

Czyrak przewodu słuchowego zewnątrznego – opis przypadku

Furuncle of the external auditory canal – a case study

Małgorzata M. Buksińska^{A-F}, Henryk Skarżyński^{C-D}, Kinga Cyra^{A-B,E}

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Kajetany

Wkład autorów:
A Projekt badania
B Gromadzenie danych
C Analiza danych
D Interpretacja danych
E Przygotowanie pracy
F Przegląd literatury
G Gromadzenie funduszy

Streszczenie

Wprowadzenie: Czyrak jest ropnym zapaleniem okołomieszkowym z wytworzeniem martwicze­go czopa. Towarzyszy mu silna bole­ność okolicy objętej procesem zapalnym. Nieleczony czyrak może powodować przejście stanu zapalnego na okoliczne tkanki.

Opis przypadku: W pracy zawarto studium przypadku pacjenta z czyrakiem przewodu słuchowego zewnętrznego. Pacjent zgłosił się do Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) z powodu silnego bólu lewego ucha. W badaniu przedmiotowym stwierdzo­no obecność masywnego czyraka przewodu słuchowego zewnętrznego. Z uwagi na znaczne nasilenie dolegliwości czyraka nacięto i opróżniono z treści ropnej oraz wdrożono antybiotykoterapię ogólną. Po tygodniu podczas kontroli stwierdzono prawidłowe goje­nie przewodu słuchowego oraz całkowite ustąpienie dolegliwości. Autorzy pracy dokonali przeglądu dostępnej literatury dotyczącej diagnostyki, leczenia oraz możliwych powikłań czyraków przewodu słuchowego zewnętrznego.

Wnioski: Czyraki przewodu słuchowego zewnętrznego nie są rzadkim stanem chorobowym. Charakterystyczny obraz kliniczny po­zwala na szybkie rozpoznanie, natomiast rozlany naciek może być początkiem rozległego naciekania i wielu powikłań. Wdrożenie odpowiedniego leczenia miejscowego i ogólnego pozwala na skuteczną terapię. Konieczne jest zwrócenie uwagi na schorzenia ogól­ne, które mogą predysponować do nawrotu tego schorzenia.

Słowa kluczowe: terapia • powikłania • przewod słuchowy zewnętrzny, czyrak

Abstract

Background: The furuncle is a purulent inflammation of the hair follicle with formation of a necrotic plug. It is accompanied by a strong pain in the inflamed area. If left untreated, the furuncle can cause inflammation to spread to surrounding tissues. The article includes a case study of a patient with furuncle of the external auditory canal.

Case report: The patient came to the IFPS due to severe pain in the left ear. Physical examination revealed presence of a massive fu­runcle of the external auditory canal. Due to the significant severity of the symptoms, the furuncle was incised and emptied, and general antibiotic therapy was initiated. After a week, during the check-up, the ear canal was healed properly and the symptoms completely disappeared. The authors of the study also reviewed the available literature on the diagnosis, treatment and possible com­plications of furuncles of the external auditory canal.

Conclusions: The furuncles of the external auditory canal are not a rare diseases. The characteristic clinical course allows for a quick diagnosis, while diffuse infiltration may be a precursor to extensive infiltration and complications. The implementation of appropri­ate local and general treatment allows for effective therapy. It is necessary to pay attention to general conditions that may contrib­ute to this disease relapse.

Key words: therapy • complications • external auditory canal • furuncle

Wprowadzenie

Czyrak jest ropnym zapaleniem okołomieszkowym z wy­tworzeniem czopa martwicze­go. Powstaje najczęściej w wyniku zakażenia gronkowcem złocistym (*Staphylo­coccus aureus*). W okresie tworzenia się czyraka pacjent

odczuwa przede wszystkim bolesność okolicy objętej pro­cesem chorobowym, pojawia się zaczerwienienie i większe ucieplenie skóry. Następnie można zaobserwować tworze­nie się czopa ropnego. Może dojść do samoistnej ewakuacji zawartości ropnej czyraka. Niestety rozszerzenie się stanu zapalnego na okoliczne tkanki może całkowicie zmienić

Adres autora: Małgorzata M. Buksińska, Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mokra 17, 05-830 Nadarzyn, e-mail: m.buksinska@ifps.org.pl

obraz choroby, a także bywa początkiem powikłań w okolicznych tkankach oraz może skutkować przemieszczeniem się procesu zapalnego w kierunku ślinianki przyusznej, okolicy zausznej czy ucha środkowego łącznie z powikłaniami wewnątrzskroniowymi. Leczenie czyraka jest zależne od jego umiejscowienia oraz od nasilenia objawów.

