

The frequency of aerobic-bacterial and fungal infections of the external auditory canal and their sensitivity to routine antibiotics in Birjand

Masood Asghari¹, Mahmoud Zardast², Mehdi Bakhshaei³, Sarvenaz Hazrati⁴

Abstract

Background and Aim: Awareness of the pattern of aerobic and fungal bacterial agents and their sensitivity to common antibiotics is of great importance in the treatment of external ear canal infection. The aim of this study was to investigate the prevalence of infections in Birjand residents as a tropical region of the desert in specialized clinics affiliated to Birjand University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study in the Time period from 2016 to 2017 on 100 patients with otitis externa referred to specialist clinics affiliated with the Birjand University of Medical Sciences. The subjects were selected using simple non-probability sampling. Sampling was done by two swabs and examined in the reference laboratory for gram-negative, positive bacteria and fungi. Data were analyzed by Chi-Square and Fisher exact tests using SPSS software (version 16).

Results: A total of 100 patients were enrolled. The average age of participants 43.38 ± 9.15 years and most of the participants were male (61%) and urban (70 %). The most common clinical symptoms are itching ears (48%), otalgia (21%) and erythema (19%), respectively. Out of 74 samples of bacteria/fungi with the positive culture, bacteria were reported in 89/1% and fungi with 10.9% which among them Gram-positive bacteria were most often (36 patients, 54.5 percent). The highest antibiotic resistance was reported for: cefixime (45.8%), cefazolin (30.2%), gentamicin (12%) and ciprofloxacin (12%) respectively.

Conclusion: The etiology of acute otitis externa in the patients of Birjand is composed of many bacteria and fungi. Resistance to cefixime is more than ciprofloxacin however, the susceptibility to ciprofloxacin and gentamycin is acceptable.

Key Words: Aerobic bacterial agents, Fungal agents, External auditory canal infections, Antibiotic resistance

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2018; 25(2): 132-141.

Received: July 12, 2017

Accepted: June 30, 2018

¹ **Corresponding author;** Assistant Professor, Department of ENT, Vali e Asr Hospital, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Tel: +985632445402

E-mail: masasghari58@gmail.com

² Associate Professor, Department of Pathology, Vali e Asr Hospital, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

³ Associated Professor, Department of ENT, Qaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Student of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

بررسی فراوانی عوامل باکتریای هوازی و قارچی عفونت مجرای گوش خارجی و میزان حساسیت عوامل باکتریایی هوازی به دست آمده به آنتی بیوتیک های رایج مصرفی در شهر بیرجند

مسعود اصغری^۱، محمود زردست^۲، مهدی بخشایی^۳، سروناز حضرتی^۴

چکیده

زمینه و هدف: آگاهی از الگوی عوامل باکتریال هوازی و قارچی و میزان حساسیت آنها به آنتی بیوتیک های رایج، از اهمیت به سزایی در درمان عفونت مجرای گوش خارجی برخوردار است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی شیوع انواع عفونت ها در مراجعه کنندگان شهرستان بیرجند به عنوان یک منطقه گرمسیری کویری به کلینیک های تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بود. **روش تحقیق:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی، از اردیبهشت ماه ۱۳۹۵ تا تیرماه ۱۳۹۶ بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به عفونت مجرای گوش خارجی مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد. افراد مورد مطالعه به روش نمونه گیری غیراحتمالاتی آسان انتخاب شدند. نمونه گیری توسط دو Swab انجام و در آزمایشگاه مرجع از نظر باکتری های گرم منفی، مثبت و قارچ ها بررسی شد. داده ها توسط آزمون کای اسکوئر و دقیق فیشر در نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۶) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: در مجموع ۱۰۰ نفر به این مطالعه وارد شدند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه (۷۱-۱۲) $43/38 \pm 9/15$ سال بود. اغلب افراد از جنس مذکر (۶۱ نفر، ۶۱٪) و ساکن شهر (۷۰ نفر، ۷۰٪) بودند. شایع ترین علائم بالینی به ترتیب: خارش گوش (۴۸٪)، درد گوش (۲۱٪) و اریتم (۱۹٪) گزارش گردید. از بین ۷۴ نمونه باقیمانده، در ۸۹ درصد موارد باکتری و در ۱۰/۹ درصد موارد قارچ رشد کرده بود. از بین باکتری های رشد کرده، اغلب موارد باکتری های گرم مثبت بودند (۳۶ نفر، ۵۴/۵٪). بیشترین مقاومت آنتی بیوتیکی به ترتیب به: سفکسیم (۴۵/۸٪)، سفازولین (۳۰/۲٪)، جنتامایسین (۱۲٪) و سیپروفلوکساسین (۱۲٪) گزارش گردید. **نتیجه گیری:** اوتیت خارجی حاد در بیماران شهر بیرجند اتیولوژی مرکب از چندین باکتری و قارچ دارد. مقاومت به سفیکسیم بیش از سیپروفلوکساسین است؛ اما احتمالاً حساسیت مناسبی نسبت به سیپروفلوکساسین و همچنین جنتامایسین وجود دارد.

