

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/032/078

Bolest ucha

Autor: Doc. MUDr. Ivo Šlapák
Spoluautoři: MUDr. Josef Machač
MUDr. Dalibor Janeček

Gesce: Česká společnost pro ORL a chirurgii hlavy a krku ČLS JEP

Oponenti: Prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
MUDr. Marcela Bradáčová

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA
MZ ČR 5390-3 Copyright © 2001, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků [www stránek ČLS JEP](http://www.cls.cz)
(<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

1. Definice

Bolest ucha je subjektivní pocit udávaný pacientem a lokalizovaný v okolí ucha. U pacientů dětských prelinguálních usuzujeme na bolest ucha z celkových i místních příznaků a klinického nálezu.

Bolest ucha má nejčastější příčinu v zánětlivém poškození zevního a středního ucha. U dětských pacientů se vyskytuje nejčastěji u akutního středoušního zánětu. V otolaryngologických ambulancích tvoří skupinu až poloviny přichozících pacientů. Bolest lokalizovaná do ucha může být *otogenní* a *neotogenní*. Otogenní bolest lze většinou snadno diagnostikovat vyšetřením zevního ucha, jeho okolí a vyšetřením bubínku. Otogenní bolest je většinou ostrá, lokalizovaná do zevního zvukovodu nebo jeho těsného okolí. Neotogenní bolest je většinou tupá, lokalizovaná do celé oblasti ucha s udáváním bolesti ještě v jiné části hlavy nebo krku. Neotogenní bolest je zprostředkována krčními nervy a její původ je nutno stanovit klinickým a paraklinickým vyšetřením.

1.1.Otogenní bolest ucha

1.1.1.Infekce:

Zánět boltce (erysipel, perichondritida, absces)

Externí otitida- ohraničená (furunkl zevního zvukovodu), nebo difuzní

Obturující cerumen

Bulózní myringitida

Akutní zánět středního ucha - AZSU

jeho komplikace- meningitida

- mastoiditida
- zygomatitida
- labyrinthitida
- petrositida

(Gradenigův příznak)

mozkový

absces

epidurální

absces

Chronický zánět středního ucha s/bez cholesteatomu

jeho komplikace- akutní

exacerbace

- meningitida
- mastoiditida
- zygomatitida
- labyrinthitida
- petrositida (Gradenigův příznak)
- mozkový absces
- epidurální absces
- Herpes zooster oticus

1.1.2.Trauma:

Poranění boltce (othematom)

Cizí těleso v zevním zvukovodu s/bez infekce
Barotrauma
Akutrauma (bolest z nadměrné intenzity zvuku)
Lacerace kůže zevního zvukovodu či bubínku
Omrzliny boltce
Popáleniny boltce
Zlomeniny spánkové kosti

1.1.3.Tumor:

Různé nádory ucha s/bez infekce
(bazaliom kůže, osteom, karcinom středouší, neurinom akustiku, chemodektom)

1.2.Neotogenní bolest ucha

1.2.1.Přenesená bolest z oblasti polykacích, dýchacích cest a měkkých tkání krku

1.2.1.1.Z oblasti dutiny ústní a faryngu:

Odontogenní:
růst zubů
Ortodoncie
Nevyrostlá stolička krku
Stav po extrakci zubu
Zubní kaz
styloides elongatus
Zlomeniny kloubu mandibuly
Luxace mandibuly

Zánětlivá: oblastí

stomatitis
Faryngitida
Tonsilitida
Peritonsilární absces mjr
Parafaryngeální absces
Cizí těleso v hltanu
pterygopalatinum
Stav po tonsilektomii a adenotomii
Faryngeální tumor
Hypofarygeální a laryngeální tumor

1.2.1.3.Z oblasti dýchacích cest

Rinitida
Rinofaryngitida
Rinosinusitida

1.2.1.2 .Z oblasti krku:

Lymfadenitida
Parotitida
Neuralgie v oblasti
Trauma krční páteře
Processus

1.2.2.Z jiných

Psychogenní
Migrena
tumor baze lební
neuralgie n. occipitalis
neuralgie vláken n. VII.
neuralgie ggl.

1.1.1.1.Podstata strukturálních a funkčních změn při akutním středoušním zánětu

Akutní zánět středního ucha (AZSU) vzniká nejčastěji přestupem infekce z nosohltanu přes Eustachovu tubu do středoušní dutiny při běžných virových infekcích horních cest dýchacích. Další možností je hematogenní vznik při chřipkových onemocněních a dětských infekčních onemocněních (spála, neštovice...). Třetí možností je přestup infekce cestou zevního zvukovodu při perforovaném bubínku. U většiny pacientů při infekci HCD dochází nejdříve k infekci Eustachovy tuby, čímž vzniká podtlak ve středouší a infekce posléze postihuje sliznici středoušní a sliznici mastoidálního výběžku. Nejčastější komplikací je akutní mastoiditida, při které dochází k přestupu zánětu ze sliznice na kost přepážek mastoidálního výběžku a k destrukci kosti.

Při zánětu zevního zvukovodu dochází k zarudnutí a zduření kůže v zevním zvukovodu buď difúzně, nebo ohraničeně.

Klinický obraz akutního středoušního zánětu

Klinicky je možno rozdělit akutní středoušní zánět do 4 stádií:

- 1) stadium tubární okluze: dojde ke kolapsu Eustachovy tuby, ve středouší vzniká podtlak, což se projeví zalehnutím ucha, případně bolestivým tlakem. Na bubínku nalézáme zvýrazněné cévy. Infekce se šíří na sliznici středouší a mastoidálního výběžku. U starších dětí a dospělých je možné při vyšetření zjistit převodní nedoslýchavost, která se během rozvoje zánětu stupňuje.
- 2) Stadium exudace (praesuspurace): ve středoušní dutině a v mastoidálním výběžku dochází k hromadění zánětlivého exudátu, postupně dochází se vyvíjí přetlak v těchto dutinách a exudát začne vyklenovat bubínek do zvukovodu nejdříve v zadním horním kvadrantu bubínku. Praelinguální děti jsou neklidné, pláčíví, kojenci „zavrtávají“ hlavu do přikrývky, starší děti a dospělí udávají výraznou bolest ucha nebo hlavy.
- 3) Stadium supurace: dochází k bakteriální superinfekci (nejčastěji *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M. catarrhalis*). Stupňuje se bolest, zvyšuje se tělesná teplota, stoupá tlak na bubínek a později může dojít k jeho perforaci. Při otoskopii nalézáme zarudlý vyklenutý a dekonturovaný (nelze identifikovat krátký výběžek kladívka) bubínek.
- 4) Stadium reparace: během několika dnů dochází k ústupu zánětlivých příznaků, normalizuje se otoskopický nález. Bolest ucha ustupuje v okamžiku uvolnění tlaku na bubínek, tedy buď po provedené paracentéze, nebo po jeho spontánní perforaci.

V některých případech, zvláště u pacientů neléčených, nebo u pacientů s imunodefektem může dojít k rozvoji komplikací. Nejčastěji to bývá akutní mastoiditis, která se kromě známek akutní otitidy projeví palpačně citlivým retroaurikulárním zarudnutím a zduřením, odstávajícím boltcem, případně poklesem zadní horní stěny zvukovodu jako důsledku destrukce kosti. Vzácně může dojít k rozvoji abscesů.

Zánět zevního zvukovodu vzniká po vniknutí nečistot do zvukovodu nejčastěji při koupání v letním období.(vyloučit cerumen a cizí těleso!) Pacienti přichází k ošetření pro bolest ucha, někdy zvýšené teploty. Při tomto onemocnění je typický bolestivý

tlak na tragus a bolest při tahu za boltec. Může být sporá sekrece. Obvykle nebývá současně infekt dýchacích cest.

2.Hlavní epidemiologické charakteristiky

Akutní a chronický zánět středního ucha tvoří nejčastější příčinu bolesti ucha. U dětských pacientů je nejčastější příčinou bolesti ucha akutní středoušní zánět. Do otolaryngologických ambulancí přichází až polovina pacientů s ušním onemocněním. Akutní zánět středního ucha je onemocnění především dětského věku s celoročním výskytem, častější je v podzimních a jarních měsících roku. Druhou nejpočetnější skupinu pacientů s bolestí ucha tvoří pacienti s diagnózou akutního zánětu zevního zvukovodu a je častější u dospělých. Toto onemocnění je typické pro letní měsíce. Ostatní příčiny bolesti ucha se vyskytují podstatně méně často než výše jmenované a celoročně ve všech věkových kategoriích.

3.Diagnostika a diferenciální diagnostika

Základem diagnostiky bolesti ucha je anamnéza a klinické vyšetření. Nejdůležitější vyšetření pro stanovení diagnózy v oblasti zevního a středního ucha je otoskopie. Pro ostatní oblasti pak vyšetření horních cest dýchacích, polykacích a hrtnu. Při diagnostice AZSU je rozhodující otoskopický nález (důležitý i pro indikaci paracentézy). Pro zánět zevního zvukovodu je typické koupání v anamnéze, bolestivý tlak na tragus a zánětlivé změny zvukovodu. Po vyloučení ušních onemocnění jako příčiny otalgie je třeba vyloučit onemocnění dýchacích a polykacích cest, nejčastěji infekci v oblasti Waldeyerova lymf. okruhu (tonsillitis, pharyngitis) a eventuální komplikace. (Viz grafická část.). V některých případech zánětu zevního zvukovodu může dojít k propagaci zánětu do okolí ucha, což se projeví zduřením a zarudnutím kůže prae nebo retroaurikulárně (dif.dg. akutní mastoiditis!). Orientační vyšetření sluchu šepotem(při ucpání zevního zvukovodu druhé strany) nebo hlasitou řečí (při použití ohlušovače na druhou , nevyšetřovanou stranu) může pomoci při posouzení přítomnosti středoušního zánětu, protože je spojen s nedoslýchavostí.

3.1. Úloha praktického lékaře pro děti a dorost a pro dospělé

Otogenní bolest.

Diagnostika otogenní bolesti ucha je vázána na otoskopické vyšetření (posouzení stavu zevního zvukovodu a bubínku). Praktický lékař schopný vykonávat otoskopii může posoudit přítomnost či nepřítomnost patologického nálezu v zevním zvukovodu a na bubínku

V případě vyloučení patologie musí pátrat po další možné příčině, v případě nálezu patologie v této oblasti odešle pacienta na ORL ambulanci. . Měl by být schopen vyloučit či potvrdit obturující cerumen a toto výplachem zevního zvukovodu odstranit. Pacient s podezřením na komplikaci akutního středoušního zánětu či s chronickým středoušním zánětem, tumorem a poraněním ucha musí být odeslán na odbornou ambulanci.

Neotogenní bolest. Praktický lékař po vyloučení otogenní příčiny bolesti ucha pátrá po jiné příčině bolesti ucha, sám diagnostikuje a léčí nekomplikované stavy v

oblasti dutiny ústní, hltanu a krku. Pacient s neustupující neotogenní bolestí ucha po běžné terapii je odeslán k příslušnému odbornému lékaři.

4.Léčba

Akutní zánět středního ucha v počátečních stádiích (není vyklenutý bubínek) je obvykle možno léčit konzervativně vložením proužku gázy namočeného v roztoku boralkoholu do zevního zvukovodu. Při rozvinutém stupni zánětu (vyklenutý a dekonturovaný bubínek) provádíme paracentézu bubínku v zadním dolním kvadrantu bubínku. Další postup spočívá v lokální léčbě – výplachy zvukovodu roztokem borové vody několikrát denně k zabránění retence sekretu ve vnějším zvukovodu a dle klinického stavu pacienta v celkové terapii antibiotiky. Dále je třeba obvykle léčit infekci dýchacích cest podáváním antipyretik, antihistaminik, nosních kapek. Pokud dojde k spontánní perforaci bubínku tak paracentézu neprovádíme.

