

KLINIKA UNIVERSITARE ORL

Otiti ekstern i komplikuar

Punoi: Dr. Mirela Xhelili

2011

Otiti ekstern i komplikuar

Nën termin “Otiti ekstern” janë përfshirë të gjitha ato procese inflamatorë që prekin lëkurën e kanalit të jashtëm të dëgjimit. Sëmundjet e përhapura të lëkurës mund të prekin edhe veshin e jashtëm. Për qëllime diferencimi këto çrregullime klasifikohen si:

- **Infeksioze**

- **Bakteriale**

- Otiti i jashtëm i kufizuar (Otitis externa circumscripta)
- Otiti i jashtëm i përhapur (Otitis externa diffusa)

- **Virusale**

- Herpes Zoster dhe Herpes Simpleks
- Otiti hemorragjik

- **Mykotike**

- Otomykoza

- **Ekzematoide**

- **Seborroike**

Ato mundet gjithashtu të jenë akute, rekurente dhe kronike.

Otiti ekstern infeksioz: Është një infeksion i kanalit të jashtëm të dëgjimit. Pamja e kanalit ndryshon në varësi të fazës së infeksionit, që mund të jetë akute, subakute ose kronike. Otiti ekstern akut është një infeksion i kanalit të jashtëm të dëgjimit i shkaktuar nga një dëmtim i lëkurës normale ose i barrierës ceruminoze mbrojtëse, shpesh në kushtet e lagështirës dhe temperaturës së rritur. I njohur ndryshe si “veshi i notarit’ otiti ekstern akut (AOE) mund të shkaktohet nga gjithçka që shkakton dëmtim të faktorëve mbrojtës të kanalit të jashtëm të dëgjimit si bakteriet dhe funget. Zakonisht ai fillon me të kruara në kanal dhe përgjithësisht shkaktohet nga ngacmimi i kanalit me instrumenta, tampon pambuku ose gishtërinj. Kjo lehtëson të kruarat, por lejon proliferimin e bakteve në lëkurën e maceruar dhe i lë vendin një cikli të kruarash gërvishtëse. Mjedisi i ngrohtë, i lagësht dhe i errët i kanalit të jashtëm të dëgjimit është një ambient perfekt për një rritje bakteriale të shpejtë. Më pas vjen dhembja si rezultat i enjtjes së shtresës së butë të kanalit. N.q.se sëmundja progreson, fillojnë rrjedhjet të cilat janë fillimisht seroze, të ujshme dhe shpejt bëhen purulente dhe mund të përfshijnë edhe aurikulën dhe indet e buta periaurikulare.

Në pacientët tek të cilët sëmundja nuk shërohet pas trajtimit ose lihen pa trajtuar, shfaqet forma subakute dhe ajo kronike. Këto gjendje mund të duken si ekzema dhe është një spektër sëmundjesh të shkaktuara nga tharja dhe luspëzimi i lëkurës së kanalit drejt obliterimit komplet

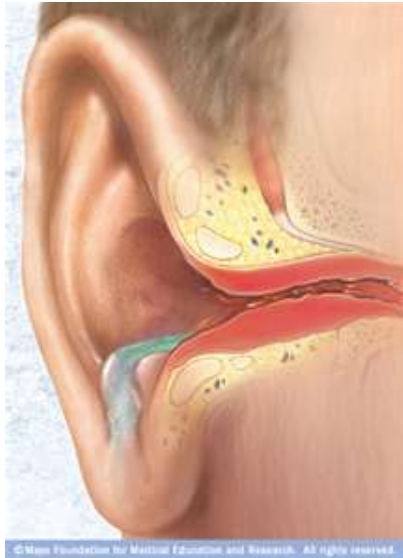


Figure 1 Otit ekstern

të kanalit nga lëkura hipertrofike e infektuar kronikisht. Dhembja, ndjenja e mbushjes, të kruarat dhe humbja e dëgjimit janë 4 simptomat madhore të otitit ekstern, megjithëse jo çdo pacient mund ti ketë të katërta. Gjatë ekzaminimit mjeku duhet të kujtojë inervimin e kanalit të jashtëm të dëgjimit dhe të ketë parasysh se dhembje nga regjione të tjera të traktit të sipërm aerodigjestiv mund të përhapen në vesh. (Ndjeshmëria e aurikulës dhe kanalit të jashtëm të dëgjimit sigurohet nga nervat kutan dhe kranial me kontributin e degëve aurikulotemporale të N. trigemin (V), N. facial (VII), N. glosofaringeal (IX) dhe N. vag (X) dhe nga nervi më i madh aurikular nga pleksi cervical.)

Bakteriologjia: Agjentët patogen shkaktarë të otitit eksten janë:

- Pseudomonas aeruginosa
- Proteus mirabilis
- Staphylococci
- Streptococci
- Bacile të tjerë gram-negativ
- Funget

Në një infeksion të lehtë ose të pakomplikuar zakonisht nuk kërkohet kultura e kanalit sepse do të japë një florë bakteriale mikse rritjeje. Në infeksionet rezistente, kultura mund të identifikojë një organizëm predominant dhe ndihmon në zgjedhjen e terapisë me antibiotik.

Stadifikimi: Otiti ekstern mund të stadifikohet :

- Stadi preinflamator
- Stadi inflamator akut, që mund të jetë: i lehtë, i moderuar ose i rëndë
- Stadi inflamator kronik

Zakonisht stadi preinflamator fillon kur shtresa korneale bëhet edematoze, për shkak të largimit të shtresës mbrojtëse yndyrore dhe acide të kanalit, të krijuar nga kompleksi apopilosebaceous. Me vazhdimin e obstrukcionit, fillon ndjesia e mbushjes së veshit dhe të kruarat. Çarja e shtresës epiteliale lejon invazionin e baktereve që ndodhen në kanal ose që hyjnë aty me trupat e huaj që futen në vesh ose nga gishtat e papastër. Kjo prodhon stadin e inflamacionit akut, i cili shoqërohet me dhembje dhe ndjeshmëri të aurikulës. Në stadin fillestar lëkura e kanalit paraqet eritemë të lehtë dhe edemë minimale. Një sasi e paktë sekrecionesh të qarta ose

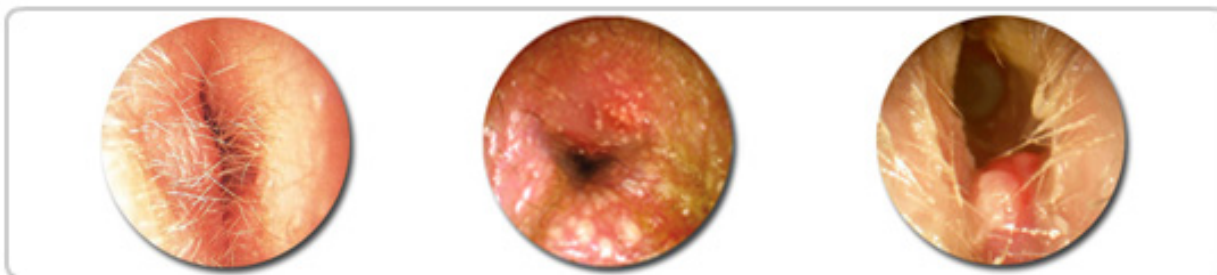


Figure 2 Otit ekstern stadi i rëndë, i moderuar, i lehtë

lehtësisht të turbullta mund të shihen në kanal. Me rritjen e dhembjes e të kruarave pacienti progreson në stadin e moderuar të inflamacionit akut, në të cilin edema shtohet dhe ka eksudate profuse më të trasha. Progresioni i mëtejshëm i inflamacionit në mungesë të trajtimit, sjell stadin e inflamacionit të rëndë, të karakterizuar nga rritja e dhembjes dhe bllokimi i lumenit të kanalit. Sekretionet purulente profuse dhe edema e lëkurës së kanalit mund të bëjë të pamundur pamjen e membranës timpanike. Papula të vogla të bardha shihen shpesh në sipërfaqe të lëkurës së kanalit. *P. aeruginosa* dhe bacile të tjerë gr(-) mund të identifikohen pothuaj gjithmonë në kulturë në këtë stad. Në stadin e rëndë shpesh ka shtrirje të infeksionit përtej kanalit, duke përfshirë indet e buta ngjitur dhe limfonodulat cervikale. Në stadin e inflamacionit kronik pacienti ndjen më pak dhembje, por më tepër të kruara thellë në kanal. Lëkura e kanalit të jashtëm të dëgjimit është e trashur dhe mund të duken rrjepje sipërfaqësore. Aurikula dhe konka shpesh paraqesin ndryshime sekondare si ekzematizacion, likenifikacion dhe ulçeracione superficiale. Kjo gjendje është krahasuar me ekzemën dhe mund të variojë nga tharje e lehtë dhe trashim i kanalit, deri në obliterim komplet të kanalit të jashtëm të dëgjimit nga lëkura hipertrofike nga infeksioni kronik.

