

Ostre rozlane zapalenie ucha zewnętrznego

Diffuse acute otitis externa

Elżbieta Hassmann-Poznańska<sup>1</sup>, Danuta Dzierżanowska<sup>2</sup>, Maria Poznańska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinika Otolaryngologii Dziecięcej UM w Białymstoku, Polska

<sup>2</sup>Zakład Mikrobiologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Polska

<sup>3</sup>Oddział Otolaryngologii, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Polska

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. 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.

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

OEAD, określane również jako „ucho pływaka”, charakteryzuje się uogólnionym zapaleniem skóry przewodu słuchowego, które może rozprzestrzeniać się również na małżowinę uszną oraz błonę bębenkową [1]. Najczęstsze czynniki predysponujące do OEAD przedstawiono w tabeli 1.

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 [4]. Kryteria rozpoznania OEAD opracowane przez AAO-HNSF Amerykańską Akademię Otolaryngologii – Chirurgii Głowy i Szyi przedstawiono w tabeli 2.

Najczęściej identyfikowanymi patogenami OEAD są bakterie (>90%). W najczęściej jest to *Pseudomonas aeruginosa* (20- 60%) oraz *Staphylococcus aureus* (8,5-29%). Od kilku do kilkunastu procent OEAD jest powodowanych przez zakażenie grzybicze – *Candida sp.* (9,7%), *Aspergillus sp.*(4,2%). Podczas infekcji grzybiczej (*otomycosis*) ból jest mniej nasilony, natomiast świąd, zlokalizowany głęboko w uchu może być bardzo uporczywy. Przy zakażeniu drożdżakami przewód słuchowy jest wypełniony miękką, gęstą, białawą

wydzieliną. W zakażeniach *Aspergillus sp.* pod mikroskopem widoczne są zwykle strzępki i zarodniki grzybów na powierzchni białawej wydzieliny (wygląd rozmoczonej gazety). Zakażenia grzybicze mogą być również następstwem miejscowego stosowania antybiotyków .

Rozpoznanie jest zwykle ustalane na podstawie obecności typowych dolegliwości i objawów wziernikowych. Bardzo ważne jest zebranie dokładnego wywiadu w kierunku obecności czynników, które mogą wpłynąć na modyfikację postępowania leczniczego. Są to przebyte choroby uszu, perforacje błony bębenkowej lub obecność drenów wentylacyjnych, cukrzyca i niedobory odporności, przebyta radioterapia. Przy obecności perforacji błony bębenkowej przeciwwskazane jest stosowanie kropli z antybiotykiem aminoglikozydowym. W początkowej fazie przy dużej bolesności utrudniającej oczyszczenie przewodu, jak również przy jego obrzęku ocena błony bębenkowej może być trudna lub niemożliwa. U chorych z obniżoną odpornością, cukrzycą i po radioterapii ryzyko rozwoju złośliwego zapalenia ucha zewnętrznego jest znacząco wyższe, co może uzasadniać konieczność zastosowania antybiotykoterapii podawanej ogólnie.

W przypadkach o przebiegu łagodnym bądź umiarkowanym wynik posiewu z ucha nie jest zwykle konieczny do rozpoczęcia terapii. Badanie bakteriologiczne powinno być jednak wykonane w przypadkach o ciężkim przebiegu, u osób z obniżoną odpornością (AIDS, w przebiegu chemioterapii, leczenia immunosupresyjnego, radioterapii itd.) lub w przypadkach nie ustępujących po zastosowaniu terapii empirycznej.

OEAD musi być różnicowane z innymi przyczynami otalgii takimi jak: ostre zapalenie ucha środkowego, czyrak przewodu słuchowego, alergiczne zapalenie skóry przewodu - wyprysk kontaktowy (uczulenia na szampony, mydła, stosowane miejscowo leki, plastiki lub gumy – słuchawki, wkładki od aparatów słuchowych, zatyczki), przewlekłe zapalenie ucha zewnętrznego, półpasiec uszny.

Oczyszczanie ucha pod mikroskopem i usunięcie zalegających złożeń i wydzieliny jest pierwszym krokiem, który nie tylko pozwala na ustalenie rozpoznania, ale przyspiesza gojenie i ułatwia działanie podawanych miejscowo leków. Zastosowanie leczenia przeciwbólowego jest konieczne w większości przypadków OEAD. Jeżeli ból jest umiarkowany zwykle wystarczają leki niesteroidowe przeciwzapalne lub acetaminophen (Paracetamol), w przypadkach silniejszego bólu łączone z kodeiną. Leczenie miejscowe w postaci kropli podawanych do przewodu słuchowego jest skuteczne w większości przypadków, podawany odsetek wyleczeń po 7-10 dniach terapii wynosi 55-100%.

Miejscowa terapia antybiotykiem jest postępowaniem z wyboru ponieważ pozwala na osiągnięcie 100 do 1000 razy wyższych stężeń w miejscu infekcji niż przy terapii ogólnej

przy zminimalizowaniu działań ubocznych i ryzyka rozwoju lekooporności. Powinna być ukierunkowana na eradykację najczęstszych patogenów czyli pałeczek *P. aeruginosa* i gronkowca złocistego – *S. aureus*. Do terapii miejscowej w OEAD stosowane są krople zawierające antybiotyki aminoglikozydowe (gentamycynę, neomycynę), polipeptydowe (gramicydyna, polimyksyna) lub fluorochinolony (cyprofloksacyna). Cyprofloksacyna wykazuje istotną statystycznie przewagę zarówno pod względem odsetka wyleczeń (93-100%) jak i eradykacji patogenu z ogniska zakażenia, zwłaszcza w przypadkach o etiologii *P. aeruginosa*. Nie ma działania ototoksycznego może więc być bezpiecznie stosowana nawet w przypadkach perforacji błony bębenkowej. Glukokortykosteroidy dodane do kropli z antybiotykiem przyspieszają ustępowanie objawów bólowych i świądu jak również zmniejszają obrzęk i stan zapalny.

Przy stosowaniu terapii miejscowej bardzo ważne jest poinstruowanie chorego o sposobie zapuszczania kropli. Leczenie kontynuuje się przez 7-10 dni. W przypadkach znacznego zwężenia przewodu konieczne może być założenie odpowiedniego opatrunku lub setonu nasączonego kroplami.

Antybiotykoterapia ogólna ma zastosowanie wyłącznie w przypadkach o bardzo ciężkim przebiegu, przy przejściu zakażenia na okoliczne tkanki lub u chorych z zaburzeniami odporności lub cukrzycą. W niepowikłanych przypadkach nie poprawia ona wyników leczenia, nawet jeżeli stanowi uzupełnienie leczenia miejscowego. Przy konieczności zastosowania antybiotykoterapii doustnej antybiotykiem pierwszego rzutu jest cefadroksyl, trimetoprim/sulfametoksazol przy podejrzeniu lub potwierdzeniu etiologii *S. aureus*, a cyprofloksacyna przy zakażeniu *P. aeruginosa*. U pacjentów hospitalizowanych, z obniżoną odpornością i ciężkim przebiegiem OEAD zalecana jest terapia parenteralna, najczęściej skojarzenie aminoglikozydu z piperacyliną/tazobaktamem, cefalosporyną III generacji (ceftazydymem) lub IV generacji, a także cyprofloksacyną [18]. Proponowana jest także terapia skojarzona cefalosporyną III generacji (ceftazydymem z cyprofloksacyną lub ofloksacyną).

Strategie zapobiegania AOE obejmują poinformowanie pacjenta o unikaniu manipulacji w uszach (nieodpowiednie czyszczenie, drapanie), prawidłowej higienie uszu po

<b>Tabela 1. Czynniki predysponujące do OEAD.</b>	
Rodzaj czynnika	Czynnik
Anatomiczne	wąski przewód, egozostozy, niedrożność przewodu spowodowana – ciałem obcym, aparatem słuchowym, woszczkiem, zatyczkami, złogami nabłonka
Dermatologiczne	wyprysk kontaktowy, łojotokowe zapalenie skóry, łuszczyca
Alergiczne	Atopia, ekspozycja na leki stosowane do przewodu słuchowego lub kosmetyki
Ogólne	Obniżenie odporności, cukrzyca
Urazy	Maceracja skóry (kąpiele), uszkodzenie skóry przewodu, wżernikowanie lub płukanie ucha
Mikrobiologiczne	Wyciek z ucha środkowego, ekspozycja na zakażenie P.aeruginoza lub Aspergillus

<b>Tabela 2. Kryteria rozpoznania ostrego rozlanego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego.</b>
1. Nagłe wystąpienie dolegliwości (w ciągu 48 godzin) w okresie ostatnich 3 tygodni, <b>plus</b>
2. Dolegliwości spowodowane zapaleniem skóry przewodu, które obejmują: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ból ucha (często silny), swędzenie, uczucie pełności</li> <li>• <b>możliwe</b> upośledzenie słuchu, ból w okolicy stawu żuchwowo skroniowego lub ucha podczas żucia, <b>plus</b></li> </ul>
3. Objawy zapalenia skóry przewodu takie jak: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bolesność przy ucisku na skrawek, małżowinę uszną</li> <li>• <b>lub</b> rozlany obrzęk, zaczerwienienie skóry przewodu</li> <li>• <b>z</b> wyciekami z ucha <b>lub bez</b>, z zapaleniem węzłów chłonnych, zaczerwienieniem błony bębenkowej, naciekiem małżowiny i okolicznej skóry</li> </ul>