Pistorius B, Westberry K, Drehobl ??, et al. Prospective, randomized, comparative trial of ciprofloxacin otic drops, with or without hydrocortisone, vs. polymyxin B-neomycin-hydrocortisone otic suspension in the treatment of acute diffuse otitis externa. *Infect Dis Clin Pract* 1999;8:387–95.
11. Arshad M, Khan NU, Ali N, et al. Sensitivity and spectrum of bacterial isolates in infectious otitis externa. *J Coll Physicians Surg Pak* 2004;14:146–9.
12. Manolidis M, Freidman R, Hannley M, et al. Comparative efficacy of aminoglycoside versus fluoroquinolone topical antibiotic drops. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(Suppl):S83–S88.
13. Martin TJ, Kerschner JE, Flanary VA. Fungal causes of otitis externa and tympanostomy tube otorrhea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005 May 28; [Epub ahead of print]; 2005;69:1503-1508.
14. Hajioff D. Otitis externa. *Clin Evid* 2004;12:755–63.
15. Halpern MT, Palmer CS, Seidlin M. Treatment patterns for otitis externa. *J Am Board Fam Pract* 1999;12:1–7.
16. McCoy SI, Zell ER, Besser RE. Antimicrobial prescribing for otitis externa in children. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:181–3.
17. Levy SB. The antibiotic paradox. how the misuse of antibiotic destroys their curative powers. Cambridge, MA: Perseus Publishing; 2002.
18. McCormick AW, Whitney CG, Farley MM, et al. Geographic diversity and temporal trends of antimicrobial resistance in *Streptococcus pneumoniae* in the United States. *Nat Med* 2003;9:424–30.
19. Nussinovich M, Rimon A, Volovitz B, et al. Cotton-tip applicators as a leading source of otitis externa. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:433–5.
20. Goffin F. pH as a factor in the external otitis. *N Engl J Med* 1963; 268:287–9.
21. Martinez JD, Willis CM, Capper JW. External auditory canal pH in chronic otitis externa. *Clin Otolaryngol* 2003;28:320–4.
22. Yelland M. Otitis externa in general practice. *Med J Australia* 1992; 156:325–30.
23. Blake P, Matthews R, Hornibrook J. When not to syringe an ear. *N Z Med J* 1998;111:422–4.
24. Berry RG, Collymore VA. Otitis externa and facial cellulitis from Oriental ear cleaners. *West J Med* 1993;158:536.
25. Brook I, Coolbaugh JC. Changes in the bacterial flora of the external ear canal from the wearing of occlusive equipment. *Laryngoscope* 1984;94:963–5.
26. Hirsch BE. Infections of the external ear. *Am J Otolaryngol* 1992; 13:145–55.
27. Russell JD, Donnelly M, McShane DP, et al. What causes acute otitis externa? *J Laryngol Otol* 1993;107:898–901.
28. Hoadley AW, Knight DE. External otitis among swimmers and nonswimmers. *Arch Environ Health* 1975; 9:445–8.
29. Calderon R, Mood EW. An epidemiological assessment of water quality and swimmers' ear. *Arch Environ Health* 1982;37:300–5.
30. Hansen US. Otitis externa among users of private swimming pools. *Ugeskr Laeger* 1997;159:4383–8.
31. Moore JE, Heaney N, Millar BC, et al. Incidence of *Pseudomonas aeruginosa* in recreational and hydrotherapy pools. *Commun Dis Public Health* 2002;5:23–6.
32. Hajjartabar M. Poor-quality water in swimming pools associated with a substantial risk of otitis externa due to *Pseudomonas aeruginosa*.

- Water Sci Technol 2004;50:63–7.
33. Steuer MK, Hofstadter F, Probster L, et al. Are ABH antigenic determinants on human outer ear canal epithelium responsible for *Pseudomonas aeruginosa* infections? ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 1995;57:148–52.
 34. Sundstrom J, Jacobson K, Munck-Wikland E, et al. *Pseudomonas aeruginosa* in otitis externa: a particular variety of the bacteria? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996;122:833–6.
 35. Bojrab DI, Bruderly T, Abdulrazzak Y. Otitis externa. Otolaryngol Clin North Am 1996;29:761–82.
 36. Nichols AW. Nonorthopaedic problems in the aquatic athlete. Clin Sport Med 1999;18:395–411.
 37. Raymond L, Spaur WH, Thalman ED. Prevention of divers' ear. BrMed J 1978;1:48.
 38. Sander R. Otitis externa: a practical guide to treatment and prevention. Am Fam Physician 2001;63:927–36, 941–2.
 39. Hannley MT, Denny JC III, Holtzer SS. Consensus panel report: use of ototoxic antibiotics in treating 3 common ear diseases. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;122:934–40.
 40. Shikar R, Halpern MT, McGann M, et al. The relation of patient satisfaction with treatment of otitis externa to clinical outcomes: development of an instrument. Clin Therapeutics 1999;21:1091–4.
 41. Rosenfeld RM. Meta-analysis. ORL 2004;66:186–95.
 42. Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for otitis externa (protocol). Cochrane Database Syst Rev 2004;2:CD004740.
 43. Dickersin K, Scherer R, Lefebvre C. Systematic reviews: identifying relevant studies of systematic reviews. BMJ 1994;309:1286–91.
 44. Chow TKF, To E, Goodchild CS, et al. A simple, fast, easy method to identify the evidence base in pain-relief research: validation of a computer strategy used alone to identify quality randomized controlled trials. Anesth Analg 2004;98:1557–65.
 45. Jadad AR, Moore A, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996;17:1–12.
 46. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the conference on guideline standardization. Ann Intern Med 2003;139:493–8.
 46. Marcy M, Takata G, Chan LS, et al. *Management of Acute Otitis Media*. Evidence Report/Technology Assessment No. 15. AHRQ Publication No. 01-E010 Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001
 47. Schappert SM. Office visits for otitis media: United States, 1975–90. *Adv Data*. 1992;214:1–18
 3. Cherry DK, Woodwell DA. National ambulatory medical care survey: 2000 summary. *Adv Data*. 2002;328:1–32
 48. McCaig LF, Besser RE, Hughes JM. Trends in antimicrobial prescribing rates for children and adolescents. *JAMA*. 2002;287:3096–3102
 49. Niemela M, Uhari M, Jounio-Ervasi K, Luotonen J, Alho OP, Vierimaa E. Lack of specific symptomatology in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 1994;13:765–768
 50. Kontiokari T, Koivunen P, Niemela M, Pokka T, Uhari M. Symptoms of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:676–679
 51. Pelton SI. Otoscopy for the diagnosis of otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:540–543
 52. Brookhouser PE. Use of tympanometry in office practice for diagnosis of otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:544–551
 53. Kimball S. Acoustic reflectometry: spectral gradient analysis for improved detection of middle ear effusion in children. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:552–555
 54. Barnett ED, Klein JO, Hawkins KA, Cabral HJ, Kenna M, Healy G. Comparison of spectral gradient acoustic reflectometry and other diagnostic techniques for detection of middle ear effusion in children with middle ear disease. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:556–559
 55. Block SL, Mandel E, McLinn S, et al. Spectral gradient acoustic reflectometry for detection of middle ear effusion by pediatricians and parents. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:560–564
 56. Block SL, Pichichero ME, McLinn S, Aronovitz G, Kimball S. Spectral gradient acoustic reflectometry: detection of middle ear effusion in suppurative acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 1999;18:741–744
 57. Karma PH, Penttila MA, Sipila MM, Kataja MJ. Otoscopic diagnosis of middle ear effusion in acute and non-acute otitis media. I. The value of different otoscopic findings. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1989;17: 37–49
 58. Stool SE, Berg AO, Berman S, et al. Otitis media with effusion in young children. Clinical Practice Guideline, Number 12. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services; 1994; AHCPR Publication No. 94-0622.
 59. Shekelle P, Takata G, Chan LS, et al. Diagnosis, natural history and late effects of otitis media with effusion. Evidence report/technology assessment no. 55. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. AHRQ Publication No. 03-E023.
 60. Williamson I. Otitis media with effusion. *Clin Evid* 2002;7:469-76.
 61. Tos M. Epidemiology and natural history of secretory otitis. *Am J Otol* 1984;5:459-62.
 62. Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, et al. Otitis media in 2253 Pittsburgh area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. *Pediatrics* 1997;99:318-33.
 63. Casselbrant ML, Mandel EM. Epidemiology. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD, editors. Evidence-based otitis media, 2nd ed. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc; 2003. pp. 147-62.
 64. Williamson IG, Dunleavy J, Baine J, et al. The natural history of otitis media with effusion: a three-year study of the incidence and prevalence of abnormal tympanograms in four South West Hampshire infant and first schools. *J Laryngol Otol* 1994;108:930-4.
 65. Coyte PC, Croxford R, Asche CV, et al. Physician and population determinants of rates of middle-ear surgery in Ontario. *JAMA* 2001;286:2128-35.
 66. Tugwell P. How to read clinical journals: III. To learn the clinical course and prognosis of disease. *Can Med Assoc J* 1981;124:869-72.

67. Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. Users' guides to the medical literature: III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;271:389-91.
68. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med* 2003;139:493-8.
69. Shiffman RN, Karras BT, Agrawal A, et al. GEM: a proposal for a more comprehensive guideline document model using XML. *J Am Med Informatics Assoc* 2000; 7:488-98.
70. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? the methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 1999;281:1900-5.
71. Agrawal A, Shiffman RN. Evaluation of guideline quality using GEM-Q. *Medinfo* 2001;10:1097-101.
72. Yale Center for Medical Informatics. GEM: The Guideline Elements Model. Available at: <http://yemi.med.yale.edu/GEM/>. Accessed December 8, 2003.
73. American Academy of Pediatrics, Steering Committee on Quality Improvement and Management. A taxonomy of recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics*. (In press.)
74. Eddy DM. A manual for assessing health practices and designing practice policies: the explicit approach. Philadelphia, PA: American College of Physicians; 1992.
75. Dowell SF, Marcy MS, Phillips WR, et al. Otitis media: principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998;101:165-71.
76. Dowell SF, Butler JC, Giebink GS, et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance: a report from the Drug-resistant Streptococcus Pneumoniae Therapeutic Working Group. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:1-9.
77. Karma PH, Penttila MA, Sipila MM, et al. Otosopic diagnosis of middle ear effusion in acute and non-acute otitis media. I. the value of different otoscopic findings. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1989;17:37-49.
78. Pichichero ME, Poole MD. Assessing diagnostic accuracy and tympanocentesis skills in the management of otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1137-42.
79. Steinbach WJ, Sectish TC. Pediatric resident training in the diagnosis and treatment of acute otitis media. *Pediatrics* 2002;109:404-08.
80. Palmu A, Puhakka H, Rahko T, et al. Diagnostic value of tympanometry in infants in clinical practice. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999;49:207-13.
81. van Balen FA, Aarts AM, De Melker RA. Tympanometry by general practitioners: reliable? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999;48:117-23.
82. Block SL, Mandel E, McLinn S, et al. Spectral gradient acoustic reflectometry for the detection of middle ear effusion by pediatricians and parents. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:560-64, 580.
83. Barnett ED, Klein JO, Hawkins KA, et al. Comparison of spectral gradient acoustic reflectometry and other diagnostic techniques for detection of middle ear effusion in children with middle ear disease. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:556-9, 580.
84. Block SL, Pichichero ME, McLinn S, et al. Spectral gradient acoustic reflectometry: detection of middle ear effusion by pediatricians in suppurative acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:741-4.
85. Schwartz RH. A practical approach to the otitis prone child. *Contemp Pediatr* 1987;4:30-54.
86. Barriga F, Schwartz RH, Hayden GF. Adequate illumination for otoscopy: variations due to power source, bulb, and head and speculum design. *Am J Dis Child* 1986;140:1237-40.
87. Sorenson CH, Jensen SH, Tos M. The post-winter prevalence of middle-ear effusion in four-year-old children, judged by tympanometry. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1981;3:119-28.
88. Fiellau-Nikolajsen M. Epidemiology of secretory otitis media: a descriptive cohort study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983;92:172-7.
89. Casselbrant ML, Brostoff LM, Cantekin EI, et al. Otitis media with effusion in preschool children. *Laryngoscope* 1985;95:428-36.
90. Zielhuis GA, Rach GH, van den Broek P. Screening for otitis media with effusion in preschool children. *Lancet* 1989;1:311-14.
91. Poulsen G, Tos M. Repetitive tympanometric screenings of two-year-old children. *Scand Audiol* 1980;9: 21-8.

12. Permbledhje e strukture:

Permbledhje e rekomandimeve.

A) OAE

Patogeneza e OAE eshte multifaktoriale.

Rekomandimet per parandalimin e AOE perfshijne pastrimin e tapave te cerumenit qe bllokojne kanalin e jashtem te degjimit, perdorimin e pikave acidifikuese ne vesh pak para notit dhe pas tij, si dhe gjate kohes se gjumit, ose rregullisht 3 here ne dite gjate plazhit, perdorimin e nje thareseje per te larguar ujin nga kanali i jashtem i degjimit dhe tharjen e tij, perdorimin e tapava mbrojtese gjate te notuarit dhe parandalimin e traumave te kanalit te jashtem te degjimit.

Mjeket duhet te rekomandojne perdorimin e preparative lokale si terapi fillestare per trajtimin e OAE difuz te pakomplikuar. Terapia sistemike antimikrobiale nuk duhet te perdoret per aq kohe sa nuk ka shtrirje te inflamacionit jashte kanalit te jashtem te degjimit apo prani te faktoreve specifike qe kerkojne nevojen e fillimit te terapise sistemike. Terapise lokale mund t'i shtohen antibiotike sistemike ne rastet kur ka faktor specifike shtese si prania e diabetit, infeksionet HIV/AIDS, gjendje te tjera me imunodeficence; ne qofte se infeksioni perhapet jashte kanalit te jashtem te degjimit ne llapen e veshit, lekuren e qafes ose te fytyres ose ne shtresat me te thella sic ndodh ne otitin ekstern malinj; ne qofte se OAE komplikohet nga osteitis, absese, semundje te veshit te mesem ose episode rekurente te infeksionit dhe ne rastet kur mjekimi lokal nuk jep efikasitetin e duhur.

Fillimisht rekomandohet perdorimi i preparateve lokale qe nuk permbajne antibiotike si psh. nje antiseptic me ph acid si acidi acetic, acidi boric, acetati i aluminit, silver nitrate dhe antiseptike si N-chlorotaurina. Steroidet lokale jane gjithashtu efektive, si nje agjent i vetem ose i kombinuar me acid acetic ose nje preparat antifungal. Ky steroid mund te jete psh. hydrocortison ose dexamethason. Me pas mund te shtohet nje preparat qe permban antibiotike lokale, aktive ndaj P aeruginosa dhe S aureus, qe mund te jete nje aminoglukozid, polymixina B, nje quinolon, ose nje kombinim i ketyre agjenteve.

Pacientet me simptoma refraktare duhet te rivleresohen per otit ekstern malinj ose per karcinome te kanalit te jashtem te degjimit, vecanerisht kur shtresa e granulacionit eshte prezente.

B) OMA

1 Per te diagnostikuar nje OMA, mjeku duhet te konfirmoje vendosjen e

menjehershme te simptomave, te identifikojë shenjat e pranise se likidit ne veshin e mesem dhe te kerkoje shenjat e inflamacionit ne veshin e mesem.

2 Rekomandim i forte: Trajtimi i OMA duhet te perfshije vleresimin e dhimbjes. Nese dhimbja eshte e pranishme, mjeku duhet te pershkruaje nje preparat per uljen e saj.

3 Opsioni A; Observimi pa perdorimin e nje antibiotiku, ne nje femije me OMA pa komplikacione, perdoret ne nje kategori te caktuar femijesh. Kjo zgjedhje bazohet ne qartesine klinike te diagnozes, moshen, rendesen e semundjes, dhe sigurine per ndjekjen e pacientit

Opsioni B; nese vendoset qe do te perdoret nje antibiotik, per shumicen e femijeve duhet filluar me amoxicillin, me doze 80-90mg/kg/ dite.

4 Rekomandim; nese pacienti nuk pergjigjet ndaj trajtimit fillestar brenda 48-72 oreve te para, mjeku duhet te rivleresoje pacientin per te konfirmuar OMA dhe per te perjashtuar shkaqe te tjera te gjendjes klinike. Nese konfirmohet OMA ne nje pacient qe eshte mbajtur nen observim, duhet filluar nje antibiotik. Ndersa, nese pacienti eshte trajtuar qe ne fillim me antibiotik, mjeku duhet te ndryshoje llojin e antibiotikut.

C) OME

Ky udherrefyës vendos rekomandim te forte qe;

1- mjeket duhet te perdorin Otoskopine pneumatike si metode primare te diagnostikimit dhe dallimit te OME nga otiti media akut (OMA).

2- Udherrfyesi;

(a) rekomandon qe mjeket duhet te dokumentojne, zgjatjen e OME si dhe pranine dhe ashpersine e simptomave ne cdo kontroll te femijes me OME.

(b) rekomandon qe mjeket duhet te dallojne femijen me OME i cili eshte ne rrezik per zhvillimin e te folurit, gjuhes, ose me probleme te te mesuarit. Udherrfyesi ne menyre me direkte vlereson te degjuarin, te foluren, gjuhen dhe nevojen per nderhyrje tek femijet ne rrezik.

(c) menaxhon femijet me OME.

(d) testi i degjimit duhet te behet kur OME persiston per 3 muaj ose me gjate, ose ne cdo kohe kur ka frenim te gjuhes, probleme ne te mesuar, ose kur dyshohet nje humbje degjimi domethenese

(e) femijet me OME persistente te cilet nuk jane ne rrezik duhet te ri-ekzaminohen ne intervalet 3-6 muaj deri sa efuzioni te mos jete me i pranishem, kur eshte dalluar nje

humbje degjimi domethenese, ose jane dyshuar anomali strukturale te daulles dhe veshit mesem

(f) kur femija behet kandidat per kirurgji, vendosja e tubave te timpanostomise eshte procedura qe pelqehet te aplikohet fillimisht. Adenoidektomia duhet te behet kur egzistojte nje indikacion (obstruksioni nazal nga vegetacioni, adenoiditi kronik); perseritja e kirurgjise konsiston ne adenoidektomi plus miringotomi me ose pa inserim te tubit. Nuk duhet te perdoret tonsilektomia e vetme ose miringotomia e vetme ne trajtimin e OME.

Udhezuesi jep opsionet qe (1) Tympanometria mund te perdoret per te konfirmuar diagnozen e OME (2) Nese femijet me OME referohen nga mjeku primar per vleresim nga nje otolaringolog, audiolog, logoped, mjeku referues duhet te dokumentojte kohezgjatjen e efuzionit dhe arsyen specifike te referimit (vleresim, kirurgji) dhe te pershkruaje informacione shtese mbi episodet e otitit media akut dhe zhvillimin e femijes.

13. Metodologjia e vleresimit te udherrefyesit

14. Grupi i punes:

DSHM Brikena Qirjazi

DSHM Narin Sulcebe