Při terapii zánětu zevního zvukovodu si obvykle vystačíme s lokálními antibiotiky ve formě masti (chloramphenicol) nebo kapek eventuelně s příměsí kortikoidů (Otosporin, Garasone) aplikovaných do postiženého zvukovodu. V těžších případech podáváme antibiotika celkově. Nutná jsou analgetika.

Kontrolní vyšetření u počínajícího zánětu středouší provádíme obvykle 2 den, při rozvinutém zánětu 4-5 den a dále 10 den (včetně tympanometrie event. vyšetření sluchu), u zánětu zevního zvukovodu každý druhý den až do zhojení.

5.Ošetřovatelská péče

Během onemocnění je pacient, pokud není hospitalizován, v domácím ošetření až do ústupu příznaků akutního zánětu (obvykle 7-14 dní). Je vhodná zvýšená poloha hlavy. U akutního středoušního zánětu pokud je přítomen výtok ze zvukovodu je třeba hromadící se sekret odstraňovat opakovaně prováděnými výplachy zvukovodu borovou vodou zahřátou na tělesnou teplotu. Použití chladnější nebo teplejší kapaliny vyvolá kalorické podráždění labyrintu a závrať.

6.Prognóza

Akutní zánět středního ucha se obvykle zhojí v průběhu 1-2 týdnů. Po normalizaci otoskopického nálezu provádíme vždy tympanometrii, u starších dětí a dospělých také vyšetření sluchu (audiometrie). Asi u poloviny pacientů může přetrvávat lehká převodní nedoslýchavost a patologický nález při tympanometrii (B nebo C2 křivka). U většiny těchto pacientů dojde normalizaci stavu během několika týdnů. Je však nutno každého takového pacienta sledovat až do naprosté úpravy tympanometrického nálezu (křivka A nebo C1) z důvodu možnosti rozvoje Chronické sekretorické otitidy.

Zánět zevního zvukovodu je přeléčen většinou během několika dní bez dalších zdravotních rizik pro pacienta.

7.Prevence

Prevence vzniku zánětu středního ucha spočívá v předcházení infekcím dýchacích cest. Recidivy zánětů můžeme omezit odstraněním adenoidní vegetace v indikovaných případech, nebo zavedením tlak vyrovnávající trubičky do bubínku

(ventilační trubička – VT) po dobu několika měsíců, což vede k nahrazení ventilační funkce Eustachovy tuby.

Zánětům zvukovodu je možno zabránit omezením koupání v znečištěné vodě.

8.Posudková hlediska

Diagnostiku a léčbu chorob způsobujících otalgii by měl vždy provádět lékař ovládající otoskopii případně také další potřebná vyšetření (vyšetření horních cest dýchacích, hrtanu, tympanometrii, vyšetření sluchu).

9.Doporučení dalších opatření

Každého pacienta po prodělaném akutním zánětu středního ucha je nutné sledovat až do normalizace tympanometrického nálezu (křivka A nebo C1) z důvodu prevence vzniku Chronické sekretorické otitidy s dalšími následky (cholesteatom, trvalé poškození sluchu).

10.Literatura:

Šlapák, Horník: Akutní zánět středoušní v dětském věku
Signet,1995,Brno

Hybášek: Ušní, nosní a krční lékařství.
Galén,1999, Praha

Škeřík, Hybášek, Rems: Náhlé a neodkladné stavy v otolaryngologii
Praha, Avicenum, 1985,

Klačanský, Jakubíková: Dětská otolaryngologie
Martin,Osveta,1992,

Časopis otolaryngologie a foniatrie
Vydává ČLSJEP Praha

11. Schéma algoritmu

Bolest ucha:

