

Henryk Skarżyński, Krzysztof Miszka, Robert Zawadzki,
Maciej Mrówka, Paulina Młotkowska-Klimek, Anna Ciszek

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa

Ocena postępowania w „mokrych uszach” przed leczeniem operacyjnym

Preoperative treatment of „moist ears”

Słowa kluczowe: przewlekłe zapalenie uszu ropne, wysiękowe, leczenie zachowawcze.

Key words: otitis media chronica, effusion, treatment.

Streszczenie

Omówiono metody postępowania w grupie chorych z przewlekłym wysiękiem z ucha środkowego ropnym lub surowiczym mającego na celu przygotowanie warunków do wykonania operacji tympanoplastycznej. Przedstawiono zasady postępowania w grupie chorych liczącej 40 osób. U wszystkich zastosowano leczenie stacjonarne lub leczenie w systemie chirurgii jednego dnia. Postępowanie polegało na oczyszczaniu, oznaczeniu patogenu, a następnie celowanej antybiotykoterapii w grupie chorych z ropnym wysiękiem. W przypadkach jedynie surowiczego wysięku lub zmian ziarninowych stosowano postępowanie miejscowe prowadzące do ustąpienia tych zmian. Okres leczenia podzielono na dwie fazy. Pierwsza z nich to faza intensywnego leczenia miejscowego i ogólnego stosowanego codziennie. Faza druga obejmowała kontrolne badanie i ewentualne leczenie prowadzone jeden raz w tygodniu, a następnie rzadziej. U większości (83%) pacjentów udało się doprowadzić do warunków umożliwiających wykonanie tympanoplastyki.

Summary

Patients with chronic purulent or serous middle ear effusions qualified for reconstructive surgery demand thorough care before tympanoplasty. There are several basic rules concerning treatment of a group of 40 patients presented in this paper. All the patients were treated in one-day surgery system or had been admitted on our ward. Ears were cleaned, swabs obtained from middle ear were analyzed and targeted antibioticotherapy applied. In cases which presented only serous effusion or granuloma-

tous tissue, local treatment without antibioticotherapy was administered. The period of treatment was divided into two parts: first one – everyday intense local and general treatment and second one – control visits and one day treatment in week. Conditions sufficient for tympanoplasty have been obtained in most of our patients (83%).

Wprowadzenie do codziennej praktyki klinicznej nowych zabiegów rekonstrukcyjnych dostarczyło lepszych możliwości leczenia wielu schorzeń uszu. Operacje „oczyszczające” ze stanu zapalnego, tzn. operacje radykalne oraz operacje zmodyfikowane, są w chwili obecnej zarezerwowane dla przypadków rozległych zmian zapalnych – ziarninowych i perlakowych – obejmujących obszary wyrostka sutkowego oraz zagrażających powikłaniami wewnątrzczaszkowymi. Jednakże nawet ucho środkowe z czynnym, ale ograniczonym procesem zapalnym kwalifikować można do tympanoplastyki, z jednym wszakże warunkiem. Warunek ten to likwidacja wysięku na czas poprzedzający wykonanie tympanoplastyki, czyli opanowanie infekcji w stopniu, który gwarantuje przynajmniej w podstawowym zakresie wykonanie takiej operacji. Stopień ten jest oceniany zwykle jako „ucho suche”, pozbawione wysięku. Osiągnięcie tego stanu nie jest łatwe, o czym wiadomo od dawna. Pragniemy przedstawić nasze doświadczenia w tej dziedzinie.

I. MATERIAŁ

Analizie poddano 40 pacjentów z przewlekłym ropnym zapaleniem ucha środkowego, leczonych w 2001 r. w Klinice Chorób Uchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Było to 23 mężczyzn i 17 kobiet. Wiek chorych wahał się od 10 lat do 69 lat. Zmiany wysiękowe dotyczyły jednego ucha, przy istnieniu patologii drugiego ucha bez wycieku. U 14 osób było to ucho prawe, u 26 ucho lewe. Dolegliwości trwały od wielu lat, często kilkunastu, z okresami pogorszeń i poprawy. Poziom słuchu u tych chorych stopniowo ulegał obniżeniu, osiągając granice wydolności socjalnej lub poniżej tej wydolności. Pacjenci wstępnie zostali zakwalifikowani do operacji tympanoplastycznej bez precyzowania odnośnie do typu, pod warunkiem ustąpienia wycieku przez minimum miesiąc. Schemat postępowania obejmował dwie fazy.

Faza pierwsza to faza stacjonarna, w trakcie której wykonywano posiew z jamy bębnekowej w celu uzyskania antybiogramu. Następnie dwa razy dziennie stosowano opatrunki uszne po uprzednim dokładnym oczyszczeniu jamy bębnekowej i stosowaniu na początku tradycyjnych środków antyseptycznych, a następnie celowanego leczenia antybiotykiem – według wyników antybiogramu. W zależności od stanu ucha i uzyskiwanych efektów pierwsza faza trwała 3-7 dni.