واژه های کلیدی: عوامل باکتریای هوازی، عوامل قارچی، عفونت مجرای گوش خارجی، مقاومت آنتی بیوتیکی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۷؛ ۲۵(۲): ۱۳۲-۱۴۱.

دریافت: ۱۳۹۷/۴/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۹

^۱ نویسنده مسؤول؛ استادیار، گروه گوش و حلق و بینی، بیمارستان ولی عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- بیمارستان ولیعصر

تلفن: +۹۸۵۶۳۴۴۵۴۰۲ پست الکترونیکی: masasghari58@gmail.com

^۲ دانشیار، گروه پاتولوژی، بیمارستان ولی عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۳ دانشیار، گروه گوش و حلق و بینی، بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

اوتیت عفونت کانال گوش خارجی التهاب پوست مجرای گوش خارجی است که اغلب مرتبط و همراه با عفونت‌های باکتریایی/قارچی پوست و بافت زیرجلدی این منطقه می‌باشد. این بیماری، جزء شایع‌ترین بیماری‌ها در کلینیک گوش و حلق و بینی است که نیاز به مراقبت‌های پزشکی دارد (۱). بیماری به دو شکل حاد و مزمن بروز می‌کند. عفونت کانال گوش خارجی حاد، سالانه ۴ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت کودکان و بالغین را گرفتار می‌کند. نوع حاد اغلب به دلیل عوامل باکتریایی (۹۰٪) و عوامل قارچی (۱۰٪) و به سبب رطوبت زیاد و ترومای موضعی به وجود می‌آید (۱، ۲). تقریباً ۸۰ درصد موارد این بیماری در تابستان و به‌ویژه در محیط‌های گرم و مرطوب روی می‌دهد (۳). البته عوامل مستعدکننده دیگری از قبیل: انسدادهای آناتومیک کانال گوش خارجی (تنگی کانال گوش)، واکس و جرم فشرده، ابزارهای کمک‌شنوایی (سمعک)، شناکردن و آسیب‌هایی که خود فرد توسط مواردی مانند: گوش‌پاک‌کن، سنجاق و کلید که به کانال گوش خود وارد می‌کنند، در این بیماری دخیل هستند. همچنین بعضی عوامل سیستمیک مثل: آنمی، کمبود ویتامین‌ها، اختلالات غدد درون‌ریز (به‌ویژه دیابت) و فرم‌های مختلفی از درماتیت از جمله: سبوره، پسوریازیس و اگزما، مقاومت پوست کانال گوش خارجی را در برابر عفونت کم کرده و باعث پیشرفت اوتیت اکسترن می‌شوند (۴).

درمان اصلی این بیماری، درمان آنتی‌بیوتیک موضعی است و در مواردی خاص نیاز به درمان آنتی‌بیوتیک سیستمیک پیدا می‌کند که در صورت عدم درمان، باعث ایجاد عوارضی از قبیل: سلولیت، التهاب غضروف لاله گوش و بخش غضروفی کانال گوش خارجی، پری‌کندریت، فیبروز کانال، پارگی پرده و درنهایت اوتیت اکسترن بدخیم در بیماران دیابتی می‌شود (۵) که عارضه اخیر در اثر تشدید عفونت موضعی کانال گوش در زمینه سیستم ایمنی ضعیف و گسترش آن از طریق شکاف (Fissures) سانتورینی در بخش

غضروفی کانال گوش و پیشرفت آن به سمت غده پاروتید و ماستوئید ایجاد می‌شود و می‌تواند منجر به فلج عصب صورتی و اعصاب دیگر کرانیال از قبیل (زوج ۹-۱۰-۱۱) و در نهایت باعث فلج زوج ۱۲ نیز شود (۶). نتایج یک مطالعه نشان داد، ۳۶ درصد افرادی که دچار اوتیت گوش خارجی شده‌اند، به‌طور میانگین به مدت ۴ روز در روند فعالیت روزانه خود با مشکل مواجه شده‌اند و ۲۱ درصد نیز احتیاج به استراحت کامل داشتند (۷).