Diagnoza e otitit ekstern

Anamneza

- Dhembje
- Ndjenja e mbushjes së veshit
- Të kruara
- Humbje konduktive e dëgjimit

Ekzaminimi fizik

- Stadi preinflamator
 - Erythema, edema e lehtë
- Stadi akut inflamator
 - Ndjeshmëri aurikulare
 - Erythema
 - Edema
 - Rrjedhje
- Stadi inflamator kronik
 - Trashje, rrjepje e lëkurës së kanalit

Ekzematizacion Ulçeracion
Laboratori <ul style="list-style-type: none"> ●Kultura <ul style="list-style-type: none"> P. aeruginosa P. mirabilis Staphylococcus Streptococcus
Radiologjia Shumë rrallë e indikuar

Diagnoza diferenciale: Diagnoza diferenciale e gjendjeve patologjike që janë të ngjashme me otitin ekstern është e madhe dhe përfshin:

- Otitin media
- Ramsay Hunt syndrome
- Forunkulat / Carbunkulat
- Osteomyelitin e bazës së kafkës
- Fistulat dhe cystet preaurikular
- Laceracionin
- Dermatitin atopik
- Perikondritin / kondritin
- Exostozat / osteomat
- Trupat e huaj
- Miringitin akut (bullosus) dhe kronik (granular)

Të gjitha kanë karakteristika të përbashkëta me otitin ekstern akut dhe kronik, sidoqoftë kanë mjaft ndryshime, që i bëjnë të konsiderohen entitete klinike të veçanta. Kështu, p.sh., AOE mund të imitojë shfaqjen e një otiti media akut (AOM) sepse eritema mund të përfshijë edhe membranën timpanike. Diferencimi i AOE nga AOM është i rëndësishëm, sepse ky i fundit mund të kërkojë antibiotik sistemik. Otoskopia pneumatike do të tregojë lëvizshmëri të mirë të membranës timpanike në AOE dhe mungesë ose kufizim të lëvizshmërisë në AOM të shoqëruar me efuzion në veshin e mesëm. Në mënyrë të ngjashme timpanografia vë në dukje kurbë tip A në AOE dhe kurbë tip B në AOM.

Karcinoma që përfshin kanalën e jashtëm të dëgjimit mund të duket si infeksion dhe në stadin e saj më të hershëm shpesh merret gabimisht si infeksion dhe trajtohet në mënyrë të papërshtatshme. Neoplazma malinje më e shpeshtë e kanalit të jashtëm të dëgjimit është karcinoma skuamoqelizore, ndërsa karcinoma të tjera primare siç janë karcinoma bazoqelizore, melanoma malinje, adenoma ceruminoze ose adenokarcinoma, karcinoma metastatike në kockën temporale me shtrirje në kanalën e jashtëm të dëgjimit me vatër primare në gjoks, prostatë, veshkë etj. janë përshkruar. Në të gjitha rastet e dyshuara për karcinoma duhet të merret biopsia dhe të kryhen ekzaminimet e tjera të domosdoshme për vendosjen e diagnozës.

Historia natyrale: Historia natyrale e otitit ekstern të patrajtuar është ajo e rritjes së dhembjes, edemës dhe rrjedhjes nga kanali i jashtëm i dëgjimit. Infeksioni mund të përhapet në indet e buta periaurikulare të afërta, fytyrë dhe qafë. Në një pacient të imunokompromentuar ajo që fillon si një infeksion i izoluar i bashkimit apopilosebaceous i kanalit të jashtëm të dëgjimit mund të komplikohet në perichondrit, chondrit, cellulitis dhe erysipelas, otit ekstern malinj. Drenimi i pasur limfatik dhe hematogjen favorizon përhapjen e infeksionit në kokë dhe qafë. Historia natyrale e otitit ekstern kronik është më pak dramatike se ajo e formës akute. Luspëzimi kronik dhe të kruarat në kanal predispozojnë për manipulime në kanal, heqjen e lëkurës dhe përsëritjen e episodeve akute të otitit ekstern. Me kohë lëkura e kanalit bëhet e likenifikuar dhe shkon drejt obliterimit komplet.

Mjekimi medikamentoz

Për trajtimin e otitit ekstern në të gjitha stadet janë të rëndësishme :

- Pastrimi i plotë dhe frekuent i kanalit të jashtëm të dëgjimit
- Përdorimi i matur i antibiotikëve të duhur
- Trajtimi i inflamacionit dhe dhembjes shoqëruese
- Këshillimi i pacientit për të parandaluar një infeksion të ardhshëm

Në çdo stad të infeksionit, pastrimi i plotë i kanalit është prioritar. Duhet të largohen me kujdes debriset, përmbajtja purulente dhe cerumeni. Në stadin preinflamator një pastrim komplet i kanalit mund të jetë gjithçka që duhet. Në mungesë të rrjedhjes purulente, përdorimi për një periudhë të shkurtër i pikave acidifikuese në vesh është efikas në shkatërrimin e rritjes bakteriale ose fungale.

Trajtimi i stadiut akut inflamator varion me shtrirjen e sëmundjes. Në formën e lehtë pastrimi i kanalit pasohet nga përdorimi i antibiotikëve antipseudomonas me pika në vesh. Preparatet fluoroquinolone me ose pa steroide (Ciprofloxacina, ofloxacina, dexametazoni, hidrokortisoni (Cipro HC, Ciprodex, Floxin) mund të kenë epërsi mbi neomicin/polomicin/hidrokortisoni. Në të njëjtën kohë, gjatë mjekimit me medikamente ototopik me fluoroquinolone nuk është vërejtur rezistencë sinjifikante ndaj antibiotikëve. Në këtë stad edema e kanalit të jashtëm të

dëgjimit është e lehtë dhe pacienti mund ti aplikojë vetë pikat në vesh duke mbajtur kokën të kthyer në anë ose duke qendruar i shtrirë.

Preparatet ototopik më të përdorshëm për trajtimin e AOE difuz:

Principi aktiv	Emri tregtar	Paketimi (ml)
Acetic acid, aluminum acetate	Otic Domeboro	60.0
Acetic acid, hydrocortisone	VoSol HC	10.0
Ciprofloxacin, hydrocortisone	Cipro HC	10.0
Ciprofloxacin, dexamethasone	Ciprodex	7.5
Neomycin, polymyxin B , hydrocortisone	Cortisporin Otic	10.0
Ofloxacin	Floxin Otic	5.0

Avantazhet e terapisë topikale qendrojnë në përqendrimin e lartë të preparateve antimikrobiale që përhapen në të gjithë shtresën e infektuar, që shpesh është 100 deri 1000 herë më e lartë se përqendrimi që mund të arrihet nga terapia sistemike. P.sh. një solucion 0.3 % antibiotiku lokal (që është zakonisht përqendrimi i preparative otik që përdoren) ka një përqendrim prej 3000 mcg/ml. Çdo agjent mikrobial, i njohur si shkaktar i otitit ekstern, madje edhe ata të konsideruar si “rezistent”, nuk do të mbijetonin dot në një përqendrim të tillë antibiotiku. Çdo 1 ml solucion përmban rreth 10 deri 20 pika, në varësi të natyrës së solucionit, çdo dozë prej 3-5 pika përmban rreth 0.5-1.5 mg antibiotik. Terapia topikale shmang zgjatjen e kohës së ekspozimit të bakreteve ndaj dozave subterapeutike të përqendrimit të antibiotikëve, që çon në lindjen e shtameve bakteriale rezistente. Lindja e shtameve rezistente është më e përhapur gjatë trajtimit me antibiotik sistemik. Fillimisht rekomandohet përdorimi i preparateve topical që nuk përmbajnë antibiotik, si p.sh., një antiseptik me ph acid si acidi acetik, acidi borik, acetati i aluminit, silver nitrati. Steroidet topical janë gjithashtu efektiv, si një agjent i vetëm ose i kombinuar me acid acetik ose një preparat antifungal. Ky steroid mund të jetë p.sh. hydrocortison ose dexamethason. Më pas mund të shtohet një preparat që përmban antibiotik topical aktiv ndaj P. aeruginosa dhe S aureus, që mund të jetë një aminoglukozid, polymicina B, një quinolon ose një kombinim i tyre.

Stadi i moderuar: Në këtë stad të inflamacionit edema e kanalit pengon shpërndarjen e pikave. Për këtë arsye këshillohet futja e një fitili në kanal dhe hedhja e pikave mbi të duke lejuar përhapjen e mjekimit në gjithë gjatësinë e kanalit. Të gjitha ndërhyrjet është mirë të bëhen nën mikroskop. Fitili hiqet nga mjeku në kohën e riekzaminimit. N.q.se edema nuk është reduktuar mjaftueshëm ai rivendoset përsëri. Antibiotikët me pika duhet të vazhdojnë së paku 2-3 ditë pas ndalimit të dhembjes, të kruarave dhe kullimit, në mënyrë që të sigurohet çrrënjësia komplet e infeksionit. Në stadin e moderuar përdoren gjithashtu analgjezik oral për qetësimin e dhembjes. Porositet pacienti të shmang manipulimet në kanal. Iu mësohet notarëve të thajnë me peshqir konkën dhe kanalin, të shkundin ujin jashtë veshit ose të përdorin pikat acidifikuese

pas notit. Nëse infeksioni nuk është përhapur jashtë kufirit të kanalit të jashtëm të dëgjimit, nuk është i nevojshëm përdorimi i antibiotikëve oral. Një vizitë përfundimtare tek mjeku është e rëndësishme për tu siguruar që infeksioni është shëruar komplet dhe kanali është kthyer në gjendjen e tij normale.

Stadi i rëndë: Në këtë stad infeksioni zakonisht shtrihet jashtë kufijve të kanalit të jashtëm të dëgjimit. Veç pastrimit të plotë të kanalit, vendosjes së fitilit dhe përdorimit të antibiotikëve ototopik të përshkruara më sipër, në këtë stad duhet të kontrollohet përfshirja e indeve të buta përreth kanalit me anë të përdorimit të një antibiotiku oral me spektër të gjerë veprimi. Si shtesë e mjekimit anti-pseudomonas ototopik përdoren antibiotik oral të grupit të penicillinave antistaphylococcus, cephalosporinat e gjeneratës së parë, ose një nga fluoroquinolonet antipseudomonal siç janë ciprofloxacin ose levofloxacin. Antibiotikët e fluoroquinoloneve janë efektiv ndaj pseudomonas, por përdorimi i tyre është i kufizuar nën moshën 18 vjeç për shkak të riskut të dëmtimit të kartilagove dhe vonësës së rritjes. Ato janë të kundërrindikuara gjithashtu në shtatzani, laktacion, epilepsi dhe në personat me defiçit të G6PD. Përdorimi i tyre nën moshën 18 vjeç justifikohet vetëm në raste të jashtëzakonshme siç është trajtimi i sëmundjeve respiratore në fëmijët me fibroz cystike.

Proçedurat e ngrohta janë gjithashtu të vlefshme për trajtimin e edemës së shtrirë në aurikul dhe lëkurën përreth saj. Kultura e kanalit është e indikuar vetëm në stadin e rëndë të sëmundjes ose në pacientët të cilët janë trajtuar më parë dhe nuk kanë patur përmirësim. Trajtimi zakonisht vazhdon për 10 -14 ditë kur ka përgjigje të mirë ndaj tij. Në pacientë të rrallë, të cilët nuk i përgjigjen trajtimit të mësipërm , indikohet hospitalizimi, kujdes i rreptë në mjekimin lokal, përsëritja e kulturës dhe përdorimi i antibiotikëve intravenoz.

Stadi kronik: Një otit ekstern quhet kronik kur sëmundja zgjat më tepër se 4 javë ose kemi 4 rekurenca të saj në vit. Në stadin e inflamacionit kronik pacienti ndjen më pak dhembje dhe më shume të kruara thellë në vesh. Lëkura e kanalit të jashtëm të dëgjimit duket e trashur dhe me zona të skuqura të rrjepura në të. Aurikula dhe konka shpesh pësojnë ndryshime sekondare si ekzematizacion, likenifikacion dhe ulçeracione superficiale. Këto mund të variojnë nga stadi i lehtë me rrjepje dhe trashje të lëkurës së kanalit deri në obliterimin komplet të tij nga lëkura hipertrofike nga infeksioni kronik.

Otiti ekstern difuz kronik shkaktohet zakonisht nga infeksioni fungal. Takohet më shpesh në dekadën e katërt dhe të pestë të jetës. Funget zakonisht *Aspergillus niger*, *Actinomyces* krijojnë zakonisht një skuqje sipërfaqësore kronike të lëkurës së kanalit kockor. Nga eksudati formohet një shtresë e trashë mbi lëkurë. Mbi këtë shtresë shihen filamentet e fungeve. Pas zhvendosjes së kësaj shtrese do të vihet re një skuqje e shkëlqyeshme e lëkurës. E kruara është simptom i zakonshëm dhe i fortë në infeksionet mykotike dhe shpesh progredon në dhembje, por jo gjithmonë kruarja e veshit ka shkak infeksionin mykotik. Manifestimet sistemike janë të rralla pa mbiinfeksione bakteriale që zakonisht vijnë nga kruarja dhe fërkimi i veshit. Sapo të paraqitet i sëmuri bëhet larja e veshit për pastrimin e membranave dhe filamenteve të mykut.

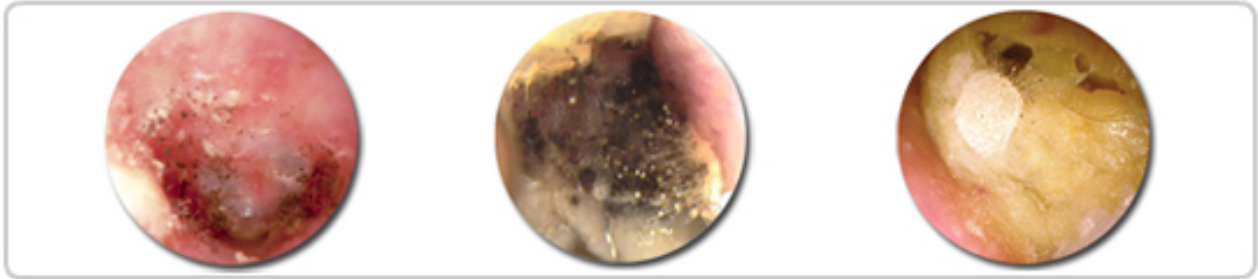


Figure 3 Otomykoz

Për këtë qëllim mund të përdoret edhe aspirimi. Pas pastrimit do të duket lëkura hiperemike dhe që gjakoset lehtë. Lëkura mund të lyhet me acetat metacresoli. Po të ketë mbivendosje të infeksionit bakterial, veshi pudrosët me perzierje Polimiksine B dhe Kloramphenikoli. Për këtë qëllim përzihet 250 mg puder Polimiksinë B me 3 gr. Kloramphenikol. Kur hiperemia fillon të bjerë shtohet alkool i holluar dhe pudrosja me acetat metacresoli rrallohet gradualisht.

