

Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology  
ANNALS OF HEAD & NECK MEDICINE & SURGERY  
VOLUME 100(3)  
MARCH 1991  
page 226  
ANNALS PUBLISHING COMPANY  
SAINT LOUIS, MISSOURI, USA

## ADENOIDECTOMY IN OTITIS MEDIA

a review

Jacob Sadé, MD                      Michael Luntz, MD  
Kfar Saba, Israel

From the Department of Otolaryngology, Meir General Hospital, Kfar Saba, and Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.  
REPRINTS: Jacob Sade, MD, Dept of Otolaryngology,  
Meir General Hospital, Kfar Saba 44281, Israel.

Tokom dugo godina se smatralo da adenoidi ometaju aeraciju srednjega uva na taj način što opstruiraju otvor Eustahijeve tube, što vodi do infekcije i efuzije u srednjem uvu. Zbog toga se adenoidi često uklanjaju u dobi koja pade od bolesti srednjeg uva; i zaista, adenoidektomija se još i sad sprovodi širom sveta na milionima dece godišnje. Međutim, mišljenja o koristi ove operacije kod oboljenja srednjeg uva variraju. Svrha ove studije je da se pregled dostupnih podataka koja se tiče povezanosti adenoida sa srednjim uvom u smislu kako i koliko povoljno utiče adenoidektomija na efuzije i infekcije srednjeg uva.

**KLJUČNE REČI:** akutni otitis medija, sekretorni otitis medija, ventilaciona tuba.

### UVOD

Akutni otitis medija (AOM) i sekretorni otitis medija (SOM) su uobičajene bolesti u dobi, a pojavljuju se, mada ređe, i u odraslih. Kod mnoge dece je prisutna značajna masa adenoida u blizini nazofaringealnog otvora Eustahijeve tube (Et). Ovi adenoidi obično atrofišu u adolescenciji. Pokazano je da eksperimentalna opstrukcija Et rezultira infekcijom i efuzijom u srednjem uvu. Pozitivna korelacija je utvrđena između bakterija u nazofarinksu i onih koje se nalaze u srednjem uvu. [Iroko je prihvaćen stav da se srednje uvo ventilira kroz Et i veruje se da je ta ventilacija verovatno deficitarna u

inflamatornim sindromima srednjeg uva, naročito kod AOM i SOM, kao i kod retraktivnih stanja b. opne (atelektaza) i holesteatoma. Tako je prihvaćeno da su infekcije gornjeg respiratornog trakta, u svojim različitim formama, često zimi nego ljeti i mogu prethoditi AOM i SOM, posebno ako su udružene sa *nosom koji curi*.

## TEORIJA

Na temelju gornjih razmatranja, sledeća verovanja su se zadržala zadnjih nekoliko dekada.

1. Povećani adenoidi na otvoru Et će opstruirati tubu i rezultiraće lošom aeracijom srednjeg uva, dovodeći do formiranja vakuuma i transudacije seruma u srednjem uvetu. Za ove promene se često misli da dovode do efuzije u srednjem uvetu koja ne može spontano da se drenira, (npr. SOM). Ovo je tzv. ex-vacuo teorija.
2. Gubitak sluha koji pogađa decu sa SOM može da se izleži ili značajno smanji adenoidektomijom.
3. Infekcije gornjeg respiratornog trakta koje zahvataju adenoide inficiraju i srednje uvo u daljem toku.

Sledstveno ovome, tokom niza godina adenoidektomija je postala rutinska operacija kod lečenja SOM u mnogim centrima (čak i kod drugih tipova konduktivnog gubitka sluha), do stepena kada je postala jedna od najčešće izvođenih operacija uopšte. Fiellau-Nikolajsen i sar. su procenili da je 40% dece u Danskoj imalo adenoidektomiju; ekstrapolacijom se dolazi do činjenice da se adenoidektomija vrši godišnje na nekoliko miliona pacijenata, što čini trošak reda veličine milijardi dolara.

Međutim, u zadnje dve dekade izbile su na površinu neke sumnje u vezi uloge adenoida u bolestima srednjeg uveća. Mnoga deca koja pate od AOM ili SOM nisu pokazala poboljšanje nakon adenoidektomije. Nadalje, odrasli sa SOM, atelektatiziranim ušima ili holesteatomom - stanja u kojima je srednje uvo bitno loše aerisano - nemaju uvećane adenoide.

