



Ως εξωτερική ωτίτιδα χαρακτηρίζεται η φλεγμονή του δέρματος του έξω ωτός, που συνήθιστα αφορά τον έξω ακουστικό πόρο. Παράγοντες που μεταβάλλουν την κατάσταση του δέρματος του έξω ακουστικού πόρου, π.χ. αλλεργία, σακχαρώδης διαβήτης, ξένα σώματα, μηχανικές ή χημικές επιδράσεις, μπορούν να θεωρηθούν ως προδιαθεσικοί για την εμφάνιση εξωτερικής ωτίτιδας.

Ειδικά η μεταβολή του pH του δέρματος του έξω ακουστικού πόρου προς το λιγότερο όξινο, σε συνδυασμό με αυξημένη υγρασία και άνοδο της θερμοκρασίας μπορούν να δημιουργήσουν ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη φλεγμονής στην περιοχή του έξω ακουστικού πόρου. Αυτό μπορεί να εξηγήσει και τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της εξωτερικής ωτίτιδας κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών, σε συνδυασμό με κολλυμβητικές δραστηριότητες, ειδικά σε πισίνες.

Η εξωτερική ωτίτιδα είναι μια σχετικά συχνή φλεγμονή, με επίπτωση περίπου 4% ανά έτος στις Η.Π.Α. Διακρίνεται γενικά σε περιγεγραμμένη, διάχυτη, εκζεματοειδή εξωτερική ωτίτιδα και ωτομύκωση, ενώ ιδιαίτερα επιθετική μπορεί να αποβεί η εμφάνισή της σε σακχαροδιαβητικά και ανοσοκατεσταλμένα άτομα (κακοήθης εξωτερική ωτίτιδα).

Ενώ η περιγεγραμμένη εξωτερική ωτίτιδα εμφανίζεται ως εντοπισμένη διόγκωση στο πρόσθιο – κάτω τμήμα του χόνδρινου έξω ακουστικού πόρου όπου βρίσκονται οι θύλακοι των τριχών (δοθίηνες), στη διάχυτη το οίδημα αφορά εξαρχής μεγαλύτερη έκταση του δέρματος του πόρου. Διαφορετική είναι συνήθως και η αιτιολογία των 2 καταστάσεων, με την περιγεγραμμένη μορφή να οφείλεται σε σταφυλοκοκκική λοίμωξη (*Staphylococcus aureus*), ενώ υπεύθυνο μικροβιακό αίτιο της διάχυτης είναι συνήθως ο στρεπτόκοκκος (*Streptococcus pyogenes*), ή η ψευδομονάδα (*Pseudomonas aeruginosa*). Η κλινική πάντως εικόνα χαρακτηρίζεται από διαξιφιστική ωταλγία και κνησμό, ενώ μπορεί να συνυπάρχει ωτόρροια και πόνος κατά τη μάσηση. Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τη διαβροχή του πάσχοντος αυτιού για μία εβδομάδα, με τοποθέτηση τοιλιπού βάμβακος με βαζελίνη όταν υπάρχει πιθανότητα εισόδου νερού. Χορηγούνται αντιβιοτικές σταγόνες αμινογλυκοσιδών που περιέχουν και κορτιζόνη για τον πε-



Εξωτερική ωτίτιδα Τι πρέπει να γνωρίζουμε;

ριορισμό του κνησμού και του οιδήματος (π.χ. Tobradex), αγωγή που συνήθως είναι επαρκής χορηγούμενη 5 – 7 ημέρες για τη διάχυτη μορφή, ενώ η περιγεγραμμένη μπορεί να απαιτήσει και από του στόματος αντιβιοτικά, σε συνδυασμό με σταγόνες ή κρέμα αμινογλυκοσιδών και κορτιζόνης. Και σε αυτήν την περίπτωση πάντως η αγωγή σπάνια υπερβαίνει τη μία εβδομάδα.

