

Otitis media acuta

• Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium •

Definíció és alapvető megállapítások

Az otitis media acuta a középfül-nyálkahártya akut serosus vagy purulens gyulladása, amely leggyakrabban a nasopharynxból kiindulva, a fülkürtön át terjed a középfülre. Rendszerint a felső légutak virális vagy bakteriális fertőzése előzi meg.

Magyarországon a kórházi kezelést igénylő betegségek között a harmadik helyen áll. A gyermekek 3 éves korukig csaknem 85%-ban egy, 50%-ban több alkalommal betegszenek meg otitisben. A betegség incidenciája 6 éves kor után csökken.

A csecsemő- és kisdedkori gyakori otitiseknek részint anatómiai, részint immunológiai magyarázata van.

Klinikai megjelenése:

- serosus (catarrhalis);
- purulens;
- allergiás.

Tünettan

Csecsemőkön alig van helyi tünet. Általános tünetek jellemzőek (ingerlékenység, hányás, elesettség, lazuló székletek, hasmenés). Gyermekek esetében típusos a néhány napig tartó felső légúti infekciót követő, hirtelen jelentkező otalgia, láz, rossz közérzet, halláscsökkenés, az esetek harmadában, felében láz. Csecsemő- és gyermekkori lázas állapotban a középfülgyulladás lehetőségét ki kell zárni.

Diagnózis

Általános vizsgálat, különös tekintettel a fül és a csecsnývulvány környékének megtekintésére és tapintására. Fül-orr-gégészeti status, a dobhártya megtekintése (otoszkóppal).

Jellemző a savós akut középfülgyulladásra a fokozottan erezett, lobos vagy sárga fényű, mérsékelten behúzódtott vagy normál helyzetű dobhártya. Egyes esetekben a dobüregben folyadékívó látható. Purulens formánál a dobhártya vaskos, lobos vagy szürkésfehér, elődomborodó. Pneumatikus otoszkóppal vizsgálva mindkét formánál csökken a dobhártya mozgathatósága. Ha a kórokozó azonosítása kívánatos, paracentesis után el kell végezni a középfül leszívását, és a váladék tenyésztését.

Kiegészítő vizsgálatok

Hőmérséklet-regisztrálás, kvalitatív vérkép, vérszejtsülyedés.

Akutan zajló otitis media során ritkán szükséges fül-orr-gégész által indikált orr-garat endoszkópia, orrmelléküreg ultrahang, ventricularis vagy hallásvizsgálat.

Leggyakoribb kórokozók

- Streptococcus pneumoniae;
- Haemophilus influenzae;
- Moraxella catarrhalis.

A kórházban gyakran ápolotknál és a fiatal csecsemőkben Gram-negatív kórokozók kerülnek előtérbe.

Kezelés

Az akut középfülgyulladás kezelése a betegség megjelenési formájától, illetve stádiumától, valamint a beteg általános állapotától függ. Befolyásolhatja az előzetesen alkalmazott antibiotikus kezelés is.

1. Felső légúti huruthoz tartozó serosus (catarrhalis) otitis esetében egyezik a légúti betegség kezelésével (orrcseppek, lázcsillapítók, analgetikumok, mukolitikumok). Ha az akut infekció tünetei az első 24 órán belül súlyosbodnak, a gyermeket újra meg kell vizsgálni fül-orr-gégész szakorvos bevonásával.
2. Bakteriális infekció – akut purulens otitis media - esetén a fenti terápia paracentesisel, valamint antibiotikummal egészítendő ki. Az első választandó szer az amoxicillin (40 mg/kg/24 h, naponta 3x, 10 napig). Előzetesen antibiotikummal előkezelt, illetve a fenti terápiára 3 nap múlva nem kellően reagáló esetekben magas dózisú amoxicillin (80-90 mg/kg/24 h), illetve amoxicillin+clavulánsav (80-90 mg/kg/24 h), vagy ritkábban cefuroxim adható.

Ha a gyermek előzetes anamnézise alapján a β -laktamáz-rezisztencia feltételezhető, elsőként egyéb szer választandó. Amennyiben rendelkezésre áll bakteriológiai vizsgálat és ismert a kórokozó rezisztenciája, a kezelés célzottan folytatandó.

Megalapozott hazai és nemzetközi vélemények szerint az akut otitis media antibiotikummal történő kezelése eltúlzott. Ezt az alábbiak támasztják alá:

- a) Az akut otitis media 60-80%-ban antibiotikum-kezelés nélkül is meggyógyul (elsősorban a H. influenzae, M. catarrhalis esetei, illetve a serosus formák).
- b) Az akut otitis media diagnózisát sok esetben megalapozatlanul állítják fel.
- c) Az antimikrobás kezelés nem megalapozott (az elsődlegesen választandó amoxicillin helyett pl. helytelenül makrolid a választott gyógyszer).

Az akut otitis kezelése járóbeteg-ellátás keretén belül történhet. A betegség súlyos lefolyása esetén a kezelés fekvőbeteg-osztályon történik, fül-orr-gégész szakorvos bevonásával. Minden szövődmény és – a paracentesis kivételével – minden műtét fekvőbeteg-osztályon történik.

3. Szövődménnyel társult otitis media kezelése (fülműtét, bakteriológiai diagnosztikán alapuló antibiotikum alkalmazása) minden esetben fekvőbeteg-osztályon történik. Az akut otitis media leggyakoribb szövődményei lehetnek: mastoiditis, meningitis, n. facialis paresis, labyrinthitis.

Bakteriológiai tenyésztés: Oki szerepet csak paracentesisel párhuzamosan, sterilen vett, azonnal tenyésztésre küldött dobúri váladék vizsgálatából kitenyésztett kórokozónak lehet tulajdonítani. Orrgaratból vagy spontán perforáció során a hallójáratból vett váladék tenyésztése kétes értékű. Akut középfülgyulladás típusos eseteiben bakteriológiai vizsgálatra ritkán kerül sor. A kórokozó identifikálására és a rezisztencia ismeretére elhúzódó vagy visszatérő otitisek, illetve a szövődménnyel járó kórformák esetében kell törekedni.

Műtétre az alábbi szövődmények kialakulása esetén kerül sor

Abszolút indikációt jelent:

- meningitis;
- akut mastoiditis;
- facialis paresis, labyrinthitis.

Relatív indikációt jelent:

- elhúzódó (célzott antibiotikus kezelés után 3 hétig nem javuló);
- visszatérő (3 hónapon belül többször ismétlődő) kórlefolyás.

Prognózis

Megfelelő kezelés esetén jó.

Akut otitis media lezajlása után tanácsos timpanometriás vizsgálattal meggyőződni a maradéktalan gyógyulásról (a dobüreg légtartóvá válását követően). Erre azért van szükség, mert az akut otitis media lezajlása után egy hónappal a betegek 40%-ában, két hónappal 20%-ában, három hónappal 10%-ában középfüli váladék maradhat vissza. Elhúzódó, rekuráló kórlefolyásnál, elhanyagolt esetekben pedig hosszú távon hypacusis alakulhat ki. Ilyen esetekben hallásvizsgálat elvégzése is tanácsos.