علت اوتیت خارجی ممکن است عفونی یا غیر عفونی و یا هر دو باشد. انواع عفونی آن توسط باکتری‌ها یا قارچ‌ها (از قبیل: سودوموناس آئروژینوزا، آسپرژیلوس) ایجاد می‌شود. در مطالعه‌ای که در آمریکا توسط Riverov و همکاران انجام شد، ۴۶/۸۳ درصد اوتیت‌های خارجی توسط سودوموناس آئروژینوزا و ۱۸/۹۸ درصد عفونت‌ها توسط استافیلوکوکوس ایجاد شده بود؛ همچنین ۱۵/۵ درصد دچار عفونت قارچی بودند که شایع‌ترین آن آسپرژیلوس نیجر بوده است (۷). بر اساس کتاب رفرنس گوش و حلق و بینی Cummings، سودوموناس آئروژینوزا شایع‌ترین باکتری مسبب عفونت می‌باشد. در این کتاب، گونه‌های استافیلوکوک به‌عنوان دومین باکتری شایع معرفی شدند. قارچ‌ها نیز تنها مسئول ۲ درصد موارد عفونت دانسته شدند (۸).

کتاب اتولارینگولوژی پایه نیز سودوموناس آئروژینوزا و استافیلوکوک طلایی را به‌عنوان شایع‌ترین علل عفونت گوش خارجی دانسته‌اند که معمولاً این عفونت‌ها در اثر شکسته‌شدن سد دفاعی طبیعی پوست مجرای گوش (مثل: ترومای ناشی از فرورفتن اجسام نوک تیز، مواد شوینده و آرایشی از طریق اختلال در مکانیسم دفاع شیمیایی) به‌وجود می‌آید و اکثر ارگانیسم‌های بیان‌شده، به جنتامایسین و کینولون‌ها حساس هستند (۹). کتاب عفونی Mandell نیز شایع‌ترین ارگانیسم مهاجم را ارگانیسم‌های فلور طبیعی پوست و باسیل‌های گرم منفی به‌ویژه سودوموناس آئروژینوزا معرفی کرده است و شایع‌ترین ارگانیسم‌های قارچی را آسپرژیلوس نیجر و در

بنابراین مطالعه حاضر به منظور بررسی عوامل باکتریایی هوازی و قارچی مولد اوتیت اکسترن و میزان حساسیت به آنتی بیوتیک‌های رایج مصرفی در درمان این بیماری و درصد شیوع مقاومت میکروبی به آنتی بیوتیک‌ها انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی-تحلیلی، از اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۵ تا تیرماه ۱۳۹۶ انجام پذیرفت و در طی آن، ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به عفونت مجرای گوش خارجی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در بیمارستان‌های آموزشی ولی عصر (عج) و امام رضا (ع)، به روش نمونه‌گیری غیراحتمالاتی آسان، مطالعه وارد شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعه Rivero و همکاران در خصوص شیوع عوامل باکتریایی (۷) و بر اساس فرمول برآورد نسبت و بر اساس شیوع سودوموناس آئروژینوزا با $d=0/1$ ، $P=0/47$ و $\alpha=0/05$ ، ۹۶ نفر برآورد شد که به منظور افزایش دقت به ۱۰۰ نفر افزایش یافت.

معیار تشخیص اوتیت خارجی، وجود ترشحات و خارش و درد در موقع جابه‌جایی لاله گوش و فشار تراگوس و یافته‌های اتوسکوپیک شامل: اریتم، ادم و پوسته پوسته شدن مئاتوس گوش خارجی و وجود دبری‌ها و ترشحات چرکی و قارچی در کانال گوش بود. ابتلا به COM (عفونت مزمن گوش)، مصرف آنتی‌بیوتیک در هفته قبل از انجام مطالعه، استفاده از داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی و عدم رضایت برای شرکت در مطالعه، به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

پس از تأیید طرح در شورای پژوهشی دانشکده و دانشگاه، پروتکل طرح در کمیته اخلاق دانشکده پزشکی با کد Ir.bums.REC.1395.174.784 به تأیید رسید. در مرحله بعد هماهنگی لازم از طرف دانشکده پزشکی با حراست بیمارستان ولی عصر و بیمارستان امام رضا صورت پذیرفت. همچنین با مراجعه به کلینیک، هماهنگی‌های لازم

درجه بعدی کاندیدا دانسته است که ارگانیسم‌های باکتریال به نئومایسین و پلی‌میکسین حساس هستند و می‌توان از کینولون‌های خوراکی نیز بر ضد آنها استفاده کرد (۱۰). Harrison نیز همانند Mandell، علت‌های مساعدکننده را محیط‌های گرم و مرطوب می‌داند و سرومن را تا حدی که باعث انسداد کانال خارجی گوش نشود، یک ماده محافظ و پیشگیری‌کننده از اوتیت خارجی بیان می‌کند. وی سودوموناس آئروژینوزا را به عنوان شایع‌ترین ارگانیسم معرفی می‌کند و دیگر ارگانیسم‌های گرم مثبت و گرم منفی و به میزان بسیار کم بی‌هوازی را در ایجاد آن دخیل می‌داند. وی همچنین در عفونت‌های قارچی شایع‌ترین را گونه‌های آسپرژیلوس می‌داند. Harrison بهترین داروی موضعی برای درمان سودوموناس را سیپروفلوکساسین و سایر کینولون‌های موضعی معرفی می‌کند که به علت فراهم‌یستی عالی و امکان تجویز خوراکی، جایگزین مناسبی برای آمینوگلیکوزیدها می‌باشد (۱۱).

درمان بیماری توسط تجویز آنتی‌بیوتیک‌های موضعی و سیستمیک صورت می‌گیرد. آمینوگلیکوزیدها، فلوروکینولون‌ها و سفالوسپورین‌ها جزء شایع‌ترین داروهای مصرفی در درمان اوتیت خارجی هستند؛ اما بسیاری از فرآورده‌های آنتی‌بیوتیکی، بدون نسخه در اختیار افراد قرار می‌گیرند و به علاوه بسیاری از آنتی‌بیوتیک‌ها به صورت نابه‌جا تجویز می‌شوند که این امر موجب افزایش مقاومت میکروبی به آنتی‌بیوتیک‌ها گردیده است (۱۲-۱۶). بروز مقاومت میکروبی به آنتی‌بیوتیک‌های رایج مصرفی در درمان اوتیت اکسترن توسط مطالعات متعددی گزارش شده است (۱۳، ۱۵، ۱۷).

شیوع اوتیت خارجی در مناطق گرم زیادتر است؛ شهر بیرجند نیز از شرایط آب و هوایی گرم برخوردار است. از طرفی گسترش مقاومت میکروبی به آنتی‌بیوتیک‌ها رو به افزایش است و تاکنون در مورد عوامل میکروبی اوتیت خارجی و میزان حساسیت میکروبی به آنتی‌بیوتیک‌های رایج مصرفی در شهر بیرجند مطالعه‌ای صورت نگرفته است؛

انجام پذیرفت. سپس افراد واجد شرایط برای مطالعه انتخاب شدند و ضمن ارائه توضیح کامل در مورد اهداف طرح، نسبت به اخذ رضایت کتبی آگاهانه اقدام شد.

ابتدا دو Swab استریل به صورت عمقی وارد کانال گوش فرد شد؛ سپس به محیط، ترانسپورت نیمه جامد استوارت تلقیح گردید. این نمونه‌ها در دمای اطاق تا ساعت‌ها قابل نگهداری می‌باشد. در آزمایشگاه باکتری‌شناسی، Swab مورد نظر با روش استاندارد و روی سه محیط آگار خونی ۵٪ (محیط مغذی)، محیط مایع Thio (محیط مغذی برای جدا کردن و تکثیر ارگانیسم‌های هوازی) و محیط ائوزین-متیلن بلو (EMB) به عنوان محیط انتخابی، تلقیح و به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۵ درجه سانتی‌گراد انکوبه شد. برای تعیین جنس و گونه باکتری بر اساس مورفولوژی کلنی باکتری، اسمیر با رنگ آمیزی گرم، محیط‌های اختصاصی و روش‌های مختلف بیوشیمیایی استفاده شد. برای کوکسی‌های گرم مثبت مثل استافیلوکوک و گونه‌های آن تست‌های کاتالاز، دیسک‌های تشخیصی (نوویوسین NB) و تست‌های اختصاصی (DNASE - اوره‌آز سدیم مانیتول و کوآگولاز و PYR، Bilescolin 6/5% NACL) به کار برده شد. برای باکتری‌های گرم منفی مثل گروه سودوموناس، از محیط اختصاصی افتراقی (TSI)، اکسیداز، OF گلوکز، نیتрат و ژلاتیناز استفاده شد. تعیین هویت سایر گرم منفی‌ها مثل گروه آنتروباکترسه با محیط‌های افتراقی (TSI-اِندول-حرکت-متیل رد MR-VP-اُره‌آز) انجام پذیرفت.

بررسی حساسیت دارویی در مرحله اول با استفاده از روش استاندارد Disc Diffusion برای چهار آنتی‌بیوتیک سفکسیم، سفازولین، جنتامایسین و سیپروفلوکساسین روی محیط مولر هینتون با روش استاندارد Kirby Bauer انجام پذیرفت. ناحیه مهار (Zone of inhibition) اطراف هر دیسک بعد از ۱۸-۲۴ ساعت برای هر ایزوله رؤیت و اندازه‌گیری شد و مطابق جداول استاندارد NCCLS تفسیر و به صورت مقاوم (R)، حساس (S) یا نیمه حساس گزارش شد.

برای بررسی دقیق مقاومت‌های دارویی، روش E-Test مورد استفاده قرار گرفت. در این روش هر نوار آنتی‌بیوتیک با شیب غلظتی روی محیط تلقیح شده مولر هینتون گذاشته می‌شود و مطابق روش استاندارد که جزئیات آن بر اساس بروشور کارخانه سازنده می‌باشد، تفسیر گردیده و در نهایت به صورت متغیر کمی و عدد میکروگرم گزارش می‌گردد. لازم به ذکر است که تمام مراحل آزمایش‌های باکتری‌شناسی و کنترل کیفی آن، بر اساس استانداردهای NCCLS مورد تأیید آزمایشگاه رفرنس دانشگاه توسط کارشناس میکروب‌شناسی و با همکاری یک نفر پاتولوژیست بالینی و یک نفر PhD میکروب‌شناسی انجام پذیرفت. محل انجام آزمایش‌های میکروب‌شناسی، آزمایشگاه میکروب‌شناسی بیمارستان ولی عصر بود که آزمایشگاه مرجع میکروب‌شناسی مورد تأیید اداره امور آزمایشگاه‌های استان است.

آزمایش‌های قارچ‌شناسی نیز در آزمایشگاه تخصصی قارچ‌شناسی انجام شد. ابتدا Swab مخصوص، در محیط استریل نرمال سالین قرار داده شد و به آزمایشگاه قارچ‌شناسی منتقل گردید. از نمونه‌های منتقل شده، توسط محلول هیدروکسید پتاسیم ۱۰٪ اسمیر تهیه شد و رنگ آمیزی گرم و گیمسا صورت گرفت. نمونه‌ها روی محیط‌های SDA و EMB کشت داده شد؛ در صورت مشاهده قارچ بر اساس مورفولوژی کلنی‌ها، از محیط‌های اختصاصی مثل: POTATO DEXTROSE AGAR و سایر محیط‌های افتراقی برای تعیین هویت قارچ‌های ایزوله شده استفاده گردید. در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۶) وارد شد. از آمار توصیفی شامل: فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و بازه برای شرح و توصیف داده‌ها استفاده شد. همچنین برای مقایسه شیوع کلونیزاسیون عوامل میکروبی هوازی/قارچی اوتیت اکسترن براساس گروه سنی/محل زندگی، از آزمون‌های کای اسکوئر و دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی‌داری $P \leq 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۱۰۰ نفر به این مطالعه وارد شدند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه (۷۱-۱۲) $43/38 \pm 9/15$ سال بود و اغلب افراد در گروه سنی بالاتر از ۳۶ سال قرار داشتند (۵۳٪) (جدول ۱).

در ۲۶ درصد از نمونه‌های گرفته‌شده، هیچ گونه باکتری و یا قارچی رشد نکرده بود. از بین ۷۴ درصد ارگانیزم باقیمانده، در ۸۹/۱ درصد موارد باکتری و در ۱۰/۹ درصد موارد قارچ رشد کرده بود. از بین باکتری‌های رشد کرده، اغلب موارد باکتری‌های گرم مثبت بودند (۳۶ نفر، ۵۴/۵ درصد). در این مطالعه رشد دو میکروارگانیزم همزمان در ۳ بیمار مشاهده گردید که در دو مورد کلبسیلا همراه با اسپرزیلوس و در یک مورد کلبسیلا به همراه پسودومونا رشد کرده بود. در جدول ۲ توزیع فراوانی عوامل میکروبی هوازی و قارچی اوتیت اکسترن بر حسب نوع میکروب/قارچ در شهر بیرجند نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک در بیماران مورد مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
سن (سال)	کمتر مساوی ۳۵ سال	۴۷
	بیشتر از ۳۶ سال	۵۳
جنسیت	مذکر	۳۹
	مونث	۶۱
محل سکونت	روستا	۳۰
	شهر	۷۰
بیماری‌های سیستمیک	ابتلا به دیابت	۵
	ابتلا به فشار خون	۶
	سایر بیماری‌های سیستمیک	۴
سابقه ابتلا به اوتیت حاد خارجی		
سایر بیماری‌های گوش غیر از COM		
سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک بیش از یک هفته اخیر		
علامت بالینی	خارش گوش	۴۸
	درد گوش	۲۱
	اریتم	۱۹
	اتوره	۱۳

جدول ۲- توزیع فراوانی عوامل باکتری و قارچی اوتیت اکسترن در بیماران مورد مطالعه

عامل	فراوانی	درصد
باکتری	۶۶	۸۹/۱
استافیلوکوک طلایی	۱۹	۲۷/۸
استافیلوکوک کوآگولاز منفی	۱۶	۲۴/۲
سودومونا	۲۱	۳۱/۸
استرپتوکوک غیرهمولیتیک	۱	۲
کلبسیلا	۸	۱۲/۲
انتروکوک	۱	۲
قارچ	۱۱	۱۰/۹
اسپرزیلوس نیجر	۷	۶۳/۷
اسپرزیلوس فوگیماتوس	۱	۹
کاندیدا	۳	۲۷/۳

در بررسی تعیین میزان حساسیت میکروب‌های هوازی اوتیت اکسترن به آنتی‌بیوتیک‌های رایج مصرفی شامل: سفازولین، سفیکسیم، جنتامایسین و سیپروفلوکساسین، نتایج نشان داد که به ترتیب در ۳۰/۲ درصد، ۴۵/۸ درصد، ۱۲ درصد و ۱۲ درصد، موارد مقاومت باکتریایی به این آنتی‌بیوتیک‌ها وجود داشت.

اولیه سفازولین برای سودومونا و سفیکسیم برای استافیلوکک طلایی و استاف کوآگولاز منفی، بیشترین میزان E-Test بر حسب میکروگرم در دسی‌لیتر را داشتند؛ بنابراین به نظر می‌رسد که بایستی مقاوم‌تر از سایر آنتی‌بیوتیک‌ها محیط‌های آلوده به سودومونا و استافیلوکک طلایی و استاف کوآگولاز منفی باشند (جدول ۳).

در این مطالعه همچنین علاوه بر بررسی آنتی‌بیوگرام که در سایر مطالعات نیز انجام شده بود، E-test برای برخی نمونه‌های سودومونا، استافیلوکک طلایی و استاف کوآگولاز منفی با در نظر گرفتن نتایج آنتی‌بیوگرام انجام شد. در بررسی

اختلاف آماری معنی‌داری در میزان کلونیزاسیون عوامل باکتریال و قارچی بر حسب گروه سنی و محل زندگی مشاهده نگردید (جدول ۴).

جدول ۳- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی E-Test آنتی‌بیوتیک‌های مختلف ($\mu\text{g/ml}$) در مورد سودوموناس و استاف طلایی

E-test	فراوانی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سفازولین	۱۲	۰	۱۲۸	38.66 ± 40.46	۴۶/۴۰
سفیکسیم	۸	۰	۷۶/۷۵	31.87 ± 76.75	۷۶/۷۵
جنتامایسین	۲	۲۴	۴۴	28.28 ± 44	۴۴
سیپروفلوکساسین	۲	۲	۳	۱/۴۱	۳
سفیکسیم	۸	۰	۱۹۲	۴۲/۷۵	۶۱/۵۳
جنتامایسین	۱	۶۴	۶۴	۶۴	۰
سیپروفلوکساسین	۳	۰	۱/۵۰	۰/۷۵	۰/۷۵
سفازولین	۲	۴	۸	۶	۲/۸۲
سفیکسیم	۸	۰	۱۲۸	۳۰/۵	۴۳/۶۲
جنتامایسین	۲	۱۶	۱۶	۱۶	۰
سیپروفلوکساسین	۲	۰	۸	۴	۵/۶۵

جدول ۴- مقایسه شیوع کلونیزاسیون عوامل میکروبی هوازی/قارچی اوتیت اکسترن براساس گروه سنی و محل سکونت

وضعیت کلونیزاسیون	p-value	(درصد) فراوانی	
		سن بیشتر از ۳۶ سال	سن ≥ 35 سال
کلونیزاسیون عوامل میکروبی هوازی	۰/۱	۳۲ (۶۰/۴)	۳۲ (۶۸/۱)
		۲۱ (۳۹/۶)	۱۵ (۳۱/۹)
کلونیزاسیون عوامل قارچی	۰/۲	۷ (۱۳/۳)	۹ (۱۹/۱)
		۴۶ (۸۶/۸)	۳۸ (۸۰/۹)
کلونیزاسیون عوامل میکروبی هوازی	p=۰/۱	شهر	روستا
		۴۸ (۶۸/۶)	۱۶ (۵۳/۳)
کلونیزاسیون عوامل قارچی	p=۰/۴	۲۲ (۳۱/۴)	۱۴ (۴۶/۷)
		۱۲ (۱۷/۱)	۴ (۱۳/۳)
		۵۸ (۸۲/۹)	۲۶ (۸۶/۷)

بحث

این مطالعه با هدف بررسی فراوانی عوامل باکتریای هوازی و قارچی عفونت مجرای گوش خارجی و میزان حساسیت عوامل باکتریای هوازی به دست آمده به آنتی بیوتیک های رایج مصرفی در شهر بیرجند انجام پذیرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در ۸۹/۱ درصد موارد باکتری و در ۱۰/۹ درصد موارد قارچ رشد کرده بود. شایع ترین باکتری سودوموناس با فراوانی ۲۱ (۳۱/۸٪) و استافیلوکوکوس ارئوس با فراوانی ۱۹ (۲۷/۸٪) تعیین گردید. همچنین مشخص گردید که فراوانترین عوامل ایجاد عفونت گوش خارجی در مطالعه حاضر، عوامل باکتریال به خصوص باکتری های گرم مثبت بودند. در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی ساری بر روی ۱۰۱ بیمار مورد مطالعه بالینی انجام شد، در اغلب موارد جرم جدا شده باکتری بود و فراوانی سودومونا آئروژینوزا برابر با ۳۶/۶ درصد گزارش شد که در مقایسه با مطالعه حاضر بیشتر است (۱۳). در شهرستان رفسنجان نیز مطالعه ای در خصوص فراوانی عوامل باکتریال و تعیین حساسیت دارویی آنها در عفونت گوش خارجی صورت پذیرفت. در این بررسی سودوموناس و استافیلوکوکوس شایع ترین باکتری های جدا شده بودند که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۵). همچنین در مطالعه Ninkovic و همکاران (۲۰۰۸) نیز پروفایل باکتریایی اوتیت خارجی در سطح دو مراقبت های بهداشتی در کشور انگلستان بررسی شد. در این مطالعه شایع ترین پاتوژن جداسازی شده از نمونه های مورد بررسی سودومونا آئروژینوزا و استافیلوکوکوس ارئوس بودند (۱۴). گلشیری و همکاران نیز در مطالعه خود در خصوص تعیین فراوانی عوامل میکروبی و الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی در افراد دچار اوتیت حاد خارجی در شهر رفسنجان، شایع ترین میکروارگانیسم جدا شده را استافیلوکوکوس ارئوس سودومونا بیان کردند (۱۵). در مطالعه Vaidya و همکاران (۲۰۱۵) در خصوص پروفایل میکروبی و قارچی بیماران مبتلا به اوتیت مدیای مزمن چرکی در کشور نپال، نتایج نشان داد که

شایع ترین جرم استافیلوکوکوس ارئوس بود (۱۷). برخلاف نتایج مطالعه حاضر در مطالعه Saleh و همکاران (۲۰۱۴) در خصوص همراهی عفونت های باکتریایی و قارچی با اوتیت مدیا حاد در کشور عراق، شایع ترین جرم باکتریایی جداسازی شده گرم منفی ها بودند (۱۸). اوتیت خارجی اتیولوژی پیچیده ای دارد. در مطالعه ما اغلب نمونه ها عامل باکتریال داشتند که این موضوع با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۱۵). در این مطالعه، بالغ بر ۸۰ درصد عامل باکتریایی مسئول اوتیت خارجی بود که این میزان بیش از برخی مطالعات بود. بین نتایج مطالعه حاضر و نتایج مطالعات صورت پذیرفته در سایر مناطق ایران و جهان در بعضی موارد اختلاف وجود داشت که این اختلاف می تواند ناشی از اختلاف آب و هوا و همچنین اختلافات فرهنگی و تفاوت در نوع تفریحات مردم آن منطقه با کشور ما باشد.

در بررسی میزان مقاومت عوامل باکتریایی و قارچی به آنتی بیوتیک ها، نتایج نشان داد که این عوامل دارای مقاومت های مختلفی در برابر داروهای سفکسیم (۴۵/۸ درصد)، سفازولین (۳۰/۲ درصد)، جنتامایسین (۱۲ درصد) و سیپروفلوکساسین (۱۲ درصد) می باشند. از نظر میزان مقاومت آنتی بیوتیک در این مطالعه، بیشترین میزان مقاومت به سفیکسیم و کمترین میزان مقاومت به سیپروفلوکساسین گزارش گردید. هم راستا با نتایج این مطالعه، در مطالعه ای که توسط Arshad و همکاران در آمریکا به انجام رسید، کمترین میزان مقاومت میکروب های گوش خارجی به فلوروکینولون ها از قبیل: سیپروفلوکساسین و افلوکساسین گزارش شد (۱۳). این نتایج در مطالعه Ninkovic و همکاران (۲۰۰۸) نیز به تأیید رسیده است؛ به طوری که در این مطالعه کلیه نمونه های باکتریایی مورد بررسی از کانال گوش خارجی، به فلوروکینولون ها حساس بودند (۱۴). در مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز نتایج مشابه گزارش گردید. مطالعه گلشیری و همکاران در خصوص تعیین فراوانی عوامل میکروبی و الگوی مقاومتی آنتی بیوتیک در افراد دچار اوتیت حاد خارجی در شهر

رفسنجان نیز نتایج مشابه با مطالعه حاضر را ارائه و نشان داد که از بین آنتی‌بیوتیک‌ها، سیپروفلوکساسین و وانکومايسن بیشترین حساسیت و کوتریموکسازول و سفالکسین بیشترین مقاومت را داشتند (۱۵).

به اتیولوژی بیماری و میزان حساسیت عوامل بیماری‌زا به آنتی‌بیوتیک‌های موجود، موجب مصرف صحیح آنتی‌بیوتیک‌ها و کاهش مقاومت‌های دارویی و در نتیجه موفقیت درمان می‌شود.

نتیجه‌گیری

تقدیر و تشکر

اوتیت خارجی حاد، اتیولوژی مرکب از چندین باکتری و قارچ دارد. مقاومت به سفیکسیم بیش از سیپروفلوکساسین است؛ اما حساسیت مناسبی نسبت به سیپروفلوکساسین و جنتامایسین وجود دارد. به نظر می‌رسد دانش مناسب نسبت

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و همچنین از همکاری مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ولی‌عصر (عج) صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

- 1- Guatimosim MHE. Doenças da Orelha. In: Sociedade Brasil. ORL. Tratado de Otorrinolaringologia. 1st ed. São Paulo: Editora Roca; 2002. Vol 2: Cap1. pp: 3-20.
- 2- Dibb WL. Microbial aetiology of otitis externa. J Infect. 1991; 22(3):233-9.
- 3- Roland PS, Stroman DW. Microbiology of acute otitis externa. Laryngoscope. 2002; 112(7 Pt 1): 1166-77.
- 4- Olina M, Cametti M, Guglielmetti C, Gattoni M, Leigheb G, Pia F. [External otitis]. Recent Prog Med. 2002; 93(2): 104-7. [Italian]
- 5- Hopsu E, Pitkäranta A. Idiopathic inflammatory medial meatal fibrotizing otitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128(11): 1313-6.
- 6- Kafshdar Jalali A, Salamatzade A. The causes of chronic bacterial infection of the middle ear and the antimicrobial susceptibility in hospitals Branch. Proceeding of the First International Congress of Medical Bacteriology. 1992 Sep 6-8; Tabriz, Iran.
- 7- Pino Rivero V, Pantoja Hernández CG, González Palomino G, Mora Santos ME, Pardo Romero G, Blasco Huelva A. [Pseudomonas and acute external otitis. Results of a microbiological study in patients without previous antibiotic treatment]. An Otorrinolaringol Ibero Am. 2007; 34(1): 45-51. [Spanish]
- 8- Ru Ckenstein MJ. Infections of the external ear. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Hau Ghely BH (eds). Cummings otolaryngology head & neck surgery. 4th ed. Philadelphia, Pensilvania: Elsevier Mosby; 2005. pp: 2979-87.
- 9- Probest R, Grevers G, Iroh. Imflammatory disease of the external ear. In: Som PM, Curtin HD (eds). Head and neck imaging. Basic Otorhinolaryngology. 1st ed. NewYork: Thime; 2006. pp: 218-23.
- 10- Klein J. Otitis externa, otitis media and mastoiditis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (editor). Mandell Douglas and Bennetts principles and practice of infectious disease. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livngstone; 2000. pp: 669-70.
- 11- Rubin MA, Gonzales R, Sande MA. Pharyngitis, sinsitis, otitis and other upper respiratory tract infectious. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrisons priciples of internal medicine. 17th ed. United States of American: Mc Graw-Hill; 2008. pp: 207-8.
- 12- Raben RJ. Efficacy of ofloxacin and other otic prepartions for otitis externa. Pediatr Infect Dis J. 2001; 20(1): 108-10; discussion 120-2.
- 13- Elias W. [Current therapeutical management, new antibiotics and treatment of Pseudomonas aeruginosa in bacterial ENT-infections]. Laryngorhinootologie. 2002 Jan;81(1):40-5. [German]
- 13- Arshad M, Khan NU, Ali N, Afridi NM. Sensitivity and spectrum of bacterial isolates in infections otitis externa. J Coll Physicians Surg Pak. 2004; 14(3): 146-9.

- 14- Ninkovic G, Dullo V, Saunders NC. Microbiology of otitis externa in the secondary care in United Kingdom and antimicrobial sensitivity. *Auris Nasus Larynx*. 2008; 35(4): 480-4.
- 15- Golshiri A, Mokhtaree MR, Bahramabadi R, Shabani Z, Sayadi A, Abbasi A. Prevalence of Microbial agents and pattern of antimicrobial resistance in patients with acute otitis externa in Rafsanjan in 2011. *Community Health Journal*. 2014; 7(4): 10-17. [Persian]
- 16- Ray R, Pal S, Ghosh M, Samaddar D, Banerjee M. Prevalence of Fungal infection in chronic otitis media-A study at a tertiary care hospital in Eastern India. *Int J Curr Microbiol App Sci*. 2015; 4(3): 684-90.
- 17- Vaidya K, Madhup SK, Shrestha BL, Gautam A, Tuladha NR. Bacteriological and Mycological profile of Chronic Suppurative Otitis Media among patients visiting Dhulikhel Hospital. *Ann Clin Chem & Lab Med*. 2015; 1(1): 37-41.
- 18- Saleh MAA, Saleh IAA, Saleh NAA, Mohammed SM. Bacteria and Fungi associated with Acute Otitis Media. *IJCET*. 2014; 4(1): 316-8.