Od nedavno, klatno je počelo da se kreće unazad ponovo, sa nekoliko novih studija koje zagovaraju adenoidektomiju kod pacijenata sa AOM i SOM. Mi smo zbog toga osetili da je došlo vreme da se ispitaju dostupne informacije i reevaluiraju situacija sa posebnim osvrtom na sledeće hipoteze.

1. Et ima tendenciju da bude anatomski opstruirana, kompletno ili delimično, u pacijenata sa SOM.
2. Kod SOM adenoidi mogu da opstruiraju Et.
3. Adenoidektomija poboljšava prolaz vazduha kroz Et.
4. Adenoidektomija poboljšava sluh kod pacijenata koji boluju od SOM i to odmah ili nakon nekog vremena.
5. Adenoidektomija redukuje incidencu rekurencije AOM i SOM.

## ANATOMSKA OPSTRUKCIJA EUSTAHIJEVE TUBE KOD PACIJENATA KOJI IMAJU SOM

Bluestone i sar. su istra`ili mogu}e opstrukcije Et u pacijenata sa SOM i pokazali da radiokontrastni materijal slobodno prolazi iz srednjeg uva u nazofarinks kod takvih pacijenata. Sadé i Luntz su prou-avali serijske preseke temporalne kosti u velikim serijama koje su bile aficirane sa AOM ili SOM i prona{li da Et nije bila opstruirana. Tako}e su ustanovili da inflamatorna reakcija u Et daje odre|eno su`enje koje se pojavljivalo uglavnom u timpani-nom delu tube (ovaj deo je naj{iiri deo tube) i smanjivalo se progresivno du` tube do minimuma na faringealnom delu (koji je najbli`i adenoidima). Berger i sar. su izmerili opseg ove inflamatorne reakcije i prona{li da je mnogo manja u Et nego u srednjem uvu. Ove histopatolo{ke studije ukazuju na to da je reakcija u Et najverovatnije sekundarna u odnosu na onu u srednjem uvu.

Dve jednostavne studije pokazuju da vazduh mo`e da pro|e kroz Et prilikom policerovanja (koje proizvodi visoke nefiziolo{ke endonazalne pritiske) u preko 90% pacijenata koji pate od SOM ili atelektaze.

Iako se za adenoidne misli da spre-avaju -i{e} mukusa u pacijenata sa SOM, pokazano je da se mukus mo`e kompletno o-istiti jednostavno insercijom ventilacione cev-ice u bubnu opnu. Tako anatomske, radiografske i studije policerovanja, kao i sposobnost oticanja mukusa delovanjem ventilacione cev-ice, ukazuju na o-iglednu funkcionalnost Et u pacijenata sa SOM.

### ADENOIDI U PACIJENATA SA SOM

Gerwat je uporedio te`inu adenoida koji su uklonjeni u 39 pacijenata koji pate od SOM sa 29 kontrolnih i nije prona{ao razliku izme|u njih. Koriste}i bo-nu radiografiju nazofarinksa, Gates i sar. i Roydhouse nisu prona{li razlike u veli-ini adenoida izme|u pacijenata sa AOM i SOM kada su pacijenti sa dobrom prognozom bili upore|eni sa onima koji imaju lo{u prognozu. Philips i sar. nisu na{li razliku u veli-ini adenoida izme|u dece sa i bez oboljenja srednjeg uveta, ali su prona{li zna-ajnu razliku u postnazalnom prostoru (vazdu{nom putu) izme|u dece koja imaju SOM i one koja su bila kontrolna grupa. Maw i Parker su prona{li da {to je manji postnazalni vazdu{ni put (prostor), tim adenoidektomija vi{e poma`e.

Treba napomenuti da je -injenica da mnogi pacijenti sa SOM nemaju adenoidne. Dawes i Mawson i Fagan su izvestili da su adenoidi odsutni u 65% njihovih pacijenata sa SOM, po{to su oni ve} od pre bili adenoidektomirani. Sli-ne podatke iznosi Kokko.

Prema tome, druga od na{ihi hipoteza, kao i prva, nije potkrepljena empirijskim dokazima, po{to izgleda da nema razlike izme|u pacijenata sa SOM i kontrolne grupe s obzirom na prisustvo adenoida ili njihovu veli-inu.

## EFEKAT ADENOIDEKTOMIJE NA PROLAZNOST VAZDUHA KROZ EUSTAHIJEVU TUBU

Bluestone i sar. su komparirali funkciju Et pre i posle adenoidektomije, koriste}i modifikaciju klasi~ne insuflacijsko-deflacijske tehnike uvedene od strane Ingelstedta i Ortogrena. Oni su prona}li da se nakon adenoidektomije funkcija Et pobolj{ala u 42% slu~ajeva, a ostala ista ili pogor{ana u 58% slu~ajeva. U sli~noj studiji dece sa SOM, Honjo je ustanovio da adenoidektomija ne aficira pasivnu funkciju tube, ali joj pobolj{ava *dinami~ku funkciju*. Ove studije su previ{e kontradiktorne da bi podr`ale hipotezu da adenoidektomija pobolj{ava prolaz vazduha kroz Et.

## EFEKAT ADENOIDEKTOMIJE KOD GUBITKA SLUHA

Neposredni efekat. Honjo i sar. su upore}ivali efekte adenoidektomije (kao jedine procedure) sa efektima ugradnje ventilacionih cev~ica (tako|e kao jedine procedure) na neposredno pobolj{anje sluha u pacijenata sa SOM. Oni su zaklju~ili da se sluh pobolj{ava odmah nakon ugradnje cev~ica, ali ne i nakon adenoidektomije. Podr{ka ovom zaklju~ku dolazi od Sadé-a i sar., koji je pokazao da se sluh pobolj{ava dramati~no i postojano u prvih 72 ~asa od insercije cev~ica. I zaista, kao {to klini~ari i roditelji znaju, nakon insercije cev~ice evidentno je pobolj{anje sluha u kratkom vremenskom periodu nakon {to se dete probudi iz anestezije. U drugoj Sadéovoj studiji, ventilacione cev~ice su inserirane kod ve}eg broja dece, a neka od njih su imala i adenoidektomiju (vidi ni`e). Pore|enje audiograma dve nedelje nakon operacije pokazalo je da rezultati kod adenoidektomirane dece nisu bili bolji od onih u dece kod koje su inserirane cev~ice (bez adenoidektomije).

Indirektni dokaz o koristi ventilacionih cev~ica naspram adenoidektomije dolazi od studija Maw-a i Herod-a i Maw-a i Parker-a na ve}em broju pacijenata kod kojih su neki imali adenoidektomiju, a neki adenotonzilektomiju. Iako su oni poku{ali da evaluiraju efekat adenoidektomije na sluh, pacijenti koji su adenoidektomirani imali su i rutinski ugra|ene aeracione cev~ice (unilateralno). Onoga trenutka kada bi se sluh ponovo pogor{ao kod ovih pacijenata - kao rezultat ispadanja cev~ice - ventilaciona cev~ica bi se reimplantirala. Dakle, dok su ovi autori bili prividno zainteresovani za prou~avanje kako adenoidi uti~u na sluh (vidi ni`e), njihova metodeologija sugerizuje da su se oni pre oslonili na ventilacione cev~ice nego na adenoidektomiju za pobolj{anje sluha.

Efekat nakon du}eg vremena. Kontrolisana nasumi~na studija pacijenata sa bilateralnim SOM pokazala je zna~ajno pobolj{anje sluha kod pacijenata koji su imali adenoidektomiju kada se uporede sa pacijentima koji nisu tako tretirani. Opet je potrebno, me|utim, naglasiti da su ovi autori smatrali za potrebno da inseriraju ventilacione cev~ice u b. opne svojih pacijenata zajedno uz adenoidektomiju kada je sluh oslabio zbog akumulacije mukusa.

U kontrolisanoj studiji pacijenata sa SOM kod kojih je ugra|ena cev~ica sa ili bez adenoidektomije, Honjo je ustanovio da se nakon 6 meseci sluh pobolj{ava (15,8 dB porasta naspram 9,7 dB porasta) kada se uporedi adenoidektomija uz inserciju cev~ica sa

samom insercijom cev-ica. Sadé je upore|ivao pobolj{anje sluha kod dve grupe pacijenata sli-ne onima kod Honjo-a i ustanovio da iako je nakon 18 meseci sluh bio bolji u adenoidektomiziranoj grupi, razlika nije bila signifikantna.

Druge studije nisu uspele da podr`e ove zaklju-ke. Pacijenti sa SOM su bili podeljeni u ~etiri grupe: 1) oni koji su imali i adenoidektomiju i inserciju ventilacionih cev-ica (72 uva); 2) oni kod kojih je insercija cev-ica bila kombinovana sa aspiracijom sekreta iz srednjeg uva (35 u{iju); 3) oni sa cev-icom, ali bez aspiracije mukusa iz srednjeg uva (34 uva) i 4) kontrolna grupa bez hirur{kog tretmana (78 u{iju). Nije bilo zna-ajne razlike u sluhu izme|u pojedinih grupa nakon 6 i 12 meseci. Ove studije su bile retrospektivne ali su pacijenti bili raspore|eni u svoje grupe na bazi slu-ajnog izbora - osim kontrolne grupe koja je imala neko bla`e oboljenje koje je bilo razlog za odga|anje operacije. Ova poslednja grupa ipak pokazuje da treba da se uzme u obzir esencijalno benigna priroda SOM i njegov spontani povoljan prirodni tok na du`e staze. Ove studije postavljaju potrebu da se prona|u ~inioci za identifikaciju visoko i nisko rizi-nih grupa pacijenata.

U nasumi-noj kontrolisanoj prospektivnoj studiji Rynnel-Dagöö i sar. su upore|ivali gubitak sluha u grupi pacijenata kod kojih je izvr{ena adenoidektomija zajedno sa insercijom cev-ica naspram grupe kod koje je izvr{ena samo insercija cev-ica. Dve godine nakon operacije nije bilo razlike u sluhu (tonalna liminarna audiometrija) izme|u ove dve grupe.

Fiellau-Nikolajsen i sar. su sproveli prospektivnu studiju u kojoj je 42 dece bilo raspore|eno slu-ajnim izborom u dve terapijske grupe: miringotomija i adenoidektomija (20 dece) i samo miringotomija (22 dece). Ispitivanje je vr{eno impendanc-audiometrijom, liminarnom tonskom audiometrijom i otomikroskopijom i to 1, 2, 3, 21 i 48 meseci postoperativno. Nalazi su pokazali da nema signifikantne razlike izme|u ove dve grupe.

Honjo i sar. su izneli kontrolisanu studiju u kojoj je 52 dece sa SOM (76 u{iju) bilo podeljeno u pet terapijskih grupa: 1) samo adenoidektomija (11 u{iju); 2) adenoidektomija sa insercijom cev-ica (30 u{iju); 3) adenoidektomija sa miringotomijom; 4) insercija cev-ice za pacijente sa malim adenoidima i 5) insercija cev-ice kod pacijenata sa velikim adenoidima. Na bazi mese-nih merenja tokom 6 meseci ovi autori su zaklju-ili da je najslabiji terapijski tretman imala adenoidektomija, sama, bez uklanjanja te-nosti iz srednjeg uva, dok je najefektnija bila insercija cev-ice kod onih koji su imali male adenoide.

## EFEKAT ADENOIDEKTOMIJE NA INCIDENCU I REKURENTNOST AOM I SOM

U prospektivnoj studiji McKeea incidenca AOM u adenoidektomiziranih pacijenata je upola manja nego u kontrolnoj grupi za vreme prve postoperativne godine.

Gates i sar. su izneli detaljnu prospektivnu studiju u kojoj je velika populacija dece sa hroni-nim SOM pra}ena tokom 2 godine uz pomo} odeljenjskih sestara i porodi-nih lekara. Ova deca su bila podeljena u ~etiri terapijske grupe: 1) miringotomija (107 dece); 2) insercija cev-ice (129 dece); 3) adenoidektomija i miringotomija (130 dece) i 4) adenoidektomija i ventilaciona cev-ica (125 dece). Prose-no vreme sa efuzijom u

srednjem uvetu je najkra}e u pacijenata koji su bili adenoidektomirani. Neke interesantne ~injenice se javljaju u ovoj studiji. Ve}ina pacijenata nije imala recidiv, verovatno zbog prirodno kratkog toka bolesti. Zatim, onima kojima je bilo potrebno izvr{iti hirur{ki re-tretman (uglavnom ponovnu inserciju cev-ice) to je bilo potrebno tek upola manje nego u adenoidektomiziranoj grupi (36 naspram 17). Zbunjuju}e otkri}e je bilo da su pacijenti sa inseriranim cev-icama bili u proseku 222 dana bez efuzije, dok su oni koji su bili adenoidektomizirani uz miringotomiju bili bez efuzije samo 92 dana - iako autori nagla{avaju da je broj hirur{kih retreatmana ve}i u prvoj grupi.

Paradise i sar. su sprovedi kontrolisanu nasumi~nu studiju 102 deteta sa otitisom medija kojima je izvr{ena insercija cev-ica sa ili bez adenoidektomije. Broj dece bez otitis medije je bio ve}i u adenoidektomiziranih nego u onih gde ova intervencija nije ra|ena i to u prvoj postoperativnoj godini 46% naspram 32%, a u drugoj 54% naspram 18%. Druga kontrolisana, ali ne i nasumi-na studija dala je sli-ne rezultate, osim {to razlike izme|u dve grupe nisu bile signifikantne.

Nasuprot navedenim rezultatima, veliki broj studija je pokazao da nema povoljnih efekata adenoidektomije na rekurenciju otitis medije. U svojoj nasumi~noj kontrolisanoj studiji Mawson i sar. su prona{li da nema redukcije u AOM kod adenoidektomiziranih kada se uporede sa neadenoidektomiziranim pacijentima. Roydhouse je pratio pacijente nekoliko godina nakon njihovog uklju-enja u terapijske grupe u njegovoj kontrolisanoj nasumi~noj studiji. Za vreme prve postoperativne godine odsustvo efuzije je zabele`eno u 82% dece koja su imala adenoidektomiju sa stavljanjem cev-ica i u 77% dece kod one dece koja su imala samo ugra|ivanje cev-ice; odgovaraju}i nalaz za drugu postoperativnu godinu je bio 85% i 82%. U svetlu nedostatka signifikantne razlike izme|u ovih grupa Roydhouse zaklju-uje da adenoidektomija nije blagotvorna za decu i preporu-uje da se ne upotrebljava kao primarna forma u tretmanu SOM. Uprkos tome, Roydhouse je, kao Gates i sar., ustanovio da je kod adenoidektomizirane dece (nasuprot neadenoidektomiziranoj deci) manji broj onih kojima je trebala reinsercija cev-ice. (53% naspram 62%).

Dr`e}i se svoje prospektivne studije dve nasumi~no izabrane grupe pacijenata, jedne adenoidektomizirane a druge ne, Rynnel-Dagöö i sar. su zabele`ili incidencu AOM i SOM na kraju prve i druge postoperativne godine. Obe grupe su pokazale redukciju incidence AOM i SOM, ali razlike izme|u dve grupe nisu bile signifikantne ni nakon prve ni nakon druge godine.

U pore|enju izme|u grupe adenoidektomiziranih (i miringotomiziranih) i grupe kojima je samo ugra|ena ventilaciona cev-ica, Marshak i Ben Neriah su prona{li ve}i stepen izle-enja u drugoj navedenoj grupi (na osnovu nestanka te~nosti u srednjem uvu nakon dvogodi{njeg perioda). U sli~noj studiji Robinson je prona{ao da rekurencija otitis medije sa efuzijom nema relaciju sa adenoidektomijom.

## DISKUSIJA

Istorija medicine je puna epizoda u kojima o~igledno logi~ne teorijske ideje ili hipoteze u`ivaju {iroku podr{kku od strane prakti~ara ~ak i kada empirijski dokazi ne

uspevaju da ih potkrepe. Ima mnogo slu-ajeva odbijanja da se bude u *konfuziji zbog -injenica*. Godinama su prakti-ari vadili zube, uklanjali `u-ne kese i tonzile i operisali sinuse - sve zbog imaginarnih fokalnih infekcija. Apendektomija je bila izvo|ena en masse zbog takozvanog hroni-nog apendicitisa u slu-ajevima neodre|ene abdominalne neugodnosti i bola. Nekada su razli-ite terapije bile veoma popularne za konglomeraciju simptoma, kao u slu-aju famoznog kolitisa. (Ovo je lepo opisano u Axel Munte-ovoj *Pri-i o Sv. Mihaelu* i tako|e je bilo predmet Bernard Shawove poznate drame *Doktorova dilema*.) Svi ovi i mnogi drugi tretmani su bili bazirani na onome {to je bilo smatrano u to vreme logi-nim ali se nije moglo potkrepiti eksperimentalnim ili klini-kim ispitivanjem, tj. onim {to mi sada smatramo da je nau-ni dokaz. Usu|ujemo se da sugerimo da je pro{irena upotreba adenoidektomije za tretman SOM-a tako|e jo{ jedan primer prihvatanja *logi-ne istine* nepotkrepljene empirijskim dokazima. U-estalo zajedni-ko postojanje pove}anih adenoida i SOM-a je previ{e -esto bilo uzimano kao dokaz direktne uzro-ne veze izme|u ova dva udru`ena fenomena. Ova pretpostavka, me|utim, ne izgleda poduprta -injenicama.

U planiranju studije -iji je cilj da korelira adenoidektomiju sa pobolj{anjem AOM i SOM, u razmatranje se moraju uzeti u obzir ne samo prirodni tok bolesti nego i razlike u toku bolesti kod razli-itih starosnih doba i u razli-itim populacijama iste starosne grupe. Na primer, ve}ina slu-ajeva SOM su blagi i samo relativno malo njih je refrakerno i pokazuje tendenciju recidiva. Nadalje, delimi-na diskrepancija izme|u rezultata razli-itih studija mo`e biti uzrokovana metodima klini-ke evaluacije koje su kori{ene. Neko bi mogao, na primer, da dovede pod pitanje vrednost otolo{kih podataka - naro-ito otoskopije - koji su prikupljeni od strane nekoga ko nije otolog.

Na pamet tako|e mo`e pasti da postojanje statisti-ki signifikantnih razlika izme|u grupa ne zna-i nu`no samo po sebi da su one od klini-ke ili prakti-ne va`nosti, tako da se mora obratiti pa`nja i na veli-inu tih razlika.

Tvrdnja da je adenoidektomija racionalan tretman koji le-i SOM i redukuje rekurenciju AOM je o-igledno simplifikovana. Iako nijedna dostupna studija nije dovoljno obuhvatna da uzme u obzir sve relevantne faktore, ipak analiza akumuliranih empirijskih podataka otkriva slede}e: Prvo, Et nije sklona anatomskoj opstrukciji kod pacijenata od AOM i SOM. U onim slu-ajevima u kojima je Et su`ena ovo su`enje nije u principu opstruktivno i pojavljuje se uglavnom u {irokom ko{tanom delu Et kao sekundarna reakcija na inflamaciju u srednjem uvu, a ne kao uzrok te inflamacije. Tako|e ne postoji dokaz da adenoidi opstruiraju Et. Drugo, protok vazduha kroz Et kako je posmatrano u testovima inflacije-deflacije ne pokazuje konzekventnu promenu nakon adenoidektomije, a protok mukusa ne zavisi od prisustva ili odsustva adenoida. Tre}e, nema razlike u veli-ini adenoida kod normalnih i pacijenata sa SOM. Nadalje, i AOM i SOM mogu postojati u odsustvu adenoida. Na kraju, adenoidektomija sama po sebi ne dovodi do trenutnog pobolj{anja sluha. Gubitak sluha u pacijenata sa AOM i SOM je uzrokovan prisustvom efuzije u srednjem uvetu.

Postoje tri na-ina na koja efuzija mo`e nestati.

1. U ve}ini slu-ajeva bolest uzima svoj prirodni tok.

2. Direktna hirurška evakuacija (paracenteza) je odmah popraviti sluh.

3. Insercija ventilacionih cevi bez aspiracije sekreta je takođe dovesti do brze drenaže i osigura normalan sluh i čišćenje od mukusa sve dok je cev na svom mestu. I zaista, u mnogim studijama koje ispituju dobrobiti adenoidektomije na gubitak sluha cev je bivala inserirana u isto vreme kada je urađena adenoidektomija; neki autori ovo spominju samo uzgredno, iako bilo koje poboljšanje sluha verovatno pre treba pripisati inserciji ventilacione cevi a ne adenoidektomiji.

S druge strane, brojne studije pokazuju da adenoidektomija može da izmeni prirodni tok bolesti u određenom procentu sluha i da redukuje verovatnoću rekurencije inflamacije i efuzije u srednjem uvetu. Ova redukcija, u relaciji prema celokupnoj AOM i SOM populaciji, nije mnogo velika, negde je oko faktora 2. Većina pacijenata od SOM je se spontano oporaviti za vreme do jedne godine; ostalima, 10-20% od celokupnog broja, je trebati duže vremena da se oporave i možda je im trebati insercija ventilacione cevi najmanje jedanput. Iz nekih od studija može izgledati da potreba za ponovnom insercijom cevi može upola da se redukuje adenoidektomijom. Međutim, ova tvrdnja nije potkrepljena svim studijama, i ako je istinita, može da se odnosi samo na selektiranu grupu pacijenata.

Neizbežan zaključak je da adenoidektomija nije indikovana kao rutinska metoda u tretmanu SOM ili bilo kom drugom tipu otitis medije. Razlog zašto pojedine studije pokazuju da adenoidektomija pomaže pacijentu a neke ne, leži možda u razlici između populacija pacijenata. Kojim pacijentima je adenoidektomija pomoći ne može unapred da se predvidi; akutni sluhajevi svakako ne zahtevaju ovu intervenciju, dok hronični sluhajevi mogu da nastave sa recidivima čak i nakon adenoidektomije, kako je izneseno od strane Mawsona i sar., Kokkoa i Dawesa - što svaki otolog može da potvrdi.

U onim sluhajevima u kojima je adenoidektomija praćena reduciranom rekurencijom AOM i SOM pozitivan efekat može biti u vezi sa odstranjenjem infektivnog izvora u nazofarinksu iako ovo još nije dokazano. I zaista, SOM može da se posmatra kao subakutni otitis medije koji često dolazi nakon AOM ili bilo koje inflamacije gornjeg respiratornog trakta.

U odluci da li je adenoidektomija indikovana u pacijenata sa SOM ili AOM lekarima bi bilo od velike pomoći da mogu izdvojiti pacijente kojima bi ova intervencija pomogla. Maw i Parker, na primer, tvrde da pacijenti sa uzanim postnazalnim prostorom imaju više koristi od adenoidektomije od drugih. Budući istraživanja bi trebala da se koncentrišu na identifikaciju pacijenata koji bi mogli imati koristi od adenoidektomije, tako da ova operacija bude ograničena na ovu grupu. To što ovakva studija nije još pravljena verovatno može biti zbog malog prioriteta datog kliničkom istraživanju. Međutim, visoka cena dobro smišljenog kliničkog istraživanja mora da se uporedi sa cenom-efektivnošću adenoidektomija koje se sada sprovode na milionima dece godišnje. Kada se uzme u obzir i operativni rizik i sumnjiva dobrobit od ovakvog tretmana, mora se ozbiljno zamisliti o postojećim prioritetima na polju medicine.

ZAKLJUČAK



Dostupne studije ukazuju da se većina pacijenata sa AOM ili SOM oporavi bez adenoidektomije i da čak i u ekstremno hroničnim i refraktnim slušajevima operacija često ne donosi poboljšanje pacijentu. Međutim, kada se posmatra celokupna populacija ovakvih pacijenata, adenoidektomija, prema nekim autorima, izgleda da redukuje procenat recidiva AOM ili SOM za približno faktor 2, što verovatno zavisi od tipa populacije koja se proučava. Za sada se još ne zna kojim pacijentima adenoidektomija najviše pomaže. Centralno pitanje koje se danas postavlja od strane većine autora je da li kod SOM treba da se radi adenoidektomija ili insercija cev-ica. Izgleda da bi ovo pitanje trebalo da glasi da li prilikom insercije cev-ica treba uraditi i adenoidektomiju. Izgleda da adenoidi ne igraju glavnu patogenetsku ulogu u AOM ili SOM; i ako se želi da ukloni efuzija iz srednjeg uva kako bi se poboljšao sluh, treba da se stavi ventilaciona cev-ica u b. opnu, čak i od strane vatrenih zagovornika adenoidektomije.