Otiti ekstern kronik stenoçant

Kjo sëmundje është një formë ekstreme e një reaksioni hipertrofik të otitit ekstern të pakontrolluar dhe llogaritet si një komplikacion i këtij të fundit. Manifestohet me trashje të theksuar të lëkurës së kanalit të jashtëm të dëgjimit e shkaktuar nga ekspozimi i gjatë ndaj infeksionit. Në këto raste ndodh një proliferim i indit fibroz në shtresën subkutane e kombinuar me hiperkeratozë. Përgjegjës për një reaksion të tillë mund të jetë edhe një trup i huaj i fshehur thellë në kanal. Këto ndryshime në kanal janë të pakthyeshme. Kjo gjendje e krijuar në kanal mund të bëhet shkak për retensionin e mbeturinave në kanalën e ngushtuar. Në këtë proces inflamator do të përfshihet edhe membrana timpanike me shfaqjen e një hiperplazie fibroze të mesit të saj. Kjo gjë bën që të bjerë funksioni i membranës timpanike. Ekzaminimi vë në dukje rrjepje të lëkurës së thatë e të luspëzuar të kanalit. Megjithëse heqja e debrisëve është e rekomanduar, ajo është e vështirë për shkak të ngushtimit të lumenit të kanalit. Indikohet pastrimi i përsëritur i kanalit dhe hedhja në të e antibiotikëve dhe steroideve. Triamcinolone acetonide 0.25% krem / pomade (Kenalog) ose dexamethasone sodium phosphate 0.1 % (Decadron, Pred Forte 1%) pika ophthalmike mund të përdoren gjithashtu. Kur masat lokale janë të pamjaftueshme në çrrënjosjen e infeksionit dhe korrëgjimin e lumenit të kanalit, është e nevojshme ndërhyrja kirurgjikale. Operacioni konsiston në heqjen e plotë të lëkurës së prekur dhe zgjerimin e kanalit kockor veçanërisht kur ai është më i vogël se normalisht. Në shumë raste operacioni mund të bëhet me incizion meatal. Në raste me përfshirje të kanalit kërcor duhet një ekspozim më i gjerë i fushës operatore me incision endaural. Kur bëhet incizioni endaural rekomandohet teknika operatore e Lempert duke excizuar një segment semilunar të kërcit të konkës. Ky zgjerim i kanalit lejon trajtim më të mirë postoperator të kanalit. Lëkura abnormal e kanalit hiqet. Nëse është prekur dhe membrana timpanike indi fibroz hiqet derisa

mbetet vetëm një shtresë normale e saj. Kanali i zhveshur zgjerohet deri në një madhësi optimale me anën e frezës. Më pas merret një graft i hollë lëkure pa qime p.sh. nga sipërfaqja e brendshme e krahut. Grafti shtrohet në zonën e zhveshur të kanalit. Mbi graft vendoset sponxh. Kanali lihet i paprekur për 2-3 javë, më pas ai pastrohet nga çdo zonë granulacioni duke e prekur me solucion Nitrat argjendi 25 %. Inspeksioni dhe pastrimi duhet të bëhen në një periudhë dy javore derisa shërimi të ketë përfunduar.

Në rastet kur otiti ekstern lihet në historinë natyrale të tij i pamjekuar ose mjekimi është jokorrekt, ose kur ndërhyjne faktorë të tjerë modifikues si diabeti, imunokompromentimi, moshë madhore etj., shfaqen komplikacione të otitit ekstern si celuliti, erysipelas, perichondriti, chondriti, infeksioni kronik i pazgjidhur që çon drejt otitit ekstern kronik obliterant, të trajtuar më sipër, otiti ekstern nekrotizant ose malinj.

Komplikacionet e otitit ekstern

- Celuliti
- Erizipela
- Perikondriti
- Kondriti
- Otit ekstern kronik obliterant
- Otit ekstern nekrotizant, malinj

Emergjenca të otitit ekstern

- Vazhdimi i dhembjes pavarësisht kujdesit lokal
 - Shtrimi në spital
 - Analgjezia
 - Kontrolli i inflamacionit
- Shfaqja e neuropatve kraniale
 - Merret në konsideratë otiti ekstern nekrotizant

Mjeku duhet të vlerësojë pacientët me otit ekstern difuz për prezencën e faktorëve që modifikojnë ecurinë dhe trajtimin e sëmundjes, siç janë :

- Diabeti, gjendjet e imunokompromentuara, moshë e avancuar
- Membrana timpanike jointakte, tubat e timpanostomisë
- Radioterapia

Otiti ekstern nekrotizant (Malinj) – NOE

Kjo formë e veçantë e otitit ekstern akut difuz është një sëmundje potencialisht jetëkërcënuese. Patologjia esenciale është një osteomielit progresiv i kockës temporale dhe bazës së kafkës nga *Pseudomonas aeruginosa* si mikroorganizëm infeksioz.

Rasti i parë i raportuar me NOE i përket vitit 1838 kur Toulmouche e përshkroi atë si osteomielit progresiv të kockës temporale. Falë përdorimit të antibiotikëve anti-*Pseudomonas* e sidomos fluoroquinoloneve, prevalenca dhe vdekshmëria e NOE është ulur ndjeshëm krahasuar me 20 vite më parë.

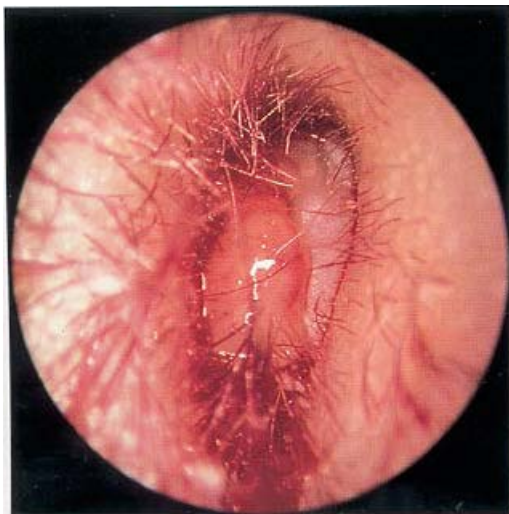


Figure 4 Otiti extern malinj

NOE zakonisht fillon si një otit ekstern akut, i cili nuk përmirësohet pavarësisht terapisë medikamentoze të përshkruar më sipër. Katër veçori të dukshme janë gjetur në pacientët me NEO:

1. Otagia persistente më shumë se një muaj
2. Rrjedhje purulente persistente me ind granulacioni për disa javë
3. Diabet melitus, gjendje të tjera të imunokompromentimit, moshë e avancuar
4. Neuropati kraniale

Sëmundja mund të përparojë duke kaluar përpara kanalit të jashtëm të dëgjimit përmes fissa Santorini në artikulationin temporomandibular dhe gjendrën parotis. Muri i pasëm kockor i kanalit shërben si kufi i përparmë i kavititetit mastoid. Disa vaza penetrojnë kanalën vaçanërisht nëpër suturën timpanomastoide. Kjo ndikon në përhapjen hematogjene të infeksionit nga kanali në segmentin mastoid. Medialisht kanali i jashtëm i dëgjimit kufizohet me membranën timpanike dhe skuamën e kockës temporale, e cila, kur është intakte, është një barrierë e mirë që ndalon shpërndarjen e infeksionit. Destruksioni nga osteomieliti i unazës timpanike dhe skuamës temporale është mekanizmi direkt i shtrirjes intrakraniale të infeksionit në fossa crani media. Sipër kanali i jashtëm i dëgjimit kufizohet me fossën infratemporale dhe bazën e kafkës dhe

infeksioni i përhapur përmes tavanit të destruktuar të kanalit mund të përhapet në këto struktura. Infeksioni mund të kalojë posteroinferiorisht përmes foramen stylomastoide në bulbin jugular dhe bazën e kafkës. Gjithashtu sëmundja mund të kalojë përmes venave të trombozuara dhe nëpër rrugën e nervit facial në drejtim të apeksit petroz dhe bazës së kafkës. Në ekzaminimin fizik vihet re prania e indit të granulacionit në pjesën e poshtme të kanalit, madje edhe të dala jashtë tij. Kjo mund të fsheh membranën timpanike. Është e rrallë të shihet ind granulacioni në pacientët me otit ekstern të zakonshëm, megjithatë, granulacionet janë të zakonshme në një acarim akut të otitit media kronik me perforacion të membranës timpanike. Lëkura e kanalit është shpesh erythematoze, e induruar dhe ndonjëherë e maceruar. Sekretionet purulente janë të zakonshme.

Shkaktari më i shpeshtë është *P. aeruginosa*, megjithëse janë izoluar edhe organizma të tjerë si *P. mirabilis*, *Aspergillus fumigates*, *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*, dhe *Staphylococcus sp.*



Figure 5 Otit extern malinj

Historia natyrale e NOE është një progresion i pamëshirshëm i infeksionit me përfshirjen e nervave kranial, sidomos të nervit facial me shfaqjen e parezës dhe paralizës së këtij nervi. Më pak preken nervet kranial të IX (*N. glossopharyngeus*), X (*N. vagus*) dhe XI (*N. accessories*) në foramen jugulare, XII në kanal in hypoglossus dhe V, VI kur sëmundja prek apeksin petroz.

Radiologjia: CT scan i kockës temporale me kontrast është ekzaminimi fillestar radiologjik që duhet bërë. Ai jep detaje kockore të rëndësishme me më pak informacion rreth indeve të buta. Ai mund të përcaktojë ndryshime delikate kockore si erozioni i murit anterior të kanalit me përfshirje të artikulationit temporomandibular dhe erozion të unazës timpanike dhe bazës së kafkës. Ai mund të tregojë trashje të shtresës së indeve të buta dhe turbullim të mastoidit. Një veçori e rëndësishme

radiologjike në coronal CT të kockës temporale është zhdukja e unazës timpanike. Imazhet e rezonancës magnetike (MRI) tregojnë informacion të pakët rreth kockës, e cila duket si siluet. MRI pa dhe me shtim të gadolinium ka avantazhe në përcaktimin e shtrirjes mediale të indeve të buta në bazën e kafkës. Të qenët evident të sinuseve dural dhe vazave të mëdha të qafës mund të vlerësohet si një formë joinvazive me rezonancë magnetike, angiografi ose venografi. Ndryshimet e para në MRI nuk përkojnë me përmirësimin klinik. Kështu, MRI është një mjet diagnostik me vlerë për të vlerësuar përhapjen e sëmundjes, por e padobishme për ndjekjen e kursit klinik të NOE.

Skeneri kockor me Teknecium-99m dhe skaneri me gallium-67 përdoren për ndjekjen e evolucionit të NEO. Ata kanë sensitivitet të lartë për prezencën e infeksionit. Një scan pozitiv do

të thotë prezencë të aktivitetit osteoblastik mbi 10 % të normës. Skaneri është pozitiv në osteomielitin akut dhe kronik dhe në zona të riparimit aktiv kockor pa infeksion si psh. në trauma. Rritja e kapjes së izotopeve në Tc-99m ndërmjet 4 dhe 24 orë pas injektimit është indikator më sensitiv i osteomielitit të kockës temporale. Përdorimi i tij në evolucionin e NOE është plotësues i Ga-67 scan. Ga-67 mendohet të inkorporohet me proteina dhe polimorfonukleocite në vendndodhjen e infeksionit aktiv duke formuar kompleksin Ga-67 laktoferrin. Ai mund të nxjerrë në pah vatrën e infeksionit akut, por jo të gjithë shtrirjen e procesit osteomielitik. Me progresimin e trajtimit, Ga-67 scan mund të kthehet në normë (të negativizohet).

Diagnoza e otitit ekstern nekrotizant
<ul style="list-style-type: none"> ● Anamneza <ul style="list-style-type: none"> • Otagji persistente • Otorrhea purulente persistente, granulacione • Diabet mellitus, moshë e avancuar, gjendje imunokompromentimi • Neuropati kraniale
<ul style="list-style-type: none"> ● Ekzaminimi fizik <ul style="list-style-type: none"> • Granulacione në kanalën e jashtëm të dëgjimit • Rrjedhje purulente • +/- neuropati kraniale, sidomos N. VII
<ul style="list-style-type: none"> ● Laboratori <ul style="list-style-type: none"> • Kultura (Pseudomonas aeruginosa) • Glicemia, HbA1c
<ul style="list-style-type: none"> ● Radiologji <ul style="list-style-type: none"> • CT scan me contrast • MRI me contrast • Tc-99m scan • Ga-67 scan

Diagnoza diferenciale e NOE duhet bërë me otitin ekstern akut në stadin e rëndë, karcinomën skuamoqelizore, glomus jugular tumor, kolesteatomën, karcinomën nazofaringeale, granulomën eozinofilike, granulomatozën Wegener, karcinomën meningeale etj.

Trajtimi medikamentoz i NOE

Për trajtimin e NOE pacienti duhet të shtrohet në spital dhe menjëherë të vihet nën regjimin e dozave të larta të antibiotikëve specifik për Pseudomonas aeruginosa për një kohë të gjatë. Para fillimit të mjekimit duhet të merret kultura e kanalit dhe biopsia e indit granulatit për diagnozë diferenciale me karcinomën e kanalit të jashtëm të dëgjimit.

Pseudomonas është shkaktari më i shpeshtë i NOE, ndaj pacienti trajtohet me antibiotik

anti-Pseudomonas për një periudhë të gjatë, shpesh 6 javë e më tepër (6-17 javë). Për shkak të efektit sinergjik gjatë përdorimit të dy antibiotikëve, njëri antibiotik anti-Pseudomonas dhe tjetri një aminoglukozidik, monoterapia është kundërshtuar në trajtimin e NOE. Zakonisht dy antibiotik anti-Pseudomonas janë zgjedhur midis disa alternativave, duke përfshirë gentamicinën ose tobramicinën me ticarcillin ose piperacilin. Antibiotik alternativ përfshijnë mezlocillin ose azlocillin, ceftazidime, imipenem, aztreonam, amikacin, norfloxacin, dhe ciprofloxacina ose një nga fluoroquinolonet anti-Pseudomonas. Në rastet kur zgjidhet një aminoglukozid duhen matur elektrolitet sepse mund të shfaqen çrregullime të tilla elektrolitike si hipokalemia. Për të parë funksionin renal duhet matur tre herë në javë niveli i kreatininës. Duhet gjithashtu të bëhen herë pas here provat e dëgjimit, sidomos tek veshi normal. Nje veçori klinike e hershme e suksesit të trajtimit është ndalimi i dhembjes dhe pacienti mund të tentojë të ndërpresë terapinë. Pavarësisht medikamenteve të zgjedhura dhe menyrës së marrjes së tyre, pacienti duhet të kuptojë që duhet të mbajë një higjienë të përpiktë të veshit dhe trajtimi me antibiotik duhet të zgjasë mbi 6 javë, si dhe duhet të ketë një kontroll të rreptë të glicemisë. Veshi duhet të pastrohet rregullisht nën mikroskop derisa indi granular të largohet. Përdoren antibiotik ototopik anti-Pseudomonas krahas antibiotikëve sistemik. Diabeti duhet kontrolluar rreptësisht me ndihmën e endokrinologut dhe të monitorohet me kujdes dieta me ndihmën e dietologut.

Oksigjeni hiperbarik mendohet se ndihmon osteoneogenezën dhe riparimin e kockës së sëmurë Kostoja dhe bezdia e terapisë me oksigjen hiperbarik e kufizojnë përdorimin e tij. Ai rekomandohet në stadi të avancuar të sëmundjes me prekje të bazës së kafkës dhe nervave kranial, sëmundje rekurente, dhe infeksione refraktare ndaj antibiotikoterapisë. Mjekimi me medikamente të NOE duhet të vazhdojë edhe një javë pas shërimit të sëmundjes, e konfirmuar kjo nga negativizimi i skanerit me izotope dhe testet në gjak, dhe të kontrollohet me një tjetër skaner me izotope pas një muaji për të qenë të sigurtë për shërimin e sëmundjes.

Mjekimi kirurgjikal i NOE

Shumica e pacientëve trajtohen me medikamente dhe roli i kirurgjisë në NOE mbetet i diskutueshëm. Ndërhyrja kirurgjikale do të ndihmonte në eliminimin e patologjisë, por në disa raste rezulton se ajo i përhap më tej kufijtë e infeksionit. Heqja kirurgjikale e indeve të buta dhe kockës osteomielitike zakonisht rezervohet për pacientët të cilët nuk i përgjigjen terapisë së përshkruar më sipër. Progresioni i dhembjes pavarësisht terapisë medikamentoze agresive, persistencës së granulacioneve dhe përfshirjes së nervave kranial janë shenja kërcënuese që tregojnë për nevojën e një terapie medikamentoze më agresive dhe ndërhyrjen kirurgjikale të mundshme. Me shfaqjen e parëzës dhe paralizës faciale duhet të merret në konsideratë dekompresioni i pjesës deshendente të N. facial, që sjell rikthim të funksionit. Synimi primar kirurgjikal është ekscizioni i shtresës së nekrozës dhe zëvendësimi me ind të vaskularizuar. Elektroneuronografia (ENOG) seriale përdoret për të determinuar degjenerimin elektrik të

nervit VII në pacientët me paralizë faciale.