Ιδιαίτερη μορφή διάχυτης εξωτερικής ωτίτιδας αποτελεί η ωτομύκωση, που οφείλεται συνήθως σε φλεγμονή από μύκητες του είδους *Aspergillus niger* ή *Candida albicans*. Ωτομύκωση αναπτύσσεται συνήθως είτε λόγω παρατεταμένης χρήσης ωτικών σταγόνων που περιέχουν κορτιζόνη, είτε λόγω συνδυασμού αλκαλοποίησης του pH του δέρματος, αυξημένης υγρασίας και σχετικά υψηλής θερμοκρασίας (π.χ. νερό πισί-

νας). Ο κνησμός είναι έντονος, ενώ συχνά έχουμε ωτόρροια, καθώς και αίσθημα απόφραξης του έξω ακουστικού πόρου. Η αντιμετώπιση της ωτομύκωσης απαιτεί επιμελή αναρρόφηση των μυκητιασικών υφών από τον Ωτορινολαρυγγολόγο, σε συνδυασμό με αντιμυκητιασικές ωτικές σταγόνες για περίπου 2 εβδομάδες. Η είσοδος νερού στον έξω ακουστικό πόρο θα πρέπει ασφαλώς να αποφεύγεται μέχρι πλήρους ίασης της φλεγμονής, λόγω της μεγάλης τάσης των μυκήτων για υποτροπή.

Το έκζεμα του έξω ακουστικού πόρου οφείλεται είτε σε ιδιοσυστασιακούς παράγοντες, είτε σε εξωγενείς επιδράσεις, π.χ. χημικός ερεθισμός σε επίμονη πυώδη ωτόρροια, βαφή του πέριξ τριχωτού της κεφαλής, σκουλαρίκια από νίκελ κλπ. Ο ασθενής διαμαρτύρεται για έντονο κνη-

σμό, που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ραγάδων στην είσοδο του έξω ακουστικού πόρου. Η εκζεματοειδής εξωτερική ωτίτιδα μπορεί να είναι είτε ξηρή, οπότε συνοδεύεται από έντονη απολέπιση του δέρματος, είτε υγρή, οπότε χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση φυσαλίδων στο δέρμα, που όταν ραγούν προκαλούν την εμφάνιση ωτόρροιας. Η αντιμετώπιση της απαιτεί καθαρισμό του έξω ακουστικού πόρου από τον Ωτορινολαρυγγολόγο, σε συνδυασμό με σταγόνες ή κρέμα κορτιζόνης. Τυχόν εξωγενείς επιδράσεις, όπως αυτές που περιγράφηκαν πιο πάνω, θα πρέπει επίσης να αποφεύγονται.

Ενώ γενικά οι προηγουμένως περιγραφείσες φλεγμονές του έξω ωτός συνοδεύονται από χαμηλή σχετικά νοσηρότητα, σε περίπτωση σακχαροδιαβητικών και γενικότερα ανοσοκατεσταλμένων ατόμων η κατάσταση μπορεί να είναι περισσότερο σοβαρή. Πράγματι στις ειδικές αυτές ομάδες ασθενών η φλεγμονή του δέρματος του έξω ακουστικού πόρου από την ψευδομονάδα μπορεί να επεκταθεί και στο υποκείμενο οστό, προκαλώντας μια νεκρωτική οστεΐτιδα. Η διαβρωτική αυτή φλεγμονή μπορεί δε να επεκταθεί περαιτέρω μέχρι τη βάση του κρανίου, με σοβαρά επακόλουθα. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από έντονη ωταλγία που επιτείνεται τη νύχτα και ωτόρροια, ενώ κατά την κλινική εξέταση στο μικροσκόπιο ανευρίσκεται ένα χαρακτηριστικό σαρκίο στο όριο μετάπτωσης της χόνδρινης στην οστεΐνη μοίρα του έξω ακουστικού πόρου. Ο ασθενής χρήζει εισαγωγής στο νοσοκομείο για ενδοφλέβια και τοπική αντιβιοτική αγωγή, που δύναται να διαρκέσει ακόμα και 6 – 8 εβδομάδες. Παράλληλα πρέπει να ρυθμιστεί και η υποκείμενη νόσος (π.χ. έλεγχος του σακχαρώδους διαβήτη).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η άνοδος της θερμοκρασίας και η αυξημένη υγρασία που παρατηρείται κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, σε συνδυασμό με τη συχνότερη επαφή μας με το νερό και τα θαλάσσια σπορ, προδιαθέτουν στη συχνότερη εμφάνιση φλεγμονών στο δέρμα του έξω ακουστικού πόρου. Παρά τη σχετική ενόχληση που προκαλείται, οι φλεγμονές αυτές είναι σχετικά εύκολα αντιμετωπίσιμες και μόνο σε ειδικές ομάδες ασθενών (π.χ. σακχαροδιαβητικοί, ανοσοκατεσταλμένοι) η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι εξαρχής επιθετική, με στόχο την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών.