

CHRONICKÁ SEKRETORICKÁ OTITIDA

MUDr. Libor Válek

Praktický lékař pro děti a dorost, Chlum u Třeboně

Podezření na chronickou sekreторickou otitidu musí vést k řádnému vyšetření – zejména otomikroskopickému a tympanometrickému. I po úpravě stavu je vhodné pacienta s odstupem kontrolovat. Při chronické sekreторické otitidě musíme myslet i na přechod do chronické supurativní otitidy a vznik cholesteatomu.

Úvod

Chronická sekreторická otitis media (dále sekreторická otitida) je poměrně časté onemocnění, které může dlouho probíhat nerozpoznáno. Dlouhodobý průběh může vyvolat takové změny středouší, které vedou k výrazné převodní nedoslýchavosti (retrakční kapsy bubínku, adheze ke sluchovým kůstkám, tympanoskleróza).

Cholesteatom (správně pseudocholesteatom) patří typicky do obrazu jedné z forem otitis media chronica suppurativa. Při sekreторické otitidě, při vzniku retrakčních kapes v pars flaccida bubínku může dojít k přechodu do tohoto typu zánětu, což je případ našeho pacienta.

Diagnostika sekreторické otitidy není vždy jednoduchá. Zkouška sluchu šepotem, i dobře provedená, je pouze orientační. Tónová audiometrie je rovněž subjektivní metoda.

Otoskopické vyšetření také není vždy spolehlivé. Rozezná jizevnaté změny na bubínku, retrakční kapsy (jako pozdní nález u neléčené sekreторické otitidy), perforace (ne vždy). Tekutinu ve středouší či mukózní obsah (časný nález u sekreторické otitidy) nelze spolehlivě otoskopicky diagnostikovat, zvláště u dětí. Také kvalitu spojení sluchových kůstek většinou otoskopicky nezjistíme. Daleko více zjistíme pomocí otomikroskopie, která by se měla při podezření na sekreторickou otitidu vždy provádět.

Velmi spolehlivou a pro pacienta nenáročnou metodou v diagnostice sekreторické otitidy je tympanometrické vyšetření. Jeho pomocí můžeme zjistit i velmi drobné perforace bubínku, obsah tekutiny nebo jiné masy ve středouší (ale pozor – masy nesouvisející se sluchovými kůstkami a nevyplňující celé středouší při běžném tympanometrickém vyšetření neprokážeme), tlak ve středouší, celistvost řetězce sluchových kůstek a jejich pohyblivost. Tympanometricky samozřejmě nezjistíme retrakční kapsy bubínku (i když velké jizvy bubínku tympanometrický obraz mění). Charakteristickým tympanogramem při sekreторické otitidě (ale nejen při této afekci) je křivka typu B. Bez provedení tympanometrického vyšetření nemůžeme spolehlivě sekreторickou otitidu vyloučit.

Důležité je tedy pečlivé otoskopické a otomikroskopické vyšetření, pečlivé vyšetření sluchu, ale zvláště také vyšetření tympanometrické. Vyvinuty jsou i další vyšetřovací metody, nejsou však běžně dostupné (např. videoteleskopie, akustická reflektometrie).

Kazuistika

Pacient, nyní dvaadvacetiletý, má z hlediska sledovaného onemocnění bezvýznamnou rodinnou i osobní anamnézu. V 6 letech měl prakticky trvale rýmu, otitidy v anamnéze nebyly, huře slyšel (blíže nespecifikováno), chrápal, dýchal ústy, byly zjištěny velké adenoidní vegetace a provedena adenotomie (AT). Tři měsíce po AT byl vyšetřen pro podezření praktického dětského lékaře na nedoslýchavost ORL lékařem. Byl proveden výplach cerumina, zkouška šepotem byla pozitivní oboustranně na vzdálenost 6 metrů. Jeden rok po AT byl pacient opět odeslán k ORL lékaři pro hypakusii, zde byl údajně „sluch v normě“, další kontroly nebyly indikovány. Dva roky po AT, v 8 letech, pacient opět odeslán na ORL ambulanci, protože stále trvalo podezření na poruchu sluchu. Tympanometrickým vyšetřením byla prokázána oboustranná sekreторická otitis media, byla provedena readenotomie a oboustranně byly zavedeny ventilační trubičky. Po vyloučení ventilačních trubiček byl pacient vyloučen z ORL sledování, ve 13 a 15 letech byl sluch šepotem bez patologického nálezu.

V 16 letech proběhla u pacienta úrazová perforace bubínku vlevo, zároveň byl zjištěn tubotympanální katar vpravo. Pacient byl odeslán na ORL vyšetření, zprávu z vyšetření nemám k dispozici. V 17 letech byla zjištěna při preventivní prohlídce výrazná převodní nedoslýchavost vpravo (tedy tam, kde neproběhla úrazová perforace bubínku, ale byl před rokem diagnostikován tubotympanální katar), otoskopicky zjištěna retrakce bubínku, tympanometrická křivka B (v ordinaci dětského lékaře). Pacient byl odeslán na ORL, léčen dva roky politizeracemi, tympanometrie nebyla ORL lékařem provedena, v 18 letech sluch šepotem v normě (vyšetření pro řidičské oprávnění), jeden měsíc před 19. rokem audiogram dle sdělení ORL v normě, otosko-

picky zjištěné atrofické bubínky, retrakční kapsy. Tympanometrické vyšetření nebylo provedeno.

Při prohlídce v 19 letech (tedy jeden měsíc po vyšetření audiogramu s normálním nálezem) byla provedena zkouška sluchu šepotem – bez patologického nálezu. Z anamnestického hlediska bylo provedeno v ordinaci praktického dětského lékaře i otoskopické vyšetření – jizevnaté bubínky s retrakčními kapsami a tympanometrické vyšetření – vpravo křivka B. Pacient byl odeslán k ORL vyšetření. ORL lékař tympanometrii neprovedl, doporučil kontrolu po půl roce při obtížích. Pacient byl proto pediatrem odeslán na jiné ORL pracoviště, kde byla provedena tympanometrie a diagnostikována serózní otitis media chronica pravé strany, při zavádění ventilační trubičky byl nalezen rozsáhlý páchnoucí cholesteatom. Byl zjištěn úbytek sluchu vpravo o 40–70 dB, převodní typ nedoslýchavosti.

Diskuze

Zkouška sluchu šepotem je značně nespolehlivá. Tónová audiometrie je také subjektivní metoda a normální audiogram u našeho pacienta krátce před definitivním stanovením diagnózy je pochybný, i když v tomto věku u dobře spolupracujícího pacienta lze samozřejmě získat validní výsledek. Otoskopické vyšetření i od zkušeného ORL lékaře má pouze částečnou vypovídací hodnotu. Mikrootoskopické vyšetření je daleko spolehlivější. Tympanometrické vyšetření může výrazně přispět k diagnostice středoušních onemocnění. U dětí s pozitivní anamnézou akutních otitid, zvláště pak po léčené sekreторické otitidě, je nutno tympanometrické vyšetření s odstupem kontrolovat. U citovaného pacienta trvalo dva roky, než byla poprvé diagnostikována a léčena sekreторická otitis media. Ačkoli pediatr odeslal chlapce třikrát k ORL specialistovi, až potřetí bylo provedeno tympanometrické vyšetření. Dále byl pacient opět bez tympanometrického vyšetření vyřazen ze sledování a k ORL lékaři se dostal až náhodně při barotraumatu (druhé strany). Potom před 19. rokem byl pacient vyřazen z ORL sledování, ačkoli v té době již musel mít rozsáhlý cholesteatom při sekreторické

otitidě s přechodem do supurativní otitidy vpravo. Tympanometrické vyšetření, které by diagnózu trvající sekreторické otitidy odhalilo, opět nebylo provedeno.

Teprve odeslání na ORL pracoviště, které tympanometrii běžně provádí, vedlo ke správné diagnóze a léčbě. Přítomnost cholesteatomu byla překvapením, ačkoli při dlouhodobě probíhající sekreторické otitidě a přítomnosti retrakční kapsy by na něj také mělo být pomýšleno.

Závěr

Tlakové změny v dutině bubínkové se u dětí mohou v průběhu let významně měnit

(k lepšímu i k horšímu). Po zánětu středouší nebo při podezření na poruchu sluchu má tympanometrické vyšetření patřit k rutinním vyšetřením. Samotná audiometrie může mít normální výsledek i při rozsáhlých změnách ve středouší (u popisovaného pacienta však šlo spíše o nesprávně provedené vyšetření). Proto je nutno pacienta zároveň vyšetřit otomi-

kroskopicky a dalšími testy. Při podezření na sekreторickou otitidu a při sledování pacienta se sekreторickou otitidou je třeba pacienta vždy vyšetřit otomikroskopicky a tympanometricky. Praktický lékař pro děti a dorost by měl spolupracovat s ORL lékařem, který otomikroskopické a tympanometrické vyšetření rutinně provádí.

Literatura

1. Lejska V. Kompendium ORL dětského věku. Grada Publishing, 1995.
2. Yockel NJ. A comparison of audiometry and audiometry with tympanometry to determine middle ear status in school-age children. J Sch Nurs 2002 Oct;18(5):287–292.
3. Palmu A, Puhakka H, Rahko T, Takala AK. Diagnostic value of tympanometry in infants in clinical practice. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 1999; Aug 20: 49(3): 207–13.