Opis przypadku

Do Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu zgłosił się 18-letni mężczyzna z powodu pulsującego, rwącego bólu lewego ucha, trwającego od około tygodnia. Bólowi towarzyszył ropny wyciek z przewodu słuchowego zewnętrznego oraz pogorszenie słuchu. Pacjent nie gorączkował, negował objawy infekcji górnych dróg oddechowych. Od 4 dni był leczony doustnie amoksyliną z klawulanianem. Mimo antybiotykoterapii ból nasilał się.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono obecność rozległej, guzowatej, nabrzmiącej, bolesnej zmiany z ropnym czopem na szczycie. Zmiana zamykała światło lewego przewodu słuchowego zewnętrznego (rycina 1). Okoliczne węzły chłonne nie były powiększone. Nie stwierdzono zmian w obrębie małżowiny usznej ani w okolicy zamałżowinowej. Rozpoznano czyraka lewego przewodu słuchowego zewnętrznego. Z uwagi na znaczne nasilenie dolegliwości zdecydowano o konieczności nacięcia zmiany oraz wdrożenia antybiotykoterapii dożylniej zamiast dotychczasowego leczenia. Pacjent został przyjęty do dalszego leczenia ogólnego i miejscowego w warunkach hospitalizacji.

W trakcie pobytu w szpitalu pacjent otrzymywał dożylnie cefazolin (1 g co 12 godzin). W miejscowym znieczuleniu nacięto czyraka i umożliwiono opróżnienie z ropnej treści. Uzyskano znaczne zmniejszenie objętości zmiany. Kilukrotnie przepłukano powstałą ranę środkiem odkażającym. W ranę wsunięto cienki sączek lateksowy. Do przewodu słuchowego założono sączek z lekiem przeciwzapalnym. Przez 3 dni zmieniano opatrunki uszne co najmniej dwa razy dziennie. Każdorazowo oczyszczano przewód słuchowy z zalegającej wydzieliny oraz płukano ranę środkiem odkażającym przez pozostający w niej sączek. Czwartego dnia usunięto z rany sączek lateksowy. Zmiana w przewodzie słuchowym znacznie się zmniejszyła, co umożliwiło ocenę błony bębenkowej. Stwierdzono, że błona bębenkowa jest niezmienniona. Pacjent został wypisany do domu z zaleceniem kontynuacji antybiotykoterapii doustnej (cefadroksyl w dawce 500 mg co 12 godzin).

Po tygodniu pacjent zgłosił się na planową kontrolę. Stwierdzono całkowite ustąpienie objawów. W przewodzie słuchowym zewnętrznym była obecna jedynie prawidłowo gojąca się rana po nacięciu czyraka.

Wyniki i dyskusja

W przypadku przewodu słuchowego zewnętrznego czyrak może obejmować mieszki włosowe, gruczoły łojowe i włosowinowe w części chrzęstnej przewodu [1,2]. W przewodzie słuchowym najczęściej formują się czyraki pojedyncze, rzadziej dochodzi do rozwoju czyraczności (zespół Joba) lub skupiska czyraków zlewających się w jedną zmianę (karbunkuł) [2]. Tworzeniu się czyraków sprzyjają: urazy przewodu słuchowego (w tym mikrourazy), stany ropne



Rycina 1. Duży czyrak zamykający światło przewodu słuchowego zewnętrznego

Figure 1. A large furuncle closing the lumen of external auditory canal

ucha środkowego, moczenie ucha, zaleganie ciała obcego, cukrzyca, niedobory pokarmowe, stany łojotokowe, popromienne zmiany skórne oraz zaburzenia immunologiczne i hormonalne [3].