Faza druga polegała na kontynuowaniu leczenia w warunkach ambulatoryjnych z wizytami dwa razy w tygodniu i z oczyszczaniem ucha oraz stosowaniem leczenia farmakologicznego (najczęściej preparatów sterydowych w połączeniu z antybiotykiem). W razie utrzymywania się wysięku stosowano leczenie zachowawcze w domu przez pacjenta. Faza druga trwała od 14 do 17 dni. Antybiotykoterapia miejscowa wspomagana była ogólną, jeżeli istniały ku temu wskazania. Czas podawania ogólnie antybiotyku wynosił minimum 7 dni i przedłużany był maksymalnie do 14 dni.

II. WYNIKI

Tab. 1. Flora bakteryjna wyhodowana z posiewów wydzieliny pobranej z ucha środkowego u pacjentów przygotowywanych do operacji tympanoplastycznej

Flora bakteryjna	Liczba pacjentów
<i>Staphylococcus aureus</i>	11 (27,5%)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	5 (12,5%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5 (12,5%)
<i>Staphylococcus pyogenes</i>	5 (12,5%)
<i>Pseudomonas stutzeri</i>	2 (5%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 (2,5%)
<i>Haemophilus influenzae</i>	2 (5%)
<i>Escherichia coli</i>	1 (2,5%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2 (5%)
<i>Staphylococcus warneri</i>	1 (2,5%)
<i>Corynebacterium</i>	1 (2,5%)
<i>Gemella haemolysans</i>	1 (2,5%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	1 (2,5%)
<i>Candida albicans</i>	2 (5%)
Łącznie	40 (100%)

Badania bakteriologiczne w omawianej grupie pacjentów przedstawiono w tab. 1. Jak z niej wynika, flora bakteryjna stwierdzana w wymazach z ciekących uszu jest dosyć typowa. Wśród wyhodowanych szczepów bakterie z rodzaju *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa* stanowiły 65%. Pozostałe patogeny występowały z częstością podaną w tabeli. Zwraca uwagę jedynie 5-procentowy udział pacjentów z potwierdzoną etiologią grzybiczą. W wykonanych antybiogramach stwierdzano wrażliwość na ogólnie dostępne antybiotyki. W wyniku zastosowanego leczenia według podanego schematu uzyskano powodzenie u 33 pacjentów, co stanowi 83%

leczonych. Uzyskano to po zakończeniu leczenia w dwóch fazach. Stan zapalny miejscowy ustąpił, uszy były suche i po miesięcznej obserwacji wykonano planowaną operację tympanoplastyczną. Po zabiegu nastąpiło wygojenie. Nie zanotowano w tej grupie operowanych powikłań w postaci ropienia w obserwacji 12 miesięcy. U 7 pacjentów, co stanowi 17%, nie uzyskano powodzenia w leczeniu. Chwilowa poprawa nie zapewniała warunków do wykonania operacji tympanoplastycznych, a wycieki mimo przedłużonego leczenia nawracały. Tych chorych zakwalifikowano do operacji zmodyfikowanych, z perspektywą wykonania w drugim etapie operacji rekonstrukcyjnej (tympanoplastyki).

III. OMÓWIENIE

Powszechnie znane zasady wykonywania operacji rekonstrukcyjnych zawierają w sobie bezwzględny warunek w postaci suchego ucha pozbawionego wysięku, a tym bardziej infekcji [Parsons 1976]. Ucho z czynnym procesem zapalnym powoduje znacznie gorsze warunki dla operacji tympanoplastycznej [Niemczyk 1999; Parsons 1976; Rydzewski 1999]. Ponadto operowanie ucha z czynnym procesem zapalnym może prowadzić do przeniesienia infekcji na ucho wewnętrzne, a także zniweczyć wysiłek włożony w rekonstrukcję aparatu przewodzącego dźwięki [Moszyński 1985; Niemczyk 1999; Rydzewski 1999; Tos 2000]. Pierwotne poglądy, według których nieuzyskanie jałowego wymazu z ucha w okresie 6 miesięcy przed operacją dyskwalifikował pacjenta od operacji tympanoplastycznej, uległy zmianie [Janczewski 1992; Parsons 1976]. Wynika to z doskonalenia technik operacyjnych oraz możliwości opanowywania infekcji w leczeniu miejscowym [Indudharan 1999; Loy 2000; Tos 2000]. Operowanie ucha z minimalnym wysiękiem surowiczym jest możliwe i nie wpływa to znacząco na uzyskiwane wyniki operacyjne [Denoyelle 1998; Perrin 2001]. Większe znaczenie ma stan trąbki słuchowej i jej sprawność. Należy na to zwracać uwagę szczególnie u dzieci [Buchwach 1989]. U pozostałych chorych istnieje konieczność leczenia przeciwbakteryjnego w okresie przygotowania do operacji. Z kolei wiadomo, że należy unikać wytworzenia oporności bakteryjnej, która narasta nieustannie od chwili wprowadzenia antybiotykoterapii do leczenia. W związku z tym najbardziej racjonalna jest antybiotykoterapia celowana [Rydzewski 1999]. Uzyskane wyniki w zakresie posiewów wskazują na znaczną różnorodność patogenów hodowanych z jamy bębnekowej, w tym liczny udział bakterii z rodzaju *Pseudomonas* i *Staphylococcus* oraz nieliczny udział grzybów, co jest zgodne z danymi innych autorów, zarówno polskich jak i zagranicznych [Rydzewski 1999; Indudharan 1999; Loy 2000]. Przedział czasowy, w którym ucho powinno pozostawać suche, jest różny. Powszechnie wiadomo, że im jest on dłuższy, tym lepiej dla wyników operacyjnych. Potwierdzona wynikiem posiewu infekcja powinna być wyleczona

