مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية – المجلد /16/ العدد /2/ 1414 هـ– 1994– م

الإصابات الفطرية لمجرى السمع الظاهر

د. محمـــد الرســـتم*
فاديـــا بيـــازيد*

□ ملخص □

الإصابة الفطرية لمجرى السمع الظاهر أو الفطار الأذني هو مرض فطري يتميز بنمو براعم فطرية صغيرة من جنس الاسبيرجيلوس، البنسليوم والكانيدا على جدار مجرى السمع الخارجي. فأما العوامل المحرضة فهي الحساسية العامة والموضعية والاضطرابات الاستقلابية وسوء عمل الغدد الصملاخية والتخريش المستمر لمجرى السمع، الجو الرطب...الخ.

وأما الأعراض الرئيسية فهي حكة شديدة وثابتة فضلاً على زيادة في حساسية مجرى السمع والصيوان وطنين. الألم عادة خفيف. وحسب دراسة أجريناها على 140 مريضاً مصاباً بالتهاب أذن خارجية فطري من مراجعي العيادة الأذنية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال (15) شهراً ابتداء من شهر أيلول 1991 وحتى نهاية تشرين الثاني 1992 وجدنا أن هذا المرض يشكل نسبة 2.7٪ من مجمل أمراض (أذن، أنف، حنجرة) و 37٪ من الأمراض الالتهابية لمجرى السمع الظاهر، وقد كانت أكثر الفطور المسببة شيوعاً هي الرشاشيات وخاصة السود. وعن المعالجة وباستخدام عدة عقاقير دوائية تبين أن أكثرها تأثيراً هو الكلوتريمازول وخاصة لدى مشاركته مع الكلورامفينيكول مع مراعاة تكرار تنظيف الأذن وحمايتها من الماء.

---

* أشرف على هذا البحث الدكتور محمد الرستم المدرس في قسم أمراض الرأس (أنف أذن حنجرة) بكلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية سورية.

قامت بهذا البحث فاديا بيازيد طالبة الدراسات العليا في قسم أمراض الرأس (أنف أذن حنجرة) بكلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية سورية.

الإصابة الفطرية لمجرى السمع الظاهري أو الفطار الأذني هي مرض يتميز بنمو براعم فطرية صغيرة من جنس الاسبرجيلوس، بنسليوم وأيضاً فطور خمائرية مثل الكانديدا، على جدار مجرى السمع الظاهر. العوامل المحرضة: هي الحساسية العامة والموضعية والاضطرابات الاستقلابية وخلل العوامل الدفاعية الموضعية في المجرى مثل سوء عمل الغدد الصملاخية وتغير PH المجرى ورضوض المجرى وتخريش أدمة الجلد نتيجة التنظيف الشخصي غير المناسب حيث إنه من الملاحظ أن الفطر ينتشر بكثرة لدى الأشخاص زائدي العناية بأنفسهم صحياً، كما أن استخدام الصادات الحيوية أو السيتروئيدات لفترة طويلة بالطريق العام أو الموضعي يعتبر من العوامل المؤهبة أيضاً بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل توفر الحرارة الملائمة لنمو الفطر وغياب الأشعة فوق البنفسجية المخرّبة للفطر في المجرى والسباحة وهي من العوامل الهامة حيث تؤدي إلى دخول الماء الملوث وتسبب تسلخ الأدمة الجلدية لدرجة أننا نشك في الفطار الأذني عندما تضعف استجابة أذن السباحين للمعالجة التقليدية بالصادات الحيوية.

ينمو الفطر ليشكل شبكة فطرية كثيفة تسبب التهاب الجلد. البدء بالعدوى عادة غير ملحوظ من قبل المريض والأعراض الرئيسية مشابهة كثيراً لحالة التهاب الأذن الخارجية وهي حكة شديدة وثابتة موجودة عند كل مرضى فطور مجرى السمع الظاهر حتى أنها تكون أحياناً العرض الوحيد وتبعث بالمريض وحدها لمراجعة طبيبه.