Głównym objawem czyraka przewodu słuchowego jest silny, rwący, pulsujący ból wynikający ze ścisłego przylegania chrzęstnej do skóry przewodu [3,4]. Ból może promieniować do połowy głowy, słabo reaguje na środki przeciwbólowe [5] i nasila się w trakcie ruchów żuchwy. Pociąganie za małżowinę uszną oraz ucisk na jej skrawek stają się bolesne [3,6,7]. W przypadku całkowitego zamknięcia przewodu słuchowego przez zmianę pacjent może odczuwać pogorszenie słuchu [3]. Po kilku dniach od pojawienia się zmiany następuje wydzielenie czopa martwiczego oraz wyciek ropny, co przynosi pacjentowi wyraźną ulgę [2,3]. W miejscu po czopie martwiczym może pozostać kraterowate zagłębienie, w którym może powstawać ściągająca blizna zwężająca światło przewodu słuchowego [3]. Może wystąpić podwyższona temperatura ciała, rzadko powyżej 38°C [4].

W badaniu otoskopowym stwierdza się wyniosły, twardy, nacieczony, czerwony, grudkowy twór z ropnym czopem na szczycie. Jeśli zmiana jest mała, można uwidocznić niezmienną błonę bębenkową [2,3]. Czyraki umiejscawiają się głównie na przedniej lub dolnej ścianie przewodu w jego części chrzęstnej [1,4], najczęściej na granicy małżowiny usznej i przewodu słuchowego [2].

Tabela 1. Zalecane dawkowanie leków w przypadku konieczności zastosowania antybiotykoterapii doustnej [Źródło: Dzierżanowska D., Dzierżanowska-Fangrat K. *Przewodnik antybiotykoterapii*. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press, 2013]**Table 1.** Recommended dosage of drugs in case of the need for oral antibiotic therapy [Source: Dzierżanowska D., Dzierżanowska-Fangrat K. [Antibiotics Therapy Guidelines]. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press, 2013]

Rodzaj leku	Antybiotyk	Dawkowanie
I rzutu	cefadroksyl	1,0 g/dobę, podzielone co 12–24 h
	cefaleksyna	0,5–1,0 g co 6–8 h Dzieci: 50–75 mg/kg/dobę podzielone co 8 h
II rzutu	trimetoprim z sulfametoksazolem	160 mg + 800 mg co 12 h Dzieci: 8 mg + 40 mg/kg/dobę podzielone co 12 h
	klindamycyna	150–300 mg co 6 h
	amoksycylina z kwasem klawulanowym	500 mg + 125 mg co 8–12 h
III rzutu	azytromycyna	500 mg co 24h Dzieci >6 m-ca: 10 mg/kg/dobę co 24 h
	klarytromycyna	500 mg co 12 h Dzieci: 15 mg/kg/dobę podzielone co 12 h
	roksytromycyna	150 mg co 12 h Dzieci: 12–23 kg – 100 mg/dobę podzielone co 12h 24–40 kg – 200 mg/dobę podzielone co 12 h

Brak odpowiedniego leczenia może powodować przeniesienie się procesu zapalnego na skórę i ochrząstną małżowiny usznej oraz na węzły chłonne zauszne. W przypadku czyraka tylnej ściany przewodu słuchowego możliwe jest wystąpienie obrzęku bruzdy zamałżowinowej [4]. Może dojść do zropienia węzłów z wytworzeniem ropnia w okolicy zausznej, co powoduje odstawianie małżowiny usznej. Czyrak zlokalizowany na przedniej ścianie przewodu słuchowego może spowodować obrzęk okolicy przedmałżowinowej sięgający okolicy oczodołu [4]. Za pośrednictwem szczelin Santoriniego możliwe jest również przejście procesu zapalnego w kierunku przyuszniczy [5]. Nadkażenie bakteriami z rodzaju *Pseudomonas* może prowadzić do rozwoju martwiczego zapalenia ucha zewnętrznego [3].

W rozpoznaniu różnicowym czyraka przewodu słuchowego należy uwzględnić ostre zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego z wytworzeniem ropnia podokostnowego, gruźlicą, kiłą wczesną, błonicą, zapaleniem ślinianki przyusznej, wyrosłami kostnymi oraz różą. Należy również wykluczyć obecność ciała obcego oraz kaszaków w okolicy zausznej [3]. W przypadku braku odpowiedzi na prawidłowo prowadzone leczenie należy wykluczyć obecność guzów przewodu słuchowego. Należy wówczas pobrać wycinki ze zmiany i wykonać badanie histopatologiczne w celu postawienia prawidłowego rozpoznania [3,8].

Przed rozpoczęciem leczenia czyraka przewodu słuchowego należy przede wszystkim dokładnie oczyścić przewód

oraz pobrać wymaz. Stosowanie opatrunków z 70% alkoholem pozwala na dezynfekcję przewodu oraz zmniejszenie obrzęku przewodu słuchowego, dzięki czemu możliwe staje się zastosowanie leków o działaniu miejscowym [3]. Leczeniem z wyboru jest antybiotykoterapia miejscowa w postaci maści lub kropeł [1,2,7]. Zaleca się również miejscowe stosowanie leków przeciwzapalnych i odkażających [6] o niskim pH, takich jak 5% roztwór kwasu bornego lub 2% roztwór kwasu octowego [5]. Wymiana opatrunków powinna nastąpić nie rzadziej niż co 48 godzin, każdorazowo należy dokładnie oczyścić przewód słuchowy [5]. Nacięcie czyraka wykonuje się wyjątkowo – u pacjentów z silnym bólem, przewlekłym przebiegiem lub rozległym obrzękiem [1,6,7]. Antybiotykoterapia doustna zalecana jest jedynie w przypadku znacznego nasilenia objawów, złego stanu ogólnego pacjenta lub niedoborów immunologicznych [2,3]. Antybiotykami pierwszego rzutu stosowanymi w leczeniu czyraka są cefadroksyl oraz cefaleksyna [9] (tabela 1).

Wnioski

Czyraki przewodu słuchowego zewnętrznego nie są rzadkim stanem chorobowym. Charakterystyczny obraz kliniczny pozwala na szybkie rozpoznanie, natomiast rozłany naciek może zapoczątkować rozległe naciekanie tkanek i wiele powikłań. Wdrożenie odpowiedniego leczenia miejscowego i ogólnego pozwala na skuteczną terapię. Konieczne jest zwrócenie uwagi na schorzenia ogólne, które mogą predysponować do nawrotu tego schorzenia.

Piśmiennictwo

- Anniko M, Bernal-Sprekelsen M, Bonkowsky V, Bradley PJ, Iurato S. Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. Heidelberg: Springer; 2010.
- Niemczyk K, Jurkiewicz D, Składzień J, Stankiewicz Cz, Szyfter W. Otorhinolaryngologia kliniczna. Warszawa: Medipage; 2015.
- Iro H, Probst R, Grevers G. Otorhinolaryngologia. Skarżyński H. (red. wyd. pol.). Wrocław: Edra Urban & Partner; 2019.
- Bartoszewicz R, Zarębska P, Bruzgielewicz A, Niemczyk K. Zapalenie ucha zewnętrznego. Pol Przegląd Otorhinolaryngol, 2012; 2(1): 110–16.

5. Janczewski G, Osuch-Wójcikiewicz E. Ostry dyżur – otorynolaryngologia. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press; 2003.
6. Behrbohm H, Kaschke O, Nawka T, Swift A. Choroby ucha, nosa i gardła z chirurgią głowy i szyi. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
7. Ong YK, Chee G. Infections of the external ear. *Ann Acad Med Singapore*, 2005; 34(4): 330–34.
8. Elsürer C, Senkal HA, Baydar DE, Sennaroğlu L. Ceruminous adenoma mimicking furunculosis in the external auditory canal. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2007; 264(3): 223–25.
9. Dzierżanowska D, Dzierżanowska-Fangrat K. Przewodnik antybiotykoterapii. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press; 2013.