do uzyskania potwierdzenia jałowości w wynikach następnego posiewu. Przy skróceniu czasu, w jakim ucho musi pozostawać bez infekcji, do 4 tygodni przed operacją warunek ten jest do spełnienia. Tego rodzaju podejście umożliwia rozszerzenie wskazań do wykonywania operacji na te uszy, które dotąd nie kwalifikowały się do nich. Należy pamiętać, że takie postępowanie wymaga zwrócenia uwagi na leczenie śród- i pooperacyjne w aspekcie stosowania antybiotykoterapii. Stosowanie antybiotyku śródoperacyjnie i kontynuowanie po operacji dają możliwość uniknięcia powikłań i niepowodzeń pooperacyjnych.

IV. WNIOSKI

1. Przyjęty schemat postępowania, zakładający przeprowadzenie leczenia w dwóch fazach, daje duże możliwości osiągnięcia dobrych efektów.
2. Prawidłowe oczyszczenie ucha i dokładna kontrola mikroskopowa umożliwiają osiągnięcie oczekiwanych efektów terapeutycznych.
3. Nie stwierdzono w posiewach bakteriologicznych szczepów bakterii z dużą opornością na powszechnie stosowane antybiotyki.

Bibliografia

- Buchwach K. A., Brick H. G. [1980]. Serous otitis media and type 1 tympanoplasties in children: A retrospective study. „Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology” 89 (3 Pt 2), 324-325.
- Denoyelle F., Roger G., Ducroz V., Escudier E. [1998]. Results of tympanoplasty in children with primary ciliary dyskinesia. „Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery” 124 (2), 177-179.
- Indudharan R., Haq J. A., Aiyar S. [1999]. Antibiotics in chronic suppurative otitis media: A bacteriologic study. „Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology” 108 (5), 440-445.
- Janczewski G., Skarżyński H. [1992]. Wskazania i przeciwwskazania do tympanoplastyki oraz krytyczna ocena tych operacji. „Otolaryngologia Polska” 46 (5), 494-504.
- Loy A. H., Tan A. L., Lu P. K. [2000]. Microbiology of chronic suppurative otitis media in Singapore. „Singapore Medical Journal” 43 (6), 296-299.
- Moszyński B., Zientalska-Rumińska E., Kolanowski R. [1985]. Zabieg operacyjny a pooperacyjne uszkodzenie aparatu odbiorczego ucha. „Otolaryngologia Polska” 39, 19-24.
- Niemczyk K., Skarżyński H., Miszka K., Podogrodzki P., Szwedowicz P. [1999]. Rekonstrukcja ucha środkowego w uszach z aktywnym procesem zapalnym – wyniki wstępne. „Otolaryngologia Polska” 53, supl. 30, 440-442.
- Parsons R. C. [1976]. Symposium: contraindications to tympanoplasty. III: Contraindications for tympanoplasty. „The Laryngoscope” 86 (1), 77-78.
- Perrin J. M. [2001]. Should we operate on children with fluid in the middle ear? „New England Journal of Medicine” 344 (16), 1241-1242.
- Rydzewski B., Szkaradkiewicz A., Krokowicz A., Tulacka T. [1999]. Przedoperacyjna ocena zagrożenia powikłaniem bakteryjnym w operacjach poprawiających słuch. „Otolaryngologia Polska” 53, supl. 30, 211-219.
- Tos M., Stangerup S. E., Orntoft S. [2000]. Reasons for reperforation after tympanoplasty in children. „Acta Otolaryngologica” 543, 143-146.