Mortaliteti mbetet i lartë, sidomos në pacientët e imunokompromentuar. Progresioni i sëmundjes rezulton në dhimbje të forta të pandërprera brenda në vesh dhe në bazën e kafkës dhe shpërndarja e infeksionit në mastoid, parotis, nervat kranial dhe sinusin sigmoid dhe transvers. Osteomieliti i bazës së kafkës mund të çojë në meningit, abses të trurit dhe vdekje.

Trajtimi i otitit ekstern nekrotizant
<ul style="list-style-type: none">● Medikamentoz<ul style="list-style-type: none">• Hospitalizimi• Antibiotik intravenoz• Pastrim i përditshëm, antibiotik ototopik
<ul style="list-style-type: none">● Kirurgjikal<ul style="list-style-type: none">• Excizioni i granulacioneve +/- eksplorimin e veshit të mesëm• +/- mastoidektomi• +/- dekompresioni i nervit facial• +/- rezeksioni i kockës temporale

Komplikacionet e otitit ekstern nekrotizant
<ul style="list-style-type: none">● Neuropati kraniale (VII, IX, X, XI)● Progresioni në mastoid, parotis, nervat kranial të poshtëm, bazën e kafkës, sinuset venoz dural, tru.● Meningitis● Abses të trurit● Vdekje

Membrana timpanike jointakte dhe tubat e timpanostomisë

Sëmundjet e veshit të mesëm mund të modifikojnë trajtimin e otitit ekstern. Pacientët me perforacion të membranës timpanike ose me tubat e timpanostomisë mund të bëjnë otit ekstern difuz për shkak të sekrecioneve purulente që rrjedhin në kanalën e jashtëm të dëgjimit nga veshi i mesëm. Ky është quajtur dermatit ekzematoid infeksioz sepse lëkura e kanalit të jashtëm të dëgjimit pëson ndryshime, që ngjajnë si me ekzemën, ashtu edhe me infeksionin. Në këto raste, mjekët duhet të japin preparate ototopik jotoksik. Duhet të bëhet mjekimi korrekt i sëmundjes bazë të veshit të mesëm, që mund të kërkojë antimikrobiale sistemik, studime imazherike ose kirurgji.

Një vlerësim i veçantë duhet të bëhet për personat që kanë një perforacion të njohur ose të dyshuar të membranës timpanike. Kanali i jashtëm i dëgjimit përfshirë edhe membranën timpanike janë të mbuluara me epitel skuamoz të keratinizuar, ndërsa veshi i mesëm është i veshur me mukoz. Kjo mukoz formon murin lateral të membranës së dritares rrethore, e cila

ndan hapësirën e veshit të mesëm nga lëngjet e veshit të brendshëm. Antibiotikët e pranishëm në veshin e mesëm mund të kalojnë përmes membranës së dritares rrethore dhe të arrijnë në veshin e brendshëm. Antibiotikët ototoksik shkaktojnë shpesh humbje të dëgjimit dhe dëmtim të organit të Cortit. Eksperienca klinike me antibiotikët topikal ototoksik në pacientët me perforacion të membranës timpanike ka treguar që humbja e dëgjimit nuk shfaqet pas një terapie të shkurtër, megjithatë, shpesh humbja e dëgjimit shfaqet pas përdorimit të zgjatur dhe të tepruar të antibiotikëve ototoksik topikal. Ekzaminimi i kujdesshëm i membranës timpanike mund të zbulojë një perforacion të membranës timpanike në disa raste me otit ekstern. Kanali i jashtëm i dëgjimit dhe aurikula mund të jenë të enjtura dhe të ndjeshme dhe membrana timpanike nuk vizualizohet dot ose kjo bëhet përmes dhembjes dhe diskonfortit. Në këto raste na vjen në ndihmë timpanometria, e cila zbulon praninë e perforacionit. Duhet të kërkohet gjithmonë në anamnezë për mundësinë e historive të mëparshme të dëmtimit të membranës timpanike. Fëmijët me tuba të timpanostomisë janë një kategori e rëndësishme e këtij kontigjenti. Shumica e tubave të timpanostomisë qëndrojnë në membranën timpanike për rreth 6-12 muaj. Pas kësaj periudhe fëmija duhet të ekzaminohet për të dokumentuar nxjerrjen e tubit dhe mbylljen e membranës timpanike. N.q.se është i ditur ose i dyshuar perforacioni i membranës timpanike, pikat në vesh që përmbajnë alkool, ato që kanë pH të ulët (acidifikuesit antiseptikët), ose të dyja, duhet të shmangen për shkak të dhembjes dhe ototoksicitetit. Substancat me ototoksicitet potencial (aminoglikozidikët, alkooli) nuk duhet të përdoren kur membrana timpanike është jointakte dhe hapësira e veshit të mesëm është e hapur për shkak të riskut të lartë për ototoksicitet dhe duhet të zëvendësohen nga antimikrobiale jotoksik. Antimikrobiale topik të vetëm të lejueshëm për këtë rast janë ofloxacin dhe ciprofloxacina/dexametazoni. Neomicina mund të shkaktojë humbje permanente sensoroneurale të dëgjimit si rezultat i dëmtimit koklear, nga destruksioni i qelizave me cilie në organin e Cortit. Risku është më i madh me zgjatjen e përdorimit. Pacientët e trajtuar me preparate me pika në vesh që përmbajnë neomycin duhet të mbahen në observacion klinik.



Figure 6 Otit ekstern pas radioterapisë

Cortisporin Otic suspension nuk duhet të përdoret në asnjë pacient me perforacion të membranës timpanike.

Radioterapia

Radioterapia mund të dëmtojë kanalin e jashtëm të dëgjimit duke shkaktuar reaksione kutane akute dhe të vonuara që përfshijnë aurikulën, kanalin e jashtëm të dëgjimit dhe regjionin periaurikular. Reaksionet akute përfshijnë eritemën, deskuamimin ose ulçeracionet e aurikulës dhe kanalit të jashtëm të dëgjimit duke shkaktuar dhembje dhe otorrhea. Ndryshimet e vona të lëkurës përfshijnë atrofi, nekroz

ose ulçeracion, otit ekstern dhe stenoz të kanalit të jashtëm të dëgjimit. Dëmtimi i epitelit të gjendrave sebace dhe apokrine mund të dëmtojë sekretimin e cerumenit. Otiti ekstern mund të shfaqet pas radioterapisë nga dobësimi i mekanizmave mbrojtës lokal dhe lulëzimi i bakterieve rezidente. Kur infeksioni nuk i kalon kufijtë e kanalit të jashtëm të dëgjimit trajtimi i tij bëhet siç është përmendur më sipër. Rastet më të rënda mund të kërkojnë antimikrobiale sistemike dhe shfaqja e osteoradionekrozës dhe indeve të devitalizuara kërkon heqjen e tyre dhe zëvendësimin me ind të vaskularizuar.

Perichondritis dhe chondritis

Otiti ekstern mund të komplikohet me perikondrit ose kondrit të llapës së veshit. Perichondritis, inflamacioni i perikondriumit, dhe chondritis, inflamacioni i kartilagos, janë komplikacione të otitit ekstern ose media, por mund të ndodhin edhe nga trauma aksidentale ose kirurgjikale e aurikules. Organizmi infeksioz i zakonshëm është *Pseudomonas Aeruginosa*. Fillimi i



Figure 7 Perikondrit i llapës së veshit

perikondritit karakterizohet me një skuqje të përhapur të aurikulës e cila bëhet shumë e dhembshme. Shpesh pacienti ankohet për të kruara thellë brenda në kanal. Veshi është i induruar dhe eritematoz; shpesh kanali enjtet dhe mbyllet. Edema mund të përhapet edhe në regjionin retroaurikular duke shkaktuar shtyrjen para të llapës së veshit. Mund të përfshihen edhe indet e buta përreth në fytyrë dhe qafë. Mund të ketë rritje të temperaturës, adenopati regjionale dhe leukocitoz. Mjekimi me antibiotik është i vështirë sepse mikrobet që shkaktojnë këtë sëmundje janë rezistente ndaj tyre. Sa herë që konstatohen shenjat e para të perikondritit duhet të fillohet menjëherë mjekimi energjik me antibiotik antipseudomonas. Para fillimit të mjekimit rekomandohet

marrja e kulturës dhe më pas bëhet rregullimi i mjekimit në bazë të rezultateve të saj.

Antibiotikët sistemikë efektivë janë p.sh. Tobramycina dhe Ticarcillina që jepen së bashku.

Mjekimi vazhdon 2 javë, nën ndjekjen e rregullt të funksionit renal. Mjekimet lokale përdoren

për trajtimin e otitit të jashtëm apo të mesëm, nëse janë prezent. Mbi aurikulën e sëmurë

aplikohen procedura të ngrohta në formë kompresash të lagura që përmirësojnë qarkullimin e

gjakut. Antibiotikët duhet të vazhdojnë edhe për disa ditë pas shërimit të sëmundjes, sepse

ekziston mundësia e pranisë së vatrave të fshehura të infeksionit. Administrimi i një doze të

vogël rreze X (300-600 Rondgen) jep rezultate të mira. Shfaqja e fluktuacionit kërkon incizion

dhe drenim si në hematoma të aurikulës. Dreni duhet të lihet në vend derisa të pushojë rrjedhja

purulente. Incizioni nuk duhet bërë nëse nuk shfaqet fluktuacioni. Kur kërci nekrotizohet, ai

duhet të hiqet në kufij të shëndoshë.

Prognosa lidhur me anën kozmetike është e keqe për shkak se kërci i nekrotizuar deformon

llapën e veshit, e cila rrudhet dhe zvogëlohet duke u bërë e ngjashme me një lule lakër. Mund të bëhet rindërtimi kozmetik, por duhet pritur me muaj derisa të vlerësohet përfundimisht deformimi i llapës së veshit.

Erizipela e llapës së veshit (Erysipelas auriculae)

Otiti ekstern mund të komplikohet me erizipelën e llapës së veshit, e cila është një sëmundje që prek lëkurën e llapës së veshit. Futja e infeksionit favorizohet nga dëmtimi i lëkurës që ndodh nga kruarja e veshit si dhe nga proceset qelbëzuese të veshit të jashtëm. Bëhet fjalë për një dermo-epidermit akut të lokalizuar që i dedikohet një infeksioni lokal, të shkaktuar nga streptokoku A beta-hemolitik, më rrallë nga G ose B tek latanti.

Klinikisht paraqitet me skuqje të theksuar, tendosje dhe shkëlqim të lëkurës, e cila ngrihet mbi nivelin e lëkurës së shëndoshë duke krijuar kështu një kufi të qartë me lëkurën e shëndoshë.

Disa herë shoqërohet me formimin e flluskave (erysipelas bulosum)



Table 8 Erysipelas auriculae

Në prekje lëkura është e dhimbshme. Zakonisht shoqërohet me ngritjen e temperaturës me frisone dhe dhembje koke. Ajo shoqërohet me adenopati regjionale të dhembshme që nganjëherë japin edhe linfangit. Diagnoza vendoset duke u bazuar në gjetjen klinike dhe ekzaminimet hematologjike plotësuese që paraqesin të dhënat e një sindromi inflamator me leukocitoz dhe shtim të polimorfonuklearëve. Hemokulturat shumë rrallë gjenden pozitive. Rritja e antikorpeve anti-enzim streptokoksike është e paqëndrueshme dhe e vonuar.

Diagnoza diferenciale e sëmundjes duhet bërë me perikondritin e llapës së veshit.

Mjekimi është i përgjithshëm dhe lokal. Mjekimi i

përgjithshëm konsiston në dhënien e antibiotikëve antistreptokoksik, zakonisht me Penicilina G në rrugë parenterale, gjatë 4-6 ditëve dhe më pas bëhet ndërrimi me Penicilin V (oracilin) nga goja. Zgjatja e plotë e mjekimit duhet të jetë 10-15 ditë. Eritromicina përdoret kur ka alergji kundrejt penicilinës. Antiinflamatorët josteroid duhet të mënjanoen për shkak se favorizojnë ecurinë drejt celulitit nekrotik. Lokalisht përdoren kompresa me alkool, me permanganat dhe antiseptik të tjerë si dhe pomada antibiotikësh të ndryshëm.

Duke qenë sëmundje ngjitëse rekomandohet shtrimi në repartet e sëmundjeve ngjitëse.

Celuliti i aurikulës

Celuliti është një infeksion bakterial që fillon zakonisht pas abrazionit, laçerimit, ose çpimit të veshit. Ai mund të jetë edhe një ndërlikim i otitit ekstern dhe zakonisht shkaktohet nga koke gr. (+) si Staphylococcus ose Streptococcus dhe rrallë nga mikroorganizma si Pseudomonas. Aurikula është e kuqe, e enjtur, dhe e dhembshme gjatë manipulimit. Në mungesë të historisë së traumës ose otitit ekstern, një reaksion alergjik topikal ose polikondriti përkeqësues (relapsing polychondritis) duhet të merret në konsideratë. Trajtimi përfshin antibiotik oral ose sistemik i/v dhe kujdesin lokal.

Herpes Zoster dhe Herpes Simplex

Një formë e veçantë e otiteve eksterne janë ato të shkaktuara nga viruset (otit extern viral). Këto forma mund të ndërlikohen me polineurit kranial. Herpes zoster dhe herpes simplex janë viruse të njohur që prekin kanalin e jashtëm të dëgjimit.

Herpes zoster oticus: Shkak i sëmundjes është virusi Varicella Zoster, që për vite të tëra mund të rrijë i fshehur në ganglion genikuli dhe në rrethana të caktuara, kur bie fuqia imunitare e organizmit, ai mund të riaktivizohet. Mund të vihet re pas helmimeve, sëmundjeve të rënda (pneumoni, meningit), në sëmundje kronike ose në traumat e kokës. Preken nervat që kalojnë në meatus acusticus internus. Sëmuren më shpesh të rriturit.

Sëmundja paraqitet në 3 forma klinike:

1. Herpesi aurikular i thjeshtë

Sëmundja fillon me nxehtësi dhe ndjenjën e tendosjes së veshit. Më vonë fillon dhembje e fortë veshi që nuk e lë të sëmurin të flerë (stadi preherpetik). Pas ditës së katërt, të pestë, dhe disa herë në ditën e shtatë aurikula dhe kanali i jashtëm i dëgjimit mbulohen me fshikëza të vogla të mbushura me lëng seroz që plasin dhe krustëzohen. I sëmuri duhet të qetësohet nga dhembjet e forta me analgjezik të ndryshëm. Proçedurat e ngrohta dhe rrezet ultravjollcë qetësojnë dhembjen.

2. Herpesi aurikular me paralizë faciale.

Kuadri klinik është si më sipër, por shtohet paraliza faciale e plotë e tipit periferik. Mjekimi është si në herpesin e thjeshtë. Efekt të mirë jep përdorimi i kortizonikëve dhe grupit të vitamins B.

3. Herpesi aurikular me paralizë faciale dhe dëmtime të nervit të VIII.

Është forma klinike më e rëndë me çrregullime të ekuilibrit dhe të dëgjimit, krahas paralizës faciale. Përveç shenjave të përmendura në dy format e lartpërmendura i sëmuri ka zhurmë në vesh, ulje dëgjimi, marrje mendsh, të vjella dhe nistagmus. Me

kohë shenjat vestibulare do të zhduken, ndërsa zhurma në vesh dhe ulja e dëgjimit mund të mbeten përgjithmonë. Në mjekim shtohen qetësues të aparatit vestibular.



Table 9 Herpes Zoster Oticus



Table 10 Herpes Zoster Oticus Otoscopy

Herpes simplex mund të prek gjithashtu kanalin e jashtëm të dëgjimit dhe të jap polineurit kranial dhe paralizë faciale të njohur si paraliza Bell. Paraliza Bell klinikisht evidenton aspektet e polineuritit kranial të shkaktuar nga virusi Herpes simplex (HSV I). Sëmundja konsiderohet si një poliganglionit sensor viral me demielinizim autoimun dytësor, dhe nervat motor do të preken nëse kalojnë pranë ganglioneve sensore të prekura. Limfocitet T sugjerojnë një reaktion autoimun, duke treguar për inflamacion, si në regjionin e ponsit, ashtu edhe gjatë rrugës intratemporale të nervit facial.

Polineuriti kranial i shkaktuar nga Herpes Zoster diferencohet nga ai i shkaktuar nga HSV I, nga shfaqja klinike më e rëndë, prania e vezikulave dhe titri i rritur i antitropave për virusin e Herpes Zoster. Ka edhe një formë të paralizës Bell e ngjashme me Zosterin pa shfaqje të vezikulave dhe pa rritje të titrit të antitropave të virusit të Herpes Zoster. Të sëmurët me këtë sindrom kanë një rrezik të lartë të degjenerimit nervor.

