

Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ppotor

Praca poglądowa/Review

Ostre rozlane zapalenie ucha zewnętrznego

Diffuse acute otitis externa

Elżbieta Hassmann-Poznańska^{1,*}, Danuta Dzierżanowska²,
Maria Poznańska³¹Klinika Otolaryngologii Dziecięcej UM w Białymstoku, Kierownik: prof. dr hab. Elżbieta Hassmann-Poznańska, Białystok, Polska²Zakład Mikrobiologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Kierownik: prof. dr hab. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, Warszawa, Polska³Oddział Otolaryngologii, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, Kierownik: dr n. med. Bogdan Łazarczyk, Białystok, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 12.02.2014

Zaakceptowano: 15.04.2014

Dostępne online: xxx

Słowa kluczowe:

- zapalenie ucha zewnętrznego
- czynniki ryzyka
- etiologia
- leczenie miejscowe
- fluorochinolony
- glikokortykosteroidy

Keywords:

- Otitis externa
- Risk factors
- Etiology
- Topical treatment
- Fluoroquinolones
- Steroids

A B S T R A C T

Acute diffuse otitis externa (OEAD) is a common condition especially in summer months. It is defined as generalized inflammation of the external canal skin, most often caused by bacterial infection (*P. aeruginosa*, *S. aureus*). OEAD is characterized by pain, itching and fullness in the ear with tenderness of the tragus, erythema and swelling of the external ear canal skin and purulent discharge. Several conditions (diabetes, immunocompromised states, eczema, psoriasis) and factors (excessive water exposure, scratching, trauma, devices that occlude ear canal) predispose to OEAD. Topical preparations are recommended as initial therapy because of safety and efficacy. Although meta-analysis of randomized trials did not show substantial differences between various topical interventions, patient symptoms lasted two days less with an antibiotic-steroid combination treatment than with formulations of antiseptics. Recent studies showed superiority of treatment with topical fluoroquinolones/steroid versus neomycin/polymyxinB/steroid. Taking into account high efficacy, suitability to the spectrum of pathogens causing OEAD, good tolerance when applied locally, low frequency of hypersensitivity reactions and lack of ototoxicity preparations of fluoroquinolones with steroid are considered the best choice for local treatment. Systemic antimicrobial therapy should be used only in patients with extension of inflammation outside the ear canal or with other diseases that can modify the course of OEAD (diabetes, immunocompromised state, prior radiotherapy).

© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

* Adres do korespondencji: Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok, Polska. Tel./Fax: +48 85 7 450 832. Adres email: pedorl@umb.edu.pl (E. Hassmann-Poznańska).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ppotor.2014.04.002>

2084-5308/© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Warunki anatomiczne

W przewodzie słuchowym zewnętrznym wyróżnia się dwie części, chrzęstną oraz kostną, całkowicie wyścielone skórą. W części chrzęstnej skóra jest grubsza, z dobrze rozwiniętą tkanką podskórną. Zawiera przydatki skórne – krótkie włoski, gruczoły woskolinowe i łojowe. Natomiast skóra pokrywająca część kostną jest bardzo cienka, pozbawiona włosów i gruczołów, za wyjątkiem pasma przylegającego do łuski kości skroniowej, w którym gruczoły woskolinowe sięgają aż do błony bębenkowej. Skóra przewodu jest słabo przesuwalna, zrosnięta pasmami łącznotkankowymi z okostną i ochrzęstną. Z tego powodu wszelkie stany zapalne powodujące obrzęk tkanki podskórnej są przyczyną silnych dolegliwości bólowych. Zaopatrzenie czuciowe przewodu słuchowego w przedniej i górnej części pochodzi od nerwu uszno-skroniowego gałęzi nerwu zuchwowego (V3), a dolne i tylne z gałęzi usznej nerwu błędnego (X). Dlatego też zmiany zapalne lub nowotworowe zlokalizowane w okolicy migdałków, nasady języka czy w części nadgłośniowej krtani powodują bóle promieniujące do ucha. Apokrynowe gruczoły woskolinowe mają ujścia w mieszkach włosowych i wytwarzają wodnistą, białą wydzielinę, która, wysychając, ciemnieje i staje się półpłynna. W połączeniu z wydzieliną gruczołów łojowych i łuskami keratyny tworzy woszczek, który przesuwany jest w kierunku ujścia zewnętrznego przewodu wraz ze złuszczoną warstwą keratynową nabłonka. Woszczek tworzy powłokę lipidową pokrywającą skórę przewodu słuchowego, zawiera lizozym i obniża pH wewnątrz przewodu (pomiędzy 5,0 a 5,7), co hamuje wzrost bakterii Gram-ujemnych [1–3]. Przewód słuchowy zewnętrzny jest skolonizowany przez liczne bakterie, głównie Gram-dodatnie – 96% bakterie tlenowe (*S. epidermidis*, *Corynebacterium sp.*, α -hemolityczne paciorkowce) i beztlenowe (*Propioniumacnes*, *Peptococcus*) [4–6].

Epidemiologia, definicja, klasyfikacje

Ostre rozlane zapalenie ucha zewnętrznego (*otitis externa acuta diffusa*; OEAD) jest najczęściej występującą postacią zapalenia skóry przewodu słuchowego zewnętrznego. 10% ludzi przynajmniej raz w życiu choruje na OEAD [1, 7, 8]. Najczęstsze zachorowania obserwuje się u dzieci w wieku 5–14 lat (16%), najniższe <4. roku życia i >20. [9, 10]. Szczyt występowania (około 80% zachorowań) przypada na miesiące letnie [9, 11].

Inne postaci zapalenia ucha zewnętrznego to: zapalenie przewlekłe, czyrak przewodu słuchowego (ograniczone zapalenie ucha zewnętrznego), rzadko występujące złośliwe zapalenie ucha zewnętrznego – *keratosis obturans* i perlak przewodu słuchowego.

OEAD charakteryzuje się uogólnionym zapaleniem skóry przewodu słuchowego, które może rozprzestrzeniać się również na małżowinę uszną oraz błonę bębenkową [1]. Określane jest również jako „ucho pływaka” lub „ucho tropikalne”, ponieważ występuje częściej w regionach z cieplejszym klimatem i większą wilgotnością [1]. Czynniki te sprzyjają zmianie flory bakteryjnej przewodu z głównie Gram-dodatniej na Gram-ujemną. Najczęstsze czynniki predysponujące do OEAD przedstawiono w tabeli I.

Dolegliwości występujące przy OEAD to: ból ucha – 70%, świąd – 60%, uczucie pełności w uchu – 22%, czasem przewodzeniowe upośledzenie słuchu – 32%. Ból przy ucisku na skrawek, może być bardzo silny. Około 90% przypadków występuje jednostronnie [10]. Kryteria rozpoznania OEAD opracowane przez AAO-HNSF (Amerykańską Akademię Otolaryngologii – Chirurgii Głowy i Szyi) przedstawiono w tabeli II.

Patogeneza

Najczęściej identyfikowanymi patogenami OEAD są bakterie (>90%) [Roland 02. Rosenfeld]. W większości badań najczęściej jest to *Pseudomonas aeruginosa* (20-60%) oraz *Staphylococcus aureus* (8,5–29%) [1, 8, 10, 11, 14]. W populacji polskiej najczęściej izolowane były *S. aureus* (ok. 25%), rzadziej inne ziarenkowce Gram(+) oraz *P. aeruginosa* (27,3%) i inne pałeczki Gram(-) z rodziny *Enterobacteriaceae*, a najrzadziej beztlenowe ziarenkowce i pałeczki Gram(-) oraz grzyby [15]. Pewne cechy pałeczek *P. aeruginosa* wywołujących OEAD wskazują, że szczepy te wywodzą się ze środowisk wodnych, co różni je od szczepów izolowanych z innych miejsc i ognisk zakażeń [16]. Inne bakterie mogą również wywoływać OEAD, w tym bakterie beztlenowe (6,3%), a w sprzyjających warunkach także komensale (Tab. III). Od kilku do kilkunastu procent OEAD jest powodowanych przez zakażenie grzybicze – *Candida sp.* (9,7%), *Aspergillus sp.* (4,2%) [14, 17]. Zakażenie grzybicze jest częstsze w krajach tropikalnych, w USA stanowi jedynie kilka procent [5, 11], w populacji polskiej – 7,2–7,6% [6, 15]. Podczas infekcji grzybiczej (*otomycosis*) ból jest mniej nasilony, natomiast świąd, zlokalizowany głęboko w uchu może być bardzo uporczywy. Obrzęk skóry przewodu jest zwykle mniejszy. Przy zakażeniu drożdżakami przewód słuchowy jest wypełniony miękką, gęstą, białawą wydzieliną. W zakażeniach

Tabela I – Czynniki predysponujące do OEAD [1, 12, 13]

Table I – Factors predisposing to OEAD [1, 12, 13]

Rodzaj czynnika	Czynnik
anatomiczne	wąski przewód, egzostozy, niedrożność przewodu spowodowana – ciałem obcym, aparatem słuchowym, woszczkiem, zatyczkami, zrogami nabłonka
dermatologiczne	wyprysk kontaktowy, łojotokowe zapalenie skóry, łuszczycy
alergiczne	atopia, ekspozycja na leki stosowane do przewodu słuchowego lub kosmetyki
ogólne	obniżenie odporności, cukrzyca
urazy	maceracja skóry (kąpiele), uszkodzenie skóry przewodu, wziernikowanie lub płukanie ucha
mikrobiologiczne	wyciek z ucha środkowego, ekspozycja na zakażenie <i>P. aeruginosa</i> lub <i>Aspergillus</i>

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171871>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171871>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)