بالإضافة إلى الحكة يزعج المريض ألم وزيادة في الحساسية مجرى السمع والصيوان عند اللمس أو الفحص وخارج الهجمة الحادة فإن الألم يكون عادة خفيفاً. عندما تتراكم كمية كبيرة من المفرزات المرضية في مجرى السمع الظاهر يشكو المريض من حس ثقل أو انسداد في الأذن بينما يرى بعض الباحثين أنه عبارة عن انسداد ميكانيكي للمجرى بالوذمة الناجمة عن المرض. إن الشعور بانسداد الأذن أو الامتلاء يكون أحياناً من الشدة لدرجة أنه يطغى على الأعراض الأخرى.

الطنين أحد الأعراض غير المريحة لدى المرضى وموجود في حوالي 30٪ من المرضى، وفي دراسة أخرى 50٪، وهنا يجب التأكيد أنه في بعض الحالات يكون الطنين من النوع الطفيف الذي لا يقدم المريض على ذكره إلا عند سؤال موجه عن ذلك.

في حالات قليلة يشكو بعض المرضى من صداع في جهة الإصابة وأحياناً مشوش الجهة، عُزي لسبب انعكاسي وقد اختفت الألام الرئسية بعد الشفاء.

الصورة السريرية للالتهابات الفطرية

تكون مختلفة ومتفاوتة لدرجة يصعب تمييزها عن بقية الالتهابات الجرثومية ولكن يجب هنا التأكيد على بعض الأساسيات:

يكون المجرى متضيقاً على امتداده وفي قسمه العظمي والغضروفي. ولدى غالبية المرضى يكون هذا التضيق من النوع الخفيف؛ وبعد تنظيف مجرى السمع الظاهر يمكن بسهولة رؤية غشاء الطبل الذي قد يكون محمراً وغير واضح المعالم ويكون الاحمرار غير منتشر بشكل متساو جدران المجرى على كل امتداده محمرة ولكن ليس من الوضوح كما في الالتهابات الأخرى.

يتميز الالتهاب الفطري أيضاً بوجود مفرزات قد تكون جافة أو رطبة يتفاوت لونها ويعتمد على لدن الغصينات الفطرية (مزرعة الفطر) فهي بلون أسود بني في الإصابة بالرشاشيات السود وأصفر مخضر في الرشاشيات فلافز ورمادي في الرشاشيات الدخنية، تترافق هذه المفردات مع نسيج متموت متكتل.

الفطار الأذني الذي تسببه فطور المبيضات تتميز بسيلان مصلي وقشور طرية بلون أبيض مصفر تزال بسهولة. ويمكن أن تمتد الإصابة هنا إلى الصيوان والمنطقة ما حول الأذن، وتختلط الصورة السريرية هنا مع الأكزيما الرطبة في الأذن الخارجية.

يدخل في التشخيص التفريقي لهذه الإصابة التهاب الأذن الخارجية المنتشر وأكزيما الأذن الخارجية، الصداف، والتهاب الجلد العصبي المحصور ويثبت التشخيص بالفحص المجهري.

وتشخيص افطور الأذنية يقوم على نتائج الفحص المجهري المباشر للمفرزات بشكل رئيسي ثم على نتائج الزرع الذي يساعد على تحديد سلالة ونوع الفطر المحدث للمرض وذلك على أوساط زرعية خاصة بالفطور مثل مسط سابارود.

إن المبدأ العام السائد في علاج الفطور الأذنية هو المبدأ الأساسي لمعالجة فطور المناطق الأخرى أي علاج موجه ليس لإزالة الإصابة الفطرية وحسب. وإنما محاولة إزالة العوامل التي تساعد على تشكل الفطور مثل رفع مقاومة العائل، التقليل ما أمكن من فرص حدوث التهاب أذن خارجية وذلك بالمحافظة على الأذن جافة وعدم محاولة تنظيف الأذن من قبل الشخص نفسه باستخدام أجسام أجنبية تكون ملوثة غالباً بينما يكون من الضروري تنظيف المجرى بحذر ولطف في التهابات الأذن الوسطى الحادة والمزمنة دون إحداث أذىً للأذن.

إن الشرط اللازم في المادة الدوائية لعلاج الفطور لا يقتصر فقط على استخدام مادة فعالة وإنما يجب أن تكون هذه المادة

لطيفة التأثير على جلد المجرى والغشاء المخاطي.

وقد درس تأثير تسع وستين مادة دوائية على الفطور ووجد أن أكثرها تأثيراً في المخمر كان البوريك التيمولي، حمض الساليسيليك، بنفسجية الجنسيان ومحلول الفينول 5٪.

وللحصول على التأثير العلاجي الجيد تستخدم مستحضرات تركيبية موضعية من مادتين مختلفتين. والأمثلة على ذلك كثيرة منها محلول بوريكي - أسيتوني كحول بوريكي - تيمولي. وهنا يجب الإشارة إلى أن استخدام الكحول أو المحاليل الكحولية للقضاء على الفطور يشترط أن يكون التركيز 70-95٪ وهذا التركيز يمتاز بتأثيره السلبي الكاوي للجلد في المجرى.

وهناك مركبات أخرى مضادة للفطور شاع استخدامها في السنوات الأخيرة مثل الايميدازول وأهمها الكانستين المعروف عالمياً باسم الكلوتريمازول. ولدى دراسته تبين أن مضاد فطري واسع الطيف مما يسمح باستخدامه في الفطور بشكل عام.

العلاج يجب أن يكون موضعياً يستمر على الأقل مدة أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. إن غياب الصورة المرضية والأعراض بعد أسبوع إلى أسبوعين من العلاج هو دليل فعالية وجدوى العلاج.

والتخلص من المرض ممكن في جميع أشكال المعالجة. ولمنع عودته يجب أن يعالج مجرى السمع الظاهر بمستحضر مضاد للفطور مرة في اليوم لمدة شهر بعد الشفاء السريري التام.

أجرينا دراسة إحصائية سريرية وعلاجية على المرضى المراجعين للمرة الأولى للعيادة الأذنية بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية على مدى خمسة عشر شهراً اعتباراً من أيلول 1991 وحتى نهاية تشرين الثاني من عام 1992 ووجدنا أن نسبة الالتهاب الفطري للأذن الخارجية إلى مجمل أمراض (أذن، أنف، حنجرة) كانت 2.7٪ توزعت بشكل متساو تقريباً بين الجنسين. ولدى الأعمار الشابة بين 20-40 سنة بشكل أكبر تزداد هذه النسبة في أشهر الصيف نظراً لعوامل بيئية واجتماعية متعددة مهيئة لنمو الفطر وتعينه أحياناً مثل الحرارة والرطوبة والسباحة أو الغوص في مياه البحر التي قد تكون ملوثة خصوصاً إذا كانت محصورة كالبرك.

أما نسبة هذا المرض إلى الأمراض الالتهابية لمجرى السمع الظاهر وبشكل عام فكانت 37.31٪. وكلما ازدادت حرارة الجو ونسبة رطوبته. ازدادت هذه النسبة.

وعن الفطر المسبب حسب دراستنا وحسب نتيجة الزرع على أوساط خاصة بالفطور احتلت الرشاشيات النسبة الكبرى

84٪ منها 50٪ للرشاشيات السود. بينما كانت المبيضات البيض مسببة للمرض في حوالي 10٪ من الحالات فقط.

الدراسة السريرية أجريت على مائة وأربعين مريضاً تضمنت الأعراض والشكايات الرئيسية للمرض وأظهرت أن 90٪ من مراجعينا المصابين بالتهاب أذن خارجية فطري يشكون من وجود حكة بينما يكون الألم موجوداً في 64٪ من الحالات كما يشكون من حس امتلاء بالأذن في 60٪ وبقية الأعراض كانت أقل من ذلك.

أما الدراسة العلاجية فقد أجريت على نفس العدد السابق من المرضى المصابين بالتهاب أذن خارجية فطري وقسموا إلى سبع مجموعات كل مجموعة تتألف من عشرين فرداً حيث لدينا أربعة أنواع من الأدوية المضادة للفطور. كل دواء استخدمناه على مجموعة ثم استخدمنا الدواء نفسه على مجموعة أخرى ولكن مع صاد حيوي ومركب سيتروئيدي هذه المرة ماعدا اللوكاكورتين لأنه يحوي في تركيبه على صاد حيوي ومركب سيتروئيدي.

وبقية الأدوية هي: Chinoderm, Clotreunazol, Alkhol Boric 3%.

والصاد الحيوي المستخدم هو الكلورامفينيكول مع الديكساميتازون على شكل قطرة أذنية وجميع الأدوية السابقة تستخدم موضعياً. ولقد جدنا أنه في كل مرة نشارك الدواء المضاد للفطور مع الكلورامفينيكول والديكساميتازون فإن فترة العلاج تقصر ويكون الشفاء أسرع كما وجدنا أن الكلوتريمازول لدى مشاركته مع الكلورامفينيكول والديكساميتازون أعطى أفضل النتائج مع الأخذ بعين الاعتبار (تنظيف الأذن) وبشكل جيد والحفاظ عليها جافة.

كذلك كانت نتائج اللوكاكورتين جيدة ثم يأتي بعد ذلك Chinoderm والكحول البوريكي حيث كان تحملها من قبل المرضى متوسطاً نظراً للحرقة التي يسببانها وكثرة القشور والوسوف المتشكلة.

إن دراستنا هذه على الرغم من تواضعها إلا أنها تشكل سابقة علمية نفتقر إليها ونأمل أن تدعم باستمرار بدراسات أكثر تطوراً وكمالاً لتلقي الضوء على ما هو مجهول وتزودنا بالمعلومات الخاصة بنا.

ABSTRACT

Otomycosis is a fungal diseases characterized by the growth of moulds of the genus Aspergillus, Penicillium and also candida on the walls of the external acoustic meatus. The prompting factors are general and local allegery metabolic disorders and dysfunction of the Ceruminous glands.....etc.

The main symptoms are constant and severe itching, increased sensitivity of the acoustic meatus and the Pinna, noise in the ears, Pain in the ear is mild.

According to our investigation on 140 patients with otomycosis from the patients of the otoclinic of Al-Assad University Hospital during 15 months beginning from Sept. till the end of Nov., we have found that this disease formed 2.7% from the whole disease of E.N.T, and 37% from the inflammatory diseases of the external acoustic meatus. The commonest etiologic agent is Aspergillus especially niger. About treatment and by using many drugs we found that the most influence one is Clotremazol especially when it shares with Cloramphinicol with regard to repeat cleaning and protecting the ears from water.

المراجع

1- د. طيباء عبد الحليم - "أمراض الأنف والأذن والحنجرة"، كلية الطب - جامعة تشرين 1985-1986.

2- قطاية، سلمان "علم أمراض الأذن" كلية الطب - جامعة حلب 1979-1980.

3- بلاش، عمر "علم الجراثيم" كلية الطب - جامعة حلب 1981-1982.

4- المعجم الطبي الموحد - (الطبعة الثالثة 1983).

REFERENCES

- BALLENGER J.J: "Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck" (12th edition) Lon. 1977.
- BAILEY and SCOTT'S: "Diagnostic Microbiology" Mosby 1990.
- ERNEST J. EDWARD A. Joseph L.M: "Review of Medical Microbiology" (15th edition) Cal. 1982.
- GORDON B. Hughes, M.D, F.A.C.S: "Textbook of Clinical Otology" New York 1985.
- ROOK A. "Textbook of Dermatology" (4th edition) 1986, 3d Vol
- STANLEY N. JARB, M.D. "Medical Examination - Review book Otolaryngology" Vol. 16, (4th edition) 1977.
- PALCHUN V.T. VOZNESENSKY N.L. "Diseases of the Ears, Throat and Nose" English translation, Mir Publishers Mosc. 1988.
- GANZ H., SCHÁTZLE W, Stammberyer H. Mykotiche Erkrankung im HNO - Berical HNO. Paris Heute Heft 7. Springer Uerlag 1987.
- KNOTTE. J., FELLER K. HNO _ Therap, efibel. George - Thieme Leipzig 1988.
- VOLFERAM Lermen Keinische - Expermenthelle unkersuchungen zur wirkasmkert eiwer lokalem therapies bie candidas des runde Rachcher - Raumes Bonn 1987.