Në Gd-MRI vihet re një zmadhim i ganglion genikuli në 88 % të të sëmurëve me paraliz Bell, dhe 100% në sindromin Ramsay-Hunt. Në të sëmurët me simptoma të prekjes së kanalit auditiv të brendshëm siç janë vertigo dhe tinnitus shihet edhe zgjerim i nervit vestibulokoklear.

Trajtimi: Së pari është e rëndësishme të qetësohet i sëmuri nga dhembjet. Kortikosteroidet për os janë konsideruar si një trajtim i shkëlqyer për një sëmundje virale inflamatore autoimune.

Prednizoni përdoret 1 mg/kg peshë çdo ditë dhe merret në doza të ndara në mëngjes dhe mbrëmje për 14 ditë, dhe më pas doza ulet gjatë javës së ardhshme (gjithsej 21 ditë).

Acikloviri vetëm ose me prednizon është mjekim i preferuar për Herpes Zoster të shoqëruar me

faralizë faciale, i cili qetëson dhembjen dhe shpejton shërimin e vezikulave. Acikloviri mund të jepet me rrugë venoze ose nga goja. N.q.se zgjidhet trajtimi nga goja është e nevojshme të jepen 800 mg çdo 5 orë, meqenëse thithja nga goja është e kufizuar. Kur trajtohet paraliza Bell e shkaktuar nga HSVI, acikloviri jepet 200 mg çdo 5 orë për 10 ditë. Përfitimi i dhënies së aciklovirit vetëm akoma nuk është përcaktuar, prandaj këshillohet dhënia e tij me prednizonin. Pomada Zovirax lehtëson dhembjet kur aplikohet mbi lëkurën me erupsione.

Dekompresioni i nervit facial (DNF)

Zgjedhja e të sëmurve për DNF sugjerohet të bëhet duke përdorur si udhërrëfyes ENog dhe dekursin klinik. Kur ENog tregon në 75-95 % të rasteve degjenerim në dy javët e para të sëmundjes, ndërhyrja urgjente mund të ruajë aksonet që kanë mbetur. Kirurgjia pas ditës së 14 nuk këshillohet sepse sëmundja aktive virale është qetësuar dhe ka filluar stadi i regjenerimit. Dekomprimimi duhet të kufizohet vetëm në segmentin meatal dhe labirintik nëpërmjet fossa crani media. Dekomprimimi transmastoid i nervit për trajtimin e paralizës Bell sot është i papranueshëm.

Referencat

1. Hollinshead WH. Anatomy for surgeons: the head and neck, 3rd ed. Vol. 1. Philadelphia: Harper & Row, 1982:159-163.
 2. Anson BJ, Donaldson JA. Surgical anatomy of the temporal bone, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1981:28.
 3. Hughes GB, Pensak ML. Textbook of clinical otology. New York: Thieme-Stratton, 1997.
 4. Senturia BA, Marcus MD, Lucent FE. Diseases of the external ear, 2nd ed. New York: Grune & Stratton, 1980.
 5. Lucente FE. External otitis. In: Gates GA, ed. Current therapy in otolaryngology & head and neck surgery, 6th ed. New York: Elsevier Science, 1997.
 6. Roland PS, Pien FD, Henry DC, et al. Efficacy and safety of topical ciprofloxacin/dexamethasone versus neomycin/polymyxin B/ hydrocortisone for otitis externa. *Curr Med Res Opin* 2004;8: 1175-1183.
 7. Myer CM III. *Ear Nose Throat J.* 2004;83(Suppl):9-11.
 8. Weber PC, Roland PS, Hannley M, et al. The development of antibiotic resistant organisms with the use of ototopical medications. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(3 Suppl):S89-S94.
 9. Gendrel D, Chalumeau M, Moulin F, et al. Fluoroquinolones in paediatrics: a risk for the patient or for the community? *Lancet Infect Dis* 2003;9:537-546.
 10. Toulmouche MA. Observations d'otorrhee chronique suivies des reflexions. *Gazette Med Paris* 1838;6:422-426.
 11. Meltzer PE, Kelleman G. Pyocyanus osteomyelitis of the temporal bone, mandible and zygoma. *Laryngoscope* 1959;60:1300-1316.
 12. Chandler JR. Malignant external otitis. *Laryngoscope* 1968;78: 1257-1294.
 13. Chandler JR. Malignant external otitis: further considerations. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1977;86:417-428.
 14. Chandler JR. Pathogenesis and treatment of facial paralysis due to malignant otitis externa. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1972;81: 648-656.
- P.2001

15. Chandler JR, Grobman L, Quencer R, et al. Osteomyelitis of the base of the skull. *Laryngoscope* 1986;96:245â€251.
16. Chandler JR. Malignant external otitis and osteomyelitis of the base of the skull. *Am J Otol* 1989;10:108.
17. Kimmelman CP, Lucente FE. Use of ceftazidime for malignant external otitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;98:721.
18. Babiatzki A, SadÃ© J. Malignant external otitis. *J Laryngol Otol* 1987;101:205â€210.
19. Geerlings SE, Hoepelman AM. Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM). *FEMS Immunol Med Microbiol* 1999; 28:259â€265.
20. Strauss M, Aber RC, Conner GH, et al. Malignant external otitis: long-term (months) antimicrobial therapy. *Laryngoscope* 1982;92: 397â€406.
21. Weber PC, Seabold JE, Graham SM, et al. Evaluation of temporal and facial osteomyelitis by simultaneous In-WBC/Tc-99m-MDP bone SPECT scintigraphy and computed tomography scan. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:36â€41.
22. Cunningham M, Yu LY, Turner J, et al. Necrotizing otitis externa due to aspergillus in an immunocompromised patient. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:554â€556.
23. Cohen D, Friedman P. The diagnostic criteria of malignant external otitis. *J Laryngol Otol* 1987;101:216â€221.
24. Gangadar SS, Kwartler JA. Skull base osteomyelitis secondary to malignant otitis externa. *Current Opin Otol HN Surg* 2003;1:316â€323.
25. Damiani JM, Damiani KK, Kinney FE. Malignant external otitis with multiple cranial nerve involvement. *Am J Otol* 1979;2:115.
26. Murray ME, Britton L: Osteomyelitis of the skull base: the role of high resolution CT in diagnosis. *Clin Radiol* 1994;49:408â€411.
27. Grandis JR, Curton HD, Yu VL. Necrotizing (malignant) external otitis: prospective comparison of CT and MR imaging and follow-up. *Radiology* 1995;196:499â€504.
28. Hardoff R, Gipa S, Uri N, et al. Semiquantitative skull planar and SPECT bone scintigraphy in diabetic patients: differentiation of necrotizing (malignant) external otitis from severe external otitis. *J Nucl Med* 1994;35:411â€415.
29. Gilbert D, Tice AD, Marsh PK, et al. Oral ciprofloxacin therapy for chronic contiguous osteomyelitis caused by aerobic gram-negative bacilli. *Am J Med* 1987;82:254.
30. Shupak A, Greenberg E, Hardoff R, et al. Hyperbaric oxygenation for necrotizing (malignant) otitis externa. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989;115:1470.
31. John AC, Cheesman AD. Malignant otitis externa. *Hosp Update* 1979;5:589.
32. Reines JM, Schindler RA. The surgical management of recalcitrant malignant external otitis. *Laryngoscope* 1980;90:369.
33. Pedersen HB, Rosborg J: Necrotizing external otitis: aminoglycoside and Î²-lactam antibiotic treatment combined with surgical treatment. *Clin Otolaryngol* 1997;22:271â€274.
34. Meyerhoff WL, Gates GA, Montalbot PJ. Pseudomonas mastoiditis. *Laryngoscope* 1977;87:483.
35. Amorosa L, Modugno GC, Pirodda A. Malignant external otitis: review and personal experience. *Acta Otolaryngol Suppl* 1996;521: 3â€16.
36. Gherman CR, Ward RR, Bassis ML. Pneumocystis carinii otitis media and mastoiditis as the initial manifestation of the acquired immuno-deficiency syndrome. *Am J Med* 1988;85:250.

37. Lucente FE. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) In: Lucente FE, Lawson W, Novick N, eds. The external ear. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995:95.