

Sprawozdanie z 13th Congress of the European Society of Pediatric Otorhinolaryngology, 18–21.06.2016 r., Lizbona, Portugalia

Magdalena Sosna¹, Anita Obrycka¹, Piotr H. Skarżyński^{1,2,3}

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Instytut Narządów Zmysłów, Warszawa/Kajetany

³ Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej

Adres autora: Magdalena Sosna, Światowe Centrum Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn, e-mail: m.sosna@ifps.org.pl

Obrady 13. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Otorhinolaryngologii Dziecięcej (ESPO), odbywającego się regularnie co 2 lata, zgromadziły około 1500 uczestników z całego świata i dotyczyły najbardziej aktualnych problemów laryngologii dziecięcej z zakresu ryнологii, audiologii, implantów ślimakowych/systemów wszczepialnych do ucha, problemów dróg oddechowych, onkologii. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu reprezentowali dr hab. n. med. Piotr H. Skarżyński, dr inż. Anita Obrycka oraz dr Magdalena Sosna. Zespół Instytutu przedstawił 6 prac na temat zachowania słuchu i wyników audiologicznych po wszczepieniu implantu ślimakowego w grupie dzieci z częściową głuchotą, rozszerzenia kryteriów kwalifikacji do wszczepienia implantu ślimakowego w częściowej głuchocie, wpływu stosowania implantu ślimakowego na narząd przedsionkowy w grupie dzieci z częściową głuchotą, oceny rozwoju słuchowego u dzieci poniżej drugiego roku życia oraz tympanosklerozy w populacji dziecięcej. Prace te spotkały się z pozytywnym przyjęciem i zainteresowaniem publiczności.

Podczas sesji na temat stosowania implantów ślimakowych wiele uwagi poświęcono badaniom dotyczącym rozwoju ruchowego i ewentualnych zaburzeń równowagi u dzieci z głębokim obuustronnym niedosłuchem, będących użytkownikami implantów ślimakowych. W większości przedstawionych badań podkreślano wolniejszy rozwój ruchowy, późniejsze osiągnięcie kroków milowych, opóźnienie rozwoju dużej motoryki przy niezmiennym rozwoju małej motoryki u takich dzieci. Przyczyną tego faktu może być brak bądź niewystarczająca stymulacja bodźcami słuchowymi w okresie niemowlęcym, gorsza zdolność lokalizacji dźwięku, jak i ewentualny wpływ samej operacji wszczepienia implantu i jego późniejszego użytkowania. Zgodnie wskazywano na konieczność badań narządu przedsionkowego i układu równowagi u dzieci przed implantacją, jak i po zabiegu. Znaczącym problemem jest brak zgodności odnośnie pakietu badań otoneurologicznych, jakie można w tym celu zastosować, i trudności z przeniesieniem konkretnych badań wykonywanych u dorosłych na populację dziecięcą. Większość prelegentów wymieniała badania: cVEMP, test fotela obrotowego, skale neurologiczne (np. *Peabody Developmental Motor Scales* PDMS-2) jako

zalecane metody oceny układu równowagi. Oprócz głosów sugerujących możliwe pogorszenie funkcjonowania narządu przedsionkowego w związku z ingerencją chirurgiczną w uchu wewnętrznym, pojawiły się wystąpienia dotyczącego możliwego pozytywnego wpływu implantacji na błędnik (np. kostymulacja elektryczna zakończeń nerwów przedsionkowych, obserwacje pozytywnych odpowiedzi VEMP przy ich braku przed operacją). Zagadnienie to wymaga jednak dalszych badań i analiz.

W panelu dotyczącym zagadnień plastyczności mózgu podkreślano konieczność obuustronnej implantacji ślimakowej dla rozwoju obuusznego słyszenia. Przedstawione doniesienia wskazywały na okres do ukończenia 2 roku życia jako najbardziej korzystny dla obuustronnej implantacji. Wszczepienie drugiego implantu w późniejszym czasie, zwłaszcza po ukończeniu 3–3,5 lat, powoduje znacząco gorszy rozwój obuusznego słyszenia w późniejszym okresie (gorsze parametry ITD).

Szeroko dyskutowano kwestię zachowania słuchu po wszczepieniu implantu ślimakowego u pacjentów z częściową głuchotą. Przedstawiano wyniki zachowania słuchu z wykorzystaniem różnego rodzaju elektrod oraz technik chirurgicznych. Prezentowane prace wykazały, że szybkie wprowadzanie elektrody do ślimaka niesie ze sobą ryzyko przejścia elektrody ze schodów bębienka do schodów przedsionka i tym samym ryzyko uszkodzenia słuchu pacjenta. Z kolei odpowiednio wolne i płynne wprowadzanie elektrody do ślimaka zwiększa prawdopodobieństwo zachowania słuchu. Podkreślano, że w przypadku pacjentów z częściową głuchotą stopień zachowania słuchu w dużej mierze zależy od tego, czy niedosłuch ma charakter postępujący. Postępujący charakter niedosłuchu jest często trudny do zdiagnozowania w okresie przedoperacyjnym. Wskazywano, że postępujący niedosłuch może być związany z jego etiologią oraz postulowano prowadzenie badań genetycznych w celu wyodrębnienia predyktorów postępującego charakteru niedosłuchu.

Dużo czasu poświęcono na debatę dotyczącą rozszerzenia kryteriów kwalifikacji do wszczepiania implantu

ślimakowego, a w szczególności na omawianie wyników relatywnie nowych grup pacjentów, u których zastosowano ten rodzaj implantu, tj. dzieci z częściową i jednostronną głuchotą. Zasadność implantacji ślimakowej w grupie pacjentów z częściową głuchotą nie budzi wątpliwości specjalistów. W przypadku stosowania implantów ślimakowych u dzieci z głuchotą wskazuje się na potrzebę prowadzenia dalszych badań dotyczących skuteczności klinicznej i praktycznej.

Podczas konferencji dyskutowano na temat bezpieczeństwa i skuteczności reimplantacji w przypadku awarii części wewnętrznej systemu implantu ślimakowego. Specjaliści zgodzili się, że w większości przypadków jest to procedura możliwa do przeprowadzenia i bezpieczna, a korzyści słuchowe po reoperacji nie są gorsze od tych przed awarią

systemu. Wyjątek stanowią przypadki osyfikacji ślimaka. W związku z zadowalającymi wynikami po reoperacjach, zaproponowano wymianę implantu ślimakowego z powodu postępu technologicznego jako możliwe wskazanie.

W sesji poświęconej aktualizacji wiedzy dotyczącej zakażenia CMV zaznaczano, że większość niedosłuchów (nawet do 90%) powodowanych przez CMV występuje u pacjentów początkowo bezobjawowych, jako element tzw. później sekwencji. Przysparza to wiele trudności w monitorowaniu słuchu u takich pacjentów. Omawiano również nowoczesne metody terapii, takie jak terapia antywirusowa intratympanalna (wykorzystanie Nanotechnology Hydrogel Drug Delivery), czy też podawanie leków poprzez termowrażliwe kopolimery hydrożelowe do ucha wewnętrznego.